La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe

Saskia Den Boer

▶ **To cite this version:**

Saskia Den Boer. La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04129535

HAL Id: dumas-04129535

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04129535v1

Submitted on 15 Jun 2023

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Aix*Marseille Université

Université Aix-Marseille

Faculté des sciences médicales et paramédicales

École des sciences de la réadaptation

Formation d'Ergothérapie

Saskia, DEN BOER

UE 6.5 S6 : Initiation à la démarche de recherche

Lundi 22 mai 2023

La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe

Sous la direction de Julien PAVE, directeur de mémoire et

Héloïse POULAIN, référente professionnelle

Diplôme d'état en ergothérapie

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Mr Julien Pavé, pour m'avoir aidé à mener à bien ce travail long et ardu, par ses conseils avisés, son soutien et sa disponibilité absolue même à 2 heures du matin !

Je remercie également un être absolument magnifique, ma référente professionnelle, Héloise Poulaïn qui répond elle aussi à la vitesse de la lumière ! Ses précieux conseils, sa belle pédagogie et son engagement m'ont permis de passer des caps difficiles.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique, ces trois dernières années ont été très enrichissantes, merci de m'avoir transmis la passion de ce beau métier.

Je ne peux pas oublier mes amies et toute la classe d'ergothérapie qui est prête à aider à tout moment. Les débats, les conversations, les rappels de devoir et les explications sur comment imprimer ce mémoire, merci !

Un grand merci à ma maman, Jennifer, qui m'a aidé, ou a essayé de m'aider, à comprendre la capabilité (spoiler) après avoir passé plus de deux heures au téléphone à rire et à pleurer de la difficulté à comprendre certains auteurs. Merci de toujours me courir derrière et de m'harceler pour que j'avance ce travail, même si à un moment j'ai dû bannir toute discussion de mémoire.

Finalement, merci à moi-même :

« Je veux me remercier de croire en moi, je veux me remercier de travailler si dur, je veux me remercier de ne pas avoir de jours de repos. Je veux me remercier de n'avoir jamais abandonné. Je veux me remercier d'avoir toujours été généreux.se et d'avoir essayé de donner plus que ce que je recevais. Je veux me remercier d'avoir essayé de faire plus de bien que de mal. Je veux me remercier d'avoir toujours été moi-même. » - Snoop Dogg 2018

Sommaire :

1 Introduction 1

1.1 Contexte 1

1.1.1 Point d'émergence 1

1.1.2 Point de rupture 1

1.1.3 Thème et problématique professionnelle de terrain 2

1.2 Champs disciplinaire 2

1.2.1 Choix des champs disciplinaires 2

1.2.2 Terminologie 2

1.3 Résonance 3

1.3.1 Enjeux 3

1.3.2 Question socialement vive et utilité 4

1.4 Revue de littérature 5

1.4.1 Champs disciplinaires et bases de données 5

1.4.2 Équation de recherche 6

1.4.3 Bases de données et résultats 6

1.4.4 Analyse critique 7

1.5 Questionnements 10

1.6 Résonance éclairée 11

1.7 L'enquête exploratoire 12

1.7.1 Les objectifs 12

1.7.2 Choix de l'enquête 12

1.8 L'entretien 14

1.8.1 Test et amélioration du dispositif d'enquête 15

1.9 Analyse des entretiens 15
1.9.1 Analyse descriptive 15
1.9.2 Analyse verticale 16
1.9.3 Analyse horizontale 20
1.10 Discussion des résultats 23
1.11 Cadre conceptuel 25
1.11.1 L'engagement occupationnel 25
1.11.2 La capabilité 29
1.11.3 Problématisation théorique et pratique 31
2 Matériel et méthode 32
2.1 Problématisation méthodique 32
2.1.1 Choix de la méthode 32
2.1.2 Population et sites d'explorations ciblés 33
2.1.3 Outil théorisé de recueil de données 33
2.1.4 Avantages et inconvénients de l'entretien semi-directif 33
2.1.5 Anticipation des biais 34
2.2 Cadre d'écoute 34
2.3 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche 35
3 Résultats 35
3.1 Analyse descriptive 35
3.2 Analyse verticale 36
3.3 Analyse horizontale 42
3.4 Cas clinique 46
4 Discussion 46

4.1 Éléments de réponse à la question de recherche 47
4.1.1 Interprétation selon le cadre conceptuel 47
4.1.2 Interprétation selon la revue de littérature et l'enquête exploratoire 47
4.2 Critique du dispositif de recherche 48
4.3 Apports, intérêts, transférabilité et limites pour la pratique professionnelle 49
4.4 Perspective de recherche 50
5 Conclusion 51
Bibliographie 52
Annexes 60

1 Introduction

L'objectif de cette introduction est d'établir un état des lieux pratique avec un recul sur la vivacité, les questionnements et les enjeux du sujet et un état des lieux théorique construit suite à une revue de littérature.

1.1 Contexte

1.1.1 Point d'émergence

Lors du mois de janvier 2022 j'ai participé à la conférence « Mobility Week in Occupational Therapy» portant sur l'identité professionnelle de l'ergothérapeute. Pendant le symposium proposé j'ai pu écouter une ergothérapeute Canadienne parler du rôle de préconiser, de plaidoyer (« to advocate » en anglais) qui est de plus en plus présent dans le métier. Elle a également illustré son discours en présentant ce qu'elle a pu faire avec la population avec laquelle elle travaille actuellement, la communauté des sans-abris. Son discours m'a émue et je me suis retrouvée dans l'envie d'aider une communauté entière. J'étais très intéressée par l'aspect de parvenir à aider plusieurs personnes qui expriment un souhait commun. L'ergothérapie a sa place dans les milieux médicaux autant que sociaux. Ainsi j'ai décidé de m'intéresser par le coté social et ne pas faire un mémoire lié avec un dysfonctionnement ou handicap à strictement parler.

1.1.2 Point de rupture

J'ai appris que l'ergothérapeute pouvait travailler avec les personnes sans domicile fixes (SDF) ou sans abris[1](1) pourtant je n'avais pas eu de cours sur cette population ni de stage proposant d'intervenir auprès des personnes en situation précaires. Je me demande pourquoi est-ce qu'il y avait cette méconnaissance de ma part ? Si notre intervention existe, pourquoi est-ce que nous n'en parlons pas plus ouvertement ? Est-ce en lien avec le tabou sociétal entourant cette population marginalisée ? Est-ce que les ergothérapeutes peuvent venir complémenter les travailleurs sociaux déjà dans le milieu de la santé communautaire ?

[1] « Être SDF concerne plus la précarité de l'occupation d'un logement (passer sans cesse d'un hébergement à un autre) [...] une personne sans-abri est quelqu'un qui n'a pas de toit, [...] c'est une personne qui dort dans la rue. Un sans-abris est donc un SDF ». Au long de cet écrit, pendant les entretiens et dans la bibliographie, les deux termes seront utilisés pour nommer la population des personnes sans domicile fixe.

1.1.3 Thème et problématique professionnelle de terrain

Le thème retenu est la suivante : « La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe ».

La problématique qui en émane est « Quelle est la place de l'ergothérapeute dans l'insertion et l'inclusion socio-professionnelle des personnes sans domicile fixe ? »

1.2 Champs disciplinaire

1.2.1 Choix des champs disciplinaires

Le thème s'inscrit dans plusieurs champs disciplinaires. D'abord, la *sociologie* car les sciences sociales interviennent dans les relations humaines, les représentations sociales dont découle l'inclusion sociale. Ensuite la *psychologie* car la pensée, les comportements et les idéologies des personnes influencent le tabou qui existe autour des personnes sans-abris. Ainsi que le domaine *législatif* car l'élaboration et l'application de la loi encadre dans une certaine mesure la société. Puis la *santé communautaire* car il s'agit d'une réhabilitation basée sur une communauté. Finalement l'insertion socio-professionnelle concerne en partie les *sciences de l'occupation,* qui est une science fondamentalement utilisé par les ergothérapeutes.

1.2.2 Terminologie

Les mots important à définir sont les suivants :

Les personnes *Sans Domicile Fixe*, selon l'INSEE (source basée dans les sciences sociales) : « personnes privées d'une résidence fixe. [...] Elle repose moins sur le critère de l'habitat que sur celui de la précarité du statut d'occupation. Une personne contrainte de changer fréquemment de résidence(2) ».

L'inclusion socio-professionnelle, d'après Worldbank inscrit dans le domaine économique : « le processus d'amélioration des conditions dans lesquelles les individus et les groupes participent à la société -- améliorer la capacité, les opportunités et la dignité des personnes défavorisées sur la base de leur identité(3) ».

Ergothérapeute, avec une approche occupationnelle d'après l'ANFE « Un professionnel de santé [...] un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre [...] l'occupation [...] et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour

assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace(4) ». Marie-Christine Détraz (et al.)(5) propose également une définition : « Le but de l'ergothérapie est de permettre à ces personnes de maintenir ou développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle ». Ce dernier met en valeur le rôle social que peut avoir l'ergothérapeute.

1.3 Résonance

1.3.1 Enjeux

Mondialement il y a plus de 160 millions de SDF(6). En France il y a environ 300 mille SDF dont 14 mille à Marseille(7). C'est un enjeu et pour les SDF et pour la société car il y a un coût énorme à soutenir les sans-abris. Par exemple, aux États-Unis en 2017 c'était estimé que le coût moyen pour qu'une personne vive sur les rues est de $40 000 annuellement(8). Il y a le coût des services d'urgences médicaux à prendre et compte ainsi que l'intervention de la police(8). Les personnes sans-abris ne sont pas en mesure d'avoir des conditions de vie stables, ce qui signifie par la suite qu'elles ne peuvent pas trouver d'emploi, donc elles ne peuvent pas payer d'impôts et "contribuer" à la société. De plus, il a été documenté que les personnes sans-abris ont une estimation de vie plus courte que la moyenne, avec environ 20ans de vie en moins(9). Ces statistiques et notions traduisent des enjeux de sante, des enjeux économiques et des enjeux sociaux. De plus le taux de sans-abrisme ne cesse d'augmenter, en France comme en Europe comme aux Etats-Unis(10,11). Si aujourd'hui la France estime environ 300 mille personnes à la rue, en 2012 cette estimation était de deux fois moins(12).

Il y a des enjeux politiques et législatifs à prendre en compte. Dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, « le droit à un logement convenable » est écrit(13). Pourtant, elle n'est pas accessible pour une partie signifiante de la population française. Pour venir améliorer le droit au logement, l'Etat français a promulgué en 2007 la loi Dalo, permettant aux personnes d'exercer leur droit au logement opposable, cependant celle-ci « manque de volonté politique » avec des moyens qui sont seulement partiellement mobilises(14). En effet, il semble que les enjeux en lien avec le sans-abrisme sont abordés mais que les ressources, les aides et les solutions ne sont pas abouties.

1.3.2 Question socialement vive et utilité

La santé communautaire est définie comme la santé collective d'une communauté(15). Elle introduit la notion d'engagement individuel de chaque personne. Concrètement, certaines communautés vont être à risques de pathologies, de maladies ou d'handicaps du fait de leur points communs. Par exemple, une communauté à bas revenu pourrait avoir un taux d'obésité plus élevé car l'accès à des aliments de bon qualité est limité. Pour les professionnels de la santé il y a des missions de prévention de risques et d'éducation communautaire, de développer des plans d'intervention pour combler les ressources dans la communauté, diminuer les besoins aux urgences(15)... Plus précisément, pour les ergothérapeutes les missions vont être de plaidoyer, d'évaluer les besoins, de renforcer les capacités communautaires(16)...

Il y a des associations et des évènements centrés autour des personnes sans-domicile fixe qui s'actualisent encore aujourd'hui et qui sont mis en place récemment tels que « nuit de la solidarité » le 20 janvier 2022 pour sa première fois et renouvelé le janvier 26 2023(17), avec des affiches dans les transports public pour recruter des volontaires. C'est un évènement qui va être répété pour donner une évolution des SDF pour « orienter les politiques publiques(18) ». L'action de solidarité est une opportunité pour partager et écouter les personnes dans le besoin (18). Il y a également la « bagagerie Marseille association d'aide aux SDF(19) », le numéro 115 pour des hébergements d'urgence (20), l'association « vendredi 13(21) », l'association « Maavar(22) », des accueils de nuits(23)... Les derniers évoqués existent à Marseille. Il y a donc des personnes intéressées par les problématiques des SDF à ce jour. Il y a également des associations plus connus comme les « restos du cœur(24) » ou les « anges de la rue(25) » qui existent dans plusieurs villes en France, qui répondent aux besoins vitaux. De plus, la fondation Abbé Pierre en collaboration avec des associations a rédigé et publié la « Déclaration des droits des personnes sans abri », rappelant le droits au logement, au respect de ses biens, l'interdiction de discriminer, le droit de vote etc(10). « La pauvreté n'est pas un crime(10)» vise à sensibiliser les personnes sans-domicile, l'ensemble des populations ainsi que de rappeler à l'Etat ses obligations. De plus, le plan quinquennal abordant le « logement d'abord » a été mise en place sur le territoire français depuis septembre 2017 et vise à réduire significativement le taux de sans-abrisme en France, celui-ci priorise les solutions pérennes de retour au logement plutôt que d'avoir plus d'hébergement à court terme(26).

A une échelle plus large, en Europe, il y a des politiques sur les plans d'inclusion sociaux, de la santé, des droits humaines, régulation financier... afin d'adresser les diverses causes du sans-abrisme(27). Celles-ci visent à investir dans le peuple : « renforcer les compétences et les capacités des personnes et les aider à participer pleinement à la vie professionnelle et sociale(27) ». La campagne lancée en 2012 « la pauvreté n'est pas un crime » lutte contre la stigmatisation de la pauvreté(28). La stigmatisation sociale correspond à la vue (péjorative) de la société sur un groupe de personnes, comme ici les SDF. Cette stigmatisation peut engendrer des sentiments d'isolation, de honte, une réticence a demandé de l'aide, moins d'opportunités d'emplois(29)... Les conséquences contre lesquelles les politiques luttent en ce moment.

Le 21 juin 2021 une conférence à Lisbonne accueille des ministres, des représentants de la commission et du parlement européen, le comité économique et social, le comité des régions... Ceux-ci ont signé la déclaration sur la plateforme européenne de lutte contre le sans-abrisme. Cette déclaration vise 5 objectifs qui portent principalement sur le logement, éviter des évictions sans assistance. la lutte contre la discrimination lié à l'abri (30)...

Il y a donc un réel intérêt et envie d'aider les personnes précaires, par la population (bénévoles) ainsi que par l'état française et européen.

Il y a des écrits récents(31–33) qui portent sur le sujet, des ergothérapeutes qui travaillent dans ce domaine (en France et à l'étranger), des articles parlant de l'approche occupationnelle et des personnes sans-abris sur plusieurs sites (researchgate.net, uwo.ca...). Il y a également des études récentes(34) et plus vieilles(35), permettant de comparer les résultats et développement des besoins et attentes des personnes SDF.

1.4 Revue de littérature

1.4.1 Champs disciplinaires et bases de données

Dans un premier temps, pour débuter la revue de littérature il faut sélectionner les bases de données propice à notre recherche.

Le champ disciplinaire de la santé communautaire permet d'apporter des connaissances sur un groupe de personnes avec des revues médicales ainsi que paramédicales, deux corps de métiers pouvant intervenir dans la prise en soin auprès de personne sans domicile fixe. Ce champ disciplinaire est lié aux bases de données de EM Premium et Science Direct. Ensuite la base de

données utilisée pour le champ disciplinaire de la sociologie est Cairn. Celui-ci permet de percevoir les relations humaines et les représentations de la société qui influencent la (non) inclusion de différentes populations. La psychologie aide à comprendre le tabou circulant les SDF, la base de données retenu est PsycINFO. La base de données pour l'ergothérapie est OTSeeker. Puis finalement pour une recherche plus globale, Google Scholar sera également utilisé.

1.4.2 Équation de recherche

L'équation de recherche se compose de mots clés qui permettent de réaliser une recherche, ici, la revue de littérature. Suite à de nombreuses recherches, les mots clés les plus pertinents étaient « ergoth* » (donc les mots dont racine contient ergoth, comme ergothérapie, ergothérapeute...) ou occupation car l'occupation est un moyen largement utilisé par les ergothérapeutes. L'opérateur booléen « OU » permet de voir des articles contenant soit les mots avec ergoth* soit les articles avec occupation, les deux mots clés ne sont pas obligatoires dans un seul article. Finalement, ergoth* ou occupation* doit apparaitre dans un article parlant des personnes sans domicile fixe, ou un article parlant de l'insertion socio-professionnel, les mots clés ont donc été définis en fonction.

L'équation de recherche établie en français :

- ((ergoth* OU occupation*) ET (SDF OU sans-abris OU sans-logis OU sans domicile fixe) OU insertion sociale OU insertion socio-professionnel))

Pour avoir un plus grand nombre de résultats internationales, la même équation de recherche a été traduite en anglais :

- ((Occupational therap* OR OT OR Occupation*) AND (homeless* OR homeless people OR social insertion OR professional insertion))

1.4.3 Bases de données et résultats

Afin d'avoir les recherches les plus pertinentes, des filtres et des critères d'inclusion et d'exclusion ont été paramétrés.

Le filtre choisi sélectionne les articles à partir de 2009 afin d'avoir des articles en lien avec la crise économique de 2008. De plus, la crise sanitaire de 2019 a également eu des conséquences dévastatrices avec un pic de sans-abrisme(36). Également les articles gratuits (ou fournis

gratuitement avec les ressources de la faculté d'Aix-Marseille Université) seront prioritairement sélectionnés.

Les critères d'inclusion sont : articles traitant de « personnes dans la rue », « dans les refuges » et/ou articles écrit avec une approche occupationnelle.

Les critères d'exclusion sont les articles écrits dans des langues autres que l'anglais ou le français, des articles parlant de nomades ou de vagabonds.

Finalement, le tableau traitant les résultats de ces recherches anglais et français est disponible en annexe 1 p60.

1.4.4 Analyse critique

Les articles présents dans le tableau des résultats de bases de données sont analysés dans les parties suivantes. Le tableau de synthèse (cf annexe 2 p61) récapitule les articles abordés. Sur les 9 articles, 1 est basé en France. Celui effectué en France est de très bas niveau scientifique avec des résultats non reproductible mais un contenu riche et axé sur les personnes sans-abris et l'apport de l'ergothérapie et d'une équipe pluridisciplinaire. Les autres articles et études sont de bas (trois) et moyens (trois) qualité scientifique avec deux articles étant de haut niveau scientifique basé en Australie et aux États-Unis. Finalement, dans l'ensemble il y a six études scientifiques et trois articles provenant de la littérature blanche.

Collaboration pluridisciplinaire entre ergothérapeute et l'équipe de soin et approche centrée sur le client

Lors de l'analyse des études, nous remarquons que plusieurs corroborent et se chevauchent sur les dires de la nécessité de collaboration pluridisciplinaire entre les ergothérapeutes et d'autres professionnels, ainsi que la collaboration avec les clients (ou patients, ou personnes)(37–41). De plus, J Tryssenaar complète les autres articles avec une étude réalisée au Canada mesurant l'utilité d'un modèle ergothérapique, sur des personnes sans domicile fixe, en ajoutant que la spécificité de la prise en soin ergothérapique, l'approche centrée sur la personne aide également à une meilleure réadaptation de la personne sans domicile fixe(42).

Qu'est-ce que l'approche centrée sur la personne et comment peut-elle s'utiliser dans l'intervention chez la personne SDF ?

L'approche centrée sur la personne a été définie par le psychologue Carl Rogers comme une thérapie utilisant le processus relationnel entre le thérapeute, dans ce cas-ci l'ergothérapeute, et le client (les personnes sans-abris). C'est considéré que le client a la solution et les ressources essentielles à ses problèmes, et que le thérapeute permet simplement à la personne de s'exprimer et d'accéder à ses ressources (qui étaient donc présentes depuis le début)(43).

L'évaluation et l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes SDF

Les ergothérapeutes ont plusieurs rôles chez les SDF, des traditionnels et des émergeants, dont la nécessité d'évaluer les compétences de cette population ainsi que leurs besoins(37). En effet, six études effectuées en Australie (deux), Turquie, Angleterre, France et au Canada avec un niveau de scientificité variant corroborent la nécessite d'évaluer cette population(38–42,44). Une étude avec une qualité de scientificité élevée élabore que l'évaluation des personnes SDF pourrait aider à diminuer les visites chroniques de ces patients aux urgences(44), ce qui coute cher à l'état et à la société. C. Marshall complémente qu'une meilleure prise en soin entrainerait une meilleure inclusion dans la société, avec une étude publiée en 2020 qui a pour but d'analyser la variété et la qualité des interventions ergothérapiques(45). Les évaluations effectuées lors de l'étude menée par G. Akyurek publié en 2019 avec pour objectif d'utiliser un modèle ergothérapique afin d'examiner les facteurs associés à l'intégration communautaire, même si sur une petite population, montre une différence remarquable entre le début et la fin de la prise en soin, d'autant plus qu'il y avait un groupe control qui n'a pas autant progressé. En effet, les personnes ayant eu un suivi avec le modèle ergothérapique ont eu plus d'opportunités sur l'aspect professionnel et ont été mieux évalués (avec des évaluations normés) à la fin de leur prise en charge(39).

L'article Américain complémente ce sous-thème avec l'information que les personnes sans-abri ont des besoins différents d'autres populations, mais également que le cadre communautaire est peu comparable à d'autres. De plus, l'injustice occupationnelle pour cause de religion, couleur de peau et autre altère beaucoup les besoins en fonction de quelle population de sans-abris est adressée(46). C'est-à-dire qu'en fonction du pays ou l'ergothérapeute travaille, en fonction de la région, l'injustice ne sera pas la même et il faudra apprendre à adapter sa façon de travailler aux besoins des clients, et donc d'être centrée sur eux. Les évaluations doivent être adaptées à la population afin de ne pas donner des résultats fausséees(42,46).

Des besoins identifiés par des ergothérapeutes canadiens sont : la nourriture, la santé, le logement, la sécurité. Le besoin d'avoir une identité de soi et un accompagnement social et familial(37). Cependant l'étude Turque et Canadienne avec un niveau de scientificité moyen qui interrogent les SDF eux-mêmes corroborent sur le fait que les personnes SDF ont relevés le besoin de trouver un emploi avant tout, même plus important que de garder ou trouver un logement(39,42). Est-ce une contradiction ou une complémentation ? Si l'ergothérapeute pense savoir les besoins de son client, l'écoutera-t-il réellement lorsqu'il les exprime ?

La nécessité des compétences de vie pour les SDF et l'apport d'art par les professionnels sociaux

D'abord il est important de comprendre ce que sont les « compétences de vie ». Selon l'OMS, les compétences de vie sont « les capacités d'un comportement adaptatif et positif qui permettent aux individus de faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne(47) », ou encore d'après l'UNICEF « les compétences psychosociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à communiquer efficacement et à développer le compétences d'adaptation et d'autogestion nécessaires pour une vie saine et productive(48) ». Concrètement, les compétences de vie permettent à une personne de pouvoir s'occuper de ses soins personnels, ses loisirs et ses occupations de productivité tels que les voyages, savoir lire un contrat de travail, écrire une lettre de motivation ou encore participer à des évènements communautaires(49).

Les évaluations évoquées dans la deuxième partie, certes sont nécessaire dans un premier temps afin d'être sûr d'avoir une approche centrée sur la personne et d'évaluer ses besoins. Dans un second temps, que peut proposer l'ergothérapeute ou encore d'autres professions pouvant collaborer avec les personnes SDF ?

Plusieurs études corroborent sur la manière d'intervenir chez cette population si précaire. Akyurek, et Marshall disent que travailler sur les compétences de vie ou travailler sur la performance des compétences préexistant est une manière d'intervenir positivement pour les sans-abris. Cela leur permet d'acquérir leurs propres moyens de faire. Ceci leur permettra, par la suite, de faire leur propre demande d'emploi, de logement, d'accès à la bibliothèque. En bref, de pouvoir gérer ce qui est important pour eux(39,45).

D'ailleurs, d'autres études issues de littérature professionnelle corroborent sur une intervention ergothérapique par l'art ou des activités créatrices, qui sont assez peu présents, surtout pour la population concernée(38,41), en effet étant de la littérature blanche ce ne sont que des témoignages et avis de professionnels, mais ces données restent intéressantes et à prendre en compte. Cela permettrait de s'inclure à la société sans aborder l'aspect de gain monétaire. L'art en ergothérapie, ou encore la médiation par l'art n'est pas fait dans un but de faire quelque chose de « beau », mais pour un moment de loisir, d'échange, de communication graphique(50). L'inclusion à la société est faite par pleins de biais dont l'aspect culturel qui peut justement se relier via l'art.

Quels autres moyens les ergothérapeutes disposent-ils pour intervenir auprès des personnes sans-abris ?

1.5 Questionnements

Suite à ce travail, des questionnements subsistent.

L'évaluation et l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes sans-abris

D'abord, existe-t-il des évaluations en ergothérapie normées adaptées pour les personnes ayant des niveaux d'étude différents ? Les modèles d'ergothérapie vus en pratique conviennent-ils à cette population ? Est-ce que les ergothérapeutes formés en France apprennent dans leur formation, des compétences utilisables auprès des SDF ? En effet, comment l'ergothérapeute peut-il aider les personnes SDF à classer leurs besoins et priorités occupationnels ? De plus, est-il possible de généraliser les priorités d'une personne sans-abris à toutes les personnes sans-abris ? Notamment, l'ergothérapeute sera-t-il en mesure de travailler les compétences de vie avec eux ?

D'autre part, dans la littérature il est dit que l'art semble être un bon moyen d'intervention approchant le côté ludique et créatif des SDF. Est-ce que l'ergothérapeute peut proposer des séances d'art ? Par quels moyens ? De plus, serait-il avantageux de mener ces séances en collaboration pluridisciplinaire ?

L'environnement de la prise en soin pluridisciplinaire du client

L'environnement influence la prise en soin des personnes. De ce fait, est-ce qu'une intervention ergothérapique en hôpital serait la plus adaptée pour les sans-abris ? Ou plutôt serait des interventions en institutions non-gouvernemental mieux reçus ? En effet les équipes pluridisciplinaires présents dans les hôpitaux peuvent apporter des compétences riches et variées.

Cependant, est-ce que l'hôpital est stigmatisant pour cette population marginalisée, déjà associée à des stéréotypes péjoratifs ? En outre, est-ce qu'il y a une corrélation entre la toxicomanie et le sans-abrisme ? Si oui, les services d'addictologie équipés d'ergothérapeutes seraient-ils mieux adaptés pour les prendre en soin ? Finalement, est-ce que les ergothérapeutes peuvent agir lors des « phases aigues » du sans-abrisme, la perte de domicile, la perte de métier ? Lorsqu'une personne SDF vient aux urgences serait-ce le moment opportun pour les ergothérapeutes d'intervenir ?

L'objectif : l'inclusion socio-professionnelle

Comment les ergothérapeutes se positionnent-ils afin d'avoir une intervention complémentaire à celle des autres professionnels qui interviennent, en particulier le métier des travailleurs sociaux ? D'autre part, quels sont les facteurs impactant l'engagement des personnes SDF dans leur inclusion et intégration sociétale ? Est-ce que l'intervention ergothérapeutique et de l'équipe pluridisciplinaire pourrait être un élément déclencheur dans l'inclusion socio-professionnelle des personnes sans-abris ? Quelles sont leurs attentes et moyens lorsque cette transition est débutée ? Quel suivi professionnel pourrait être proposé pour cette population et comment diffère-t-elle d'autre type de population ?

1.6 Résonance éclairée

Suite à ce travail de revue de littérature et de recherche, nous pouvons voir que la position des sans-abri dans la société est toujours actuellement remise en question. Des études sont faites autour d'eux et avec eux afin d'essayer de mieux intervenir en tant que professionnel de la santé. Ces études confirment également le besoin de continuer à investiguer la meilleure prise en soin possible de cette population.

Il y a des vrais enjeux politiques, législatifs et de santé pour les personnes sans-abris. De plus il y a également des enjeux socio-économiques du fait que les conditions de vie des personnes sans-abris ont un cout important(51). Donner des moyens comme les compétences de vie a des personnes qui en manquent pourrait les aider à intégrer la société. Il y a un manque de compétence et de connaissance, que ce soit le savoir, le savoir-être ou le savoir-faire qui est encore mis en évidence à ce jour.

1.7 L'enquête exploratoire

Afin de répondre aux questions soulevées lors de la revue de littérature, une enquête sera menée. Celle-ci permettra d'explorer de nouvelles informations en espérant combler les lacunes dans les données de la littérature. Pour cela, des objectifs seront identifiés, une population sera interrogée et un outil de recueil de données sera choisi.

1.7.1 Les objectifs

Les objectifs généraux déterminent le but de l'enquête, ce qu'elle apporterait. Les ergothérapeutes (surtout à l'international) semblent avoir un rôle important dans la réinsertion socio-professionnelle des SDF.

- Confronter les états des lieux de la revue de littérature à l'état des lieux de la pratique
- Juger de la pertinence de la recherche et de sa vivacité
- Combler le manque d'études sur l'intervention ergothérapique en France concernant les personnes sans domicile fixe

Les objectifs spécifiques guident le contenu de l'enquête exploratoire :

- Comprendre et approfondir l'intervention de l'ergothérapeute avec les personnes sans-abris
- Comprendre la perception de l'ergothérapeute sur l'influence que peut avoir le lieu d'intervention dans la prise en charge de l'usager
- Connaitre le regard des ergothérapeutes sur les apports de la prise en soin pluridisciplinaire sur l'inclusion socio-professionnel des personnes SDF
- Découvrir le ressenti des ergothérapeutes dans leur rôle dans l'inclusion socio-professionnelle des personnes SDF

1.7.2 Choix de l'enquête

Population : La population visée est celle des ergothérapeutes travaillant en France ; particulièrement les ergothérapeutes étant diplômés d'au moins six mois. Travaillant ou ayant travaillés avec des personnes SDF. Seront exclus les ergothérapeutes ayant pris la retraite et travaillant actuellement en dehors de la France métropolitaine. Pour venir partiellement compléter les données principaux retrouver dans les études à l'international, une étude centrée sur la France sera effectuée. Les sites d'exploration sont tous les domaines, les associations et les institutions ; les soins médicaux et de réadaptation, les cliniques de psychologie ou encore les lieux de vies.

Pendant l'enquête exploratoire, il est important de respecter le cadre de la Loi Jardé. Celle-ci demande de ne pas interroger des patients, de développer des connaissances biologiques et médicales. Ainsi nous n'avons pas l'obligation de solliciter le comité d'éthique(52).

Outil de recueil de données : Plusieurs objectifs spécifiques comprennent les termes « comprendre, connaitre » ce qui pousse vers une étude qualitative, ainsi les outils de recueil de données qualitative sont l'observation ou encore l'entretien. L'outil de recueil de données retenues sera l'entretien semi-directif afin de récoltés les points de vue uniques des ergothérapeutes.

Avantages et inconvénients : Il est préférable de faire un entretien face-à-face ou encore en visioconférence (avec Zoom®) afin de pouvoir se voir, avoir le côté relationnel humain et de pouvoir observer la personne entretenue. Sinon un entretien téléphonique sera proposé. L'entretien permet de chercher un avis, de recueillir le ressenti de la personne et d'approfondir la pratique de l'ergothérapeute(53). Il permet d'avoir une réponse spontanée, et il est en temps réel sans que la personne puisse retravailler sa réponse, qui est unique. L'entretien nécessite une écoute active afin de pouvoir poser les bonnes questions aux bons moments. Le contenu n'est pas réplicable, il est singulier, riche, et permet de voir le point de vue particulier de la personne(53,54).

Les inconvénients de l'entretien sont les suivants : l'entretien lui-même peut durer peu de temps ou plus d'une heure en fonction de la qualité des questions et de la maitrise de l'entretien par le chercheur. C'est une technique avec un traitement de données chronophage, long et exhaustif. De plus, à défaut d'avoir de nombreux entretiens, afin d'avoir des réponses quasi-saturées, l'entretien est un outil de recueil de données qui ne permet pas un résultat représentatif de la population(55). Finalement, il y a des biais spécifique à l'entretien.

Biais : *Biais de subjectivité* : l'interprétation des réponses – pour éviter ceci il y a la possibilité de faire des échos, demander à la personne si nous avons compris ce qu'elle a dit et ne pas extrapoler ses réponses(56).

Biais méthodologique : la formulation des questions doit être clair, précis et concis. L'implication personnel ne doit pas émettre des suggestion de réponse. Il ne faut pas hésiter à reformuler ou décomposer la question en plusieurs parties(56).

Biais affectif : l'humeur peut affecter l'enquêter ou la personne interviewé. Il faut rappeler le cadre de non-jugement, que aucun nom apparaitra car c'est anonyme, prendre du recul pour ne pas laisser transparaitre les états affectifs(56).

Biais désirabilité sociale : vouloir être perçu comme « bon » donc de dire ce que les personnes en face souhaitent entendre. Il faut également rappeler l'anonymat et le non-jugement. Qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses(56).

Effet de primauté : accorder plus d'importance au début de l'entretien que la fin puisque la concentration s'épuise. Comme le sujet tient à cœur de l'interviewer la concentration devrait être continue, mais il y a l'enregistrement qui permettra de réécouter les détails de ce que l'interviewé répond(56).

Biais cognitif : entendre ce qu'on souhaite et donc ne pas rester neutre. Ceci se combat grâce au travail d'implication et de distanciation, en prenant du recul et en restant consciente que celle qui a les réponses est la personne entretenue(56).

Biais de différence : être moins favorable avec les personnes qui ne nous ressemblent pas. Il s'agit d'avoir une posture professionnelle, s'habiller de couleurs neutre et ne pas se maquiller de manière excentrique(56).

L'enquête se déroule en deux étapes avec l'effectuation de l'enquête (recueil de consentement, recueil de données), puis l'extraction, l'analyse et le traitement des données.

1.8 L'entretien

L'entretien est semi-directif afin de pouvoir explorer et balayer tous les objectifs soulevés. Il permet également d'apporter plus de précision dans les réponses apportés et d'approfondir certains points(57). Cet entretien est préparé en amont avec une grille d'entretien (cf annexe 3 p72). Des questions principalement ouvertes sont proposées afin de laisser la place à la personne entretenue d'étaler sur le sujet qu'elle maitrise. Les questions sont basées sur les thèmes qui ont émané de la revue de littérature :

- évaluations et interventions de l'ergothérapeute

- environnement humain et physique de l'accompagnement

- objectifs principaux des personnes SF

Il y a une question inaugurale : *pouvez-vous me parler de votre expérience en temps qu'ergothérapeute travaillant dans un milieu accueillant des personnes sans domicile fixe ?*

Chaque ergothérapeute participant à la recherche doit impérativement lire la fiche de notice et signer le recueil de consentement (cf annexes 4 et 5 p73 et p74).

1.8.1 Test et amélioration du dispositif d'enquête

Le test de faisabilité et de validité a permis de changer la formulation de certaines questions comme l'expression « accompagnement » au lieu de « prise en soin » ce qui est plus adapté pour le social et permet d'être plus claire dans l'ensemble. Également, comme l'entretien c'est passé en face-à-face, l'intervieweuse rassurait la personne interviewée dans ses propos en hochant de la tête ce qui amplifie le biais cognitif. Il faut donc veiller à rester neutre dans ses paroles ainsi que ses expressions.

1.9 Analyse des entretiens

Trois entretiens ont été passés, dont un en face-à-face et deux via appel téléphonique.

1.9.1 Analyse descriptive

Il y a eu trois entretiens qui ont tous débuté avec la question inaugurale parlant généralement de l'expérience de l'ergothérapeute avec la population sans-abri.

La première ergothérapeute (E1) a 33 ans, est diplômé il y a deux ans en Belgique. Elle travaille dans un résidence hôtelière à vocation sociale depuis huit mois à Marseille. La population accueillie est celle des personnes majeures et des familles sans domicile fixe.

La deuxième ergothérapeute (E2) a 49 ans, est diplômée depuis 1998 au Brésil. Elle a travaillé sur plusieurs postes accompagnant des personnes sans domicile fixe, au Brésil et également en France. Les informations sur la France ont été retenues pour les analyses. Elle a travaillé dans une équipe mobile à Paris et maintenant travaille sur plusieurs pôles dont un qui propose des activités signifiantes collectives sur le territoire.

La troisième ergothérapeute (E3) a 24 ans, est diplômé depuis 2021 à Tours. Elle travaille depuis plus d'un an dans une structure à Paris qui lui permet de visiter des centres d'hébergement ou elle rentre en contact avec les résidents. Elle travaille dans la même institution que E2, l'équipe est constituée exclusivement d'ergothérapeutes. Les deux travaillent avec des personnes en retrait social, désociabilisés, réfugiés, demandeurs d'asile et aussi des personnes sans domicile fixe.

1.9.2 Analyse verticale

L'analyse thématique consiste à regrouper les données des entretiens et les regrouper en thèmes qui nourrissent au fur et à mesure les questionnements(58). La synthèse de cette analyse peut se trouver en l'annexe 6 p75.

Les besoins variés des personnes sans domicile fixe

« Il n'y a pas de généralité dans la rue » (E2 L59-60). Les besoins des personnes sans domicile fixe ne peuvent pas être uniformisés. En fonction de leur stade (nouvellement à la rue, demandeur d'asile, dans un centre d'hébergement...) elles n'auront pas les mêmes besoins.

Lorsque la personne est très désociabilisés des soins et un traitement médical psychiatrique peut être la priorité (E2 L35-37). Cependant globalement le besoin : de logement, d'emploi, de scolarité pour les enfants, d'une remise à niveau ou apprentissage de la langue, de sécurité, de repères et de confort est prédominant (E1 L43-45 ; E2 L473-489, L498, L500-501 ; E3 L23-26, L31, L122-124). De plus les termes de territorialisation, d'apprentissage du territoire et d'acquisition d'une pluralité de rôles sociaux sont très présents dans le vocabulaire de E2 et E3 (E2 L264, L285, L291-295, L299-301, L328-329, L376-384, L405, L473-489, L495, L498, L500-501 ; E3 L115-121, L225).

En effet, la nécessité d'être plus qu'une étiquette (celui de « sans domicile ») revient plusieurs fois dans les entretiens (E2 L405-414, L486 ; E3 L64). Il y a une perte totale de l'identité de la personne (E2 L405-408). Elle ne se qualifie plus en tant que libraire (E1 L191) ou diplômée master en droit (E2 L408) ou quelqu'un qui a des compétences (E3 L254), elle est réduite et rendue invisible : « Ils [SDF] sont transparents, ils existent pas, ils sont dans la rue là. [...] qui sait qui est-ce qu'ils sont ? Ce qu'ils ont été ? Qu'est-ce qu'ils font ? Qu'est-ce qu'ils ont aimé faire ? On ne sait pas, et donc les rendre visibles, les rendre visible à leur propres yeux [...] crée ce lien d'appartenance » (E2 L498-501).

Ce lien d'appartenance et ce besoin de reconnaissance mène à un travail ou l'ergothérapeute peut accompagner les personnes afin de retrouver et mettre en œuvre leur potentiel (E1 L14, L42-45 ; E2 L460-463 ; E3 L121). Il y a un besoin de créer des liens aux autres, aux personnes qui leur ressembles et aux personnes qui ne leur ressembles pas, la mixité des personnes (E2 L291-295, L299-301 ; E3 L23-26, L31). Ces liens sont un début dans la création du terme « appartenance » qui peut aussi être traduite par le terme « famille » (E2 L487-488).

Le besoin d'ergothérapeute est implicite et non formalisé, mais est présent, et depuis longtemps (E2 L124-126).

Le travail sur le collectif et l'individuel par l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes travaillent avec les personnes sans domicile fixe dans deux modalités, en individuel et en collectif. Les deux façons de travailler sont complémentaires et ont des objectifs généraux en commun, souvent en lien avec les besoins exprimés par les personnes (ou évalués par l'équipe).

Il y un travail sur l'espace de vie lorsque celui-ci s'applique (par exemple des ergothérapeutes qui interviennent dans des foyers de vie). Les personnes à la rue peuvent être désociabilisées et un travail sur la recontextualisation de la personne peut être demandé afin qu'elle comprenne mieux les règles du lieu. Le partage d'espace peut créer des tensions et un accompagnement sur le collectif peut permettre de vivre de manière plus apaisée en respectant la valeur et culture de chacun (E1 L64-69). L'ergothérapeute intervient dans la sécurité des personnes qu'elle soit matérielle, humaine ou territoriale (E1 L78 ; E2 L488 ; E3 L23).

Il y a un grand travail individuel sur la mobilisation des personnes qui sont soutenues par le collectif qui s'aident et se motivent entre elles. Des séances peuvent être proposées sous forme de sorties, donc si la personne souhaite participer elle doit sortir de chez elle et faire l'effort de rejoindre le groupe qui l'accueille les bras grands ouverts. De plus si une personne est absente, le collectif le remarque (E2 L219). C'est important que le collectif le remarque, car ça montre que l'affection au sein du collectif se développe, ce lien d'appartenance se crée. Ces liens peuvent être créés lors de ce qui est travaillé sur le territoire, quand chaque individu montre des lieux qui sont importants pour lui et pourquoi, ce partage intime qui crée subtilement des liens. Quand l'ergothérapeute accompagne les usagers dans leur réflexion -- comment réussir à aller à un territoire significatif, par quels moyens, il y a des enjeux sociaux mais aussi un enjeu d'apprentissage du territoire français (E2 L203). Il y a une pluralité des rôles sociaux. Les personnes se débarrassent de leur étiquette « sans domicile/migrant/... » et deviennent ami, naviguer, quelqu'un qui raconte une histoire, qui s'ouvre au monde et aux personnes autour d'elle (E2 L129-136 ; E3 L115-121).

Le thème 2 (travail effectué par l'ergothérapeute) n'est pas abordé comme un travail d'inclusion socio-professionnelle à proprement parler, ces termes sont assez peu évoqués. Cependant le travail

de l'ergothérapeute contribue à cette inclusion, mais ce n'est pas la mission première, plutôt une mission tertiaire ou quaternaire. L'ergothérapeute n'a pas le rôle de professionnel chargé d'intégration professionnelle (E3 L231-236). Ce qui est travaillé est plutôt les compétences sociales, les codes sociaux, le partage et l'expression de ses choix, la connaissance de ses droits, le savoir-faire et le savoir-être (E2 L175-188, L192-193, L171-181; E3 L243-253). Ce travail permet aux personnes de se (re)valoriser elle-même et entre elles (E3 L536-537). Elles demandent de participer aux sorties, elles demandent de faire des cours aux étudiants, car elles se sentent utile, ce qui est fondamental car ça (re)construit leur identité (E2 L539).

Un accompagnement social par l'équipe

L'accompagnement de l'équipe n'est perçu comme un soin car les structures sont démédicalisées. C'est une approche beaucoup plus sociale, non standardisée et non-protocolisée (E1 L116-124 ; E2 L256-257 ; E3 L68-83, L137-139). Ce qui reste central et primordial dans cet accompagnement est le contact humain, l'humanisation des usagers sans domicile, la création du lien (E2 L117-118, L338). Il y a la reconnaissance qui va au-delà du statut administratif ou du lieu de logement (E2 L148-149). L'équipe ne travaille pas uniquement des activités « utiles », mais va aussi s'intéresser à des activités qui vont avoir plus de sens pour les usagers. Plaidoyer ses droits, faire partie de la société, rendre visible les personnes sans-abris... (E2 L155-164). La pluralisation des rôles sociaux des usagers est un terme qui revient car elle constitue la base de tout l'accompagnement. Le but premier est que l'accompagnement permet aux usagers de revivre, d'avoir des savoirs-être, de se mobiliser, ça ne passe pas uniquement par l'ergothérapeute, mais par les agents de sécurité, par les collègues de travail (E1 L149-159 ; E2 L454-456 ; E3 L60-62), et par toutes les personnes en dehors de l'équipe qui auront la terminologie de « partenaire ». Ce qui est mis en valeur est le social, et non la performance ou l'aspect évaluable. Il est déjà difficile pour les usagers de faire les activités par plaisir, il faut surtout ne pas insister sur la régularité d'un quelconque résultat.

L'accompagnement qu'offre l'équipe ne constitue pas un travail d'inclusion socio-professionnel directement, mais plutôt de diversifier leur rôle afin qu'ils sachent créer un lien aux personnes, aux lieux, aux objets, aux groupes afin de le reproduire en dehors d'un accompagnement professionnel (E2 L350-375 ; E3 L224-241). Le nous, l'ensemble, la collectivité est une grande partie de ce qui constitue l'accompagnement social (E2 L190).

La pluridisciplinarité permet une richesse d'équipe lorsqu'elle mobilise différentes compétences propre à chacun. La collaboration au sein d'une équipe permet une autorégulation et une remise en question du plan d'accompagnement avec une analyse réflexive de la pratique professionnelle (E1 L149-155).

Il y a également les partenaires qui son extérieurs à la structure qui sont un point d'ancrage pour les usagers et l'équipe.

Les partenaires extérieurs

Les partenaires peuvent être des professionnels médicaux répondant aux besoins ponctuels (comme un soin) ou chroniques (lors de cas d'addiction), ou encore des lieux physiques permettant des ateliers d'ergothérapie ou événements culturels. Ces partenaires sont indispensables pour plusieurs raisons :

Le réseau médical car les structures ne sont pas sanitaires (E3 L139-157, L145-146, L227).

Les lieux mis à disposition par les partenaires permettent aux ergothérapeutes de mobiliser les usagers hors de leur territoire connu, de diversifier leur entourage, d'inviter leur entourage déjà construit et de créer un sens de communauté/collectif plus personnel (E2 L271-280, L286). Ces lieux ne sont ni à l'ergothérapeute, ni aux usagers, c'est un lieu qui lie les deux (E2 L367).

Il y a la ville qui est également un partenaire avec les associations et évènements culturels proposés (E1 L136-143). Les partenaires sont importants car quand les usagers sans-domicile se trouveront intégrés dans la société, avec un logement, et potentiellement un travail, ils gardent un lien au territoire, a un lieu précis, celui des partenaires (E2 L213-215, L260-265).

Il y a un financement qui provient de l'extérieur. Les ergothérapeutes collaborent avec les partenaires et aident dans la prise de conscience des maladies et besoins des usagers. De plus ils montrent l'utilité de leur intervention (et celle de l'équipe) (E2 L115-117, L556, L562, L579-586).

Finalement, les partenaires sont primordiaux pour tisser le lien avec les usagers, lors des interventions, mais également à postériori car les usagers auront comme repères les lieux connus lors de leur accompagnement (E1 L55-58 ; E2 L527-528).

Le rôle de l'équipe mobile auprès des usagers très désociabilisés dans la rue

Ce thème a été peu abordé du fait que la majorité des ergothérapeutes interrogées n'avaient pas des expériences avec une population située directement dans la rue. Cependant, c'est possible qu'un ergothérapeute fasse partie d'une équipe mobile qui se déplace dans les rues. L'équipe mobile a un rôle plus protocolée et moins une approche sociale que ce qui a été vu dans les thèmes précédents. Il fait des interventions avec une équipe composée de professionnels de la santé qui font des évaluations pour voir s'il y a une urgence de soin ou besoin psychiatrique. La création de lien humain reste importante (E2 L31-37, L105-115).

1.9.3 Analyse horizontale

Cette analyse permet de faire ressortir la spécificité et unicité de chaque ergothérapeute(55).

E1 : Travaille avec une équipe constitué des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés, une assistante sociale, des accueillants et des bénévoles (L154-156, L176). Ils ont une approche centrée sur la personne. Chaque professionnel crée des liens avec les usagers, ce qui peut faciliter la confiance professionnel-usager car il y a vraiment cette dynamique horizontale ou chaque personne se vaut, il n'y a pas d'hiérarchie (L156).

L'ergothérapeute a un rôle particulier de coordinatrice car à son lieu de travail elle est ergothérapeute mais a le titre de « coordinatrice d'activité » (L17). D'un côté elle travaille sur les occupations avec les usagers que ce soit instaurer un temps de lecture par un ancien libraire pour les enfants ou faire des temps de petit-déjeuner en collectif (L102, L192). Elle appuie sur le fait de « vraiment pas faire pour mais de faire avec » (L73-74). Pour faire avec il faut qu'il y ait une base équivalente pour tous, c'est également son rôle de fournir du matériel à chaque résident afin de garantir la sécurité et les informer pour les besoins primaires et de leurs droits (la commande de fruit-légumes et possibilité des tickets de services) (L91-94). Elle insiste sur la notion de capabilité de la personne et de lui fournir les moyens pour pouvoir faire seule ce qu'elle souhaite (L140).

Il y a le travail sur le collectif qui se passe par des réunions d'étage ou chaque personne peut partager les tensions de vivre en proximité et mettre des nouveaux « règles de vie » qui sont ensuite appliquer et respecter par les personnes de l'étage. D'un autre côté, elle fait le lien entre les partenaires comme le plateau urbain, les salles de sports qui peuvent être utilisés par les usagers (L136)... De plus, l'équipe a un système d'autorégulation sur leur accompagnement lors de réunion d'équipe. Elle se remet en question et voit comment elle pourrait améliorer la qualité d'accompagnement. L'ergothérapeute joue un rôle spécifique au sein de l'équipe avec une

amélioration de l'organisation afin de gagner du temps, et une amélioration dans la qualité de vie au travail car le travail social (encore plus dans un foyer d'hébergement) est susceptible aux burnouts et une charge mentale importante par l'hypersollicitation des usagers (L210-215).

E2 : Elle a le plus d'expérience dans ce domaine (comparé aux autres ergothérapeutes interrogées). Elle insiste beaucoup sur les notions d'accompagnement, de territorialisation, de pluralisation des rôles sociaux et la création du lien de confiance. Car ce sont des moments et termes qui n'existent pas ou plus avec les personnes sans domicile fixe qu'elle rencontre. Ils ont tous une histoire et une identité mais qui est souvent effacée ou invisibilisée. Avec la population qu'elle rencontre actuellement, elle insiste sur l'effectuation des ateliers hors le lieu de travail, chez les partenaires qui sont un outil primordial dans son accompagnement (L210). Les partenaires permettent la mixité sociale avec des personnes de tout type qui vont venir aux soirées danses par exemple. Elle voit une transformation des usagers au fil du temps, elle fournit des outils aux usagers afin de continuer leurs occupations seuls, sans qu'elle doive être présente. Elle partage « je pense à ce gamin qui était là, et qui petit à petit il avait un sourire, petit à petit la tête commençait à bouger, petit à petit les bras qui était pliés et contre la poitrine, vraiment position de tension quoi. Bah le bras descend, puis le corps commence à bouger, puis à la fin d'un concert qui a commencé à 8h et il est minuit bah le gars dansait les bras ouvert et il tournait sur lui-même mais il rigolait, il regardait les autres » (L224-228). Elle explique qu'elle est une personne de confiance pour « ce gamin » et qu'elle travaille avec lui en respirant, en étant présente, et quand cette personne sera à l'aise avec ce lieu, avec cette occupation, elle pourra passer à l'étape suivante de son accompagnement. La prochaine étape est de laisser la personne aller en soirée seule, avec ses amis, lui expliquer comment récupérer les billets gratuitement et voir si le lien au lieu est suffisamment fort, qu'elle soit suffisamment en confiance pour y aller sans l'ergothérapeute (L314-320). L'apprentissage du territoire, quelque chose sur lequel E2 insiste, passe par plusieurs modalités, dont des sorties au musée, à la plage... les usagers doivent apprendre et réfléchir à comment aller d'un point A à un point B avec les moyens du territoire (L134-140, L203-205, L371-376).

E2 a également crée des ateliers ou les usagers donnent des cours à des étudiants (à l'université), cela leur donne un sentiment d'utilité, de partager leur savoirs et les valorise en tant qu'être qui fait quelque chose dans la société (L155-157). De plus, cette activité leur permet d'apprendre comment faire cours sans que l'ergothérapeute leur apprenne, et de s'améliorer seul avant leur prochain

cours. Ils peuvent aussi s'imbiber dans le contexte d'étudiant et pour un jour partager avec des personnes de leur âge des aspects qu'ils ont en commun, quelque chose qu'ils ne feraient pas à la rue ou dans le centre d'hébergement. Cela fait aussi partie de la pluralisation des rôles sociaux (L191-201).

Finalement, E2 est la seule ergothérapeute qui a une expérience avec les personnes SDF dans la rue, elle ne pouvait pas effectuer des ateliers ou des évaluations car c'était dans une équipe mobile et l'objectif premier était une évaluation médicale. C'était des personnes à la rue signalés pour des besoins de soins (L105-119).

Peu importe le lieu, E2 parle d'une théorie du lien d'attachement qui se développe avec 4 variables, le lien à la personne/professionnelle, le lien à l'occupation (ce qui y est fait), le lien au groupe (ou la collectivité) et le lien au lieu. Si cette attachement se fait, il y a comme elle décrit une toile d'araignée qui relie les personnes, et si une personne tire, l'autre le ressent. Si une personne s'en va, les autres sont encore suffisamment reliés pour être en confiance (L446-452). La création de la collectivité permet aux personnes de se retrouver, mais « le groupe n'efface pas les individualités, au contraire, il les fait ressortir » (L462-463). L'ergothérapeute essaye tout simplement d'outiller les usagers, afin qu'ils aient les moyens de se retrouver dans la société lorsqu'elle ne les accompagnera plus.

E3 : Travaille dans un lieu consistant exclusivement d'ergothérapeutes. Elle explique les besoins des usagers sans domicile en différenciant d'un exemple de prise en soin en hôpital. Les ergothérapeutes sont des repères pour les usagers dans les deux cas, mais les patients dans un hôpital comprennent que les personnes en blouse blanche ont toutes une fonction précise pour la rééducation de leur membre. Pour les usagers au centre d'hébergement qui sont venus pour manger et prendre une douche, le rôle de l'ergothérapeute n'est pas clair (L31-53). De plus selon elle, avoir des ergothérapeutes venant voir les personnes SDF dans la rue est une intrusion de leur intimité, de la même façon que rentrer chez quelqu'un sans toquer à la porte est un manque de respect (L188-196). Avoir des ergothérapeutes qui sont dans un lieu qui n'appartient ni à l'ergothérapeute (donc pas dans un cabinet en libéral) ni aux usagers permet de respecter l'intimité de chacun. Ainsi, la relation commence d'abord par des échanges non-centrées sur les occupations, simplement c'est apprendre à connaitre la personne en tant qu'humain (L195-200). Quand la relation de confiance s'installe c'est à ce moment que l'ergothérapeute peut proposer un atelier, mais il ne faut pas mettre

les personnes face à une feuille blanche, il faut vraiment les accompagner pour qu'elles s'engagent dans l'atelier et avoir des données exploitables, d'autant plus qu'il n'y a pas d'évaluations qui correspondent dans ce contexte (L84-121). Les grands concepts qui en ressortent sont « le territoire, le collectif, les activités » (L121) et c'est ce que E2 va travailler avec ses usagers.

Ceci mène indirectement à une inclusion professionnelle mais ce n'est pas l'objectif premier, l'inclusion sociale est travaillée lors des sorties, avec l'apprentissage du territoire, de nouvelles compétences, comment défendre ses choix et en général les codes sociaux (L244, L243-255).

E3 parle du fait que l'ergothérapeute a une responsabilité de connaitre les partenaires associés au lieu de travail et de les solliciter lorsque besoin car son équipe n'est pas pluridisciplinaire (L145-146, L168-181, L227). La complexité là-dedans est de pouvoir communiquer et « parler le même langage » afin que ce soit une collaboration efficace (L162-181).

1.10 Discussion des résultats

Les résultats découlent des entretiens semi-directifs durant entre 25 et 85 minutes. Les temps étaient très hétérogènes car l'expérience de chacune était différente et elles avaient plus ou moins des éléments de réponses aux questions. Il y avait tout de même un biais méthodologique qui persistait même après la reformulation de certaines questions et termes. L'enquêtrice n'a pas beaucoup d'expérience avec la passation d'entretiens et parfois n'a pas su poser les questions de relance les plus pertinentes sur le moment. Le fait de réaliser un entretien en vrai a permis d'observer l'ergothérapeute et de créer un lien de confiance plus importante avec une discussion non centrée sur le mémoire au début. Les entretiens téléphonique se sont passés à l'heure et lieu le plus pratique pour les ergothérapeutes, elles étaient investies et concentrées lors de l'appel avec peu de bruit de fond ou de pause dans le sujet. Finalement, le choix de la méthode était l'entretien (avec seulement trois ergothérapeutes) ce qui ne donne pas des résultats cohésifs ou représentatifs, mais plutôt des points de vue distincts avec les spécificités des ergothérapeutes qui sont mis en valeur.

Dans la revue de littérature trois thèmes principaux en sont ressortis : les évaluations et les interventions des ergothérapeutes, l'environnement humain et physique de l'accompagnement et les objectifs principaux des personnes sans domicile fixe (ou les objectifs *selon* les professionnels). Ces points ont été questionnés lors des entretiens et nous retrouvons des convergences avec les études provenant du Canada et de l'Australie (35-36) disant que les besoins des personnes sans-

abris ne sont souvent pas satisfaits alors que ce sont des besoins primaires (comme la sécurité ou le logement évoqués dans l'analyse des entretiens). Cette même étude Australienne (36) explique les avantages si les personnes en besoin sortent des structures de soins et/ou d'hébergement pour rejoindre une structure tierce, comme ce que E2 fait lors de ses ateliers afin d'engager la volition des usagers dans leur accompagnement. Ces structures appartenant à des partenaires dans le cas de E2 montré la nécessité de la collaboration lors des accompagnements ou interventions des ergothérapeutes. Cette nécessité nous rappelle les études Canadiennes et Américaines expliquant la collaboration pluridisciplinaire dans l'équipe et le rôle qu'a l'ergothérapeute quant au plaidoyer et l'éducation des partenaires au sujet des personnes sans domicile, que ce soient leurs besoins ou maladies. E2 et E3 évoquent également ces rôles qu'elles détiennent face à leur collaborateurs, en précisant devoir communiquer de manière spécifique afin que tout le monde se comprenne. Toutes les ergothérapeutes interviewées expliquent leurs approches centrées sur la personne avec une grande importance menée sur la relation de confiance et l'écoute active de la personne comme évoquées dans les études Anglaises et Canadiennes (38, 40). A l'inverse des études Australiennes, Canadiennes ou Turques (42-37-40) les ergothérapeutes disent ne pas avoir d'évaluations spécifiques ergothérapiques à proposer à leur population car elles sont trop protocolées ou normées et nécessitent un lien de confiance important parfois difficile à créer. La population semble-être trop variable pour appliquer une méthodologie en particulière, même en l'adaptant à ses besoins. Les ergothérapeutes n'arrivent pas à saisir de l'utilité des outils dans les contextes dans lesquelles elles travaillent. L'étude Australienne (36) dont le niveau de scientificité est peu élevé propose une potentielle utilité d'art dans l'intervention des ergothérapeutes auprès d'une population sans-abris, cependant lors des entretiens l'art n'a pas été évoqué comme un outil d'accompagnement. Toutefois, E1 et E2 utilisent des moyens artistiques et ludiques (comme la danse, la musique) lors de leurs ateliers.

En bref il y a des cohérences entre la littérature existante et les expériences personnelles des ergothérapeutes interrogées ainsi que des divergences sur certaines notions telles que les évaluations non-praticables par les ergothérapeutes sur le terrain.

Suite à cette analyse, des questionnements surgissent, c'est la problématisation pratique. Voici celles retenues :

Sachant que les personnes sans domicile n'ont pas une routine occupationnelle stable (du fait de leur environnement), comment peuvent-elles s'engager ou s'investir dans de nouvelles occupations ? Comment l'ergothérapeute peut-il impacter l'engagement occupationnel ? En quoi la privation occupationnelle des personnes SDF peut-elle impacter leurs capacités ? Comment les personnes utilisent leurs capacités pour être acteurs dans leurs occupations et devenir capable ? Dans quelle mesure l'ergothérapeute travaille-t-il sur la capabilité des personnes sans domicile ? Ces questionnements mènent à une question initiale de recherche :

« COMMENT L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL S'ARTICULE-T-IL AVEC LA CAPABILITE CHEZ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE ? »

1.11 Cadre conceptuel

Les deux concepts qui seront développés seront l'engagement occupationnel et la capabilité.

L'engagement occupationnel a été soulevé par le questionnement sur l'engagement que peuvent avoir les personnes SDF dans leurs occupations suite à l'enquête exploratoire.

La capabilité est un terme qui a été explicitement dit lors d'un des entretiens et semble avoir un lien avec l'engagement occupationnel des personnes.

1.11.1 L'engagement occupationnel

Pour l'engagement occupationnel les sciences de l'occupation seront utilisées afin d'éclairer comment les personnes s'engagent dans leurs occupations. Les éléments principaux du concept de l'engagement occupationnel sont regroupés dans la matrice conceptuelle (voir annexe 8 p84)

Il est important de noter qu'il n'y a pas de consensus autour de la définition du mot « engagement occupationnel » et qu'il y a encore des définitions qui émergent(59), plusieurs définitions seront explicitées afin d'avoir une vision globale de ce qu'est réellement l'engagement occupationnel. En effet, dans le travail du cadre descriptive de l'engagement occupationnel par K. Morris et D. Cox, en fonction des auteurs, l'engagement occupationnel peut être :

- Une entité observable [Yerxa]
- Une construction de théories conceptuelles subjectives [Jonsson, Josephsson, Kielhofner]

- Synonyme avec participation [Kielhofner]
- Une continuité [Rebeiro, Cook](59).

Selon Rebeiro et Cook la continuité permettrait à la participation de devenir l'engagement lorsque l'individu identifie l'occupation comme une occupation signifiante(59). L'occupation signifiante est un concept développé dans les sciences de l'occupation et c'est lorsque l'occupation a du sens pour la personne qui l'exerce, que ce soit dans un but personnel en lien avec sa culture ou que ça structure sa vie ou apporte une identité à la personne(60,61).

Cependant, cette pensée n'est pas partagée par tous.

En 2008, Kielhofner laisse entendre que l'engagement occupationnel n'existe qu'en contexte de thérapie. Il dit : « l'engagement occupationnel fait référence à l'action, à la pensée et au sentiment des clients dans certaines conditions environnementales au milieu de ou en tant que conséquence planifiée de la thérapie ». Ainsi, selon Kielhofner en 2008, l'engagement occupationnel ne pourrait se présenter en dehors d'une participation de l'usager dans un environnement spécifique(59).

A l'inverse :

Polatajko et Townsend en 2007 différencient l'engagement de la participation. Tandis que l'engagement nécessite une forme de participation, l'ergothérapeute s'intéresse au potentiel et possibilité d'engagement occupationnel. Le sens dans l'occupation vient de l'individu et sa culture et est une expérience unique qui ne peut être compris par une autre personne observatrice. Pour Polatajko et Townsend, il n'y a pas besoin de rendu ou de résultat suite à une occupation, l'engagement nécessite seulement de s'impliquer, de participer et il y a des facteurs tels que l'intensité, l'ampleur et la compétence ou l'habileté qui interviennent(59).

Une définition reconnue plus largement est celle du Cadre conceptuel du groupe terminologie de ENOTHE dans « de l'activité à la participation » par Sylvie Meyer « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation(62) ». Il y a donc l'aspect subjectif et personnel avec la notion du choix qui est mis en avant, de plus il y a un nouvel élément qui surgit, celui du « sens positif » qui accompagne l'engagement occupationnel(62).

En 2019, vingt-six articles de revues ont été utilisés par M. Black (et al.) pour identifier des définitions de l'engagement occupationnel. Les idées clés sont : « la participation active dans l'occupation, trouver de la valeur et du sens, un engagement équilibré, une expérience subjective de l'engagement, développement de l'identité à travers l'occupation et les interactions social et environnementales ». Il n'y a toujours pas de consensus autour de ce qui établit l'engagement occupationnel(63).

Un model conceptuel a été créé en essayant de comprendre la notion d'engagement vis-à-vis d'autres termes, tels que la participation. En effet, selon ce modèle (cf annexe 7 p83) chaque occupation conserve une certaine valeur qui est personnelle à la personne, elle peut être indifférente ou intéressée ou engagée ou autre. Il y a aussi des conséquences pour chaque occupation qui sont déterminées par l'environnement physique, social et culturel. Les conséquences peuvent être positives ou négatives, tandis que la valeur retenue pour l'occupation qui est traduit par le niveau de participation, peut également être positive ou négative. Sur le modèle, nous voyons que l'engagement occupationnel est présente quand une personne associe une valeur personnelle positive à l'occupation. L'engagement est considéré être une implication plus forte que la participation ou l'intéressement, mais moins que l'absorption total dans l'occupation. Ainsi l'engagement occupationnel est un état qui fluctue et est influencé par de multiples facteurs complexes. Finalement, la notion du santé intervient lorsque la personne participe à des occupations qui ont une valeur positive pour elle, ainsi que des conséquences positives internes ou par la société (environnement physique, social et culturel)(59).

Un autre model a été développé plus précisément dans le domaine des sciences de l'occupation en en 2007 par Polatajko, Townsend et Craik nommé le Modèle Canadien de Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), celui-ci permet d'apporter plus de distinction au concept d'engagement occupationnel. En effet, ce modèle a voulu inclure un phénomène qui diffère de la « performance occupationnelle ». Ce modèle ce base sur trois composants : la personne, l'environnement et l'occupation. En effet, ceux-ci interviennent également dans l'analyse de l'engagement occupationnel, qui est un aspect important de l'occupation humain. De plus, l'engagement occupationnel permet d'avoir une vision sur la santé, le bien-être et la justice. Cependant, l'engagement n'est pas explicité davantage(64).

Dans l'étude de D. Hitch, Q. Hii et I. Davey, les facteurs positifs suivants peuvent améliorer l'engagement occupation « le choix, une occupation significative, la compétence perçue, la valeur, le plaisir, la confiance entre toutes les parties prenantes, la liberté, la responsabilité et le développement de relations avec les organismes communautaires(65) ». L'engagement peut également être réduit avec des facteurs négatifs « la culture de l'établissement, les habiletés motrices réduites, les problèmes cognitifs, l'abus de substances, la maladie mentale, la stigmatisation et le potentiel d'isolement social(65) ». K. Morris et D. Cox explorent les facteurs internes (auto-efficacité) et externes (environnements physiques et sociaux) influençant l'engagement de manière positive ou négative(59).

Une pratique centrée sur la personne et une collaboration personne-professionnel sont indispensables pour favoriser l'engagement occupationnel(66).

L'engagement occupationnel contribue à un meilleur bien-être et une meilleure santé, de plus l'engagement renforce le sentiment d'appartenance et aide à trouver un rôle dans la société autre que « personne malade »(59,67).

En effet, chaque personne a droit au bien être, ainsi chaque personne a droit de s'engager dans des occupations. Ces occupations sont donc un droit, une opportunité et un choix. L'isolement social peut être surmonté par l'engagement occupationnel. S'engager dans des occupations quotidiennes (sports, arts...) permet de diminuer les niveaux d'abus de drogues, d'alcool et de tabagisme. Cependant pas toute occupation est positive. Certaines occupations peuvent être vécus comme humiliant, dégradant, ennuyeux... Également, il y a des occupations illégal qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé. Ainsi le choix occupationnel de la personne peut mettre en danger leur santé, leur liberté et la santé de leur environnement. De nombreuses personnes manquent la possibilité de ne pas s'engager dans des occupations qui mettent en péril leur bien-être(67).

Synthèse de l'engagement occupationnel (cf la matrice conceptuel, annexe 8 p84) :

L'engagement occupationnel est un concept subjectif. Elle ne peut pas être imposé à quelqu'un comme la participation. Pour certaines, l'engagement occupationnel se distingue du rendement ou de la performance, lorsque l'occupation effectuée est significative pour la personne. L'engagement occupationnel peut être plus ou moins fort et dépend de facteurs internes et externes, positifs et négatifs. Finalement, c'est un droit qui permet aux personnes de s'engager dans leur bien-être.

La définition qui sera retenue pour cette recherche sera : implication liée aux valeurs de la personne dans une occupation, qui contribue positivement à son bien-être

1.11.2 La capabilité

Les champs disciplinaires pour la capabilité sont la sociologie, la philosophie, les sciences humaines et les sciences de l'occupation.

L'auteur principal de ce concept est Amartya Sen qui a écrit sur le sujet depuis les années '80. A travers plusieurs ouvrages et rééditions il a développé ce qui selon lui est l'approche par capabilité. Pour lui, l'individu est placé au centre de cette approche car c'est l'individu qui est le vecteur ou « l'agent actif » du changement(68). Il décrit trois éléments qui seraient inter-liés :

- « Fonctionnements » : ce qu'une personne est capable d'être ou de faire (69). Ce sont les capabilités réalisés qui constituent ce qui rend une vie précieuse(70).
- « Capabilités » : les fonctionnements de valeurs qu'une personne a la réelle possibilité ou opportunité de réaliser, c'est son potentiel(69).
- « Agentivité » : la liberté de choisir les fonctionnements que la personne valorise (lorsqu'il y a une réelle opportunité), appartient à la personne(69). Le pouvoir d'agir et de créer du changement afin de réussir ce qui est important pour elle(70).

Ainsi le concept des capabilités nécessite de déterminer si une personne a les capacités de faire les activités qu'elle apprécierait faire (fonctionnements), si ses circonstances lui offrent réellement la liberté ou l'opportunité de choisir de faire ce qu'elle apprécierait faire (capabilités) et si elle souhaite le faire et peut le faire (agentivité). Cet accent mis sur les capacités et les opportunités (ou potentiel) est au cœur de l'approche de Sen, dans laquelle les capabilités sont comprises comme la liberté ou la possibilité de choisir ce que l'on souhaite faire et être, et donner suite à ces souhaits ; et non en termes de capacités physiques ou cognitives qu'à la personne (70). En effet, les capabilités ne proviennent pas seulement de la capacité interne d'une personne mais des libertés et des opportunités créées par une combinaison des capacités et des ressources personnelles, ainsi que l'environnement social, politique et économique (69).

Ainsi, la « bonne vie » ou une bonne « qualité de vie » pourrait être défini grâce aux concepts de fonctionnements et capabilités. Une personne a la liberté de choisir de mener sa vie d'une manière ou d'un autre et cette liberté est un vrai choix ce qui apporte de la valeur à sa vie (68).

Pour Nussbaum la capabilité répond à « qu'est-ce que les personnes peuvent faire et être ? Quelles sont les réelles opportunités disponibles pour elles (69)? ». Effectivement, ce ne sont pas les capacités qu'une personne a, mais les possibilités et libertés créées par un ensemble de capacités personnelles et de l'environnement socio-politique et économique (71). Nussbaum reprend la théorie de Sen en rajoutant une liste de capabilités inspirés par Aristote et Rawls, qui seraient centrales pour tous (69,72,73) :

1. La vie : être capable de mener une vie satisfaisante et de longueur normale.

2. La santé du corps : être capable d'être en bonne santé (accès aux soins), d'être nourri convenablement et d'avoir un abri décent.

3. L'intégrité du corps : être capable de se déplacer, d'être protégé, de satisfaire à ses besoins corporels.

4. Les sens, l'imagination et la pensée : être capable d'utiliser ses sens, d'imaginer, de penser, d'être informé, de recevoir une éducation adéquate (culturel, religieuse, littéraire, artistique...), de s'exprimer librement, d'avoir des expériences qui procurent du plaisir.

5. Les émotions : être capable de s'attacher aux autres, de ressentir l'amour, le deuil, la gratitude, la colère, ne pas voir son développement émotif contraint par la peur et l'angoisse.

6. La raison pratique : être capable de former une conception du bien et du mal, et de participer à une réflexion critique sur le monde et sa place dans celui-ci.

7. L'affiliation : être capable de vivre avec et pour les autres, d'interaction sociale, d'imaginer la situation d'autrui. Avoir les bases du respect de soi, être traité avec dignité. Protéger les autres et leurs droits, y compris la liberté d'expression et l'absence de peur.

8. Les autres espèces : être capable de vivre avec préoccupation pour et en relation avec les créatures et plantes du monde, et d'apprécier leur beauté.

9. Le jeu : être capable de rire, de jouer, d'avoir des loisirs et de s'amuser.

10. Le contrôle de son environnement : être capable de participer dans des évènements politiques. Être capable de posséder des biens, d'avoir un emploi, d'être protégé contre des arrestations arbitraires.

Cependant Sen va à l'encontre des dires de Nussbaum, en effet pour Sen, une liste prédéterminé de capabilités essentielles est trop réductionniste. De plus, cette liste devrait être identifié par les personnes concernées. L'attention devrait porter sur la conception qu'à la personne du bien-être, et l'agencement avec l'environnement social, politique et culturel. Pour lui, le processus même de créer une liste est d'une importance intrinsèque qui reflète l'importance de l'auto-détermination (68). Son avis est partagé par d'autres philosophes : « ça ne semble non seulement paternaliste mais même colonial si une philosophe américaine détermine les capabilités centrales pour les autres sociétés (69) ».

Finalement, l'approche par les capabilités permet de revendiquer :

- La liberté pour atteindre le bien-être est d'une importance morale primordiale
- Le bien-être devrait être compris en termes de capabilité et fonctionnement(74)

Cette liberté, ou encore ces « droits occupationnels » ont été élaborés par la WFOT en 2019. En identifiant et en traitant les capabilités, les opportunités et la liberté de choix, les droits occupationnels sont sécurisés. L'approche par capabilités, articulé par Amartya Sen permet de comprendre le bien-être humain du point de vue de la justice, ou des droits de l'homme (70). L'approche par capabilité permet d'évaluer le bien-être de façon contraire aux moyens habituels dont des évaluations subjectives comme « le bonheur » ou des choses matérialistes comme les revenus (74).

Synthèse de la capabilité *:*

La capabilité a été grandement développé par Amartya Sen. Pour lui la capabilité est composée de 3 concepts. Les fonctionnements, qui sont les capabilités réalisées, les capabilités qui pour Martha Nussbaum répondent à la question « qu'est-ce que les personnes peuvent faire et être ? » et les agentivités qui sont les réelles opportunités qui se présentent à la personne, son potentiel interne. La capabilité permet de définir le bien-être en intégrant l'environnement au sens large : humain, physique, culturel, économique, socio-politique etc.

1.11.3 Problématisation théorique et pratique

Suite à ce développement, des questions mettant en tension les concepts émergent :

Est-ce que l'engagement occupationnel et la capabilité sont toujours liés ? En effet, est-ce qu'une personne peut être capable sans être engagée dans ses occupations ?

Est-ce que l'engagement occupationnel est mesurable ? En quoi l'engagement est-il altéré si la personne est dans une situation de changement (dans la rue puis dans un centre d'hébergement) ?

Participer aux occupations en groupe est un facteur favorable à l'engagement, serait-il bénéfique pour les personnes sans domicile d'effectuer des occupations ensemble ? L'engagement est-elle présente uniquement lors des moments de groupe alors ? Dans quelle mesure ces apprentissages en groupe sont-ils transférables dans le développement de la capabilité individuelle de la personne ?

Ce questionnement nous mène à la question de recherche :

« COMMENT L'ERGOTHERAPEUTE PERÇOIT LE LIEN ENTRE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE ET LEUR CAPABILITE? »

L'objet de recherche est donc :

« ETUDE DE LA PERCEPTION DU LIEN ENTRE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE ET LEUR CAPABILITE, PAR LES ERGOTHERAPEUTES »

---

2 Matériel et méthode

2.1 Problématisation méthodique

2.1.1 Choix de la méthode

Suite à la question de recherche, une méthode de recherche adaptée doit être sélectionnée. L'objet étudie la perception des ergothérapeutes sur le lien entre l'engagement occupationnel et la capabilité chez les personnes sans domicile fixe.

L'étude expérimentale est écartée car l'étude ne porte pas sur la causalité d'un phénomène. De plus, les ergothérapeutes travaillant avec les personnes sans domicile et souhaitant participer à une étude est un petit nombre qui ne serait représentatif, l'étude différentielle est donc écartée également. Finalement, l'étude clinique casuistique est retenue car elle va permettre de questionner

sur des éléments et concepts encore peu connus, elle permet d'avoir une visée exploratoire. L'étude clinique est une méthode qualitative fondée sur l'écoute qui permet de découvrir le sens d'un phénomène ou concept à travers le point de vue de la personne interrogée ou observée (résultats non généralisables)(75). En effet, il serait pertinent d'observer les séances ergothérapiques effectuées avec les personnes SDF, cependant la Loi Jardé ne serait pas respectée car il y aurait de la recherche impliquant la personne humaine. Ainsi, des entretiens auront lieu afin de ne pas solliciter le comité d'éthique(52).

2.1.2 Population et sites d'explorations ciblés

La population étudiée est celle des ergothérapeutes diplômés d'au moins six mois, travaillant ou ayant travaillés avec des personnes sans domicile fixe. Pour les sites d'explorations, tout type de structure est accepté, des associations, des lieux de vie (foyer, équipe mobile...), des institutions en psychiatrie et les services médico-réadaptation.

2.1.3 Outil théorisé de recueil de données

L'outil de recherche, ici étant basé sur un cadre conceptuel est un outil de recherche théorisé. L'outil le plus approprié semble être l'entretien semi-directif afin d'interroger l'ergothérapeute sur sa perception(53). Ce type d'entretien permet de poser des questions précises sur des concepts complexes tout en laissant la parole à l'ergothérapeute afin qu'il puisse partager sa vision et s'approprier le sujet. Ainsi l'entretien directif ne permettant pas à l'interviewé de prendre la parole librement et de construire sa propre réflexion et l'entretien non-directif ne permettant pas de poser des questions spécifiques sont écartés(53,54). L'outil permet une approche qualitative afin de recueillir la représentation et la perception des concepts de capabilité et d'engagement occupationnel par les ergothérapeutes dans leur pratique.

Le grille d'entretien est disponible en annexe 9 p85 avec les questions françaises traduites en anglais pour les entretiens anglophones. Finalement, afin de participer à cet entretien, les ergothérapeutes contactés devront lire la fiche de notice et signer la feuille de consentement, celles-ci sont disponibles en version vierge, français et anglais en annexes 10 et 11 p86 et p88.

2.1.4 Avantages et inconvénients de l'entretien semi-directif

Les avantages et inconvénients de ce type d'entretien ont été abordés dans la partie 1.8.2 p13.

De plus, l'entretien sera utilisé pour la deuxième fois lors dans ce mémoire, les questions seront alors plus pertinentes et plus maitrisées pendant les entretiens, les erreurs méthodiques seront réduites avec les connaissances acquises avec le premier test lors de l'enquête exploratoire. Cependant, l'entretien semi-directif, à l'inverse du non-directif détermine des thèmes qui limitent la réflexion et la réelle liberté qu'a l'ergothérapeute dans le sujet(53,54).

2.1.5 Anticipation des biais

Biais méthodologique : la formulation des questions ainsi que les moments auxquelles elles sont posées sont importantes. Un test est nécessaire afin de vérifier que l'étude est faisable et claire(56).

Biais affectif : dépend de l'état émotionnel de l'intervieweuse, l'interviewé, la qualité d'écoute et du recueil d'information. Afin de diminuer ce biais, il faut en prendre conscience et travaillé sur la neutralité bienveillante(56).

Biais de désirabilité : comme c'est un entretien, la personne peut nous dire ce qu'elle pense que nous souhaitons entendre, puis il n'y a pas la possibilité de vérifier la véracité de leurs dires. Ainsi, il faut réussir à mettre la personne en confiance en rappelant le cadre d'anonymat et qu'aucun jugement n'est effectué, puis que l'intervieweuse veut découvrir *leur* point de vue(56).

Biais de confirmation : le fait de plus écouté ou sur analysés les résultats qui confirment ce que nous souhaitons entendre. Il faut poser des questions neutres qui permettent de dire l'inverse de ce qui serait attendu, et prendre du recul afin de correctement traiter les résultats (en lien avec le *biais de halo* avec une interprétation non correcte des résultats)(56).

2.2 Cadre d'écoute

Afin de préparer les entretiens, le chercheur peut s'attendre à être confronté à plusieurs « profils type » d'ergothérapeutes dans leur manière de saisir les concepts de capabilité et d'engagement occupationnel. Afin d'identifier ces profils type et de les rapprocher aux éléments conceptuels, un cadre d'écoute a été créé :

Le solo : L'ergothérapeute prend en compte le choix des personnes, essaye de favoriser et laisser la place à leur pouvoir d'agir et pouvoir de décision.

L'extraverti : L'ergothérapeute met en place des interventions afin de favoriser les habiletés, talents, savoir-être.

L'écologiste : L'ergothérapeute met en place des interventions pour transformer l'environnement ou utilise l'environnement

Le motivateur : L'ergothérapeute prend en compte la volition et les valeurs et centres d'intérêts de la personne

2.3 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche

Un test a été effectué auprès d'une cohorte d'entrainement consistant d'une ergothérapeute ayant pris la retraite, ainsi les personnes ayant pris la retraite ou ne travaillant plus avec des personnes sans domicile fixe depuis plus de trois ans seront exclus car les réponses ont été trop vagues et difficile à exploiter. Le test a permis d'améliorer la formulation des questions en anglais, ainsi que de préparer une définition simple et claire de l'engagement occupationnel au cas où l'ergothérapeute interrogé le demande. Cet entretien a permis de valider l'ensemble du dispositif.

3 Résultats

Dans cette partie, les résultats de l'étude seront analysés sous trois formes, *l'analyse descriptive* qui introduit les différentes ergothérapeutes rencontrées, puis *l'analyse verticale* et *horizontale* qui s'appuient sur l'analyse thématiques, déjà vue au cours de l'enquête exploratoire.

Trois entretiens ont été menés sur les concepts principaux de l'engagement occupationnel et la capabilité. Un entretien s'est effectué en face-à-face, et deux en visioconférence grâce à l'outil Zoom®. Ces entretiens ont été enregistrés, traduits et transcrits.

3.1 Analyse descriptive

La première ergothérapeute (E1*) est au milieu de sa carrière, elle a été diplômée à Derby en Angleterre en 1997. Elle a fait 19 ans en pratique clinique du service de santé national (NHS) anglaise, puis elle a enseigné sept ans à l'université et a travaillé en tant que bénévole ergothérapeute à mi-temps dans une charité[2] accueillant des personnes sans domicile fixe. Ce poste de bénévole lui a permis d'être actuellement embauchée à mi-temps dans la charité, elle tient le titre de « travailler de soutient et d'engagement » mais s'identifie toujours comme une ergothérapeute.

[2] Une charité est communément utilisée en anglais pour désigner une organisation qui donne de l'argent, de la nourriture ou de l'aide pour des personnes en besoin. Souvent il y a une connotation religieuse en lien avec l'Eglise.

La deuxième ergothérapeute (E2*) est au début de sa carrière, ayant été diplômée en 2017 à Aix-Marseille. Elle travaille à temps plein depuis quatre ans dans un hôpital de jour psychiatrique dans le nord de Marseille. Elle reçoit des patients ayant des troubles psychiatriques, dont certaines personnes qui se retrouvent sans logement.

La troisième ergothérapeute (E3*) est également au début de sa carrière ayant été diplômée en 2017 à Norwich en Angleterre. Elle a travaillé dans une charité, elle a effectué un travail ou elle aidait des jeunes sans-abris à trouver leur vocation, elle a travaillé dans une équipe de réhabilitation pour psychose complexe (qui accueille beaucoup de personnes SDF) et travaille actuellement depuis deux ans dans un centre de crise pour des problèmes de santé mentale, ce qui est en lien avec les urgences des hôpitaux.

3.2 Analyse verticale

L'analyse thématiques permet de regrouper les dires des ergothérapeutes permettant de faire ressortir des nouveaux aspects aux questionnements posés(58). La synthèse de celle-ci est disponible en annexe 12 p90.

L'engagement occupationnel des usagers

Ce thème est abordé par chaque ergothérapeute confortablement. En fonction de l'expérience personnelle des ergothérapeutes, l'engagement est plus ou moins fluctuant ou stable. Afin de pouvoir repérer lorsqu'il est présent, il faut ouvrir la définition et avoir une large vision pour inclure toute type d'engagement que ce soit simplement venir aux rendez-vous, montrer de l'intérêt dans les objectifs proposés par l'ergothérapeute ou encore initier une conversation pour planifier une prochaine séance (E3* L107-108 ; E2* L174-175 ; E1* L53-58).

En effet la mise en place d'objectifs est difficile avec les personnes sans domicile fixe car ils ne savent pas par quoi commencer ou ont parfois perdu espoir (E3* L229). Cela peut freiner l'engagement car les usagers n'ont pas réellement choisi ce qu'ils souhaitent travailler. Néanmoins, les ergothérapeutes mettent tout en place afin que les usagers soient actifs dans la construction des objectifs, même si assez globalement ce sont les ergothérapeutes qui doivent proposer les objectifs et les usagers s'en contentent (E2* L165-175, L322 ; E3* L145).

De plus, l'engagement varie énormément en fonction de la stabilité mentale, de l'entourage et de la consommation de substances de l'usager qui peut changer tous les jours (E3* L65). En effet, tout

facteur est à prendre en compte pour l'engagement occupationnel (E1* L73-78, L175 ; E2* L264 ; E3* L50-51) afin de comprendre comment le favoriser. Le temps est quelque chose dont disposent tous les usagers, au même titre que les besoins, ceux-ci contribuent à la création de liens avec les professionnels autours d'eux selon E2* (E2* L177-186, L192-194). Ainsi, l'usager ayant compris la fonction de l'ergothérapeute la sollicitera d'autant plus, créant un repère et une motivation supplémentaire lui permettant d'être plus engagé dans les occupations proposées (E1* L105 ; E2* L180 ; E3* L109-110, L146).

Finalement ce qui semble être important, mais surtout *possible* est de laisser le plus de choix à l'usager quant aux objectifs (et son consentement à ceux-ci), ses loisirs, sa présence, le déroulement de l'atelier etc (E1* L47 ; E2* L128 ; E3* L310-314, L341-343).

L'identité occupationnelle des usagers

L'identité occupationnelle est un concept non maitrisé, cependant évoqué lors des entretiens par différents moyens, ainsi ce thème semble important à développer.

Ce thème a été évoqué par chaque ergothérapeute de différentes manières, mais la notion de l'estime de soi ou de confiance réapparait. Les usagers ont une perte de confiance en eux, et les ergothérapeutes essayent de les aider à retrouver confiance à travers les ateliers. En effet, les séances de cuisine ont été citées par chaque ergothérapeute, dont une qui mène un atelier basé sur la cuisine et la confiance (donc appelé « cuisine confiance ») (E1* L43 ; E2* L128 ; E3* L55). Effectivement, réussir un plat qu'ils faisaient autrefois, ou effectuer une occupation qu'ils n'ont pas fait depuis dix ans peut susciter des émotions positives de plaisir et de fierté et peut les aider à retrouver confiance en leurs capacités et se sentir à nouveau eux-mêmes (E1* L43-45, L48 ; E2* L220 ; E3* L57-58).

L'identité des personnes sans domicile fixe est dite réduite, ou perdue, puisqu'avec le temps les usagers perdent la notion de leur identité ; qui ils sont, ce qu'ils aiment, leur identité d'humain, ils se sentent plus comme un problème (E3* L39). Souvent ces personnes s'enveloppent dans cette désignation de « personne sans domicile » et mettent de côté toute leur individualité. En effet, il y a une perte d'espoir après avoir vécu une vie sans domicile, d'autant plus avec la maltraitance des personnes autour qui s'y ajoute, l'identité s'efface afin de faire face à ces épreuves. De plus, ils ne se reconnaissent plus quand ils participent aux ateliers d'ergothérapie et qu'ils deviennent une

meilleure version d'eux-mêmes, « ils paniquent, *« ce n'est pas moi, je ne suis pas cette personne »* même s'ils veulent l'être » (E3* L137-138). Parfois c'est l'ergothérapeute qui devient ce point d'espoir auquel l'usager peut s'accrocher pour s'améliorer (E1* L104 ; E2* L181 ; E3* L227-228).

Finalement, ces usagers restent des personnes empathiques qui aident les autres dans des situations précaires et compliquées (E2* L233-235 ; E3* L198). Leur identité change en fonction de leur environnement, à la rue ils doivent adopter les coutumes de la rue (E3* L294), en foyer ils peuvent retrouver leur autonomie (E2* L215-221) et en tant que personne sans domicile fixe ils doivent avoir une « capacité à faire face à la frustration que la navigation dans ce système engendre », une tolérance à la frustration et une tolérance émotionnelle (E1* L134-136).

La capabilité dans l'accompagnement des usagers

La capabilité a été interrogé sous deux angles, les ressources internes de la personne et son environnement.

Les ressources internes : comme évoqué dans le thème précédent, beaucoup d'usagers ont une identité occupationnelle négative liée à leur confiance, ce qui impacte leur possibilité d'effectuer des occupations. Il y a également des facteurs comme leur santé mentale qui change du jour au lendemain, leurs savoirs faire qui s'effacent lorsqu'ils ne peuvent plus s'engager dans leurs occupations et leur choix de consommation qui peut changer leur capabilité de faire des occupations (E1* L74-80 ; E2* L80 ; E3* L48-49). Cependant, ils restent capables et ont des capacités même s'ils ne s'en rendent pas forcément compte de suite. La capabilité est travaillée lors des ateliers d'ergothérapie, souvent l'ergothérapeute les aide à se rendre compte et utiliser leurs potentiels jusqu'alors ignorés. Ainsi, les usagers (re)deviennent acteurs (E1* L92-98 ; E2* L200-207, L224-245). En effet, la capabilité de choisir et d'accepter ou non quelque chose permet à la personne d'être maitre de ses actions et capable d'initier si elle souhaite une occupation (E1* L80-83 ; E2* L326, E3* L127-133, E3* L147).

De plus, les usagers ont des forces internes d'autant plus marquées avec leur capacité d'adaptation, leur histoire de vie et héritage unique (E1* L92-98 ; E2* L405-410, L316). Un style d'attachement sain et des réelles capacités à se procurer ce qu'ils souhaitent (comme des substances illicites) à travers l'organisation temporo-spatiale et leur concentration sont des qualités à mettre en valeur mais pour d'autres objectifs (s'ils le souhaitent) (E3* L179, L202-207, L211-215, L225-231).

Finalement, ils ont la capabilité et envie de plaidoyer pour leurs droits et logement, seulement n'ont pas toujours les connaissances pour la mise en forme, ainsi l'ergothérapeute les accompagne dans ces actions (E3* L262-278).

L'environnement écologique : l'environnement est difficile à qualifier d'écologique car il est très instable pour cette population.

Environnement physique. En effet, les accommodations fournies sont limitées, changeantes et parfois conditionnelles (E1* L12). Afin d'avoir accès au logement, les usagers doivent dans certains contextes, obligatoirement venir en séance (E2* L88). L'environnement est parfois adapté avec des opportunités comme une cuisinette, blanchisserie, douche ce qui permet aux usagers d'être autonome dans leurs occupations et assouvir leurs besoins (E1* L101-103 ; E2* L152-156). Cependant, parfois l'environnement est obstacle avec des douches froides l'hiver ou lorsque plusieurs personnes sans domicile fixe se retrouvent dans un seul préfabriqué. De plus, le changement d'hébergement provoque une instabilité dans la transférabilité des savoirs, car il y a un réapprentissage du lieu, des arrêts de bus, des escales etc (E2* L143-150).

L'environnement physique est utilisé par les ergothérapeutes de plusieurs façons. E1* explique se servir de leur environnement pour être une invite et exemple visuelle dans les occupations comme pendant la cuisine confiance. Lorsqu'il y a un exemple, les usagers se sentent plus à l'aise pour l'imiter et faire des taches en lien avec la cuisine (E1* L105-109). Le quartier marseillais est le sujet des ateliers effectués par E2* et ses patients que ce soit pour le repérage, les demandes de stage et de formation, trouver un appartement, des activités créatives etc (E2* L112, L119-123). Ainsi, les personnes sans domicile fixes créent de véritables repères dans leur environnement physique afin de pouvoir reproduire seules les occupations travaillées, elles utilisent les potentiels de leur environnement et deviennent capables. Ces potentiels peuvent également être dépensés dans des occupations néfastes qui deviennent plus accessible en fonction de l'environnement de la personne, comme la consommation de substances (E2* L413-414). Les ressources internes de la personne (sa réflexion) ainsi que les ressources de l'environnement physique permettent à E3* de donner des outils à ces usagers pour qu'ils deviennent acteurs de leur vie (E3* L162-173).

Environnement social. Cet environnement est constitué en grande partie de l'entourage social de l'usager. Il est utilisé de plusieurs manières : les personnes entourant les usagers sans domicile fixe jouent un grand rôle dans leur capabilité. Ainsi, des liens peuvent se créer entre l'ergothérapeute et

les amis et familles des usagers (E2* L257; E3* L281-285). L'ergothérapeute peut à ce moment-là mettre en place des objectifs long terme en lien avec la situation sociale des usagers, comme déplacer leurs liens sociaux, s'ils le souhaitent et en sont capables (E3* L127-133). En effet, certains lien sociaux peuvent amener l'usager à être maltraité (E3* L288-295). Certaines personnes sans domicile fixe nouent des liens avec beaucoup de personnes autour d'elles et veulent garder un lien en accumulant des objets qui leur ont été offerts et sont importants pour eux, causant ainsi parfois des problèmes physiques (E2* L378-379). Garder une représentation des personnes qu'elles rencontrent peut parfois être essentiel à leur bien-être mental. L'environnement social est utilisé par E3* pour former des collègues, des organisations, des services sur les risques suicidaires, les troubles mentaux comme les troubles de la personnalité etc. Ainsi lorsque les usagers sont redirigés vers ces ressources sociales, ces-derniers auront de meilleures connaissances pour accompagner les personnes sans domicile fixe souffrant de troubles mentaux ou exprimant des risques suicidaires (E3* L234-260).

Environnement politico-culturel. Un environnement beaucoup abordé a été l'environnement politique et culturel qui change en fonction du pays d'exercice.

Au Royaume-Uni, le système de santé et de soins a été décrit avec des systèmes de protection sociaux qui sont en place (E1* L113-116), permettant la prise en charge de leur troubles psychiatriques. De plus, le Brexit a provoqué des changements pour le statut des personnes de nationalité autre qu'anglaise. En effet, sachant que cette population manque souvent de ressources physiques, comme posséder un téléphone ou une connexion internet, l'inscription pour une demande administrative a été impossible pour certains, qui ne sont maintenant plus officiellement autorisés dans le pays (E1* L133 ; E3* L300-306). Ainsi, ces personnes doivent s'adapter à la réponse du gouvernement (vis-à-vis de leur statut ou autre) (E1* L137-140). Finalement pour être le plus autonome possible, les usagers doivent utiliser les ressources physiques, politiques et culturelles comme des magasins de charité qui donnent des vêtements, ou écrire à des institutions pour des changements ou améliorations de logement (E3* L259).

En France l'Etat offre des ressources financières comme l'allocation pour adultes handicapés, des soins, des logements et des formations, même si ceci est parfois soumis à condition par rapport aux ressources internes de la personne (E2* L92-96, L99, L137, L356).

Finalement, les ergothérapeutes jouent également un rôle dans l'environnement politico-culturel. Elles créent des opportunités dans leurs lieux de travail (aménagements, établissement avec valeurs communes à tous) et chez leurs partenaires (formations et informations), créent des liens entre les usagers et leurs projets professionnels à travers des communications avec les structures d'accueil etc (E1* L169-172, L120-125 ; E2* L107-107 ; E3* L234-260).

Les barrières dans l'accompagnement des usagers. Les barrières ont déjà été abordées brièvement dans les différents thèmes, car il y a des barrières dans l'engagement occupationnel et la capabilité, cependant il semble intéressant de l'accorder un thème entier.

En effet, la population des personnes sans domicile fixe semble avoir des barrières différentes d'autres populations. Il y a deux grandes barrières identifiées, les barrières pour les personnes sans domicile fixe pour effectuer leurs occupations, et les barrières auxquelles fait face l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ses usagers.

Les barrières qui sont beaucoup ressorties lors des entretiens sont la vision qu'ont les usagers d'eux-mêmes, leur santé mentale et physique, et leur consommation de substances illicites (E1* L35, L65, L90-92, L168 ; E2* L161, L328, L366 ; E3* L39, L112, L155). Puis, les causes d'itinérance, leur histoire personnelle, leur entourage social et les liens qu'ils créent avec cet entourage ont aussi été abordés (E2* L25-28, L75, L81, L113 ; E3* L124-127). E2* explique qu'un patient ayant été abandonné à Marseille par ses parents pour trouver de l'aide psychiatrique s'est retrouvé avec des troubles psychiatriques ainsi qu'une situation de sans-abrisme, de plus venant d'un pays ne parlant pas le français, il a également été confronté à une barrière supplémentaire du fait de ne pas parler la langue (E2* L79-81, L193, L258-269, L352). Une histoire singulière mais pas rare est partagée par E3*, une de ses usagères reste en contact avec son entourage néfaste, ces personnes la maltraitent, l'attaquent physiquement, la volent etc. Elle demande pourquoi son usagère reste en lien avec eux, elle explique qu'elle connait ces personnes depuis qu'ils ont douze ans, et elle est devenue leur mère qui les a élevés dans la rue. Ainsi, rester en contact avec eux est néfaste pour sa santé, mais important pour lui donner ce rôle signifiant de « mère », puis c'est la seule famille qu'elle ait (E3* L288-295).

Il existe des barrières liées au système du pays, comme les hébergements d'urgence qui ne sont disponibles que pour quinze jours, puis les usager doivent passer une journée au téléphone pour encore sécuriser un logement pour les quinze jours suivants. Les usagers sont empêchés de faire

autre chose de leur journée, et doivent attendre une réponse dans l'angoisse (E2* L61-62). Le système de santé est complexe à d'accès voire impossible pour les personnes manquant de ressources, parfois ceci peut causer l'invalidité d'une carte de séjour ou d'un statut d'asile (E1* L116-119, L133-134, ; E2* L360, L396 ; E3* L300-304).

Il y a également des barrières comme leur logement instable et donc une perte de repères lors du déplacement, des logements de mauvaise qualité, l'hôpital de jour qui se retrouve dans un quartier défavorisé de Marseille et est difficile d'accès, des ateliers comme le cinéma qui se font proches de l'hôpital de jour et donc pas dans un environnement écologique pour les usagers (E2* L86, L90, L92, L143-147, L237, L426-432).

Pour les ergothérapeutes il y a des barrières dans leur accompagnement car elles ne peuvent pas influencer les systèmes en dehors de leur établissement de travail (E1* L120-122). C'est difficile pour elles de suivre leurs usagers lorsque l'entourage professionnel change (changement d'établissement avec une assistance sociale différente) (E1* L174 ; E2* L65, L70-74, L317-321).

De plus, il existe des barrières directes dans leur accompagnement comme l'impossibilité d'utiliser des outils standardisés comme le MOHOST car il n'est pas fourni par l'institution qui compte trop peu d'ergothérapeutes (E3* L74-77, L309).

En effet, les barrières sont multiples. La santé et la consommation de substances peuvent être considérées comme des causes, ou des symptômes de l'itinérance (E1* L161-164). Est-ce à l'ergothérapeute de faire le lien entre les problèmes sociaux et les problèmes médicaux ? Finalement, ou s'arrête la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes sans domicile fixe (E1* L179 ; E3* L113-116, L310)? Quelles sont les limites de l'ergothérapeute ?

3.3 Analyse horizontale

Cette analyse comme dans la partie 1.10.3 p23, permet de faire ressortir les points uniques de chaque ergothérapeute et de mettre en valeur leur propos qui apportent des éléments à la question de recherche(55).

E1* : est ergothérapeute depuis bien plus longtemps que les autres personnes interrogées. Elle a fait des carrières de longues durées mais suite à du bénévolat est maintenant employée dans une charité/église.

E1* maitrise le concept de l'engagement occupationnel, elle et son équipe ont déjà réfléchi aux éléments qui le constituent (L57). Elle énonce que la motivation est un facteur important ainsi que le choix, elle n'impose jamais une occupation car ça doit venir de la personne (L45, L81). De plus, le type de population avec laquelle elle travaille influence également comment elle perçoit l'engagement occupationnel. Pour des personnes sans domicile fixe, elle prend en compte leur état mental ou leur santé mentale, leur consommation de substance et leur capacité qui peut varier au jour le jour (L74-77). Puis elle remarque que l'engagement évolue et muri au fil du temps. En effet souvent les usagers ont la capabilité de faire des occupations, mais manquent de confiance. Ce manque de confiance les inhibe dans leur engagement occupationnel, c'est un cercle vicieux (L61-67). Elle se rappelle d'un commentaire qu'elle avait eu « vous m'avez aidé à faire des choses que je n'avais pas faites depuis longtemps » (L69). La personne avait déjà fait de la cuisine par le passé, mais n'osait plus. Un jour elle a décidé d'essayer de participer, et cette participation réticente est devenue de l'engagement.

E1* met en avant l'humain des personnes SDF, les sortir de leur identité de « sans-abris » et leur rappeler leur force et héritage. Elle dit vouloir leur rappeler leur potentiel, ce qui est un concept clé de la capabilité car c'est un ensemble de potentiels (L90-98).

De plus, l'ergothérapeute s'appuie sur les potentiels disponibles dans l'environnement, et explique qu'elle met en place des repères pour ses usagers, afin qu'ils s'y engagent le plus possible (L101-109). « L'environnement a soutenu cette idée que c'est une opportunité, qu'ils pourraient s'y engager » (L109), nous voyons que le vocabulaire de la capabilité et de l'engagement occupationnel sont présents dans les paroles de l'ergothérapeute, même si elle ne dit pas explicitement le mot capabilité. La capabilité et l'engagement semblent être deux facettes d'une même idée.

Finalement, l'ergothérapeute ne peut intervenir sur tous les éléments de l'environnement, comme le fonctionnement du système de santé (L120-122).

E1* Vis-à-vis du cadre d'écoute, E1* peut être classifiée comme « le solo » car elle prend en compte le choix des personnes dans ses accompagnements, ainsi que « le motivateur » puisqu'elle met en avant les centres d'intérêts des personnes comme avec la cuisine.

E2* : la seule personne interrogée qui ne travaille pas au Royaume-Uni. Elle est dans un hôpital de jour qui accueille des personnes majeures avec des troubles psychiatriques, il y a des liens avec des

centres d'hébergement et de réinsertion sociale, ainsi elle accompagne parfois des personnes avec troubles psychiatriques qui sont également sans domicile fixe (L53).

Elle s'exprime notamment à travers les histoires de ses patients, peu nombreux. Elle partage habilement les détails du profil occupationnel de chacun de ses patients, elle comprend leurs troubles ainsi que les contextes qui l'entourent. Elle note que ses patients SDF ont une histoire occupationnelle complexe avec des traumatismes et/ou fuites de leur pays d'origine (L56-58, L352). Cependant, leur engagement occupationnel est stable, elle dit ne pas savoir si c'est du à leur situation de précarité mais, à l'inverse des autres patients de l'hôpital de jour, ils sont réguliers (L190). Elle associe leur engagement au temps et au fait que leur seul entourage de soutien est à l'hôpital et donc des liens forts se créent (L193). Ses patients reconnaissent son rôle et ce qu'est une ergothérapeute. Elle mentionne que la motivation comme la nourriture joue dans l'engagement des patients, car ce sont des personnes avec peu de ressources et que c'est un besoin vital auquel l'hôpital répond (L177-186).

Elle se distingue des autres professionnels de l'hôpital avec son approche occupationnelle (L224). En effet, elle travaille avec les patients en leur posant beaucoup de questions afin que ce soit eux qui répondent, ainsi ils se rendent comptent qu'ils ont la capabilité de faire seuls les occupations. Elle les guide seulement (L200-213). Ses collègues sont plus maternantes et font à la place des usagers au lieu de les équiper avec les outils pour qu'ils réussissent seuls les prochaines fois (L224-228). Ainsi, l'ergothérapeute les encourage à être capable seuls.

Un questionnement qu'elle partage qui ressort sous différentes forme chez toutes les ergothérapeutes interrogées est jusqu'où elle accompagne ses patients. Doit-elle intervenir dans tous les aspects de leurs occupations ? Où débute la limite entre ses valeurs personnelles et les envies du patient (L336) ?

Pour revenir au cadre d'écoute, E2* correspond au « solo » puisqu'elle favorise le pouvoir d'agir et de décision des personnes, elle peut également être identifiée comme « l'extraverti » puisqu'elle met des interventions en œuvre pour favoriser les savoirs-être et les habiletés des personnes.

E3* : a changé de multiples fois d'emplois mais est restée dans le domaine de la santé mentale.

Elle a évoqué la notion de l'engagement occupationnel avant même que la question sur l'engagement soit posée (L42). En effet, dans son accompagnement, l'engagement est un concept

bien maitrisé sur lequel elle s'appuie constamment (L89). Elle est la seule ergothérapeute ayant évoqué des outils et modèles normés, comme le MOHO sur lequel elle aimerait s'appuyer. Elle y voit l'intérêt, mais le contexte institutionnel rend difficile son utilisation (L74-77). Ainsi, elle crée une mesure avec chaque usager afin que ce soit adapté à lui et parlant (L98). Par exemple, sur la mesure de base (l'étoile du résultat) il y a plusieurs catégories comme les espoirs et les rêves, la santé, l'éducation etc. Sur celui crée avec une de ses population il y avait un nouveau domaine qui n'était pas présent sur celui de base, le « contact avec les services de police ». En effet, ce n'est pas un domaine qui s'applique à toutes les personnes avec qui elle a pu travailler, mais c'était approprié pour elle (L86-93). Elle fait ressortir leurs individualités et les éléments qui peuvent se manifester dans leur engagement. En effet, E3* explique qu'il est important pour la population de comprendre ce qu'est l'engagement et de s'autoévaluer. Au final, il est important que ce soit la population qui y mette les mots car c'est leur accompagnement, ce qu'en pense l'ergothérapeute n'importe pas (L102).

Quand la question sur l'environnement dans l'accompagnement se pose, E3* l'interprète différemment des autres ergothérapeutes. Elle a réfléchi à comment elle utilise son propre environnement d'ergothérapeute avec ses expériences professionnelles pour rendre l'accompagnement des personnes sans domicile fixe adéquat. En effet, il est rare d'avoir des employés « ergothérapeute » en Angleterre (L16), de ce fait, E3* apporte sa spécialité clinicienne ce qui lui permet d'écrire à des organisations pour proposer des solutions comme apporter des nouveaux services (L238-241). De plus, comme elle a eu plusieurs emplois dans la santé mentale, elle a acquis des notions précises autour de la psychose, l'entretien, le risque suicidaire etc. Des informations qu'elle transmets maintenant à ses collègues et à d'autres institutions accueillant ces personnes sans domicile fixe ou avec des troubles mentaux (L234).

Elle travaille également avec l'entourage de ses usagers. Elle les rencontre, elle en apprend sur eux à travers des discussions avec ses usagers et en fonction de ce qu'elle observe elle propose des objectifs pour déplacer leur lien social si elle constate qu'il est nocif, mais le choix leur appartient (L281-285).

E3* est la seule ergothérapeute qui a utilisé les « occupations toxiques » pour illustrer les qualités de ses usagers. Elle utilise la vente ou l'acquisition de drogues pour mettre en valeur les qualités qu'ils ont, comme la structuration de temps, leur persistance etc (L201-207).

Finalement, elle remarque que son rôle d'ergothérapeute se rapproche parfois beaucoup de celui d'un travailleur social (L269). Elle dit « si tu ne le fais pas, ça ne sera jamais fait » (L310), ainsi parfois elle fait des choses qui ne font pas partie de son travail.

Quant au cadre d'écoute, E3* correspond au « solo » puisqu'elle explique que le choix des usagers est primordial dans son accompagnement afin de favoriser leur place dans leur relation, puis peut être caractérisée comme « l'écologiste » car elle met en avant la transformation de l'environnement à travers les plaidoyers, au niveau local de son institution, ainsi qu'avec l'environnement humain entourant ses usagers.

3.4 Cas clinique

Toutes les ergothérapeutes interrogées semblent présenter des valeurs du don de soi. E1* à effectuer du volontariat dans son église, E2* est venue à l'entretien suite à un don de sang et E3* explique à travers ses dires qu'elle a dû créer une vraie séparation entre son travail où elle est émotionnellement investie avec ses usagers, et son espace personnel pour son bien-être (E3* L113-116).

Dans l'ensemble, toutes les personnes ont correspondu à l'ergothérapeute type « solo ». Pour rappel, **« le solo** : L'ergothérapeute prend en compte le choix des personnes, essaye de favoriser et laisser la place à leur pouvoir d'agir et pouvoir de décision ». Que ce soit dans l'approche occupationnelle qu'incarnent les ergothérapeutes ou dans la valorisation du pouvoir de choisir dans l'engagement occupationnel. Elles ont toutes mis en avant cet aspect du choix dans leur accompagnement.

Également, elles ont toutes été à l'aise avec la notion d'engagement occupationnel, qu'elles valorisent dans leur vision ergothérapique. De plus, l'engagement est primordial afin d'aider les personnes à être autonomes, et développer et exploiter leur potentiel. Ces potentiels sont partiellement au sein de la personne, l'ergothérapeute la guide pour qu'elle puisse les saisir. Puis partiellement dans l'environnement, il y a encore le travail de comprendre toutes les ressources autour de la personne et de les maitriser afin d'être capable dans son intégralité.

4 Discussion

Dans cette dernière partie, les résultats de l'étude seront discutés afin de faire le lien et d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Puis le dispositif de recherche sera critiqué

pour ressortir les intérêts, points de transférabilité et les limites de cette recherche pour la pratique professionnelle.

4.1 Éléments de réponse à la question de recherche

4.1.1 Interprétation selon le cadre conceptuel

La question de recherche étant : **Comment l'ergothérapeute perçoit le lien entre l'engagement occupationnel des personnes sans domicile fixe et leur capabilité ?** .

Les deux concepts centraux étaient l'engagement occupationnel et la capabilité. Comme évoqué dans les sous parties 3.Résultats, l'engagement occupationnel était maitrisé par les ergothérapeutes. De plus elles mettent tout en valeur dans leur accompagnement afin que l'engagement puisse se développer en donnant le choix à leurs usagers, en travaillant l'identité occupationnelle et en mettant un sens (positif) dans les occupations travaillées. Elles ne traduisent pas toujours une présence physique de la personne à un engagement, puisque la personne est parfois présente dû à des contraintes, comme garder son logement. Pour le concept de la capabilité, le mot capabilité n'a pas particulièrement été employé. Plutôt les ressources internes et environnementales ont été analysées. L'approche ergothérapique ou l'approche occupationnelle sont ressorties. En effet, l'ergothérapeute utilise les occupations dans son accompagnement et identifie les éléments qui peuvent être barrières ou ressources. Ainsi, l'analyse de l'environnement, qu'il soit social, culturel, économique, physique ou autre, existe naturellement dans l'accompagnement des ergothérapeutes. Finalement, la capabilité et l'engagement occupationnel sont intrinsèquement liés car sans engagement réel de la personne, elle ne peut exploiter ses potentiels et donc être capable, ou avec le vocabulaire conceptuel, réussir ses fonctionnements.

4.1.2 Interprétation selon la revue de littérature et l'enquête exploratoire

Dans la revue de littérature, les concepts d'engagement occupationnel et capabilité n'étaient pas ressortis. En effet, elle a plutôt permis de comprendre les apports de soins (sociaux) auprès des personnes sans domicile fixe. Les thèmes qui étaient établis lors de la revue de littérature étaient : l'évaluation et l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes sans-abris, l'environnement de la prise en soin pluridisciplinaire du client, l'objectif: l'inclusion socio-professionnelle. Ce sont des thèmes très larges qui ont permis d'élaborer une première enquête sur ce que fait l'ergothérapeute en France avec des personnes sans domicile fixe, et comment l'ergothérapeute prend en compte l'équipe institutionnelle et l'environnement entourant l'établissement. Ainsi, suite

aux analyses d'entretiens de l'enquête exploratoire, des notions plus précises sont ressorties. Celles-ci, suite à un cheminement de questions, ont permis de ressortir les concepts d'engagement occupationnel et de capabilité. Il n'y a pas beaucoup de données qui se chevauchent, d'autant plus que seulement des entretiens ont été effectués, mais il y a de belles complémentarités entre les données de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et de l'étude.

4.2 Critique du dispositif de recherche

Le dispositif de recherche qui a été mis en place présente des limites. En effet, lors de la recherche plusieurs biais se sont présentés.

Tout d'abord, les ergothérapeutes ont été choisis sans véritable méthode. La chercheuse ne disposait pas d'une base de données ou d'un réseau qu'elle pouvait exploiter. Elle a donc emprunté une voie peu commune en contactant des chercheurs ayant travaillé avec des ergothérapeutes dans le domaine du sans-abrisme, ce qui s'est avéré difficile pour des raisons d'anonymat. Il y a également eu l'utilisation de multiples plateformes non-destinées à être utilisés pour le recrutement, mais qui ont permis d'entrer en contact avec des ergothérapeutes autrement injoignables. Lors du recrutement des ergothérapeutes, le plus important était que les ergothérapeutes travaillent ou aient travaillé avec des personnes SDF et souhaitent répondre au mail. La qualité de leur travail ou le temps durant lequel ils ont exercé dans ce milieu n'a pas été un facteur dans la sélection. En outre, le délai de réponse et d'acceptation des ergothérapeutes a été court lorsque la date finale de la recherche s'approchait, ainsi certains ergothérapeutes n'avaient pas le temps de participer à la recherche, particulièrement à l'étranger ou beaucoup de professionnels étaient en vacances pendant le temps de recrutement. De plus, il n'y a pas eu un critère pour diversifier le public des institutions, donc les personnes travaillant dans des structures sociales étaient prédominantes dans les entretiens.

Par rapport à l'entretien, une certaine maitrise est nécessaire afin de recueillir le plus de données exploitables, avec des relances, des échos et d'autres techniques d'entretien. Cependant, il faut également réussir à rester neutre, sans proposer des réponses lorsqu'il est demande de reformuler une question. Puisque ces inexpériences étaient présentes, certaines données sont manquantes dans les entretiens. Avec du recul plus d'informations, par exemple concernant l'environnement humain, aurait pu être abordées avec les ergothérapeutes.

Alors que les entretiens en face-à-face ont été privilégiés, des éléments environnementaux perturbateurs ont été amplifiés, comme les personnes qui interpellent dans la rue, les voitures, le personnel dans un café où a lieu l'un des entretiens etc. Les entretiens en Zoom® ont également eu des perturbations, comme la connexion internet qui influence la qualité du son. Il ne semble pas y avoir eu un environnement « parfait » conduisant aux entretiens.

Finalement, concernant le cadre conceptuel, la capabilité est une notion très complexe, dense et philosophique. Il a donc été compliqué de se baser sur le fondateur, Amartya Sen, pour ce concept. Certains éléments sont encore flous ou mal compris, ainsi les données analysées grâce à ce cadre conceptuel qui pourraient être mieux développées.

4.3 Apports, intérêts, transférabilité et limites pour la pratique professionnelle

L'accompagnement des personnes sans domicile fixe par les ergothérapeutes est un domaine très émergeant. Il y a encore peu de recherches publiées qui sont centrées sur cette population et en lien avec l'ergothérapie. Ainsi, des pistes d'accompagnement et des concepts à garder en tête sont proposés et disponibles à tous à travers ce mémoire.

Les thèmes qui ont émergé suite à la revue de littérature, à l'enquête exploratoire et à l'étude clinique casuistique permettent d'avoir une vue sur l'ensemble des éléments entourant cette population. En effet, les partenaires en lien avec l'institution ont un impact sur l'accompagnement, tel que l'équipe médico-sociale présente au sein de l'institution ou encore les interventions de groupe que proposent les ergothérapeutes. Afin d'avoir une vision holistique, tant mise en avant dans les sciences de l'occupation, il est intéressant d'avoir connaissance de ces différents thèmes qui ont émergé des entretiens et de la littérature,

De plus, l'intervention dans une institution est différente d'une intervention dans la rue. Les objectifs de cette population diffèrent au sein de la même communauté. Parfois l'objectif sera de trouver un logement, d'autres fois ce sera de pouvoir utiliser les transports dans la ville, ou encore de savoir cuisiner pour se préparer un repas. Il reste primordial de recueillir les objectifs avec la personne, même si cela est difficile parfois.

Nonobstant, il reste important de noter que l'étude n'est constituée que de trois entretiens, donc trois points de vue différents. S'il est intéressant de prendre en compte les informations et questionnements qui ont pu découler de ces entretiens, il est également nécessaire de prendre

conscience que des informations limitées sont disponibles car trois entretiens ne sont pas généralisables à la population. Comme nous avons pu voir, les données sont très variables entre chaque entretien et chaque individu. Les substances illicites ont été beaucoup abordées lors de la recherche, mais quasiment pas pendant l'enquête exploratoire. De plus, les ergothérapeutes interrogées n'ont travaillé qu'en France ou en Angleterre, donc ce n'est pas représentatif d'autres ergothérapeutes travaillant dans ce domaine. Ceci semble d'autant plus évident que les paroles prononcées par les ergothérapeutes anglaises étaient différentes de l'ergothérapeute en France. Lors des échanges avec les ergothérapeutes en Angleterre travaillant spécifiquement avec les personnes SDF, elles ont exprimé que ce domaine nouveau se développait rapidement. Cependant, beaucoup de postes cherchent des ergothérapeutes sans leur donner le titre ou salaire correspondant, donc leur rôle reste parfois obscur pour les autres professionnels. Est-ce qu'une ergothérapeute avec le titre de « coordinatrice d'activité » est aussi outillée qu'une ergothérapeute qui a le titre d'« ergothérapeute » dans son emploi ? Comment mettre en valeur la distinction qu'apporte une ergothérapeute dans le premier cas ? Il a aussi été vu que le rôle de l'ergothérapeute ne peut pas englober toutes les taches des travailleurs sociaux, pour des raisons de burnout et de non-habiletés. En effet, ou s'arrête donc le rôle de l'ergothérapeute ? Jusqu'où l'ergothérapeute est-il compétent dans la sphère sociale ? Comment peut-il accompagner ses usagers sans domicile fixe, sans chevaucher sur les spécialités des travailleurs sociaux ?

4.4 Perspective de recherche

Suite à deux méthodes qualitatives, il serait intéressant de lancer une recherche sur une plus grande base de données, avec des réponses quantitatives. Les entretiens nous ont permis de cibler la place des ergothérapeutes auprès des personnes sans domicile fixe, principalement dans des structures sociales. Ainsi, une recherche lancée sur une population d'ergothérapeutes plus grande permettrait de recueillir des données plus globales et généralisables. De plus, les informations recueillies permettent de comprendre la place des ergothérapeutes, selon les ergothérapeutes. Cependant la population des personnes SDF est négligée dans cette approche, alors qu'elle en est au centre. Ainsi, une observation des accompagnements effectués par l'ergothérapeute avec cette population, suivi par des entretiens avec l'ergothérapeute d'un côté, et les usagers d'un autre permettrait d'avoir une vue d'ensemble, avec moins de biais de sélection de données.

Cependant il semble important de développer à nouveau des concepts, afin de s'outiller pour une nouvelle recherche. Développer l'identité occupationnelle, la confiance et peut-être le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) permettraient de mieux comprendre comment ceux-ci apparaissent dans l'accompagnement des ergothérapeutes auprès des personnes sans domicile fixe.

Ainsi deux potentielles questions de recherche :

« En quoi la prise en compte de l'identité occupationnelle et de la confiance par l'ergothérapeute, peut-elle changer la qualité de son accompagnement auprès des personnes sans domicile fixe ? »

Ou encore : « Comment l'utilisation du MOH change l'accompagnement des ergothérapeutes auprès des personnes sans domicile fixe ? »

Ainsi une méthode mixte permettant le recueil des ergothérapeutes via questionnaires et entretiens, et des entretiens auprès des usagers, permettrait de comparer les avis des ergothérapeutes à une grande échelle, ainsi que le ressenti des usagers. Une méthode quantitative différentielle serait employée pour mesurer la différence entre un accompagnement avec et sans prise en compte de la confiance et de l'identité occupationnelle auprès de cette population ou avec et sans utilisation du modèle de l'occupation humaine et l'outil associé.

Il serait également intéressant de voir la place des ergothérapeutes au sein des institutions d'addictologie avec les personnes sans domicile fixe dans une recherche future, puisque lors des entretiens de la recherche, la toxicomanie a été beaucoup abordée.

5 Conclusion

Ayant relevé la critique lors de la revue de littérature qu'il semblait que parfois les professionnels « choisissaient » les besoins des personnes sans domicile fixe, ce mémoire avait également définit un objectif pour elles. En pensant que l'objectif ultime de cette population serait la réinsertion socio-professionnel. Cet objectif n'a pas été construit avec la population, également, il exclu une partie de la population qui ne *souhaite* pas être inclus. Ainsi que des personnes qui n'ont plus la capabilité de travailler, que ce soit dû à leur santé, âge ou envie.

En bref, ce mémoire a permis de développer l'esprit critique suite à un travail d'un an et demi, ainsi que de découvrir les bases de la recherche qui seront d'autant plus utile pour une thèse de master.

Bibliographie

1. Care news. SDF ou sans-abri : quelle définition ? Quelle différence ?. [Internet]. Disponible sur: https://www.carenews.com/entourage/news/sdf-ou-sans-abri-quelle-definition-quelle-difference. [cité 28 janv 2023].

2. LegiSocial. SDF : Sans-Domicile Fixe [Internet]. Disponible sur: https://www.legisocial.fr/definition-sdf-sans-domicile-fixe.html [cité 19 juin 2022].

3. Word Bank. Social Inclusion. [Internet]. Disponible sur: https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion[cité 19 juin 2022].

4. ANFE. La profession d'ergothérapeute. [Internet]. Disponible sur: https://anfe.fr/la-profession/. [cité 19 juin 2022].

5. Détraz Marie-Christine, Eiberle Françoise, Moreau Anne et al. Chapitre 5. Définition de l'ergothérapie. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2012 p. 127-33. Disponible sur: https://www.cairn.info/nouveau-guide-de-pratique-en-ergotherapie-entre-co--9782353270521-p-127.htm. [cité 26 sept 2022].

6. World Homeless. Poverty Pollution Persecution. [Internet]. Disponible sur: https://pppp.my/world-homeless.html. [cité 19 juin 2022].

7. Vella Alexandre. Marseille : une nuit de la solidarité pour recenser les sans-abri et "mieux agir". [Internet]. Disponible sur: https://www.20minutes.fr/societe/3202119-20211220-marseille-nuit-solidarite-recenser-abri-mieux-agir. [cité 19 juin 2022].

8. Morley Veronica. Breaking down the cost of homelessness. 13 juillet 2021. [Internet]. Disponible sur: https://www.turnto23.com/news/homeless/breaking-down-the-cost-of-homelessness. [cité 6 sept 2022].

9. National Homeless. Mortality Archives National Coalition for the Homeless. 21 décembre 2018 [Internet]. Disponible sur: https://nationalhomeless.org/category/mortality/ [cité 5 janv 2023].

10. Pacôme Chantal. Le sans abrisme : un fléau pour la France et pour l'Europe. 6 janvier 2023. [Internet]. Disponible sur: https://www.aide-sociale.fr/sdf-les-effets-cosmetiques-des-politiques-francaises-et-europeennes. [cité 21 nov 2022].

11. NAEH. New Report Shows Rise in Homelessness in Advance of COVID-19 Crisis. 18 mars 2021. [Internet]. Disponible sur: https://endhomelessness.org/blog/new-report-shows-rise-in-homelessness-in-advance-of-covid-19-crisis/. [cité 21 nov 2022].

12. Moscovici Pierre. La politique en faveur du "logement d'abord". 20 octobre 2020. [Internet]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/fr/documents/54292. [cité 21 nov 2022].

13. Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme. 10 décembre 1948. [Internet]. Disponible sur: https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights [cité 21 nov 2022].

14. Dutrey René. Pourquoi la loi Dalo ne tient pas ses promesses ? 4 juin 2018. [Internet]. Disponible sur: https://www.revue-projet.com/articles/2018-0-dutrey-pourquoi-la-loi-dalo-ne-tient-pas-ses-promesses/8362. [cité 21 nov 2022].

15. Tulane University. Why Community Health Is Important for Public Health. 21 mai 2020. [Internet]. Disponible sur: https://publichealth.tulane.edu/blog/why-community-health-is-important-for-public-health/. [cité 22 nov 2022].

16. Meyers Susan. Community practice in occupation therapy: what is it? 25 octobre 2010. [Internet]. Disponible sur: https://samples.jbpub.com/9780763760656/60656_ch01_doll.pdf. [cité 22 nov 2022].

17. Ville de Marseille. Nuit de la Solidarité : une nuit qui compte pour les personnes sans-abri. 23 janvier 2023 [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: https://www.marseille.fr/social/actualites/nuit-de-la-solidarite

18. Ville de Marseille. Nuit de la Solidarité : une nuit qui compte pour l'engagement envers les personnes sans-abri. 4 janvier 2022. [Internet]. Disponible sur: https://www.marseille.fr/social/actualites/nuit-de-la-solidarite-une-nuit-qui-compte-pour-l-engagement-envers-les-personnes. [cité 19 juin 2022].

19. Esp-errance - La Bagagerie. [Internet]. Disponible sur: https://www.marseille4-5.fr/solidarites45/esperrance-la-bagagerie. [cité 19 juin 2022].

20. 115 à Marseille. Faites le 115. [Internet]. Disponible sur: https://115.blog4ever.com/articles/115-a-marseille. [cité 19 juin 2022].

21. Vendredi 13. Association vendredi 13. [Internet]. Disponible sur: https://vendredi13003.wixsite.com/vendredi13. [cité 19 juin 2022].

22. Maavar. Maavar Marseille. [Internet]. Disponible sur: https://www.maavar.com/maavar-marseille. [cité 19 juin 2022].

23. H.A.S. Accueil de nuit inconditionnel pour personnes précaires Marseille. 15 janvier 2016. [Internet]. Disponible sur: https://www.has.asso.fr/accueil+de+nuit+inconditionnel+pour+personnes+precaires+marseille-z35. [cité 19 juin 2022].

24. Les Restos du Cœur. Les restaurants du cœur. [Internet]. Disponible sur: https://www.restosducoeur.org. [cité 19 juin 2022].

25. Les Anges de la Rue. Association solidaire. [Internet]. Disponible sur: http://www.lesangesdelarue.org. [cité 19 juin 2022].

26. Ministères Écologie Énergie Territoires. Logement d'abord : le plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme. 28 septembre 2020. [Internet]. Disponible sur: https://www.ecologie.gouv.fr/logement-dabord-plan-quinquennal-logement-dabord-et-lutte-contre-sans-abrisme. [cité 5 janv 2023].

27. European Commission. Homelessness [Internet]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=en. [cité 12 sept 2022].

28. Emmaus-France. La pauvreté n'est pas un crime ! 9 octobre 2013. [Internet]. Disponible sur: https://emmaus-france.org/la-pauvrete-nest-pas-un-crime-4. [cité 12 sept 2022].

29. Betterhealth. Stigma, discrimination and mental illness - Better Health Channel [Internet]. Disponible sur: https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/stigma discrimination-and-mental-illness. [cité 27 sept 2022].

30. European Commission. European Platform on Combatting Homelessness [Internet]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1550&langId=en&preview=cHJldkVtcGxQb3J0YWwhMjAxMjAyMTVwcmV2aWV3. [cité 26 sept 2022].

31. Business Bliss Consultants FZE. Role of Occupational Therapy for Homeless People. Novembre 2018. [Internet]. NursingAnswers.net. Disponible sur: https://nursinganswers.net/essays/role-of-occupational-therapy-for-homeless-people.php [cité 19 juin 2022].

32. Batterham DA. Clarifying the Relationship between Homelessness and Private Rental Markets in Australia: Capabilities, Risk, Mobility and Geography. 2020. [Internet]. http://hdl.handle.net/1959.3/455754. [cité 19 juin 2022].

33. Wright Patrice. The intersection of stigma and inequity : the impact of structural violence on people with lived and living experience of substance use and homelessness in the emergency department. Novembre 2020. [Internet]. Disponible sur: https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0394782?o=1. [cité 19 juin 2022].

34. Marshall CA, Boland L, Westover LA, Wickett S, Roy L, Mace J, et al. Occupational experiences of homelessness: A systematic review and meta-aggregation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 17 août 2020. [Internet]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31718356. [cité 19 juin 2022].

35. Munox Jaime, Garcia Teressa, Lisak Joy, Reichenbach Diana. Assessing the Occupational Performance Priorities of People Who Are Homeless: Occupational Therapy In Health Care: Vol 20, No 3-4 [Internet]. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/J003v20n03_09. [cité 19 juin 2022].

36. Fessler P. HUD: Growth Of Homelessness During 2020 Was « Devastating, » Even Before The Pandemic. [Internet]. 18 mars 2021. Disponible sur: https://www.npr.org/2021/03/18/978244891/hud-growth-of-homelessness-during-2020-was-devastating-even-before-the-pandemic. [cité 4 juin 2022].

37. Grandisson M, Mitchell-Carvalho M, Tang V, Korner-Bitensky N. Occupational Therapists' Perceptions of Their Role with People Who are Homeless. British Journal of Occupational Therapy. 1 nov 2009;72(11):491-8. https://journals.sagepub.com/doi/10.4276/030802209X12577616538672. [cité 4 juin 2022].

38. Thomas Y, Gray M, McGinty S, Ebringer S. Homeless adults engagement in art: First steps towards identity, recovery and social inclusion. Australian Occupational Therapy Journal. 2011;58(6):429-36.

39. Akyurek G, Abaoglu H, Colak DF, Bumin G. The effects of occupational therapy intervention on homeless adults living in homecare house. Journal of the Neurological Sciences. 15 oct 2019;405:86.

40. Parmenter V, Fieldhouse J, Barham R. An Occupational Therapy Intervention Service to Hostels for Homeless People: An Overview. British Journal of Occupational Therapy. 1 mai 2013;76(5):242-5.

41. Descamps M. Atelier d'Ergothérapie pour personnes sans domicile fixe. World Federation of Occupational Therapists Bulletin. 1 janv 1997;36(1):27-32.

42. Tryssenaar J, Jones EJ, Lee D. Occupational Performance Needs of a Shelter Population. Can J Occup Ther. 1 oct 1999;66(4):188-96.

43. Formation Thérapeute. Qu'est-ce que l'Approche Centrée sur la Personne ? [Internet]. Formation Thérapeute. Disponible sur: https://www.formation-therapeute.com/approche-centree-sur-la-personne/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne.html. [cité 21 juin 2022].

44. Lloyd C, Hilder J, Williams PL. Emergency department presentations of people who are homeless: The role of occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy. 1 sept 2017;80(9):533-8.

45. Marshall CA, Boland L, Westover LA, Isard R, Gutman SA. A systematic review of occupational therapy interventions in the transition from homelessness. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 3 avr 2021;28(3):171-87.

46. Schultz-Krohn W, Tyminski Q. Community-Built Occupational Therapy Services for Those Who Are Homeless. 2018;9.

47. World Health Organization (WHO) Disponible sur: https://www.who.int. [Internet]. [cité 3 oct 2022].

48. UNICEF [Internet]. Disponible sur: https://www.unicef.org. [cité 3 oct 2022].

49. Abaoğlu H, Cesim ÖB, Kars S, Çelik Z, Abaoğlu H, Cesim ÖB, et al. Life Skills in Occupational Therapy. 2017[Internet]. Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation. IntechOpen; 2017 Disponible sur: https://www.intechopen.com/state.item.id. [cité 3 oct 2022].

50. Pinto Marly. L'art peut vous aider ! 2019 [Internet]. Disponible sur: https://www.impactreadaptation.com/lart-peut-vous-aider. [cité 22 juin 2022].

51. National Alliance. Ending Chronic Homelessness Saves Taxpayers Money - National Alliance to End Homelessness. 17 février 2017. [Internet]. Disponible sur: https://endhomelessness.org/resource/ending-chronic-homelessness-saves-taxpayers-money-2. [cité 22 juin 2022].

52. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : la loi Jardé et son évolution. ErgOThérapies. 2019;72:61-5.

53. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Cairn.info. [Internet]. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm?ref=doi

54. Recueil de données en recherche qualitative. LEPCAM. [Internet]. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/

55. Imbert G. [The semi-structured interview: at the border of public health and anthropology]. Rech Soins Infirm. sept 2010;(102):23-34.

56. Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires. [Internet]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf. [cité 8 oct 2022].

57. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34.

58. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. Collection U. 2012;231-314.

59. Morris K, Cox DL. Developing a descriptive framework for "occupational engagement". Journal of Occupational Science. 3 avr 2017;24(2):152-64.

60. Brown HV, Hollis V. The Meaning of Occupation, Occupational Need, and Occupational Therapy in a Military Context. Physical Therapy. 1 sept 2013;93(9):1244-53.

61. Salvatori P. Meaningful occupation for occupational therapy students: a student-centred curriculum. Occupational Therapy International. 1999;6(3):207-23.

62. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris: De Boeck Solal; 2013. (Ergothérapie).

63. Black MH, Milbourn B, Desjardins K, Sylvester V, Parrant K, Buchanan A. Understanding the meaning and use of occupational engagement: Findings from a scoping review. The British Journal of Occupational Therapy. 2019;82:272-87.

64. The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.pdf [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework_2/pdf/The%20Canadian%20Model%20of%20Occupational%20Performance%20and%20Engagement.pdf

65. Hitch D, Hii Q, Davey I. Occupational therapy in forensic psychiatry: Recent developments in our understandings (2007–2013). British Journal of Occupational Therapy. 1 avr 2016;79(4):197-205.

66. Olson P. In memoriam – Association canadienne des ergothérapeutes.

67. Hammell KW. Opportunities for well-being: The right to occupational engagement. Can J Occup Ther. 1 oct 2017;84(4-5):209-22.

68. Yap M, Yu E. Operationalising the capability approach: developing culturally relevant indicators of indigenous wellbeing - an Australian example. Oxford Development Studies. sept 2016;44(3):315-31.

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

70. Hammell KW. Securing occupational rights by addressing capabilities: A professional obligation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2 janv 2022;29(1):1-12.

71. Martha Nussbaum, Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ? [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: https://journals.openedition.org/lectures/9575

72. Boundaries and Bridges to Adult Mental Health: Critical Occupational and Capabilities Perspectives of Justice [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: https://www-tandfonline-com.lama.univ-amu.fr/doi/full/10.1080/14427591.2011.639723

73. Nussbaum's Ten Central Human Functional Capabilities [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: http://changingminds.org/explanations/needs/nussbaum_capabilities.htm

74. Robeyns I, Byskov MF. The Capability Approach. In: Zalta EN, éditeur. The Stanford Encyclopedia of Philosophy [Internet]. Winter 2021. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2021 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/

75. Eymard C. Initiation à la recherche en soins et santé. Reuil-Malmaison : Edition Lamarre; 2003 : 238p.

Annexes

Annexe 1 : Tableau de résultat des recherches en anglais et en français 60

Annexe 2 : Tableau de synthèse de revue de littérature 61

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif..... 72

Annexe 4 : Notice d'information de l'enquête exploratoire..... 73

Annexe 5 : Formulaire de consentement de l'enquête exploratoire 74

Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens de l'enquête exploratoire..... 75

Annexe 7 : Modèle crée en 2017 par Karen Morris et Diane L. Cox de l'engagement occupationnel 83

Annexe 8 : Matrices conceptuelles de l'engagement occupationnel et de la capabilité..... 84

Annexe 9 : Grille d'entretien semi-directif (et questions en anglais)..... 85

Annexe 10 : Fiche de consentement et notice d'information en français..... 86

Annexe 11 : Fiches de consentements et notice d'information en anglais..... 88

Annexe 12 : Tableau récapitulatif de l'analyse thématiques..... 90

Annexes

Annexe 1 : Tableau de résultat des recherches en anglais et en français

TOTAL à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
34 922	Google scholar	16 100	14 000	48	8
	EM Premium	3762	?	0	0
	Cairn	71	0	0	0
	Psycinfo	82	0	0	0
	Science direct	1807	5	1	1
	OTSearch	40	2	2	0

Annexe 2 : Tableau de synthèse de revue de littérature

Source (37)	Thème/Objet traité	Méthode utilisée	Population
Google Scholar → https://journals.sagepub.com /doi/10.4276/030802209X12 577616538672 Titre : Occupational Therapists' Perceptions of Their Role with People Who are Homeless En français : Perceptions des ergothérapeutes sur leur rôle auprès des personnes en situation de sans-abri Niveau de scientificité : + Année : 1er novembre 2009 Pays : Canada	Le rôle potentiel des ergothérapeutes chez des adultes sans-abris	Qualitative Via focus-group et auto-questionnaire	Montréal Québec Canada 22 ergothérapeutes
Approche théorique privilégiée		Champs disciplinaires d'étude	
Une stratégie d'analyse inductive		Sciences occupationnelles Santé publique	
Principaux résultats		Question, dimension qui n'est pas abordée	
- La structure de la sante public ainsi que le manque de connaissances rendent plus difficile l'intégration des ergothérapeutes dans des populations marginalisés		Le point de vue des SDF, ce sont les ergothérapeutes qui ont réfléchis aux besoins des SDF, il faut un apport de la population étudié	

<table>
<tr><td colspan="2">- Le leadership et être avocate doivent être développer dans l’ergothérapie à travers la recherche, l’éducation autour de ce sujet afin d’avoir une collaboration entre ergo et personne SDF
- les compétences de l’ergo sont spécifiques et uniques dans les besoins des SDF</td><td colspan="2">Comment les ergos peuvent être avocates des SDF, comment ils peuvent mettre en place les changements...</td></tr>
<tr><td>Source (44)</td><td>Thème/Objet traité</td><td>Méthode utilisée</td><td>Population</td></tr>
<tr><td>Google Scholar →
https://journals.sagepub.com
/doi/abs/10.1177/030802261
7706679
Titre : Emergency department presentations of people who are homeless: The role of occupational therapy
En français : Présentations aux urgences des personnes en situation de sans-abri : le rôle de l'ergothérapie
Niveau de scientificité : +++
Année : 9 aout 2017
Pays : Australie</td><td>Définir la population sans abris et leurs besoins exprimés ainsi qu’explorer le rôle potentiel des ergothérapeutes pour répondre à ces besoins dans un service spécialisé</td><td>Quantitative
Analyse des dossiers médicaux des patients SDF</td><td>Patients SDF passés aux urgences dans un hôpital en Australie (Homeless Emergency Department Liaison Officer</td></tr>
<tr><td colspan="2">Approche théorique privilégiée</td><td colspan="2">Champs disciplinaires d’étude</td></tr>
<tr><td colspan="2">Comparaison entre arrivée urgences et arrivée urgences de personnes SDF</td><td colspan="2">Sciences occupationnelles
Santé communautaire</td></tr>
<tr><td colspan="2">Principaux résultats</td><td colspan="2">Question, dimension qui n’est pas abordée</td></tr>
</table>

- Souvent aller aux urgences pour des conditions médicaux chroniques, maladies mentales et problèmes d'addiction - les ergos peuvent faire des évaluations et des interventions qui diminueront le retour de ces mêmes personnes aux urgences		Est-ce que le retour des pers SDF serait vraiment moindre avec une intervention ergothérapeute? Les besoins des pers SDF autre que le coté biomédical (besoin d'accompagnement ? De métier ?) Quelles genre d'intervention ou d'évaluation peuvent les ergothérapeutes faire ? Les limites du gouvernement & de la société (la facilité de mettre en place ce qui est suggéré)	
Source (39)	Thème/Objet traité	Méthode utilisée	Population
Summon →Science Direct → https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0022510X19314030?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1 Titre : The effects of occupational therapy intervention on homeless adults living in homecare house Niveau de scientificité : ++ Année : 15 octobre 2019 Pays : Turquie	Le but est « d'utiliser le modèle de l'occupation humaine comme cadre pour examiner les facteurs associés à l'intégration communautaire et pour déterminer si un programme d'amélioration des compétences de vie (faire face au stress, occupation engageante, équilibre occupationnel, emploi, compétences cognitives et de communication , création	Qualitative Entretien avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) et un entretien OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale)	25 SDF volontaires homme (dont 11 pour faire un control)

	d'une cible) était un soutien et s'appliquait aux adultes sans-abri ».		
Approche théorique privilégiée		Champs disciplinaires d'étude	
Modèle et outils ergothérapique		Sciences occupationnelles Santé communautaire	
Principaux résultats		Question, dimension qui n'est pas abordée	
12 sur les 14 participants ont complétés le programme et 8 ont trouvés un travail. Une grande différence a été constaté entre le MCREO et OCAIRS fait en début et en fin d'étude. De plus, les personnes sans-abris ont montré une évolution plus positive que le groupe control. Cette recherche montre que les programmes de « compétences de vie » sont efficaces pour les SDF.		La population féminine n'est pas mentionnée, pourquoi les avoir exclus ? Quelle était l'intervention des ergothérapeutes précisément afin de pouvoir recréer l'étude avec une population plus grande. Comment est-ce que les personnes control ont évolués (positivement aussi ? Moindre vitesse seulement ?)	
Source (38)	Thème/Objet traité	Méthode utilisée	Population

Google scholar → https://onlinelibrary.wiley.com /doi/full/10.1111/j.1440-1630.2011.00977.x Titre : Homeless adults engagement in art: First steps towards identity, recovery and social inclusion En français : Engagement des adultes sans-abri dans l'art : Premiers pas vers l'identité, le rétablissement et l'inclusion sociale Niveau de scientificité : + Année : 10 novembre 2011 Pays : Australie	La valeur d'un programme d'art offert par un organisme non-gouvernemental pour les adultes SDF.	Qualitative Observation des participants Entretien semi-structuré et enregistrement de l'entretien	4 participants du programme (SDF), 3 personnes travaillant au programme).
Approche théorique privilégiée		Champs disciplinaires d'étude	
Une stratégie d'analyse inductive		Sciences occupationnelles Arts	
Principaux résultats		Question, dimension qui n'est pas abordée	
Les professionnels médicaux et paramédicaux devraient aider les SDF à l'inclusion social en travaillant sur des opportunités professionnelles de participation dans des environnement surs comme première étape de l'engagement communautaire. Il existe déjà des structures pour les besoins vitaux comme les hébergements, les restaurants et les soins, mais une structure qui demande à la personne de venir de sa propre volonté pour faire quelque chose de plus créatif, pour l'instant, est peu présent.		Peut-on généralisé le programme à d'autres programme d'art ? Est-ce que l'intervention d'une ergothérapeute dans le programme aurait eu des résultats encore plus positifs ? Sachant que celle-ci travail sur une occupation significative	
Source (40)	Thème/Objet traité	Méthode utilisée	Population

Google Scholar/Summon→ https://journals.sagepub.com /doi/abs/10.4276/030802213 x13679275042807 Titre : An Occupational Therapy Intervention Service to Hostels for Homeless People: An Overview En français : Un service d'intervention en ergothérapie auprès des foyers pour sans-abri : un aperçu Niveau de scientificité :+ Année : 15 mai 2013 Pays : Angleterre	L'utilité et l'efficacité d'interventions ergothérapiques dans des foyers pour personnes sans-abri	Supervision via des ergothérapeutes seniors (réflexion toutes les 2 semaines pour améliorer l'intervention des ergothérapeutes). Intervention des ergothérapeutes avec les résidents des foyers	16 résidents dans 11 foyers, 2 ergothérapeutes, plusieurs ergothérapeutes seniors
Approche théorique privilégiée		Champs disciplinaires d'étude	
Approche centrée sur la personne		Santé communautaire Sciences occupationnelles	
Principaux résultats		Question, dimension qui n'est pas abordée	
« - L'approche holistique de l'ergothérapie et orientation « ici et maintenant » en fait une intervention efficace pour répondre aux besoins complexes des sans-abri dans les auberges de jeunesse/foyers.		Qu'est-ce que les personnes SDF retire de ces interventions, des compétences ? Des habiletés ? Sont-ils transférables à la vie hors du foyer ?	

<table>
<tr><td colspan="2">- Exploiter la puissance d'une solide relation personne-environnement-occupation (PEO) offre une voie pour développer des connaissances psychologiquement informées (PIE), pour permettre et promouvoir l'auto-efficacité et la motivation
pour changer.
- Les pratiques de travail efficaces dans plusieurs agences sont renforcées par identifier des agendas partagés puis s'y engager. »</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Source (45)</td><td>Thème/Objet traité</td><td>Méthode utilisée</td><td>Population</td></tr>
<tr><td>Google Scholar/Summon →
https://www-tandfonline-com
.lama.univ-amu.fr/doi/full/10.1080/110381
28.2020.1764094?scroll=top&needAccess=true
Titre : A systematic review of occupational therapy interventions in the transition from homelessness
En français : Une revue systématique des interventions en ergothérapie dans la transition de l'itinérance
Niveau de scientificité : +++
Année : 17 janvier 2020
Pays : États-Unis</td><td>Saisir la gamme et la qualité des études d'intervention en ergothérapie visant à soutenir une transition vers le logement après avoir été sans-abri.</td><td>En utilisant les directives du Joanna Briggs Institute (JBI), en effectuant une revue systématique, en comprenant une évaluation critique et une synthèse narrative des études expérimentales</td><td>11 études retenues

443 participants dont 229 femmes, 204 hommes
176 noires, 130 blanc, 19 hispanique, 3 aborigène, le reste non-spécifié</td></tr>
<tr><td colspan="2">Approche théorique privilégiée</td><td colspan="2">Champs disciplinaires d’étude</td></tr>
<tr><td colspan="2">Critères d’inclusion, d’exclusion pour sélection d’articles</td><td colspan="2">Sciences occupationnelles</td></tr>
<tr><td colspan="2">Principaux résultats</td><td colspan="2">Question, dimension qui n’est pas abordée</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">L’ergothérapie joue un rôle important dans le conception et l’évaluation de stratégie pour aider les personnes à s’épanouir après avoir été SDF. Les interventions se sont concentrées sur le maintien du logement. Même si ce maintien est essentiel, il y a également la possibilité d’aider les personnes une fois logée. Améliorer la capacité de fonctionner efficacement dans la performance des compétences de vie après avoir été sans-abri, ainsi que surmonter les obstacles à l'engagement dans une activité significative ont le potentiel de promouvoir l'épanouissement.
Cependant, peu d'interventions en ergothérapie ont été rapportées et évaluées dans la littérature existante</td><td colspan="2">Les 11 études étudiés venait tous des états-unis, sont les résultats donc transférables a d’autres pays ? Quels évolutions entre les études anciennes et nouvelles ? Comment les ergothérapeutes s’assurent -ils de travailler sur des occupations signifiantes ?</td></tr>
<tr><td>Source (41)</td><td>Thème/Objet traité</td><td>Méthode utilisée</td><td>Population</td></tr>
<tr><td>Google Scholar/Summon→
https://www-tandfonline-com.
lama.univ-amu.fr/doi/abs/10.1080/144738
28.1997.11785354
Titre : Atelier d'Ergothérapie pour personnes sans domicile fixe
Niveau de scientificité : -
Année : 6 octobre 2016
Pays : France</td><td>Structure favorisant la réinsertion des personnes SDF</td><td>Création d’un atelier d’ergothérapie adressé à des personnes SDF, désinsérées, bénéficiaires du revenu minimum insertion</td><td>Personnes SDF</td></tr>
<tr><td colspan="2">Approche théorique privilégiée</td><td colspan="2">Champs disciplinaires d’étude</td></tr>
<tr><td colspan="2">L’ergothérapie, approche centrée sur la personne</td><td colspan="2">Sciences occupationnelles</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Principaux résultats</td><td colspan="2">Question, dimension qui n’est pas abordée</td></tr>
<tr><td colspan="2">Concours a une démarche d’insertion et de réinsertion sociale de la personne (équipe pluridisciplinaire)</td><td colspan="2">L’évolution de l’atelier et des personnes participant depuis l’ouverture n’est pas abordée, quels outils ergothérapiques sont utilisés ? Combien de personnes fréquentent l’atelier ?</td></tr>
<tr><td>Source (42)</td><td>Thème/Objet traité</td><td>Méthode utilisée</td><td>Population</td></tr>
<tr><td>Summon → https://journals-sagepub-com.lama.univ-amu.fr/doi/pdf/10.1177/000841749906600406
Titre : Occupational Performance needs of a shelter population
En français : Besoins de performance professionnelle d'une population d'abris
Niveau de scientificité : ++
Pays : Canada</td><td>Obtenir le point de vue des personnes SDF sur leurs besoins et envies ainsi que les occupations qui les tiennent à cœur</td><td>Entretien avec le MCRO

Data analysés avec méthodes qualitative et quantitatives</td><td>25 résidents (17-57) d’une maison d’hébergement.
Dont 19 hommes, 6 femmes.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Approche théorique privilégiée</td><td colspan="2">Champs disciplinaires d’étude</td></tr>
<tr><td colspan="2">Centré sur le client, changé les outils d’ergothérapie pour qu’ils soient adaptés aux personnes SDF. Analyse inductive.</td><td colspan="2">Sciences occupationnelles
Santé communautaire</td></tr>
<tr><td colspan="2">Principaux résultats</td><td colspan="2">Question, dimension qui n’est pas abordée</td></tr>
<tr><td colspan="2">Il est primordial de comprendre le déséquilibre occupationnel selon le patient SDF. Il est également essentiel d’utiliser des outils d’évaluation adaptées au groupe de clients pour</td><td colspan="2">Point de vue des 25 personnes mais serait-ce la même chose autre part ? Sont les résultats</td></tr>
</table>

orienter les efforts des professionnels de la réadaptation travaillant avec ces personnes pour être centrée sur le client 72% des participants mentionnent une préoccupation pour l'emploie alors que moins que 50% se préoccupent pour un logement.		transférables de région en région, de pays en pays ? Est-ce que les résultats seraient différents si les ergothérapeutes avaient utilisé un outil autre que le MCRO.	
Source (46)	Thème/Objet traité	Méthode utilisée	Population
Google Scholar → https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-June-2018.pdf Titre : Community-Built Occupational Therapy Services for Those Who Are Homeless En français : Ergothérapie communautaire Services pour les sans-abri Niveau de scientificité : ++ Année : juin 2018 Pays : Etats-Unis	Les obstacles empêchant un engagement professionnel parmi les personnes SDF Le rôle de l'ergothérapeute chez eux La différence entre les services communautaires et les services construits par la communauté Les besoins occupationnel chez les différents sous-groupes dans la population des sans-abri	La fondation théorique et littéraire pour l'intervention occupationnelle	Personnes SDF dans la littérature
Approche théorique privilégiée		Champs disciplinaires d'étude	
Le model de la justice occupationnel Communauté		Santé communautaires Sciences occupationnelles	
Principaux résultats		Question, dimension qui n'est pas abordée	

Il y a une injustice (« apartheid ») occupationnelle pour les personnes sans-abri, pour cause de couleur de peau, orientation sexuelle, religion. Un déséquilibre occupationnelle lorsqu'il y a un engagement excessive dans une occupation et exclusion d'autres (parents travaillant 2-3 emplois pour essayer de subvenir aux besoins de la famille). Dans un modèle basé sur la communauté, l'ergothérapeute détermine les services qui seront fournis ainsi que la fréquence. « Bien les services sont physiquement fournis dans un cadre communautaire, probablement proche de la situation de vie du client, le contrôle et l'accent des services repose principalement sur les praticiens. Ce modèle s'oppose à un modèle construit par la communauté, qui commence par une analyse professionnelle des besoins au sein du milieu (c.-à-d., les gens, les populations, la communauté) et est un effort de collaboration».	Combien de personnes SDF au final ? Les évolutions entre les études/littératures anciennes et plus nouvelles ?

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif

Question inaugurale	Pouvez-vous me parler de votre expérience en temps qu'ergothérapeute travaillant dans un milieu accueillant des personnes sans domicile fixe ?		
n*	Sous thèmes	Question de relance	Objectifs
1	Le rôle de l'ergothérapeute dans un accompagnement concernant une personne sans domicile fixe	Pouvez vous me décrire votre rôle dès lors qu'une personne sans domicile fixe arrive dans votre lieu de travail ?	Comprendre et approfondir l'intervention de l'ergothérapeute chez les personnes sans-abris
2	L'environnement du lieu d'accompagnement de la personne SDF	Est-ce que l'environnement physique du lieu de travail change la qualité de l'accompagnement des personnes SDF ?	Comprendre la perception de l'ergothérapeute sur l'influence que peut avoir le lieu d'intervention dans l'accompagnement de l'usager
3	L'environnement humain d'accompagnement (équipe pluridisciplinaire)	Que pensez vous de la collaboration de votre équipe dans l'accompagnement des personnes sans-abris ?	Connaitre le regard de l'ergothérapeute sur les apports de l'accompagnement pluridisciplinaire sur l'inclusion socio-professionnel des personnes SDF
4	Le rôle de l'ergothérapeute dans l'inclusion socio-professionnel des personnes SDF	Comment est-ce que vous vous sentez dans votre rôle lorsque vous travaillez dans l'inclusion socio-professionnel des personnes sans-abris ?	Découvrir le ressenti de l'ergothérapeute dans son rôle de l'inclusion socio-professionnel des personnes SDF

Annexe 4 : Notice d'information de l'enquête exploratoire

« La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe »

Madame,

L'investigateur principal den Boer Saskia, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à den Boer Saskia pour lui poser toutes les questions complémentaires que vous aurez.

Objectif de la recherche
Recueillir les expériences et avis professionnelles des ergothérapeutes travaillant avec les personnes sans domicile fixe en France.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?
Réalisation d'un entretien semi-directif en face à face ou en visioconférence. La durée de l'entretien peut être entre 30 minutes et 1h30.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Le temps pris pour participer à l'entretien peut représenter un désagrément.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justifications, sans conséquences sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.
Les données seront transcrites, analysés et utilisés à des fins scientifiques et pédagogiques en préservant l'anonymat de l'ergothérapeute.

Annexe 5 : Formulaire de consentement de l'enquête exploratoire

DEN BOER Saskia ([redacted]), investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe** »

J'ai pris connaissance de la **note d'information** m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront **strictement confidentielles**.

> J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), je dispose à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr).

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe ». Je donne également mon consentement a l'enregistrement audio de notre entretien (qui ne sera pas partagé ou transmis).

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de ses responsabilités à mon égard.

Fait à le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche	Investigateur principal
Lu, compris et approuvé	
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Signature :	Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Annexe 6 : Tableau d'analyse des entretiens de l'enquête exploratoire

Thème / Ergo-thérapeutes	Thème 1 : **Les besoins variés des personnes sans domicile fixe**	Thème 2 : **Le travail sur le collectif et l'individuel par l'ergothérapeute**	Thème 3 : **Un accompagnement social par l'équipe**	Thème 4 : **Les partenaires extérieurs**	Thème 5 : **L'équipe mobile, les usagers très désociabilisé dans la rue**
E1	L'ergothérapeute évalue les besoins des personnes sans domicile fixe en collaboration avec les autres acteurs de la structure. E1 a constaté des besoins variables et qui ne sont pas homogénéisable a toutes les personnes venant au foyer. (E1 L43-45). La sécurité est une notion très importante qui est en lien avec le confort et la qualité de vie des personnes sans domicile fixe. Les personnes nécessitent également du matériel ce qui est	Il y a un travail important sur le collectif qui est intrinsèquement lié aux besoins des personnes sans domicile fixe (E1 L14, L42-45). Ce collectif est présent du fait qu'il y a des espaces partagés dans le foyer qui peuvent causer des tensions. Ce travail doit prendre en compte l'individualité des personnes tels que leur religion ou culture. Il y a un accompagnement duel	L'ergothérapie sociale s'intègre dans une structure contenant une équipe travaillant également dans le social (E1 L39-40). Les évaluations ergothérapiques sont trop normées et standardisées. L'accompagnement n'a pas de protocole et doit se faire avec la particularité de chaque	S'il y a des besoins médicaux qui ne peuvent être fournis au sein de la structure il y a des mises en relation avec des partenaires ou acteurs hors structure, comme une infirmière libérale qui fournira des soins médicaux (E1 L47-50). Au-delà de fournir des soins ponctuels, ces intervention extérieurs permettent de tisser et	

	fourni par l'ergothérapeute. L'ergothérapeute aide également dans l'obtention de nourriture gratuit, de tickets de service et plaidoyer pour les droits des résidents (E1 L62-63, L78-97).	(individuel et collectif) pour construire ensemble des règles de vie en collectivité par l'ergothérapeute. Ces règles sont revues chaque mois afin de les améliorer tel que les résidents le pensent. Il y a des « conseils de vie sociale » mensuels qui permettent aux résidents de s'exprimer sur les activités et sorties auxquelles ils souhaitent. L'ergothérapeute souligne travailler avec le résident, pas pour (E1 L64-75). L'ergothérapeute vérifie la sécurité des résidents avec une visite mensuelle (E1 L85-86). L'ergothérapeute travaille le plaisir et l'éducation avec	individu. C'est du cas par cas (E1 L116-124). La pluridisciplinarité avec cet aspect social permet d'avoir une richesse d'équipe, avec des réflexions sur les accompagnements qui sont discutés lors de réunions d'équipe. Les agents de sécurité tissent un lien avec les résidents qu'ils voient quotidiennement, ce point de vue nourrit l'accompagnement global des résidents (E1 149-159). L'équipe travaille dans un foyer de vie et est hyper sollicité, le burn-out est présent dans les	garder un lien pour les usagers lorsqu'ils ne seront plus en foyer, ils auront des ressources indépendamment du foyer (E1 L55-58). Les plateaux urbains, les activités culturelle proposés par la ville, les salle de sport, tous en dehors du centre d'hébergement permettent aux résidents de s'ancrer dans la ville et de se créer des pointSSs de repère environnementaux (E1 L136-143).	

		les résidents en individuel ainsi qu'en tant que communauté (E1 L102-106, L188-207).	travaux sociaux (E1 L208-211)		

E2	Personne dans la rue, en centre d'hébergement d'urgence ou dans des LHSS. Besoin d'un accompagnement différents et plus médicalisé en fonction de la situation unique de chacun (E2 L28-37, L53-60). Besoin d'ergothérapeute (E2 L40-43). *« Il n'y a pas de généralité dans la rue »* (E2 L59-60). E2 constate un besoin qui perdure chez la population SDF (E2 L124-126). Besoin de reconnaissance (E2 L148-149, L281, L284, L353-368). Besoin d'avoir des espaces auxquelles ils peuvent faire un lien en dehors du centre d'hébergement. Trouver une mixité de personnes (E2 L264, L285, L291-295, L299-301). Apprentissage du territoire (E2 L328-329).	E2 intervient directement auprès des personnes pour proposer un accompagnement (E2 L98-100). Travail important sur le territoire afin que les personnes sans-domicile puissent prendre connaissance de leur entourage et faire un lien avec ce qui les entoure. Travail sur la culture et l'histoire de la personne. Travail de groupe, les personnes montrent aux autres les territoires significatifs. Ergothérapeute accompagne aux ateliers musique, danse, sorties. Travail sur la création d'un collectif et prenant en	Le contact reste primordial auprès de cette population (E2 L117-118, L338). Reconnaissance des usagers « au-delà de leur statut administratif » (E2 L148-149). Création d'un collectif entre les personnes de la même communauté afin qu'ils se créent des liens (E2 L148-149). Travail sur des occupations de bien-être et de loisir. Sur la participation sociale et le valoir de ses droits, la citoyenneté... (E2 L155-158). Cours par les usagers dans des écoles et	Financement du travail des ergothérapeutes par des partenaires extérieur (E2 L46). Prise de conscience de la maladie des usagers auprès des partenaires (E2 L115-117). Les ateliers ont lieu chez le structures des partenaires (E2 L213-215, L260-265). Ces ateliers dans la ville-même sont un lien pour les usagers vers l'extérieur. Lien au personnel, lien a l'activité, lien au lieu (E2 L264-265, L303). Chez les partenaires on ne retrouve pas seulement une population sans abris.	L'équipe mobile qui suit les personnes très désociabilisé vivant dans la rue est médicalisé (E2 L31-37). Principalement des interventions (pas « accompagnement »), création de lien, évaluation d'un besoin psychiatrique et/ou de soin (E2 L105-115). L'ergothérapeute coordonne les différents équipes mobiles entre-elles (E2 L119-123).

	Besoin de pluralisation des rôles sociaux et « appartenir » (E2 L376-384, L405). Ont eu une perte de leur identité (E2 L405-413). Besoin du groupe (E2 L434-445). Besoin de sécurité ou encore « famille » ou « sensation d'appartenance » (E2 L473-489, L495, L498, L500-501). Besoins différents en fonction du territoire de la personne sans domicile fixe (E2 L586-593).	considération chaque individu (E2 L128-147, L155-158, L165-166, L170-171, L175-188, L203-209, L215-230, L460-473). L'ergothérapeute laisse la place à l'usager de s'exprimer, elle le met au centre sans changer la forme de ses discours (E2 L-175-188, L535-537, L539-544, L647). Travail sur la présence des personnes, la confiance, la sociabilisation (E2 L233-244). Travail sur la mixité lors des ateliers (E2 L299-302). Transfert des acquis (des usagers) a d'autres situations (E2 L311-322). Travail de territorialisation, aller dans des lieux non-sécurisant pour sortir de leur	universités. Rendre visible les personnes sans-abris (E2 L158-164). Pluraliser les rôles sociaux des personnes sans domicile (E2 L190, 193-202, L266). L'équipe n'effectue pas des soins, non-utilisation du vocabulaire de soin (E2 L256-257). Les usagers sont reconnus en tant que personne, pas en tant que sans domicile (E2 L268). Quand l'usager ne vient pas aux sorties, il faut aller chez lui, l'usager accueille l'équipe (E2 L336-339).	Il y a une pluralité de personnes avec des titres, cultures, statut social, classe financière différents. Dans ces lieux « rien ne les distingue des autres » (E2 L271-280, L286). Invitation à des soirées VIP partenaires gratuits (E2 L323-328). Être chez les partenaires c'est « notre maison à nous » car ce n'est ni chez l'institut, ni chez les usagers (E2 L367). Reconnaissance des personnes sans-abris par les partenaires (E2 L527-528).	

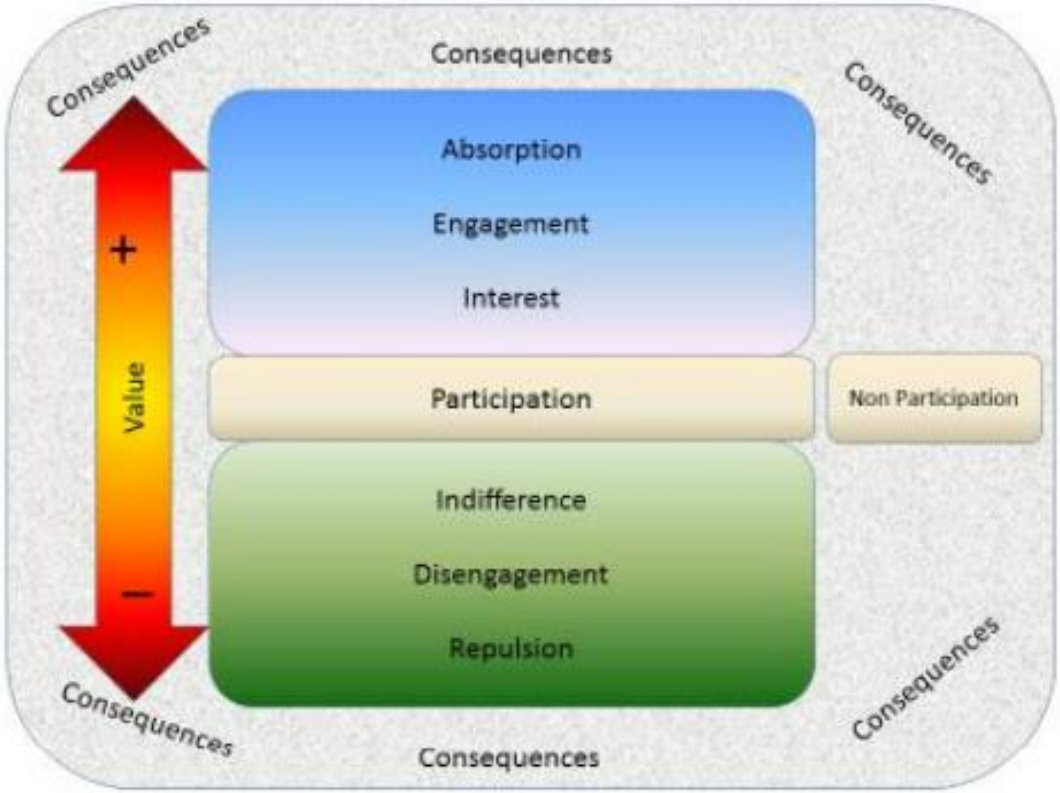
		zone de confort (E2 L329-334, L385-391). Mobilisation des personnes (E2 L344-348). Travail sur l'identité et les étiquettes sociaux (E2 L413-431). Travail sur le lien, sur l'étayage du réseau (E2 L446-452, L456-457).	« Le lien de l'usager a l'intervenant [...], lien au lieu, lien a l'activité [...] et au groupe », ce lien permet tout, la confiance, de mobiliser la personne... (E2 L350-375). La construction du « nous », de la collectivité (E2 L454-456). « L'ergothérapie sociale n'est pas un model ! [...] c'est une méthode de travail » (E2 L584).	E2 travaille auprès des partenaires pour la construction de politiques publiques (E2 L556, L562, L579-586). Les partenaires voient l'utilité du travail effectué auprès de la population SDF et plus de liens structure-partenaire se créent (E2 L595-599, L616-623, L625).	

E3	Besoin de repères, et d'identifier des personnes comme des repères permanents (E3 L23-26, L31). Besoin des services dans un accueil de jour, pas directement d'un ergothérapeute (E3 L50-53). Humanisation de la personne sans domicile fixe (E3 L64-68). Problématiques multiples, besoins premiers sont vitaux (E3 L122-124). Intrusif de rentrer chez les personnes (dans la rue). Il faut aller vers mais pas franchir cette barrière d'intimité. Besoin d'aide mais pas de sens que ce soit dans un bureau d'ergothérapie (E3 L189-221). Se sentir utile (E3 L253-256).	Travailler le lien avec l'usager (E3 L19, L71-76). Travail sur les occupations de manière non conventionnel (E3 L83-121, L124-126). Travail sur le territoire et le collectif (E3 L115-121). Travail des codes sociaux (E3 L225). Travail sur l'inclusion socio-professionnel de manière implicite, ce n'est pas l'objectif premier (E3 L231-232). Travailler l'expression des choix, le partage, la défense de ses choix (E3 L243-253). Travailler les compétences existants et des nouveaux, mettre en avance son savoir-faire (E3 L262-268, L270-277).	Suivi très différent d'un suivi en sanitaire. Les personnes sans-abris ne connaissent pas le rôle de l'équipe et pourquoi ils sont accueillis (E3 L32-57). L'accompagnement débute par une présence de l'équipe (E3 L60-62). Pas de protocole ou un accompagnement prédéfini (E3 L68-83). Pas de soin au sein de l'accompagnement (E3 137-139). Travail sur l'inclusion social, indirectement l'inclusion professionnel (E3 L224, L241-243).	Partenaires qui sont présents à l'extérieur pour des problématiques d'addiction ou de maladie (E3 L139-157). Idem pour toutes les problématiques qui ne sont pas du ressort de l'ergothérapeute (E3 L145-146, L227). Pour que la collaboration entre les partenaires et les ergothérapeutes soit de bonne qualité il faut avoir un bon niveau de communication et « parler le même langage » (E3 L162-181). L'ergothérapeute doit être équipé dans la	

				connaissance du système, des associations et dispositifs qui existent (E3 L169-181).	

Annexe 7 : Modèle crée en 2017 par Karen Morris et Diane L. Cox de l'engagement occupationnel

Figure 5: The descriptive framework for occupational engagement



Annexe 8 : Matrices conceptuelles de l'engagement occupationnel et de la capabilité

Concepts	Modalités	Indicateurs
Engagement occupationnel	Une continuité	Engagé dans une occupation signifiante Lien avec la culture Apporte identité à la personne
	Participation	Choix Sens positif Subjectif et personnel (valeur personnelle)
	Facteurs positifs	Choix, occupation signifiante, valeur, plaisir, liberté... Centrée sur la personne Diminue occupations négatives
	Bien être	Santé, rôle dans la société
Capabilité	Individu au centre de l'approche	Fonctionnements, capabilités, agentivité
	Environnement	Socio-politique, culturel, économique...
	Qualité de vie	Liberté de mener sa vie, droit occupationnel, justice sociale

Annexe 9 : Grille d'entretien semi-directif (et questions en anglais)

Question inaugurale		**Quelle place as-tu dans l'accompagnement d'une personne sans domicile fixe ?** (missions, activités). **What role do you play in the support of homeless people? (missions and activities)**	
N*	Thèmes	Question de relance	Objectifs
1	L'engagement occupationnel	Quel place prend l'engagement occupationnel dans votre accompagnement des personnes SDF ? How do you take in account occupational engagement in your work with homeless people? Occupational engagement : involvement related to the person's values in an occupation, which contributes positively to their wellbeing	Identifier comment se crée l'engagement occupationnel dans le suivi ergothérapique. Engagement occupationnel : Implication liée aux valeurs de la personne dans une occupation, qui contribue positivement à son bien-être
2	La capabilité	A quel point vous appuyer vous sur les ressources internes/potentialités dans votre accompagnement des personnes SDF et pourquoi ? How do you take in account the internal resources (or the potential) of homeless people, and why?	Agentivité // le pouvoir de la personne (interne a elle) intéressant car la pers sans domicile fixe n'est pas 100% libre
3		Comment utilisez-vous l'environnement écologique dans votre accompagnement des personnes dans leurs occupations ? How do you use the environment in your work with people in their occupations?	Identifier le rôle de l'environnement (ressources, matériel, physique, politique, social, culturel...) dans la capabilité en pratique

Annexe 10 : Fiche de consentement et notice d'information en français

DEN BOER Saskia [redacted], investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « **La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe** »

J'ai pris connaissance de la **note d'information** m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées .

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront **strictement confidentielles**.

> J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), je dispose à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr).

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe ». Je donne également mon consentement a l'enregistrement audio de notre entretien (qui ne sera pas partagé ou transmis).

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de ses responsabilités à mon égard.

Fait à le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche	Investigateur principal
Lu, compris et approuvé	
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Signature :	Signature : DEN BOER

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)
Notice d'information

Madame,

L'investigateur principal den Boer Saskia, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « La place de l'ergothérapeute dans la santé communautaire, en particulier des personnes sans domicile fixe ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à den Boer Saskia pour lui poser toutes les questions complémentaires que vous aurez.

Objectif de la recherche

Recueillir les expériences et avis professionnelles des ergothérapeutes travaillant avec les personnes sans domicile fixe.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Réalisation d'un entretien semi-directif en face a face ou en visioconférence. La durée de l'entretien peut être entre 30 minutes et 1h30.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

La durée de l'entretien ne peut pas être fixé en amont.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justifications, sans conséquences sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis.
Les données seront transcrites, analysés et utilisés a des fins scientifiques et pédagogiques en préservant l'anonymat de l'ergothérapeute.

Annexe 11 : Fiches de consentements et notice d'information en anglais

Consent form

DEN BOER Saskia ([redacted]), main researcher, has asked me to participate in research entitled "The place of occupational therapists in community health, in particular with homeless people."

I have read the informational sheet explaining the protocol of the above-mentioned research. I have been able to ask any questions I wanted and have received satisfactory responses to these questions. I have also taken into account that the data collected during this research remain strictly confidential and anonymous.

I accept the computerized processing of personal data concerning me in accordance with the consent already included in the Data Protection Act. It is reinforced by the GDPR and the conditions for its collection are specified. Articles 4, 6 and 7 and 42) and 43) of the GDPR.

I understand that I can refuse to participate in this research without any consequences for me, and that I can withdraw my consent at any time (before and during the interview) without having to justify this decision.

In accordance with the provisions of the law relating to data processing, files and freedoms and European Regulation 2016/679 of April 27, 2016 (General Regulation on the Protection of Personal Data or "RGDP"), which entered into force on May 25, 2018), I have at any time a right of access, portability, rectification, erasure, limitation and opposition to the processing of data concerning me (www.cnil.fr).

Taking into account the information that has been transmitted to me, I accept freely and voluntarily to participate in the research entitled "The place of occupational therapists in community health, in particular with homeless people". I additionally give my consent to be audio-recorded during our interview; the latter will not be transmitted or shared.

My consent does not relieve the researcher of her responsibilities towards me.

Signed in

Research participant	Main researcher
LAST NAME, first name :	LAST NAME, first name :
Signature :	Signature :

Informational sheet

Miss,

The main researcher, Saskia den Boer, has invited you to participate in a protocol of research entitled « The place of occupational therapists in community health, in particular with homeless people. »

We invite you to carefully read this informational notice, which aims to answer any potential questions you may be asking yourself before deciding to participate.

You can, of course, during the interview address den Boer Saskia to ask her any complementary questions.

The research objective

Collecting the experience and professional opinions of occupation therapists working (or having worked) with homeless people, anywhere in the world.

What is the chosen methodology and how will it unfold?

The participants will be interviewed in a semi-directive style, by call if an interview in real life is not possible. It is difficult to predict how long the interview may last, it can be between 30 minutes and an hour and a half.

What are the disadvantages?

Not every subject can be explored as the researcher has to stick to an interview grid which predetermines the main subjects. Moreover, the time needed to interview might be an inconvenience.

What are your rights as a participant in this research?

You may refuse to participate in this research without having to justify yourself. The data will be recorded, transcribed, analyzed and used for scientific and pedagogical matters. The occupational therapist will be anonymized, as well as any names or locations mentioned during the interview. Lastly, the recordings will be erased after the transcription of the data.

Annexe 12 : Tableau récapitulatif de l'analyse thématiques

Thèmes / Ergo thérapeutes	**1 . L'engagement occupationnel des usagers**	**2. L'identité occupationnelle des usagers**	**3. La capabilité dans l'accompagnement des usagers**	**4. Les barrières dans l'accompagnement des usagers**
E1*	Large vision d'engagement au sein de l'équipe, *« large éventail en termes de niveau de participation »* (L53-58). En dehors des groupes, veulent s'engager, l'engagement occupationnel à changer avec le temps, a muri (L63-67). Les usagers s'engagent (ou non) pour toute une variété de raison, en lien avec leur capabilité et environnement (L73-74).	Retrouver de la confiance dans les occupations (kitchen confidence) (L43-48). Manque de confiance au début, puis petit à petit commence à essayer des choses, *« changement en eux »* (L61-66). *« Je sais que vous m'avez aidé à faire des choses que je n'avais pas faites depuis longtemps »* (L68-69). « capacité à faire face à la frustration que la navigation dans ce système engendre. »,	Beaucoup de facteurs auprès de cette population influent la capabilité, en fonction du jour, leur santé mentale, leur consommation, leurs ressources... (L74-80). E1* leur laisse le choix de faire l'occupation quand ils souhaitent, elle laisse la porte ouverte pour le faire un autre jour. (L80-83). Les personnes ont des forces et des richesses d'héritage dans ce qu'ils ont fait avant, l'ergothérapeute doit les rappeler puisqu'ils oublient ou pensent que c'est perdu. (L92-98). Opportunités dans l'environnement (cuisinette, table, blanchisserie, douches...) (L101-103).	Santé mental et utilisation de substances illicites (L35, L168). Enracinement dans le « rôle » de personne sans abri (L90-92). Système de santé complexe a navigué, manque de ressources comme internet (L116-119, L133-134). E1* ne peut pas contrôler les systèmes de santé de l'état (L120-122). La santé et la consommation de substance sont des

		tolérance a la frustration, tolérance émotionnelle (L134-136).	Environnement sert de repère visuel, E1* est une invite visuelle pour des occupations de la vie quotidienne (L104-109). Environnement au sens large qui influence la capabilité des personnes (L113-116). E1* peut influencer l'environnement physique et culturel de son lieu de travail (L120-125). Système de santé complexe, nécessaire de faire avec la réponse que donne l'état, réajustement du comportement (L137-140). Règles du bâtiment à respecter (L169-172).	causes de l'itinérance, pas l'objectif d'accompagnement (L161-164). Soutien médical par une autre équipe (L174-175).
E2*	Difficile d'obtenir des objectifs ensemble. (L165-175, L322). Respect des envies des usagers (L172-173). Engagement se crée lorsqu'il y a un grand besoin, motivation (L177-186). Engagement stable (L190).	Manque de confiance, se critiquent (L208-221). Mise en avant de leur capacités et potentiels, leur permet d'être autonome (L215-221). Aider d'autres en situations précaires (L233-235).	Besoin de faire une formation ou stage pour avoir un logement plus long terme. Déblocage de AAH suite à sa formation(L92-96). Potentiel de trouver un appartement (L99). E2* permet le lien entre les usagers et les projets professionnels (L107-109). Repérage dans Marseille (L111-112), ateliers occupations (L119-123). Aide de l'État (chèques 5 euros) (L137).	Fuite du pays d'origine, violences familiales, syndrome post-traumatique, langage, substances illicites, troubles psychiatriques (L56-58, L80, L81, L113, L290-302, L328). Jour au téléphone pour assurer un logement --

	Attache aux professionnels de l'HDJ (L192-194). Engagement impossible lorsque troubles trop importantes (L303-304). Plaisir et passion augmentent engagement (L310-314). Séjours thérapeutiques, découverte de l'environnement, la neige, la culture (L341-343). « Paillettes dans les yeux » pendant visite de logement (L420-423).		Logements complets, préfabriqués de mauvaises qualités à la place, freine les possibilités d'occupations, réapprentissage de l'environnement physique et sociale (L143-150). Gazinière, télévision, peut reproduire les ateliers cuisine de l'HDJ (L152-156). L'usager trouve seul les réponses à ses problématiques (L200-207). Les rendre acteur en ergothérapie (L224-228, L233-241, L245). Adaptation à l'environnement (L310-317). Capable de travailler mais ne souhaite pas (L326). Capabilité de vivre en autonomie, faire ses occupations seule, mais environnement familial, légal, physique, empêchent son intégration en société (L356-365). Garde tous les souvenirs des personnes qui l'entourent dans son sac à main (L378-380).	court terme - 15 jours (L61-62) Soutien professionnel change souvent car changement de logement, difficile d'échanger avec les professionnels (L65-66, L70-74, L317-321). Logement conditionnel (L86-87, L92-94). Obligation de quitter le territoire (L75). Complications familiales (L79, L284). Pas prise en charge total de toutes les problématiques car les institutions ne sont pas adaptées (L81).

			Ressources internes, volontariat de mettre en danger pour avoir un logement (L405-410). Environnement la pousse à prendre des substances (L413-414).	HDJ dans quartiers défavorisés et difficile d'accès (L90-91). Ateliers pas environnement écologique (L247-252). Pas de logement, pas d'envies (L140). Logement plein donc préfabriqués, mal organisé, douche froide l'hiver (L143-147). Pragmatisme, persécution (L161). Personnes seules, sans entourage social (L193). Entourage néfaste (L258-269 L352). Pertes de repères (L273-274, L426-432). Problèmes légaux (L360, L396).

				Régression à cause de la situation (L366, L369-371, L375, L387-389).
E3*	Engagement des usagers grâce à une approche occupationnel et individuel (L34-41, L54-58, L69, L221). Engagement difficile avec cette population (L42, L105-110). Absences, se sentent intimidés par les autres, résolution de problèmes ensemble (L66-71) Développer mesure d'engagement individuel avec l'usager (L77-98). Optimisme et volonté en début d'accompagnement (L109-110).	Ce que la personne aime faire, comment elle se sent « elle-même », se sentir humain (L37-39). L'engagement permet à la personne de se sentir elle-même, de sentir de la fierté, d'être satisfaite. Difficile de s'accepter quand amélioration. Pendant longtemps était « quelqu'un d'autre » (L135-140). Respect des valeurs (L151-152). Perte d'espoir (L228-231). Identité de rue (L294).	Perte de compétences et savoir faire dans les activités de la vie quotidienne (L48-49). Déplacer lien social (L127-133). Création de lien (L147-148). Rendre accessible les potentiels autour de la personne, lui rendre acteur de sa vie afin qu'elle fasse seule. Usage de l'environnement physique, culturel (L162-173). Identifier le style d'attachement, historique occupationnel, potentiels. Replacer leurs qualités qu'ils utilisent pour des occupations néfastes dans des occupations sains, les mettre en valeur, montrer leurs capabilités mais dans un autre environnement. (L179-198, L202-207, L211-215). Facteurs internes de la personne (L196).	Impression d'être un problème (L39-40). Pas d'environnement Problèmes de santé mentale, substances illicites, trafic, intimidation, santé physique (L49-51, L155-156). Vie chaotique (L65). Modèle comme MOHO indisponible dans le service, manque d'ergothérapeutes dans le service (L74-77). Cycle vicieux du sans-abrisme (L112-113).

	L'engagement est un cycle, fluctue (L116-119, L123). Besoin d'avoir des objectifs simples, création du lien thérapeutique (L142-146).		Comprendre les motivations de la personne, rester optimiste, donner de l'espoir (L225-231). Travail avec l'entourage de la personne (L234-260). Plaidoyer (L262-278). Environnement humain (L288-295).	Difficulté émotionnelle pour l'ergothérapeute (L113-116). Environnement social néfaste (L124-127, L290). Environnement légal et sociétal et politique (Brexit) (L300-306).

Résumé

Le sans-abrisme est un problème difficile et répandu, avec près de 154 millions de personnes dans le monde vivant dans la rue. Les ergothérapeutes sont spécialisés dans le travail avec les personnes pour qu'elles puissent atteindre leurs objectifs occupationnels. Cette recherche explore et décrit la perception qu'ont les ergothérapeutes du lien entre l'engagement occupationnel et la capabilité dans leur accompagnement des personnes sans domicile fixe, afin de les aider a à se (ré)intégrer dans la société. Une ergothérapeute française et deux ergothérapeutes anglaises travaillant avec des personnes sans domicile fixe ont participé à des entretiens. Les transcriptions traduites ont été étudiées à l'aide d'une analyse thématique, verticale et horizontale. Quatre thèmes principaux ont émergé : (1) L'engagement occupationnel des usagers, (2) L'identité occupationnelle des usagers, (3) La capabilité dans l'accompagnement des usagers, (4) Les barrières dans l'accompagnement des usagers. Cette étude montre que les ergothérapeutes utilisent les ressources internes et externes des personnes sans-abri pour augmenter leur engagement professionnel. En outre, ces mêmes facteurs influencent les capacités des personnes sans domicile. Cette étude met également en évidence les défis auxquels les ergothérapeutes sont confrontés lorsqu'ils travaillent avec cette population et dans quelle mesure leur rôle correspond aux besoins des sans-abri.

Mots clés : Ergothérapie,Personnes sans domicile fixe,Intégration sociale,Engagement occupationnel,Capabilité

Abstract

Homelessness is a challenging and widespread issue, with nearly 154 million people worldwide living on the streets. Occupational therapists specialize in working with people so they can succeed in their occupational objectives. This research explores and describes occupational therapists' perception of how occupational engagement and capability fit together to help homeless people (re)integrate into society. One occupational therapist in France and two in the United Kingdom working with homeless people participated in interviews. Translated transcripts were studied using thematic, vertical and horizontal analysis. Four main themes emerged: (1) Occupational engagement of service users, (2) Occupational identity of service users, (3) Capability through the support of users, (4) Barriers that make support efforts challenging. This study shows that occupational therapists utilize the internal and external resources of homeless people to increase their occupational engagement. Additionally, those same factors influence the capabilities of homeless people. This study also highlights the challenges that occupational therapists face working with this population and to what extent their roles fit the needs of homeless people.

Key words : Occupational therapy,Homeless people,Social integration,Occupational engagement,Capability

Directeur de Mémoire et Référente Professionnelle : Julien PAVE et Héloïse POULAIN

Nombre de pages du Mémoire : 95 pages