

Mémoire d'initiation à la recherche

---

# Femmes sans-abri : favoriser l'empowerment par l'ergothérapie

BLANCHEMAIN Julie

N° étudiant : E22/01

Promotion : 2022/2025

Sous la direction de VIVIER Lucie

Année Universitaire : 2022/2025



## **GLOSSAIRE**

ALERTE (collectif) : 37 fédérations et associations nationales, collectifs inter-associatifs locaux de lutte contre la pauvreté et l'exclusion

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANFE : Association Nationale Française d'Ergothérapie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à L'Enfance

ATD Quart Monde : Agir Tous pour la Dignité Quart monde

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

CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

CIMADE : Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués

CVS : Conseil de Vie Sociale

DIPC : document individuel de prise en charge

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

FMI : Fond Monétaire International

FNARS : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réadaptation Sociale

FNAS-FO : Fédération Nationale Action Sociale Force Ouvrière.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé hospitalière

PIB : Produit Intérieur Brut

PRACTS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales

RAP : Recherche Action-Participation

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SAO : Service d'Accueil et d'Orientation

SDF : Sans Domicile Fixe

UMAPP : Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité

VRS : Vécu et Ressenti en matière de Sécurité



## **Remerciements**

*Je remercie grandement, tout d'abord, les femmes qui ont participé aux entretiens pour m'avoir accordé leur confiance, leur temps et leur énergie. Je reviens vers vous rapidement pour poursuivre les projets entrevus. Ce n'est qu'un début !*

*Je remercie les professionnels qui ont contribué par leur témoignage, leur temps et leur confiance, à ce travail de recherche. Je les remercie pour leur accueil, leur bienveillance, leur intérêt pour ce sujet et leur café ! Cela a été un bonheur de découvrir ces lieux et de rencontrer des personnes engagées, mues par des valeurs humaines fortes.*

*Un grand merci à Lucie Vivier pour son investissement. J'ai pu constater la cohérence de ces propos et de ces actes dans cet accompagnement, suivant les valeurs mises en avant dans ce projet. Merci beaucoup pour ta disponibilité, ta réactivité et ton écoute.*

*Je remercie l'équipe de l'IFE de Rouen pour leur soutien et leur éclairage. Je tiens particulièrement à remercier M. Heredia et Mme Laval pour leur investissement. Vos conseils, vos indications et votre humour m'ont permis de tenir jusqu'au bout de cette année, et de ces trois ans!*

*Je remercie, bien sûr, mes collègues, l'ensemble de ma promotion et particulièrement la formation tortue. Sans nos fous rires, nos mises en scène, nos délires, ces trois ans n'auraient pas du tout été les mêmes. Je ne m'attendais pas à de telles rencontres en débutant ma reconversion. Un petit clin d'œil à ma compagne d'inductif et à ma co-reconvertie.*

*Je remercie évidemment mes proches. Mon compagnon, mes enfants, ma mère, ma belle-mère et mes sœurs. Vous avez été des appuis indispensables pendant ces trois ans. Pour mes observatrices, je vous remercie de vous être laissé embarquer !*

*Je remercie, enfin, mes amies pour leurs relectures, leur soutien et leurs conseils.*





**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités  
Unité certification sociale et paramédicale  
2, place Jean Neufville  
CS 55427  
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale  
de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités**

**Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie**

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>

Article 2

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) : et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement.

Je soussigné-e Jules Blanchard atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.  
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à ROUEN Le 12/05/2025 signature 

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/tes/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>2</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.



# Table des matières

|      |                                                             |    |
|------|-------------------------------------------------------------|----|
| I.   | Introduction.....                                           | 1  |
| A.   | Contextualisation.....                                      | 1  |
| B.   | Premier contact avec le terrain : phase d'exploration ..... | 2  |
| II.  | Cadre théorique et cadre conceptuel .....                   | 3  |
| A.   | Le sans-abrisme.....                                        | 3  |
| 1.   | Des définitions recoupant des réalités complexes.....       | 3  |
| 2.   | L'identité de sans-abri .....                               | 3  |
| 3.   | Les rapports entre personnes sans-abri.....                 | 4  |
| 4.   | Le point de vue de la société .....                         | 5  |
| 5.   | Au niveau politique .....                                   | 5  |
| 6.   | La vulnérabilité .....                                      | 6  |
| B.   | Les femmes sans-abri.....                                   | 7  |
| 1.   | Une vulnérabilité spécifique.....                           | 7  |
| 2.   | Des accompagnements spécifiques.....                        | 10 |
| C.   | L'ergothérapie sociale.....                                 | 13 |
| 1.   | Définition.....                                             | 13 |
| 2.   | Santé communautaire .....                                   | 15 |
| III. | Le processus de problématisation .....                      | 19 |
| A.   | De la question de départ à la problématique .....           | 19 |
| B.   | Hypothèses.....                                             | 20 |
| IV.  | La méthodologie employée .....                              | 21 |
| A.   | Utilisation de la méthode qualitative.....                  | 21 |
| B.   | Mobilisation de l'approche inductive.....                   | 21 |
| 1.   | La population de recherche .....                            | 23 |
| 2.   | Techniques et outils de recueil de données.....             | 24 |
| C.   | Réflexion sur l'objectivité et l'éthique .....              | 26 |
| V.   | Terrain d'enquête : une évolution par induction .....       | 28 |
| A.   | Les entretiens semi-directifs individuels .....             | 28 |
| 1.   | Analyse verticale résumée .....                             | 28 |
| 2.   | Analyse thématique .....                                    | 29 |
| 3.   | Evolution des hypothèses.....                               | 32 |
| B.   | Focus group.....                                            | 33 |

|       |                                                                                  |    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.    | Focus group femmes sans-abri .....                                               | 33 |
| 2.    | Focus Group travailleurs sociaux .....                                           | 35 |
| 3.    | Focus group équipe mobile .....                                                  | 38 |
| 4.    | Focus Group ergothérapeutes .....                                                | 39 |
| C.    | Analyse thématique des focus group.....                                          | 41 |
| 1.    | Retour sur le CCJO.....                                                          | 41 |
| 2.    | Distinction de deux types de population .....                                    | 43 |
| 3.    | Emancipation .....                                                               | 44 |
| 4.    | Capabilités .....                                                                | 45 |
| 5.    | Agent de changement. ....                                                        | 45 |
| 6.    | Le concept du sans-chez-soi.....                                                 | 46 |
| 7.    | Le modèle de l'occupation, des capabilités et du bien-être en ergothérapie ..... | 47 |
| 8.    | Evolution de l'hypothèse et problématique .....                                  | 48 |
| VI.   | DISCUSSION .....                                                                 | 49 |
| A.    | Perspectives de la recherche .....                                               | 49 |
| 1.    | Les caractéristiques de genre.....                                               | 49 |
| 2.    | Activités déviantes, dark side of occupation.....                                | 53 |
| B.    | Plus-value professionnelle .....                                                 | 54 |
| C.    | Biais et limites .....                                                           | 55 |
| VII.  | Conclusion .....                                                                 | 57 |
| VIII. | Bibliographie.....                                                               | 58 |

# I. Introduction

## A. Contextualisation

D'après un rapport du Sénat, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue* (Evren et al., 2024), "330 000 personnes, dont 40 % de femmes, sont sans domicile en France aujourd'hui." Il distingue, parmi elles, "environ 30 000 personnes" qui sont sans-abri. Ainsi "Chaque soir, ce sont environ 3 000 femmes et près de 3 000 enfants qui passent la nuit dans la rue." (Evren et al., 2024). De façon plus locale, le décompte de la Nuit de la Solidarité (Nuit de la Solidarité, s.d.) nous apprend qu'il y avait 200 personnes sans domicile à Rouen en 2024 dont 22% de femmes. Le rapport du Sénat met en lumière "une augmentation générale du nombre de personnes, y compris de femmes, sans domicile, en lien avec la crise du logement, et une augmentation du nombre de femmes sans-abri, depuis une quinzaine d'années et plus encore depuis 2018."

Pourtant, d'après Boinot (2008), les recherches en sciences sociales font l'impasse sur le genre des personnes sans-abri, passant sous silence les femmes. Ces femmes à la rue existent bel et bien en dépit de leur volonté de s'invisibiliser comme le montrent Bellot & Rivard (2017). De plus, leur genre constitue une spécificité qui semble essentielle à prendre en compte dans leur accompagnement.

L'ergothérapeute intervient nouvellement dans le champ social en France. L'approche communautaire et sociale en ergothérapie est une pratique encore peu développée en France et en Europe (Monin, 2019). D'après cette autrice, pourtant "les ergothérapeutes ont ici des compétences spécifiques pour se lancer dans des approches communautaires et innovantes auprès de publics précaires." (Monin, 2019). De plus, selon l'Association Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE), il "est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes" (ANFE, 2024). Pour l'instant, en France, ce professionnel intervient communément dans le champ psychiatrique. C'est par cette entrée qu'il rencontre les personnes en situation de précarité, par le biais d'Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) notamment.

Face à ses observations et ses données, il semble intéressant de s'interroger sur la place de l'ergothérapeute auprès de ces populations, et de façon plus précise, **comment l'ergothérapeute peut-il s'inscrire dans l'accompagnement des femmes sans-abri ?**

Afin de débiter cette recherche, une carte mentale a été réalisée (annexe 1). Le cadre théorique et conceptuel sera présenté dans un premier temps, détaillant tour à tour le sans-abrisme, les femmes en situation de sans-abrisme et la santé communautaire. Puis la problématique ainsi que les hypothèses de travail seront énoncées. Ce travail se poursuivra par la description du dispositif

méthodologique, puis l'exposition et l'analyse des résultats. Ceux-ci amèneront à une discussion, permettant de conclure sur ce travail d'initiation à la recherche.

## B. Premier contact avec le terrain : phase d'exploration

La phase d'exploration (Annexes 2 à 5) a consisté, dans un premier temps, à un appel à un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), la participation à quatre maraudes (à pied et en camion), et la rencontre avec une association d'aide aux sans-abri. Cette première approche m'a permis de me confronter au monde des sans-abri, d'en saisir de façon concrète la réalité.

Le premier appel a été adressé au CCAS (Annexe 4: Enquête exploratoire, entretien avec un CCAS) d'une ville périphérique de taille moyenne. Il m'a amené à mieux comprendre l'organisation des différentes associations et leur rôle sur le territoire. L'aide aux sans-abri est centralisée dans la grande ville proche, ce CCAS ne supervise pas de structures d'aide. L'aide apportée aux femmes passe par différents thèmes : la migration, la violence conjugale, la domiciliation, la maternité... L'enquête témoigne, pour les femmes, d'un fort sentiment d'insécurité et d'une vulnérabilité accrue. Elles sont également victimes d'une exclusion progressive. Ce phénomène semble très difficile à inverser.

L'entretien (Annexe 4 : Enquête exploratoire, entretien avec une association) avec la responsable de l'association m'a permis de prendre connaissance de l'organisation interne de la structure. Cette salariée témoigne de populations très différentes bénéficiant de l'aide apportée. Elle mentionne de forts liens entre associations grâce aux réunions mensuelles. Elle constate une évolution des bénéficiaires : de plus en plus nombreux, et de plus en plus pour des besoins alimentaires, sans forcément être dans la rue. Elle décrit une augmentation du nombre de femmes avec enfants, population qui ne se voyait pas dans la rue auparavant.

A travers les quatre maraudes (Annexe 2 : Enquête exploratoire, notes en maraudes), j'ai pu observer les liens établis dans la communauté des sans-abri, particulièrement les femmes, minoritaires. Elles se retrouvent dans un groupe d'hommes, en couple, plus rarement seule. J'ai pu observer également les relations entre les bénévoles et les sans-abri, plaçant mon regard une nouvelle fois de façon plus précise sur les femmes, constatant une attitude parfois paternaliste. Les femmes rencontrées ont témoigné des besoins spécifiques : hygiène, soins, protections menstruelles. Certaines, avec qui la discussion a pu être plus poussée, ont témoigné de parcours de vie émaillés de violences et de manque de liens comme dans les parcours d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les cas de deuil, ou de rupture...

## II. Cadre théorique et cadre conceptuel

### A. Le sans-abrisme

#### 1. Des définitions recoupant des réalités complexes

Les termes “sans-abri” et “sans-domicile” sont à distinguer. Effectivement, comme le précise Loison & Perrier (2019) : « Une personne sans-abri est donc sans domicile mais une personne sans domicile n’est pas obligatoirement sans-abri ». “Le terme « sans domicile », plus large, correspond à toute personne sans logement personnel, qu'elle soit hébergée - majoritairement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou en hôtel social” (Evren *et al.*, 2024). Alors que le terme de « sans-abri » désigne “toutes les personnes qui passent la nuit dans la rue, des tentes, des habitats de fortune, des parkings ou d'autres lieux non prévus pour l'habitation” (Evren *et al.*, 2024).

Au-delà de ces définitions, il est à noter que le terme de Sans Domicile Fixe (SDF) englobe de nombreuses réalités (Pichon, 2010). Ce sont effectivement de multiples parcours, histoires de vie qui amènent à cette situation. La rupture d’un certain lien social est fréquente, ce qui n’est pas évoqué dans cette définition.

Le sans-abrisme renvoie à des situations de grande précarité. Celle-ci est fréquemment le fruit d’une reproduction sociale d’une génération à l’autre (Terrolle & Gaboriau, 2007). Le collectif ALERTE (2025) précise, selon l’Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), “il faudrait six générations pour qu’un descendant de famille pauvre atteigne le revenu moyen en France.” Cette transmission générationnelle se joint à la situation d’abandon dans laquelle se retrouvent les enfants de l’ASE une fois majeurs. Ces reproductions sociales interrogent.

Une fois descendues de cette échelle sociale, les personnes sont amenées à s’adapter à leur situation et notamment par la création d’une nouvelle identité.

#### 2. L’identité de sans-abri

Selon Pichon (2010) l’« identification des membres du groupe à une identité collective se fait par l’attachement à des signes, à des symboles ». Afin d’obtenir des aides il faut démontrer l’appartenance à la catégorie, ce qui amène à une stigmatisation. Dumont (2013) témoigne de cette mise sous “matricule”. Ce qui forme l’identité des sans-abri, c’est une désignation administrative, mais aussi une reconnaissance d’expérience commune, “derrière un matricule, il y a une vie”. Dumont (2013) ajoute avoir “croisé beaucoup de gens qui ont effacé mon chiffre et prononcé mon nom, proposant aide et soutien”.

Cette expérience commune se retranscrit à travers l'attribution de "blazes", c'est-à-dire de surnom. L'auteure précise : "dehors on ne se dit jamais nos vrais noms". Dumont ajoute que ces surnoms les "unissent", les "fédèrent", ils sont "tout ce qu'il reste que les autres n'ont pas". Il s'agit alors d'un processus de socialisation et désocialisation. Pour désigner ces parcours de vie, le terme de « carrière » de survie est utilisé. Ce terme vient de Goffman (1968, cité par Pichon, 2010), il a été par le passé utilisé dans les hôpitaux psychiatriques mais également en prison. Le terme de « carrière de survie » désigne alors un ensemble d'activités : chercher une place pour dormir, se procurer de la nourriture auprès des associations, pratiquer la quête pour se procurer des biens de première nécessité, construire des liens de sociabilité efficace auprès des bénévoles, des professionnels, et surtout auprès de ceux qui sont dans la même situation... Ces activités centrées sur la résolution des problèmes représentent « un ensemble cohérent d'initiation, d'apprentissage, d'imitation formant des épreuves et entraînant une lente ou plus rapide dégradation des besoins : une recherche incessante d'une permanence identitaire. » L'expérience de la carrière par la sollicitation des services d'assistance sociale, ou les sollicitations en public amène à un sentiment d'humiliation (Pichon, 2010). Les rapports avec les associations ou bénévoles s'en trouvent complexifiés. Qu'en est-il des rapports entre sans-abri ?

### 3. Les rapports entre personnes sans-abri

Il est nécessaire de déconstruire nos représentations : l'exclusion n'est pas synonyme de rupture du lien social (Besozzi, 2021). Le monde des sans-abri est un monde social à part entière où tout le monde se connaît. Il s'agit d'un monde complexe avec des lois spécifiques où le recours à des drogues est courant. Les dépendances à divers produits amènent à l'importance des réseaux de vente. Ceux-ci constituent, à l'instar des réseaux de connaissances, autant de ressources mobilisables. Plus vous avez de "capital social", plus vous avez de ressources. Des rapports de protection existent, parfois contre échange ou prostitution. Ces rapports contribuent à la mise en place d'une autre hiérarchie dans le monde des sans-abri. La constitution des groupes sociaux reflète la multitude des problématiques (Besozzi, 2021). Ce monde à part entière obéit à des règles sociales propres telles que la débrouillardise (capacité à s'en sortir par lui-même, non recours à l'assistance parfois, délinquance), l'honneur (rester libre, préserver la face, conserver une hygiène personnelle), la virilité (parler cru, vulgaire, direct, savoir souffrir : rejoignant l'*habitus* des classes populaires, savoir se battre), être « réglo » (savoir rendre un service donné, être discret), être un bon maître-chien... (Besozzi, 2021). Les sans-abri forment une communauté, un groupe social caractérisé aussi par le regard que le reste de la société porte sur eux.

#### 4. Le point de vue de la société

Le terme de SDF, tel que nous l'entendons, c'est-à-dire correspondant à une situation de grande précarité, est relativement nouveau. Il a été « popularisé » dans les années 90 par le biais des médias. Une différence est à noter entre l'image « traditionnelle du clochard » et l'image de ces « nouveaux abandonnés sociaux ». Les SDF sont visibles dans les médias mais n'ont pas de tribune où véritablement s'exprimer pour autant (Pichon, 2010).

L'été 1995 voit les premiers arrêtés municipaux anti mendicité tel l'article de loi de la Rochelle interdisant « toutes occupations abusives et prolongées des rues ». La compassion hivernale (en témoignent les reportages « traditionnels » sur les sans-abri chaque hiver) laisse la place à l'intolérance estivale (Pichon, 2010). Dumont fait part de son rôle de porte-parole : « dès qu'il fait froid on m'appelle pour témoigner ». A l'instar des différentes mesures pour contraindre et assujettir les pauvres, des aménagements anti-sans-abri ont été mis en place. Parmi ces aménagements, les bancs du métro ou des installations placées devant les banques sont justifiés par une volonté architecturale hypocrite selon Terrolle & Gaboriau (2007). Ces aménagements sont permis par une opinion publique durcie. Les auteurs parlent « d'usure de la compassion » de la part des populations ; de jugement en « mauvais pauvre », et de stigmatisation morale. Une idée répandue dans la population est que les pauvres sont coupables. Ils sont la cible de qualificatifs tels que « fainéants », « délinquants », « malades mentaux ». Le discours politique à leur encontre connaît également un durcissement.

#### 5. Au niveau politique

Une « compassion » et une « sollicitude de surface » sont visibles au niveau politique comme le constate Viguier (2020). Les « exclus » sont une priorité dans les discours. Paradoxalement, des logiques de contrôles et de responsabilisation des pauvres ont été mises en place. Dumont (2013) le rejoint et « râle contre l'institution qui organise des réunions pour évoquer le manque de moyens et clôturer les débats avec des buffets somptueux et cascade de champagne ». Elle « crie à l'injustice et l'incohérence lorsque les soi-disant spécialistes n'ont aucune idée de la question de la misère sociale ». Terrolle & Gaboriau (2007), quant à eux, dénoncent « la violence de l'Etat dans notre société ». Évoquant une « maltraitance sociale », une « violence réelle et symbolique », parlant de « vaincus du capitalisme libéral », ils mettent en avant le fait que nous soyons dans un pays riche où persiste une grande misère et où l'humanitaire s'occupe des plus démunies. Pour preuve, « 5,1 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2022 (dernière année disponible). Elles représentent 8,1 % de la

population". (Brunner & Maurin, 2024) et pourtant le Fonds Monétaire International (FMI) "classe la France comme la septième puissance mondiale en termes de Produit Intérieur Brut (PIB) nominal en 2023" (Documentation Française, 2024).

Deux associations ont eu une grande importance dans la visibilité de la cause des pauvres : l'association Agir Tous pour la Dignité (ATD) Quart monde, et la Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale (FNARS). Elles ont mené un travail de légitimation de la cause des pauvres qui a abouti dans les années 1980 à la transformation de celle-ci en un problème public (Viguié, 2020). Joseph Gusfield, sociologue américain, montre qu'en cela, cette cause devient "un objet politique, moral, et de savoir". La présence de ces associations d'aide sont la "reconnaissance de l'Etat qu'il ne peut pas tout faire". Ces structures d'aide viennent se positionner pour contrer la grande précarité dans laquelle se retrouvent les plus vulnérables. Nous pouvons nous interroger sur cette notion de vulnérabilité.

## 6. La vulnérabilité

Les termes désignant l'exclusion, la pauvreté ou la précarité connaissent sans cesse des évolutions, et sont témoins d'une pensée sociologique et politique comme le souligne Brodiez-Dolino (2016). Le terme de vulnérabilité, depuis les années 2000, est très présent. Ce terme mêle deux notions selon Thomas. La première est la fêlure, c'est-à-dire une part sensible, fragile. La deuxième est la blessure, concrétisant l'atteinte (Thomas, 2010). Le terme de vulnérabilité recouvre alors « une potentialité à être blessé » (Soulet, 2005).

Brodiez-Dolino (2016) précise l'« exposition à la vulnérabilité est donc commune à tous les individus, mais non égale ». Soulet insiste sur le poids des inégalités générées par l'organisation de la société : "Raisonnement en termes de vulnérabilité plutôt qu'en termes d'exclusion, c'est souligner le lien intrinsèque qui unit un mode d'organisation et de représentation des rapports sociaux et les déficits qu'il génère ».

Viguié (2020) montre que la pauvreté n'est pas à isoler "du système global des inégalités qui l'engendre, de tous les rapports de pouvoir dont elle est la pointe extrême : rapport de classes, d'âge, de genre et d'ethnicité". Cette vulnérabilité se retrouve liée au genre, qui fera l'objet de la suite de cette recherche.

## B. Les femmes sans-abri

Par femme, il est entendu femme au sens du sexe biologique.

### 1. Une vulnérabilité spécifique

#### a) La vulnérabilité féminine dans une société misogyne

Selon Bereni, notre système est « hiérarchisé entre les sexes et entre les valeurs et les représentations qui leurs sont associées » (Bereni *et al.*, 2012). Ainsi, les femmes de par leur genre sont discriminées. Le genre représente pour elles un facteur de vulnérabilité (Castel, 1995). Effectivement, elles sont particulièrement la cible de violences et notamment sexuelles. D'après l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED, 2016), les femmes sont majoritairement victimes de violences sexuelles tandis que les hommes sont majoritairement agresseurs. Le rapport d'enquête Vécu et Ressenti en matière de Sécurité (VRS) (Razafindranovona & Sandra Zilloniz, 2023) vient appuyer ces dires : « En France en 2021, au moins 210 000 viols ou tentatives de viol ont été commis sur des femmes adultes. Cela correspond à 575 par jour ou 1 toutes les 2 min 30 ». Il est également à noter que ces violences se déroulent dans toutes les sphères et à tous les âges de la vie (Hamel *et al.*). Au sein même de leur couple, les violences conjugales sont un phénomène important. « En France, une femme sur 6 a déjà été victime au moins une fois depuis l'âge de 15 ans de violences conjugales (violences physiques et/ou sexuelles), soit 16 % » (Guedj & Zilloniz, 2022). Ces faits sont appuyés par une autre étude : « En moyenne chaque année sur la période 2011-2018, 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un conjoint (concubin, pacsé, petit ami) ou d'un ex-conjoint » (Bernardi *et al.*, 2019). Ce phénomène est à relier à celui des femmes à la rue. Nombre d'entre elles le sont à la suite de ce type de violences. En effet, celles-ci constituent la cause la plus fréquente amenant les femmes à cette situation (Wright & Rubin, 1998). Ces violences conjugales peuvent avoir des conséquences telles qu'une baisse du niveau de vie, un départ du domicile ou le fait de se retrouver mère célibataire. Ces situations précipitent les femmes dans la précarité. Les violences conjugales amènent certaines femmes à la rue, mais ce sont aussi leurs parcours de vie, avec des violences intrafamiliales, qui « déstabilisent les trajectoires des femmes » (Loison & Perrier, 2019). Loison-Leruste revient sur cette notion dans son audition dans le cadre du rapport du Sénat : « Ce sont aussi les violences vécues dans l'enfance et la jeunesse qui déstructurent la personne » (Evren *et al.*, 2024). Elle donne en exemple des situations de jeunes femmes mises à la rue suite à la découverte de leur grossesse ou de leur orientation sexuelle. De plus, des études mettent en avant la relation entre le placement durant l'enfance et le sans-abrisme (Courtney *et al.*, 2001, cité par Dietrich-Ragon, 2020). Pour en témoigner, « en France, en 2012, 23 % des utilisateurs des services d'aide aux sans-

domicile nés en France avaient été placés dans leur enfance, alors que cette proportion était seulement de l'ordre de 2 % à 3 % dans la population générale" (Frechon & Marpsat, 2016 cités par Dietrich-Ragon, 2020). Cet état de fait amène à s'interroger sur ses causes. De nombreux auteurs se sont interrogés et ont théorisé les différentes discriminations dont peuvent être victimes les individus.

### b) Les femmes sans-abri, à la croisée des discriminations

Il paraît important ici d'évoquer le terme d'intersectionnalité (voir schéma annexe 6). Il renvoie à l'idée que les formes d'oppression ne font pas que se cumuler mais sont "imbriquées et se modifient mutuellement" (Vettorato, 2023). Ce concept tient compte de "l'ensemble des facteurs et processus sociaux" intervenant dans le développement et la vie des individus, les plaçant soit en position d'opprimés ou de privilégiés, ou les deux à la fois (Hankivsky, 2014 cité par Jasmin, 2019).

Kimberlé Crenshaw en est l'autrice. Ce terme provient du mouvement féministe, et en particulier du féminisme africain-américain. Les femmes sans-abri se trouvent au carrefour des oppressions de classe et de genre. Il est primordial de relever que ce terme "femmes sans-abri" fait référence à une pluralité des situations. Le rapport du Sénat distingue cinq situations types (schéma annexe 7) :

- "Des femmes victimes d'une spirale de précarité, de violences et d'isolement,
- Une majorité de femmes migrantes, qui ont vécu un parcours d'exil et de violences,
- De nombreuses mères, isolées ou en couple, avec leurs enfants ou enceintes,
- Des femmes plus marginalisées, aux troubles psychiatriques lourds, souvent non traités,
- Des familles en habitat insalubre" (Evren *et al.*, 2024).

Ce rapport fait état d'une "féminisation du sans-abrisme passée sous les radars". Nous allons tenter de mieux saisir ce phénomène.

### (1) Les femmes invisibilisées et s'invisibilisant

Selon Loison, & Perrier (2019), « les représentations sociales des sans domicile fixe (SDF) sont très largement masculines et se structurent historiquement plutôt autour de l'opposition entre « bons » et « mauvais » SDF qu'autour de celles entre hommes et femmes sans domicile ». Chasserio (2005) déclare d'ailleurs : « Pour une femme, vivre son identité, c'est vivre « dedans » : dans une maison, dans un lieu. Dans l'inconscient collectif, la femme représente l'intérieur et l'homme l'extérieur ». Ces éléments contribuent à une mauvaise estimation statistique. Ceci est également dû à l'invisibilisation qu'elles même mettent en œuvre. D'une part s'invisibiliser permet d'éviter les violences. Comme en témoigne Dumont (2013), ayant passé une dizaine d'année à la rue, « Dehors les gens font tout pour pas se montrer. Autrement ceux que l'on voit sont souvent passés à l'état de clochardisation. ». Elle ajoute qu'« Ils ont des leurres bien en place pour faire croire qu'ils sont

comme tout le monde. ». Marcher est une des parades trouvées pour passer inaperçue : « pour avancer je vais vite » « Les yeux fixés sur mes pieds, tête baissée, rentrée dans les épaules, j'évite les regards. » Il lui a fallu invisibiliser sa féminité : c'est-à-dire s'habiller, se comporter comme un homme. Par des couches de vêtements, « ces barrières de textiles » qui lui serve de protection, elle cache ses formes. Elle insiste sur le fait d'avoir fait de gros efforts pour être « un des leurs », « leur ressembler », « consciente d'être la seule nana du groupe ». Lorient (2019) qui a passé 17 ans dans la rue témoigne également : « Je me travestis en homme pour ne plus être violée, je me rase les cheveux avec un rasoir à barbe trouvé dans une poubelle. Je vole des treillis sur le marché aux puces. Je prends soixante kilos ». Cette invisibilité se retrouve dans la littérature, « la « question SDF » a jusqu'alors fait l'objet d'un traitement androcentré assez net » (Damon, 2002, cité par Loison & Perrier, 2019).

## (2) Des conséquences dramatiques de la vie à la rue

Du fait de leur situation de sans-abrisme, quel que soit leur genre, les personnes à la rue sont plus susceptibles d'être victimes de violences. Ces violences sont verbales et physiques, entre personnes à la rue, mais aussi commises par d'autres personnes qui cherchent à « casser du SDF » (Loison & Perrier, 2019). Selon différentes enquêtes (SD2012, Samenta en 2009) les femmes sans-abri ont une probabilité bien plus grande que les hommes d'avoir été victimes d'agressions ou de violence, et notamment de violences sexuelles.

En effet, « Dans des rapports de genre que l'on observe aussi auprès d'autres groupes sociaux que les sans-domicile : les violences constituent en effet un outil central de reproduction de l'ordre genré » (Bereni *et al.*, 2012). La situation de sans-abrisme renforce encore l'image de ces femmes comme étant d'autant plus « à la disposition des hommes » (Loison & Perrier, 2019). Elles peuvent être considérées comme « des victimes paradigmatiques de ces violences » (Loison & Perrier, 2019). Un constat effrayant est établi « par la médecin-psychiatre [...] en charge du programme Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social (Marss) : « au bout d'un an passé à la rue, 100 % des femmes ont subi un viol, quel que soit leur âge, quelle que soit leur apparence » (Evren *et al.*, 2024).

Les rapports sexuels peuvent devenir pour elles un moyen d'être hébergées. Dumont (2013) en témoigne, elle a suivi des hommes pour pouvoir dormir, « a couché avec eux pour ne pas rester dehors ». C'est aussi dans la mise en couple ou dans une alliance avec un homme que les femmes cherchent la protection, en échange ou non, de service sexuel : « dans un monde hostile, où la dangerosité est redoublée du fait de la misère sexuelle et du faible nombre de femmes, [la femme]

va rechercher dans un couple stable une protection auprès d'un homme capable de la défendre » (Lanzarini, 2000).

Certaines personnes et notamment des femmes en situation de grande précarité ont recours à la prostitution. Loison-Leruste en fait état : « On observe des liens très forts entre pauvreté et prostitution, choisie ou pas. Lorsque l'on doit choisir entre se prostituer et manger, je ne sais pas si l'on peut encore parler de choix » (Evren *et al.*, 2024).

## 2. Des accompagnements spécifiques

### a) L'accompagnement social

Les femmes en situation de grande précarité bénéficient d'un accompagnement spécifique à travers différentes structures. Ces structures viennent répondre à des besoins liés à plusieurs aspects particuliers de leur situation.

Tout d'abord, les femmes disposent d'un accès privilégié aux places d'hébergement d'urgence seulement dans certaines situations. Un des critères de vulnérabilité pris en compte est celui de la grossesse (à un terme précis). Le fait qu'une femme soit accompagnée d'un enfant en bas âge (à un âge fixé) est également un facteur pris en compte pour la prioriser.

Ensuite, les femmes victimes de violence, les situations de violences conjugales représentent aussi des situations particulières prises en charge par des structures spécifiques. Lorsque ces structures sont saturées, ces femmes se trouvent prioritaires pour accéder à un hébergement d'urgence.

Puis, la situation de migration est une situation spécifique qui amène les femmes à avoir recours à des structures spécifiques. Les femmes migrantes constituent une grande proportion des femmes à la rue (Evren *et al.*, 2024). Leur situation est d'autant plus inquiétante « qu'elles migrent de plus en plus seules ». Cette solitude entraîne une majoration de leur fragilité et une moindre prise en compte par les services d'hébergement.

D'après le rapport du Sénat, les personnes répondant au 115, au *Samusocial* de Paris « ont témoigné de davantage d'ambivalence face aux critères de priorisation qui leur sont imposés ».

Les différents rapports et publications récents témoignent d'une saturation de l'ensemble des systèmes d'hébergement. Une étude de France terre d'asile décrit : « Qu'il s'agisse de l'hébergement spécialisé pour les personnes en demande d'asile (DNA) ou de l'hébergement d'urgence de droit commun, les parcs d'hébergement existants étaient saturés au moment de notre enquête, et le restent à l'heure de l'écriture de ce rapport » (Joulain, Sherratt & Reig-Amette, 2025). Vanessa Benoit, en tant que directrice générale du Samusocial de Paris, déclare qu'aujourd'hui, « les critères ne relèvent plus de la priorisation, mais du service tout court ». Elle témoigne ainsi d'un droit censé être

inconditionnel : celui d'un accès à un hébergement (Evren *et al.*, 2024).

Il ne s'agit pas dans ce travail d'effectuer une liste des structures intervenant potentiellement auprès des femmes. Il s'agit de mettre en lumière le fait que toutes ces structures sont saturées et ne peuvent plus exercer pleinement leurs missions.

Enfin, le rapport du Sénat ajoute que les hébergements "ne sont pas toujours adaptés au public spécifique que constituent les femmes et les familles". Ainsi en plus d'un problème quantitatif, une problématique qualitative est présente.

### b) La santé des femmes à la rue

La vie à la rue, en grande précarité, amène à une dégradation physique et psychique inévitable (Evren *et al.*, 2024). Les femmes témoignent d'une absence de lieu de repos physique et psychique, soulignant "l'importance d'être en veille, de « veiller », pour reprendre leurs termes, voire de « surveiller » l'environnement qui les entoure lorsqu'elles ne trouvent pas d'hébergement [...] elles insistent justement sur le fait de ne pas dormir, de rester en alerte."

Les conditions de vie précaires les exposent à de multiples facteurs de risques. De ses conditions de vie extrêmes, Dumont (2013) témoigne de la difficulté de choses élémentaires. Assouvir ses besoins naturels en tant que femme paraît alors bien difficile : « je n'ai jamais pissé dehors. Toujours un endroit : un bar, sans payer ». Elle parle d'une « obsession quotidienne ». En ce qui concerne l'hygiène, elle déclare « à la rue, on oublie vite l'obligation des soins. Rester propre est un luxe. Au quotidien impossible ». Elle dit même « Lorsque j'ai eu mon 1<sup>er</sup> appart, j'ai eu du mal à m'y faire ». Elle témoigne de sa difficulté à enlever ses vêtements, elle fait part de sa peur d'être violée dans le bain. La nudité représentait alors pour elle une trop grande vulnérabilité. De ces problématiques d'hygiène découlent des problématiques de santé.

Cette idée se retrouve dans le rapport du Sénat : "la rue provoque un vieillissement accéléré, des troubles liés à une mauvaise alimentation et aux difficultés d'accès à l'hygiène, ainsi que des complications en cas de pathologies".

Les femmes sans-abri sont aussi sujettes à des retards de prise en charge et des renoncements aux soins. De cette façon, Mialon (2012) recueille le témoignage de plusieurs femmes évoquant des problèmes de santé. Comme celui de Marie-Claire qui présente des jambes enflées, violacées pour cause d'hypertension. Elle aurait besoin d'un régime sans sel, ce qui est impensable à la rue, lorsque cuisiner est impossible. De même, Mme D., en fauteuil roulant, présente des jambes enflées et violacées. Sa situation d'obésité entrave largement sa mobilité et rend ses transferts complexes.

Simone montre une ancienne photo d'elle, il y a 10 ans. Sa dégradation physique est très visible, notamment au niveau dentaire (Mialon, 2012).

Les addictions constituent un pôle d'action important en matière de sans-abrisme. Les addictions ont des particularités liées au genre. "30 % des usagers de crack en rue en région parisienne sont des femmes" témoigne le représentant de la Fédération Nationale Action Sociale Force Ouvrière (FNAS-FO). Il ajoute que ces femmes "pour pouvoir continuer à vivre, s'abîment" (Evren *et al.*, 2024).

Depuis la fin des années 1990, la santé mentale des personnes en situation de précarité devient préoccupante (Morey, 2015 cité par Vivier, 2020). Ce qui a amené la création des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). En ce qui concerne les pathologies mentales, elles peuvent être à la source de la situation de sans-abrisme comme en être la conséquence. «Il est convenu que le sans-abrisme se développe sur un terrain de défaillances multiples » dont « des problèmes de santé chroniques, notamment psychiatriques » qui contribuent au risque. Les pathologies mentales se retrouvent de façon fréquente avec une prévalence élevée en ce qui concerne la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie, les troubles de la personnalité, le syndrome de stress post traumatique, et les démences (Jackson, Willemin et Bodenmann, 2022). Les femmes à la rue sont aussi susceptibles de vivre des grossesses et des naissances à risque. La difficulté d'accès aux soins est multifactorielle, par la stigmatisation, par des difficultés matérielles, financières et sociales. Cette difficulté est mise en avant par Lombrail, comme une composante des inégalités de santé. "Dans la plupart des pays occidentaux, les membres des groupes les moins favorisés cumulent moins bon état de santé, recours aux soins moins fréquent et soins de qualité inférieure à ceux des autres groupes sociaux " (Hart, 1971 cité par Lombrail, 2000). De plus, "Les mesures les plus efficaces contre les inégalités de santé sont des mesures de justice sociale" (Fassin *et al.*, 2000). Ces inégalités poussent les professionnels à trouver d'autres stratégies afin de les enrayer. L'approche communautaire et l'ergothérapie sociale en font partie.

## C. L'ergothérapie sociale

### 1. Définition

L'ergothérapie sociale désigne le référentiel théorico-méthodologique de nos actions qui s'inscrivent pleinement dans le champ social, en dehors du champ sanitaire, du soin et de l'axe santé-maladie (Barros *et al.*, 2002 ; Lopes & Malfitano, 2020, cité par Marques & Chauvet, 2024). Sa pratique se base sur "un engagement éthique et politique qui s'exerce à travers une écoute attentive des récits des personnes et des collectifs". Les projets développés dans ce cadre le sont avec les personnes et les collectifs. La pratique inclut une "une perspective critique de leur contexte social et politique" (traduction libre de Lopes & Malfitano, 2020).

L'ergothérapie sociale se veut à l'écoute des idées, des sentiments et des expériences des gens. Elle pose néanmoins un regard critique en problématisant les macro-processus qui agissent sur les communautés au quotidien. Il s'agit alors d'un engagement éthique plaçant son intervention en résonance avec des mouvements de résistance et d'affirmation. L'engagement devient alors politique puisque mettant en lumière les forces macro et micropolitiques en place. L'ergothérapeute se doit aussi de défendre l'autonomie, la citoyenneté et les droits. Il cherche de "nouvelles stratégies pour la construction et/ou le renforcement de l'action collective" (traduction libre de Lopes & Malfitano, 2020).

#### a) Lien entre ergothérapie et personne sans-abri

L'objectif de la profession d'ergothérapeute est "d'habiliter les personnes ayant des handicaps, des maladies chroniques et vivant dans des conditions sociales marginalisées à se prévaloir de leur droit de participer aux occupations qu'elles veulent et doivent faire" (Friedland, 2011, cité par MacLachlan). Cet objectif inclut donc les personnes en situation de grande précarité.

Pour autant, d'après De Chassey-Parzy (2019), l'a priori selon lequel le monde de la rue ne concerne que les éducateurs et les travailleurs sociaux est tenace. Il est vrai qu'en ce qui concerne les besoins primaires, en reprenant, comme le fait l'auteur, la pyramide de Maslow, "la personne sans-abri arrive à satisfaire ses besoins physiologiques au quotidien grâce aux associations d'aide". Les besoins en ce qui concerne la sécurité et le logement sont quant à eux couverts de façon plus aléatoire. Les autres besoins, qui pourraient sembler moins urgents tel que le besoin de reconnaissance, d'amour, d'estime et de réalisation de soi sont peu pris en compte par les éducateurs. Ils sont pourtant essentiels à la personne et lui permettront de mener à bien son projet de réinsertion. C'est à cet endroit que se situe l'intervention de l'ergothérapeute. Celui-ci travaille de pair avec à la fois la sphère sociale et le monde médical. Il élargit "le panel des besoins considérés

pour favoriser à plus ou moins long terme une réinsertion pérenne des personnes à la rue” (Vivier, 2020). A travers des ateliers permettant à la personne d’exprimer ses capacités, l’ergothérapeute travaille à la restauration de la dignité du bénéficiaire. De cette façon, “la personne inscrit en son corps une confiance en elle plus durable et transférable dans les différentes sphères de son présent” (De Chassey-Parzy, 2019). En s'appuyant sur ses ressources, l’usager renforce ses habiletés et sa confiance en lui. De Chassey-Parzy place même “la recherche de reconnaissance et d’estime de soi des personnes sans-abri” comme “supérieur aux besoins physiologiques et de sécurité”. Elle explicite leur quête comme “davantage existentielle”. Sa survie dépend de son pouvoir d’agir, en tant qu’ “être humain, intrinsèquement social et occupationnel” (Wilcock et Hocking, 2016 cité par Albuquerque, 2019).

### b) Lien entre ergothérapie et discrimination de genre

Plusieurs auteurs en sciences sociales avancent l’idée que le patriarcat domine dans la plupart des sociétés (Campeau *et al.*, 2009; Haviland *et al.*, 2013, cité par Jasmin, 2019). Ce concept peut être défini comme “une forme d’organisation sociale dans laquelle les hommes détiennent le pouvoir dans les sphères publiques et privées”.

Ainsi, il est possible de constater que “dans la majorité des sociétés, les femmes sont assujetties à la domination masculine, ce qui les place en situation d’infériorité, et même d’oppression” (Haviland *et al.*, 2013 cité par Jasmin, 2019). Les ergothérapeutes sont en majorité des femmes, comme les soignants de manière générale. Paradoxalement, selon l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2009), “l’inégalité entre les sexes augmente l’exposition et la vulnérabilité [des femmes] aux risques, limite l’accès aux soins et aux informations, et influence les résultats sur le plan de l’état de santé”.

D’après Jasmin (2019), il revient aux ergothérapeutes, en tant que professionnels de santé, de reconnaître et prendre en compte, les besoins particuliers des femmes en matière de santé. Par la discrimination de genre dont elles sont victimes, les femmes sont placées en “situations d’injustices occupationnelles liées au genre”. Il paraît alors primordial, en tant que professionnel, de prendre en compte les identités sociales des individus et notamment leur genre. Celui-ci influence “leur parcours de vie, leur position sociale et leurs possibilités occupationnelles dans leur contexte sociétal.” (Jasmin, 2019). L’ergothérapeute se doit “d’acquérir des connaissances sur [...] les relations de genre [...] pour être en mesure : [...] de contribuer à la réduction des situations d’injustice occupationnelle liées aux caractéristiques sexuelles, notamment.”

### c) Lien entre ergothérapie et approche communautaire

L'intervention en santé communautaire est "un rôle innovateur pour l'ergothérapeute en France" (Albuquerque, 2019). L'approche communautaire ne constitue pas une spécificité à part. Elle a pour but de développer le pouvoir d'agir sur la santé et ses déterminants. Il s'agit donc de "pratiques émancipatrices". Elles poursuivent l'objectif de permettre "aux citoyennes de s'extraire de conditions qui détériorent leur santé". Ceci entraîne une prise de position et un travail afin de "créer les conditions d'un accès pour tous à des activités épanouissantes", exigeant une intervention à différents niveaux. Les ergothérapeutes ont une vision systémique des situations des bénéficiaires. Cette vision permet une prise en compte des besoins et problématiques à ces différents niveaux : individuel, collectif, mais aussi situé à différents endroits : le territoire de vie, la société et les écosystèmes (Clavreul, 2020).

## 2. Santé communautaire

L'OMS (2017) définit la communauté comme "une zone géographique commune" avec le partage "d'une histoire, d'une culture, de valeurs et de normes, un groupe d'individus, des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales". Dans l'approche communautaire ou approche citoyenne, il s'agit donc de prendre en considération à la fois l'appartenance à un groupe social avec une culture, des normes, des valeurs mais aussi la participation au territoire, c'est-à-dire à la société, à la communauté. La santé communautaire peut se définir comme "une stratégie de promotion de la santé, qui considère la santé comme une ressource" (Clavreul, 2020). Elle possède, entre autres, des principes remarquables tels que :

- partir "des besoins repérés par la population" (en cela c'est une démarche ascendante),
- amener à la "participation volontaire",
- aborder les problématiques de façon "collective",
- favoriser l'égalité,
- développer le pouvoir d'agir,
- "œuvrer localement et en intersectorialité".

La démarche communautaire consiste en la rencontre d'une personne ou d'une communauté de gens puis l'analyse de leurs conditions de vie. Cette analyse se fait en fonction des problèmes liés au manque d'accès à une certaine qualité de vie. Celle-ci est garante d'un état de santé satisfaisant. Cette analyse se base sur la justice occupationnelle. Elle réside en des diagnostics de terrain qui vont relever les situations de manque d'accès aux occupations significatives. Plus qu'une analyse médicale, cette démarche prend en compte les occupations quotidiennes (Albuquerque, 2019).

La promotion de la santé propose une large vision de la santé. Elle se définit comme un processus qui donne aux bénéficiaires des stratégies permettant de renforcer leur autonomie en matière de santé et de l'améliorer. Selon O'Neill (2006, cité par Monin, 2019), elle est composée de différentes pratiques et stratégies spécifiques visant à modifier les comportements des individus et les environnements sociaux. Selon Monin (2019), deux notions essentielles fondent ce processus : l'investissement à aménager des conditions environnementales favorables à la santé pour tous, et l'intégration des populations dans les processus de changement (favoriser leur participation). Pour atteindre ces buts, il convient de bien connaître les environnements des communautés concernées et de les respecter. Il paraît fondamental aussi d'amener les bénéficiaires à valoriser et développer leurs ressources, autrement dit, favoriser leur empowerment (Monin, 2019).

### a) Empowerment

L'empowerment est défini par l'OMS comme "un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de leur santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Le terme d'empowerment se retrouve dans les valeurs liées à la profession d'ergothérapeute (Désormeaux-Moreau et Drolet, 2019). Ils définissent cette notion comme « la disposition de l'ergothérapeute à soutenir les clients dans l'exercice du pouvoir qui leur revient ».

Selon Rappaport (1984, cité par Staples, 1990), les notions clés reliées à l'empowerment sont la participation des individus à leur propre empowerment et l'entraide pour le changement social (Kahn et Bender, 1985 cité par Staples, 1990). Ce terme désigne un objectif mais aussi un processus qui amène les individus et les groupes de personnes à développer leur pouvoir d'action et transformer leur environnement et leur contexte de vie. Quand il est utilisé dans le domaine de la santé, l'individu ou le groupe développent leur pouvoir d'agir sur les facteurs déterminants de leur santé. Pour que ce processus ait lieu, il nécessite le développement de la conscience critique individuelle et collective. Il est également nécessaire d'identifier et de questionner les relations de pouvoir et de domination d'où sont issues les inégalités. Ce processus poursuit le but de l'équité et de la justice sociale.

L'empowerment peut être vu comme « l'antithèse du paternalisme médical » (Swift, 1984, cité par Staples, 1990). Il s'agit de redéfinir la relation d'aide en s'appuyant sur des principes tels que : chaque personne ou groupe a la possibilité de trouver une solution à son ou ses problèmes ; des causes individuelles et structurelles sont l'origine des difficultés rencontrées, les deux sont à prendre

en compte pour la résolution de celles-ci ; l'expertise se situe autant du côté des usagers que du côté du professionnel ; chaque personne peut apprendre de son expérience (Le Bossé, 2012).

Ninacs (2002) a proposé une typologie de l'empowerment en trois types : l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel.

## b) Déterminants de santé

Les déterminants de santé (annexe 8) sont des “facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global” (Anctil *et al.*, 2012). Ceux-là peuvent être répartis en 4 champs “déployés en cercles concentriques autour de [...] l'état de santé de la population” : tout d'abord, “les caractéristiques individuelles” ; puis “les milieux de vie” ; ensuite “les systèmes” ; et enfin “le contexte global” (Anctil *et al.*, 2012). Ces différents éléments sont à prendre en considération en interaction et dans une vision dynamique. En effet, ils évoluent dans le temps et s'influencent. Lang & Ulrich (2017) précisent qu'ils “forment de véritables chaînes de causalité qu'il est possible de choisir d'interrompre à un point ou un autre”.

Lievin (2019) distingue les déterminants individuels de la santé des déterminants sociaux de la santé. L'OMS (2008) définit les déterminants sociaux de la santé comme “ les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie”. Ces situations résultent de décisions politiques, et sont directement influencées par la distribution du pouvoir, des finances et des ressources à l'échelle mondiale, nationale et locale.

L'ergothérapeute doit se saisir de l'outil que représentent les déterminants de santé. Il doit alors les identifier et déterminer à quel niveau (intra/onto, micro, méso ou macro) et, aussi, à quel moment (passé, présent, futur) ils agissent. L'objectif de l'ergothérapeute est de pouvoir identifier leurs actions sur les situations des bénéficiaires. C'est ensuite, en partenariat que le professionnel et le bénéficiaire vont pouvoir tirer profit du “potentiel thérapeutique” de ces déterminants (Lievin, 2019).

De cette façon, le concept “de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé” (Moleux, Schaetzel, Scotton, 2011). Dans son rapport 2005-2008 pour la commission des déterminants sociaux de la santé, l'OMS (2009) explicite le rôle des déterminants sociaux de santé comme l'une des principales causes des inégalités en santé. Il entend par là les “écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde”. Ces déterminants permettent de comprendre et

d'analyser la manière dont les “ inégalités sociales se transforment en inégalités de santé” (Moleux, Schaetzel et Scotton 2012, cité par Monin, 2019).

### c) Inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont définies comme des “différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux et leur place dans la hiérarchie sociale, estimée par l'échelle des professions, des revenus ou du niveau d'études” (Lang & Ulrich, 2017). Elles sont considérées comme sociales à partir du moment où “des différences objectives sont constatées entre plusieurs groupes de population que l'on peut définir socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement” (Liévin, 2019).

Plusieurs études prouvent qu'en termes de santé « les inégalités ne sont pas la résultante de conduites individuelles mais des conditions de vie et de l'environnement » (Dangaix & Langais, 2011, cité par Clavreul, 2020).

Il s'agit de prendre conscience des causes des situations de vulnérabilités chez la personne. Celles-ci sont dues à l'impact et au rôle de son environnement, à ses structures de vie, à ses possibilités économiques et ses valeurs personnelles. Ces vulnérabilités ne sont pas uniquement dues à ses capacités individuelles et fonctionnelles. Ceci pour amener à réduire les inégalités sociales de santé. De plus, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dans son rapport sur les ISS en 2011, explicite que « l'action sur le système de prévention et de soin ne permet pas à elle seule de réduire les ISS. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se construisent en amont du système de soin, dans les conditions de vie et de travail des individus »”. Ce rapport mentionne le niveau de littératie en santé comme facteur important. Il peut être défini comme “la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche”. Le niveau de littératie impacte donc le niveau d'autonomie et la liberté de choix. Elle peut être un levier intéressant à prendre en compte dans l'accompagnement des ergothérapeutes auprès des populations précaires. Il est possible de s'interroger sur leurs pratiques actuelles en France.

### d) Pratique ergothérapique en France

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont des équipes dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Elles ont été généralisées sur le territoire français encadrées par la circulaire du 23 novembre 2005. Leur cahier des charges a été modifié en 2022 ajoutant la présence

d'une coordination au niveau régional (ministère du travail, de la santé et des solidarités, 2024). Leur appellation peut varier tout comme leur fonctionnement. Leur base commune correspond au processus d'entrée en lien avec les personnes exclues et souffrant de troubles psychiques, pour leur permettre d'entrer dans un processus de soin et de le poursuivre, correspondant au concept "d'aller vers". La présence d'un ergothérapeute ne figure pas dans le cahier des charges. Selon l'ARS, les ergothérapeutes en EMPP sont au nombre de 2 en France. Les missions de l'ergothérapeute sont définies par l'équipe. Vivier (2020), présente dans une Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité (UMAPP), en témoigne et en détermine cinq. Il s'agira de "favoriser l'investissement du patient dans des activités sources de sens pour lui et pour autrui", mais aussi "améliorer la qualité de vie, le bien-être et l'autonomie". L'ergothérapeute aura également à cœur de "développer des stratégies d'intervention au niveau des capacités et des limites du patient et de son environnement", et également "faire valoir le patient dans sa capacité à agir, à s'exprimer et à être citoyen parmi ses pairs", pour enfin "développer l'empowerment".

### III. Le processus de problématisation

#### A. De la question de départ à la problématique

Olivier de Sardan rappelle que "si problématiser, c'est « questionner la question », c'est donc aussi adopter une posture de recherche" (Olivier de Sardan, 2008 cité par Kivits & Balard, 2016). Ce travail s'inscrit dans cette perspective à travers les différentes enquêtes exploratoires et les lectures menées. Représentantes d'une quintessence de la vulnérabilité, ces femmes se trouvent à la merci des hommes à la rue mais sont aussi dépendantes des associations. Elles doivent, comme leurs confrères, attendre du maillage associatif nourriture, logement, accès à une hygiène de base. Leur quotidien est rythmé par l'ouverture et la fermeture des lieux d'accueil, l'attente d'une réponse au 115 concernant leur logement pour le soir même. La situation de rue de ces femmes les amène à passer une grande partie de leur temps et de leur énergie à parer l'urgence, à assouvir leurs besoins vitaux pour assurer leur survie. Elles sont envahies par un sentiment d'insécurité permanent. Elles ont recours à des structures spécifiques qui leurs sont dédiées. Celles-ci sont saturées. Ces dispositifs restent temporaires. Cette situation leur laisse peu de marge de manœuvre, peu de moyens et d'estime d'elles-mêmes. J'ai pu constater le manque de pouvoir d'agir dont souffrent les femmes sans-abri.

D'autre part, l'ergothérapie s'intéresse nouvellement et à la marge, en France, au champ social. Cette discipline s'est saisie des avancées en santé communautaire. Celles-ci semblent particulièrement rejoindre les missions de l'ergothérapeute. En effet, d'après l'ANFE (2024)

l'ergothérapeute est le professionnel dont l'action vise à "prévenir et modifier les activités délétères pour la santé", mais aussi "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". Les différentes injustices sociales impactent l'occupation des individus concernés, impactant leur santé. La discrimination liée au genre, comme la situation de précarité sont deux facteurs considérables de discrimination. Ces inégalités sociales de santé liées aux déterminants ont été conceptualisées notamment par Liévin. J'ai choisi de m'intéresser particulièrement à la notion de pouvoir d'agir. Celui-ci fait particulièrement défaut aux femmes sans-abri.

A partir des différents apports théoriques et des premiers contacts avec le terrain, j'ai abouti à la problématique suivante :

**Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les femmes sans-abri à développer leur empowerment ?**

## B. Hypothèses

De cette problématique découlent des hypothèses. Nous pouvons retrouver la définition d'une hypothèse telle qu'elle « se présente comme l'anticipation d'une relation entre un phénomène et un concept capable d'en rendre compte » (Van Campenhoudt, Marquet et Quivy, 2017).

Mon hypothèse de travail de départ prend la forme suivante :

**Par des pratiques relevant de la santé communautaire, l'ergothérapeute favorise l'empowerment des femmes sans-abri.**

Cette hypothèse de départ va être amenée à évoluer face aux résultats des différents entretiens menés.

## IV. La méthodologie employée

Il convient de préciser avant toute chose que dans cette partie, je m'exprimerai à la première personne tel que le permet Olivier de Sardan (2000), par la définition du “je” méthodologique.

Il paraît nécessaire par la suite de définir le terme de méthodologie. Selon De Mourat *et al.* (2015), il s'agit d'un “ensemble de règles et de démarches adoptées pour conduire une recherche, si importante dans l'histoire de la structuration des disciplines scientifiques”. La méthodologie est à différencier de la méthode. En effet, la méthodologie est un ensemble dans lequel vient s'inscrire la méthode choisie.

### A. Utilisation de la méthode qualitative

Les méthodes de recherches se déclinent en deux types : qualitative et quantitative. J'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative. Cette dernière peut être définie “comme une démarche discursive de contextualisation, d'explicitation ou de théorisation d'expériences vécues ou de phénomènes observés” (Paillé & Mucchielli, 2021). Il s'agit de s'interroger sur un phénomène en s'appuyant sur son observation et/ou l'analyse des discours des acteurs en place. Cette méthode amène à “la découverte et de la construction de sens” conduisant à un résultat “qui n'est, dans son essence, ni une proportion ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet” (Paillé, 2009b cité par Paillé & Mucchielli, 2021).

Le chercheur dans cette méthode “est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage ” (Creswell, 1998, cité par Kohn & Christiaens, 2024).

Dans le cadre de mon sujet, saisir au mieux la réalité du vécu des femmes sans-abri me paraissait indispensable dans un premier temps. Cette méthode m'a permis de recueillir leurs paroles et leurs ressentis. Je me suis placée dans une démarche de compréhension vis-à-vis des acteurs et de leur point de vue. Poursuivant le but affirmé par Kohn et Christiaens (2014) : “Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale”.

### B. Mobilisation de l'approche inductive

J'ai choisi de mobiliser pour ce travail une approche inductive. Celle-ci prône “une généralisation de l'observation de quelques cas particuliers sur une classe d'objets” (Grawitz, 1996, cité par Guillaume, 2018). J'ai choisi cette approche car elle convenait particulièrement bien au sujet choisi.

Effectivement, le phénomène social des femmes sans-abri est peu documenté en sciences sociales. De plus, l'accompagnement en ergothérapie des sans-abri ou dans le champ social est nouveau en France. La santé communautaire auquel appartient le concept d'empowerment est une approche encore peu utilisée en France. Le recoupement de ces trois composantes ne permettait que peu de documentation spécifique. Les données du terrain semblaient alors particulièrement intéressantes et riches pour saisir le phénomène. De plus, cette approche inductive m'a permis de prendre contact avec la réalité de terrain, nécessaire me semble-t-il à la véritable compréhension de ces acteurs. D'autant plus que leur réalité est bien lointaine de la mienne. En tant que futur professionnel, la rencontre avec les personnes accompagnées me paraissait primordiale.

Cette approche inductive "consiste à se présenter avec l'esprit relativement vierge pour appréhender son objet d'étude", pour ensuite "prendre contact avec l'objet d'étude grâce à ses sens – intégrer des sensations dans son esprit – et retraduire ces sensations par des concepts, des idées et des théories" (Dépelteau, 1998, cité par Guillaume, 2018). Cette approche m'a donc amenée à prendre contact avec les femmes sans-abri et le monde de la rue. J'ai par la suite traduit l'ensemble des ressentis en des concepts, idées et théories. L'étape suivante a consisté en la lecture d'ouvrages théoriques se référant à ces concepts. Je suis, par la suite, retournée sur le terrain afin d'éprouver les données lues à travers des entretiens menés auprès des femmes sans-abri. J'ai poursuivi ces allers-retours entre terrain et théorie jusqu'à arriver au phénomène de saturation des données.

J'ai eu recours à ce que Glaser & Strauss (1967, cité par Joannidès & Berland, 2008) nomment "la grounded theory". Celle-ci est définie comme une "approche de recherche abductive" (Joannidès & Berland, 2008). Il s'agit d'élaborer des concepts et des théories à partir du terrain et de son observation. L'objectif de cette démarche est "la compréhension d'un objet et par extension d'un environnement social ou managérial" (Quattrone, 2000 cité par Joannidès & Berland, 2008). L'utilisation de cette approche m'est apparue particulièrement intéressante afin de comprendre le monde des sans-abri et plus spécifiquement celui des femmes. Deux situations sont adaptées à l'utilisation de cette démarche. Elle est indiquée « pour explorer des domaines sur lesquels on sait peu de choses ou bien des domaines sur lesquels on gagnerait à trouver de nouveaux éléments de compréhension » (Strauss & Corbin, 1998, cité par Joannidès & Berland, 2008). Ce qui est le cas du phénomène des femmes sans-abri et de leur accompagnement en ergothérapie. L'avantage relevé dans cette approche par les auteurs est la "compréhension d'abord naïve du terrain" permise par "l'absence de préjugés théoriques" (Joannidès & Berland, 2008).

## 1. La population de recherche

La population de recherche a tout d'abord été les femmes sans-abri. J'ai utilisé un échantillonnage raisonné défini par Bertacchini (2013) comme reposant "fondamentalement sur le jugement" contrairement aux méthodes probabilistes qui cherchent à éliminer la subjectivité du chercheur. Il déclare "qu'elles permettent de choisir de manière précise les éléments d'échantillon afin de respecter plus facilement sur les critères fixés par le chercheur" (Bertacchini, 2013).

Durant les maraudes à pied, j'ai pu entrer en contact avec plusieurs femmes sans-abri. Malheureusement, le lieu (la rue), et le moment (le soir) rendait impossible un entretien. J'ai pu prendre connaissance des différentes associations où elles se rendaient. J'ai alors pris contact avec celles-ci afin d'organiser des entretiens.

J'ai pu respecter pour organiser ceux-ci des critères d'inclusion (à retrouver annexe 9) . Ainsi les femmes interrogées devaient être femme au sens biologique du terme, afin d'écarter toute problématique de genre. J'estime alors que cette problématique viendrait interférer dans ma recherche première et complexifier l'analyse. Ces femmes devaient être ou avoir été sans-abri, ou en situation précaire vis-à-vis de leur logement (résidant en foyers provisoires). Elles devaient pouvoir témoigner de cette situation précaire. Elles devaient se trouver en France. Elles devaient être majeures sans limite d'âge. Elles ne devaient pas être en situation d'immigration. Cette situation correspond à d'autres problématiques.

J'ai choisi de diriger les autres entretiens auprès des ergothérapeutes afin de questionner leurs pratiques auprès de cette population. Ces ergothérapeutes devaient exercer depuis au moins 6 mois leur métier. Ils devaient avoir exercé ou exercer actuellement auprès de femmes sans-abri en France. Effectivement le contexte du pays paraît important dans la mesure où l'ergothérapie sociale en France a ses spécificités tant au niveau de sa rareté que de ces termes. De plus, l'ergothérapie sociale s'inscrit dans une démarche à plusieurs niveaux ce qui implique de prendre en compte le contexte associatif et politique propre à un État.

J'ai choisi ensuite d'interroger des travailleurs sociaux : éducateurs, moniteur-éducateurs, et assistantes sociales travaillant auprès de cette population. Ces travailleurs devaient exercer en France depuis au moins 6 mois, permettant un recul nécessaire afin de pouvoir répondre à des questions portant sur l'accompagnement.

Les différents modes de recrutement ont été recensés et sont à retrouver annexe 10.

## 2. Techniques et outils de recueil de données

J'ai choisi pour ce sujet d'utiliser des entretiens semi-directifs et des focus groupe. Les entretiens sont des "outils de collectes de données qui servent à recueillir le témoignage verbal de personnes" (Lamoureux, 1995, cité par Guillaume, 2018). Cette méthode "est cohérente à une méthode inductive, qualitative et compréhensive de recherche" (Dépelteau, 1998, cité par Guillaume, 2018). C'est cette démarche que j'ai choisie d'employer pour m'intéresser à l'accompagnement des femmes sans-abri.

### a) Guide d'entretien

Mon guide d'entretien s'est construit dans un premier temps grâce aux données recueillies et observées sur le terrain. Effectivement, c'est à travers l'observation et le questionnement des associations que j'ai pu relever les différentes problématiques qui paraissent être liées à la situation des femmes sans-abri.

J'ai pu disposer "d'une série de questions-guides, relativement ouvertes" définit par Marquet, Van Campenhoudt et Quivy (2022). Je n'ai pas obligatoirement respecté l'ordre de mes questions. De plus, j'ai pu les reformuler au besoin, les préciser afin que mon interlocuteur les comprenne. Comme précisé par ces auteurs, j'ai tenu ces entretiens avec la volonté de laisser l'interviewer "parler ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient". Mon intervention s'est efforcée de se limiter au recentrage de l'entretien lorsque cela était nécessaire, "au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible".

### b) Les entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs en individuel ont été utilisés afin de recueillir des données durant la phase exploratoire. Ce type d'entretien a pour but de "collecter des données en interrogeant les participants en face-à-face (ou à distance) par des techniques de conversation" (Moscarola, 2018). Ce type d'entretien est tenu à partir d'un guide d'entretien où figure la liste des questions ouvertes prévues au préalable. Moscarola précise "qu'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, de praticiens, de divers intervenants, etc.". C'est effectivement ce à quoi je m'attelle dans ce travail : recueillir le ressenti et l'expérience des femmes. J'ai voulu, à travers ces entretiens semi-directifs, parvenir à comprendre "le sens subjectif et intersubjectif que les acteurs attachent à leurs activités, leurs comportements relatifs à des objets" (Weber, 1965, cité par Guillaume, 2018), ici les femmes sans-abri.

Ces entretiens semi-directifs ont pour but de "recueillir suffisamment d'informations qui, une fois recoupées, peuvent élaborer des énoncés généraux rendant compte de phénomènes de portée plus globale" (Guillaume, 2018).

### c) Les focus group

J'ai pu utiliser lors de la deuxième session d'entretien la forme des focus group. Je l'ai utilisé auprès de femmes sans-abri, puis de travailleurs sociaux et enfin auprès d'ergothérapeutes. Cette forme d'entretien se définit comme semi-structurée. Il consiste en une "série de discussions au sein de différents groupes de participants et facilitées par un chercheur." (Moscarola, 2018).

A travers cette forme j'ai poursuivi l'objectif de collecter des données à propos des expériences, du ressenti des femmes sans-abri, leurs visions de leur accompagnement et des possibilités qui s'offrent ou non à elles. J'ai cherché à les obtenir à travers l'interaction du groupe sur ces sujets, en créant un échange, une émulation. Le focus groupe peut se caractériser comme "utile quand l'interactivité et le brainstorming entre les participants méritent d'être renforcés afin d'acquérir des connaissances et de générer des idées permettant d'approfondir le sujet d'étude" (Bowling, 1997 cité par Moscarola, 2018).

J'ai fait le choix de mener des focus group homogènes. Celui-ci est constitué d'individus au profil similaire : ici les femmes sans-abri, les ergothérapeutes puis les travailleurs sociaux. Cette homogénéité vise à "capitaliser les expériences communes des participants (Kitzinger, 2006, cité par Moscarola 2018).

Ces focus group poursuivaient également les objectifs suivants :

- susciter un sentiment de sécurité chez les femmes les libérant davantage pour exprimer leurs idées,
- créer éventuellement des débats ou qu'elles rebondissent comme lors d'une vraie discussion sur le sujet,
- pour les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes, amener à un échange de pratiques, voir à une évolution de leurs points de vue,
- créer de l'interaction et du lien dans l'esprit de la santé communautaire.

### d) Outils d'analyse

Suite à ces entretiens, j'ai utilisé des grilles d'analyse afin d'extraire les données pertinentes au regard des critères et indicateurs établis précédemment. Ces grilles peuvent être considérées comme "un ensemble de cadres référentiels et de connaissances théoriques préalables qui permettra d'effectuer des mises de sens, des synthèses et des généralisations que l'on peut s'estimer le droit, et les capacités, de faire." (Aktouf, 2006).

Elles m'ont permis de classer les propos des enquêtées venant orienter la recherche et l'évolution de la problématique.

### C. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique

D'après Van Der Maren (2014), l'éthique se définit comme "une branche de la philosophie [...] qui pose la question des systèmes de valeurs par lesquelles les personnes fondent leur existence en tant qu'être autonome et responsable". Il paraît essentiel qu'à travers ce projet de recherche, je m'interroge en tant que chercheuse sur l'éthique de ce travail. Déontologiquement, la recherche se doit de respecter certains principes, comme le spécifient les trois Conseils de recherche du Canada, s'inspirant de la Déclaration Universelle des droits de l'homme. Ainsi, "le respect de la dignité des êtres humains, l'égalité entre ceux-ci, la protection de la liberté individuelle et de la vie privée, l'autonomie de la personne, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice" (Van Der Maren, 2014) doivent être respectés. Afin de garantir la connaissance de la portée de ce travail et des données que les enquêtées allaient fournir, en début d'entretien, j'ai pu présenter et faire signer un formulaire d'information et de consentement (annexe 11). Ce travail portant sur des femmes en situation de grande vulnérabilité, les entretiens méritaient d'autant plus d'attention. J'ai pris garde à les terminer sur une question positive. J'ai pu en tant que chercheuse me rendre compte qu'à travers ces entretiens je demandais à ces femmes, comme aux professionnels "des informations que ces sujets ne peuvent fournir qu'en consacrant du temps et des énergies à la recherche" (Van Der Maren, 2014).

J'ai pu m'interroger sur la relation avec les interviewées, plus particulièrement avec les femmes sans-abri. Comme le mettent en avant Haas & Masson (2006), "s'interroger sur la dynamique de l'interaction sujet / chercheur et de ses effets sur l'objet, et c'est aussi se poser la question du statut des matériaux recueillis et réfléchir à une position de réflexivité du chercheur dans sa pratique d'entretien.". Cette interrogation paraît donc essentielle non seulement dans la réalisation des entretiens mais aussi pour leur analyse afin de "resituer les choses recueillies à leur juste place".

Il convient, d'après ces auteurs de premièrement "reconnaître que la situation d'entretien relève d'une situation sociale qui opère, comme le soulignent Bourdieu, Chamboredon & Passeron dans *Le métier de sociologue*" (Haas & Masson, 2006).

Haas & Masson (2006) insistent sur l'interrogation nécessaire sur le "type d'autre" que nous incarnons en tant que chercheur. Ils nous poussent à nous interroger sur la "sorte d'Alter [que] constitue le chercheur pour l'interviewer". Les auteurs énumèrent différents statuts : passant de l'"alter strict", à l'"alter ego", jusqu'à "une sorte de médiateur entre le sujet et les autres, une sorte de

colporteur d'un témoignage singulier qui dès lors qu'il a été recueilli aurait pour vocation à devenir public ". Ceci revient à s'interroger sur "à qui s'adresse le sujet durant un entretien, pour qui construit-il son discours ?".

En tant que femme, j'ai bien pu prendre conscience d'une approche facilitée pour venir interroger des femmes. Toutes les femmes sans-abri ou en situation précaire interrogées ont été victimes de violences par des hommes. Le fait que je sois une femme a écarté cette problématique. Le fait qu'elles soient femmes et moi également reste à prendre en compte dans nos rapports. En effet, comme précisé par Joseph (2013), "les rapports sociaux de sexe représentent une cause particulière d'invisibilisation". Comme le précise Mathieu, « il faut donc rapporter les interprétations ethnologiques, spécialement celles portant sur les femmes, à la position de l'ethnologue dans le champ des rapports de sexe de sa propre société, [...] à ce que sa position d'homme ou de femme lui permet de connaître respectivement, et de l'oppression exercée et de l'oppression subie » (Mathieu, 1991, cité par Joseph, 2013).

Je suis une femme, blanche, me présentant comme étudiante en ergothérapie, de bientôt 40 ans. Ce statut fait de moi quelqu'un d'inséré socialement qui peut être vue comme détentrice d'un certain savoir. Elles sont sans logement fixe, sans revenu, plus jeune ou d'âge proche du mien, pour certaines noires, originaires d'Afrique de l'Ouest. Cette asymétrie dans nos statuts sociaux peut créer un déséquilibre. J'ai été amenée, à l'instar de Joseph (2013), à m'interroger sur "la place de ces rapports de pouvoir dans l'implication des chercheurs". Ce déséquilibre peut amener chez l'interviewer une méfiance. Il peut être également la source d'un sentiment d'infériorité de leur part. Celui-ci peut les amener plus facilement à modifier leur discours en fonction de ce qu'elles pensent que j'ai envie d'entendre.

Joseph (2013) met en avant également d'autres biais que le genre : la classe sociale et la race. La prise en compte de ces trois rapports sociaux a été conceptualisée par le black feminism. Pour ce travail, j'ai été amené à interroger des femmes en grande précarité issues de l'immigration. C'est joué dans nos rapports l'eurocentrisme et l'occidentocentrisme, le racisme, le classicisme et l'androcentrisme. De ces injustices en découle une autre, épistémologique. Recueillir leur témoignage participe humblement à la contrer.

Ayant pris conscience de ces injustices, afin d'en limiter l'impact, j'ai tenté d'installer une proximité entre elles et moi de façon à ce qu'"une complicité" se construise "progressivement, que d'étranger, que d'alter strict, il arrive qu'il devienne quelqu'un de proche" (Haas & Masson, 2006). J'ai pu constater ce que décrivent ces auteurs : "Cette proximité subjective est tenue : une relance mal

formulée, le passage mal négocié à une autre thématique suffisent parfois à la rompre, à l'ébranler et à réinstaurer pour un temps la conscience de l'existence d'une distance, d'une altérité".

## V. Terrain d'enquête : une évolution par induction

Par mesure d'anonymat, les prénoms des personnes interrogées ont été modifiés.

### A. Les entretiens semi-directifs individuels

Des entretiens semi-directifs ont été menés suivant un guide d'entretien (à retrouver en annexe 12).

Ils ont été analysés suivant une grille d'analyse (annexe 13).

#### 1. Analyse verticale résumée

Trois entretiens semi-directifs (analyse à retrouver en intégralité annexe 14) ont été menés avec Mylène (38 ans), Véronique (35 ans), et Jennifer (18 ans), trois femmes sans-abri accueillies par un accueil de jour proposant des repas chauds le midi, des activités en journée, et un suivi social.

##### *Ergothérapie*

Les femmes interrogées ne connaissent pas l'ergothérapie, excepté Véronique qui a travaillé dans le domaine de la santé comme Aide Médico-Psychologique (AMP) et en garde un vague souvenir. Elles ne connaissent pas l'ergothérapeute intervenant dans la structure associative.

Leur quotidien est rythmé par les horaires des associations d'aide pour des services tels que douche, repas, et hébergement. Mylène vit « au jour le jour », tandis que Véronique utilise l'alcool pour se détendre. Les occupations actuelles sont principalement orientées vers la survie, dépendant des associations et de leurs services.

##### *Situation*

Chacune des femmes a vécu des événements marquants et douloureux. Mylène a eu des relations marquées par des disputes et a plongé dans la drogue après la perte d'un enfant. Véronique a connu des violences conjugales et des vols. Jennifer sort d'un parcours d'aide sociale à l'enfance. Leurs hébergements sont précaires, souvent dépendants d'autrui. Ces situations correspondent à ce qui avait été envisagé comme critères.

##### *Aides*

Deux des femmes connaissent bien les structures d'aide. Les connaissances en termes de structure concernant la santé n'avaient pas été annoncées.

### *Sécurité*

Pour Jennifer et Mylène, leur sécurité est perçue comme très faible. Elles témoignent de la violence de la rue. Véronique évite de dormir dehors en restant en mouvement. Mylène dort « sur une oreille ». Ce sentiment d'insécurité et de grand danger avait été pronostiqué.

### *Stratégies de survie*

Véronique est continuellement en mouvement, et Jennifer choisit ses fréquentations pour la protection qu'elles apportent. Elles identifient des lieux sûrs et à éviter, comme les bibliothèques et certains quartiers de la ville.

### *Genre et santé*

Être une femme est perçu différemment : Jennifer y voit un avantage, alors que Mylène et Véronique ressentent une grande insécurité. Les menstruations sont un défi pour Jennifer. Les indicateurs pointent un manque d'accès aux activités de soin et d'hygiène. Cet accès se révèle possible, bien que Véronique souligne le manque de produits spécifiques.

### *Relations aux autres*

Les relations avec d'autres sans-abri oscillent entre alliances et méfiance. La loyauté est valorisée, mais les conflits sont fréquents.

### *Rapport aux aides sociales*

Les relations avec les travailleurs sociaux sont marquées par la méfiance et l'incompréhension. Un rapport de domination transparaît.

### *Besoins identifiés*

Les besoins principaux incluent le logement, les démarches administratives, et le soin personnel, mais aussi le besoin de renouer des liens familiaux. Jennifer souligne l'importance, aux yeux des travailleurs sociaux, de prouver qu'elle fait des efforts pour s'en sortir.

## **2. Analyse thématique**

Dans ces trois entretiens, les notions exposées dans le cadre conceptuel précédent ressortent, venant confirmer les notions abordées.

En revanche, ce qui peut paraître plus surprenant est qu'elles n'identifient pas l'ergothérapeute de l'UMAPP qui intervient dans la structure. Elles ne mentionnent pas le fait d'être en minorité en tant que femmes. La notion d'entraide féminine n'apparaît pas, bien au contraire.

Il était annoncé que leurs occupations actuelles seraient de l'ordre de la survie, conditionnée par les structures associatives, leurs horaires d'ouverture et leur bonne volonté. Je n'avais pas

envisagé le fait de boire de l'alcool comme une occupation permettant de s'échapper de son quotidien.

Un autre fait inattendu est que l'accès aux soins est complexe non pas par manque d'accès mais pour des raisons de charge mentale.

Le rapport de domination et la dépendance vis-à-vis des structures apparaissent de façon confondante. Le besoin de lien familial est également imprévu. Selon les dires de Jennifer, la fidélité à un homme serait un critère pour l'hébergement d'urgence, cela peut sembler patriarcal.

### a) Justice occupationnelle

Il apparaît que ces femmes n'ont pas accès à l'ensemble des occupations "signifiantes et enrichissantes" pour elles. Townsend et Wilcock (2004, cité par Vivier, 2020) décrivent les droits occupationnels comme le droit à « expérimenter des occupations signifiantes et enrichissantes » mais aussi à "améliorer sa santé et son inclusion sociale à travers la participation à des occupations", ainsi qu'à "développer son autonomie grâce aux choix faits dans les occupations quotidiennes et d'accéder, à chance égale, aux opportunités d'occupations ». Ces droits ne sont pas respectés dans le cas de ces trois femmes. Selon Albuquerque (2019), "s'engager dans des occupations est naturel et de l'ordre de la survie". Elles sont "aussi nécessaires que la nourriture et l'air pour respirer". Le droit d'y accéder "est un droit reconnu comme essentiel afin de grandir, vivre et se développer tout au long de sa vie". Ces droits doivent être respectés pour atteindre un état de bien être (Townsend & Wilcock, 2004, cité par Vivier, 2020).

"Quatre droits occupationnels de la personne en découlent : le droit de vivre des occupations enrichissantes et qui font sens pour la personne, le droit de participer à une gamme d'occupations contribuant à la santé et l'inclusion sociale, le droit d'exercer son autonomie et son pouvoir d'agir à travers ses choix occupationnels, le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager dans des occupations variées (Townsend et Wilcock, 2004, cité par Monin, 2019)

L'injustice occupationnelle surgit lorsque l'occupation est :

- limitée,
- trop envahissante,
- devenue insignifiante (a perdu son sens),
- demande un investissement supérieur au bénéfice reçu.

Il y a alors une situation de déséquilibre. Celui-ci peut mener l'individu à l'isolement ou l'exclusion. Cela impacte sa santé (Vivier, 2020). Le lien entre équité en matière de santé et justice sociale est clairement établi par Amartya Sen (2012, cité par Monin, 2019). La "notion d'équité en