

UNIVERSITE DE NANTES

UFR MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sages-femmes

**Prise en charge pluridisciplinaire des femmes  
enceintes en errance au CHU de Nantes :  
Accompagnement dans la parentalité  
et l'insertion sociale**

**Dorothee MACÉ**

Née le 24 octobre 1986

Directeur de mémoire : Docteur Véronique CARTON

Année universitaire 2011-2012

## Sommaire

Introduction .....	6
L'errance et les femmes .....	7
I- L'errance .....	7
1- Qu'est-ce que l'errance ? .....	7
2- Pourquoi pouvons-nous un jour adopter une vie d'errance ? Quel en est son point de départ ? .....	8
3- Les sans domicile .....	11
3.1 Définition et conditions d'hébergement .....	11
3.2 Image dans la société .....	12
3.3 L'errance et l'emploi .....	12
4- La santé mise à mal en situation d'errance .....	13
4.1 L'état général .....	13
4.2 La santé mentale .....	13
4.3 L'accès aux soins .....	15
II- L'errance des femmes .....	15
1- Qu'est-ce qui fait basculer une femme dans l'errance ? .....	15
2- L'art d'être invisible .....	16
2.1 Invisible face au travailleur social .....	16
2.2 Etre invisible : un moyen de se protéger .....	17
2.3 La honte ressentie .....	18
2.4 Une conséquence : la perte d'identité .....	18
3- Une vie faite de répétitions .....	19
4- L'errance féminine : pas toujours un synonyme de « sans-abrisme » .....	20
5- La santé des femmes en errance .....	21
5.1 L'état général .....	21
5.2 La santé gynécologique .....	22
6- Le recours à la prostitution .....	23
7- Contraception, grossesse, maternité : une gestion difficile .....	24
7.1 Le rapport à la contraception .....	24
7.2 Du désir d'enfant à la grossesse .....	25
7.3 De la grossesse à la maternité .....	26
III- Quelle prise en charge médicale, sociale et psychologique de l'errance sur la région nantaise ? .....	27
1- La prise en charge médicale .....	27
1.1 L'UGOMPS : une prise en charge médico-psycho-sociale en gynécologie-obstétrique	

.....	27
1.2 La Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	28
1.3 La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	30
1.4 Le rôle des associations.....	31
2- La prise en charge sociale .....	31
2.1 La protection sociale .....	31
2.2 Un réseau institutionnel et associatif au service des plus démunis : l'exemple de Nantes.....	32
3- La prise en charge psychologique voire psychiatrique .....	35
3.1 Les psychologues et l'importance des soins psychiques.....	35
3.2 Le HOME .....	36
Accueil des femmes en errance au CHU de Nantes .....	37
I- Hypothèses .....	37
II- Objectifs.....	37
III- Méthode .....	37
IV- Le questionnaire .....	38
1- Données personnelles concernant la patiente, le couple .....	38
1.1 Incidence .....	38
1.2 Données sur la patiente .....	38
1.3 Données sur le conjoint.....	38
2- Le contexte de vie .....	39
2.1 Caractéristiques observées sur le parcours de la mère depuis son enfance.....	39
2.2 L'exposition aux violences .....	39
2.3 La prise en charge sociale .....	41
2.4 Le logement.....	42
3- Le contexte médical .....	43
3.1 Les antécédents médicaux .....	43
3.2 Les antécédents psychiatriques .....	43
3.3 Les antécédents gynécologiques .....	44
4- Le déroulement de la grossesse.....	46
4.1 Gestité, parité .....	46
4.2 Le suivi obstétrical .....	47
4.3 La morbidité périnatale .....	48
5- L'accouchement .....	49
5.1 Le terme.....	49
5.2 Les modalités d'accouchement .....	49
6- Le nouveau-né.....	49

6.1 Le poids de naissance .....	49
6.2 Le mode d'alimentation .....	50
7- Les suites de couches .....	50
7.1 La durée du séjour .....	50
7.2 Des évènements particuliers .....	50
7.3 Contraception à la sortie.....	50
8- Le devenir des femmes et de leurs enfants .....	51
8.1 Le staff de parentalité .....	51
8.2 A la sortie de la maternité .....	51
8.3 Aux trois mois de l'enfant .....	52
9- La décision de placement .....	53
V- Les entretiens .....	53
1- L'organisation des rencontres.....	53
2- Le contenu des entretiens .....	54
3- L'analyse .....	54
3.1 Présentation des trois patientes.....	54
3.2 Le contexte de vie .....	54
3.3 Le vécu de la grossesse .....	55
3.4 La prise en charge pluridisciplinaire .....	55
3.5 Comment envisagent-t-elles l'avenir ?.....	56
Discussion .....	57
I- Synthèse des observations .....	57
II- Les biais de l'étude .....	57
1- La sélection des dossiers .....	57
2- Le recueil de données.....	58
III- Les facteurs de risques à prendre en compte .....	58
IV- La prise en charge pluridisciplinaire.....	59
V- Le déroulement de la grossesse .....	60
1- L'accès aux soins des patientes .....	60
2- Quels sont les obstacles à l'accès aux soins pendant la grossesse ? .....	61
VI- L'accompagnement dans la parentalité.....	62
1- Le concept de parentalité .....	62
2- La parentalité dans l'errance .....	62
3- Comment accompagner au mieux ces femmes ? .....	63
4- L'issue doit-elle toujours être le placement ?.....	63
VII- L'accompagnement vers l'insertion.....	64
Conclusion.....	66

Bibliographie .....	67
Index des abréviations .....	71
Annexes .....	72
Annexe 1 : Le passé à l'origine de l'errance .....	72
Annexe 2 : Statut des sans domicile en fonction du sexe, de l'âge et du statut à l'emploi ..	73
Annexe 3 : La santé mentale chez les personnes en errance .....	74
Annexe 4 : l'errance féminine n'est pas le « sans-abrisme » .....	74
Annexe 5 : les structures à disposition des personnes en grandes précarité sur l'agglomération nantaise .....	75
Annexe 6 : La morbidité périnatale .....	77
Annexe 7 : Les entretiens .....	80

# Introduction

La grossesse est une période tout à fait singulière dans la vie d'une femme caractérisée par de grands bouleversements. Cet état peut être difficile à assumer pour des femmes qui elles-mêmes sont déjà en situation d'instabilité. Elles sont dans l'incertitude. C'est la précarité.

La précarité est définie selon Joseph Wresinsky comme étant « l'absence d'une ou plusieurs sécurité permettant aux familles et aux personnes d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et qu'elle devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ». [1] Or, il n'existe pas une mais des précarités. Toutes les situations précaires sont différentes. Elles insécurisent et déstabilisent les individus à des degrés plus ou moins différents pouvant aller jusqu'à la grande exclusion. C'est pourquoi, je me propose d'étudier la problématique des femmes en errance et leur accès à la parentalité.

En effet, ces femmes, vivant parfois sans logement, ne sont pas exclusivement dans une précarité économique. Elles sont également dans une précarité psychique importante à la suite de parcours familiaux et personnels ne permettant pas une construction harmonieuse de leur personnalité. De plus, elles cumulent souvent plusieurs facteurs de risques. Plusieurs questions se posent alors.

Qui sont ces femmes ? Comment les prendre en charge lors d'une grossesse afin de les accompagner au mieux dans leur parentalité ?

Et après... peuvent-elles sortir de l'exclusion ? Qu'en est-il de leur enfant ?

Nous allons donc dans un premier temps, à partir d'une revue de la littérature, définir l'errance, la femme errante et étudier les moyens mis en œuvre pour accompagner ces personnes dans l'agglomération nantaise. Ensuite, nous analyserons plus particulièrement la situation des femmes en errance ayant accouché au CHU de Nantes depuis début 2008 ; le but étant une approche de la prise en charge qui se veut d'ores et déjà pluridisciplinaire. Enfin, nous aborderons le rôle de la sage-femme face à ces femmes dans une discussion des résultats de l'étude.

# L'errance et les femmes

## I- L'errance

### 1- Qu'est-ce que l'errance ?

Définir l'errance peut s'avérer particulièrement difficile, d'autant qu'il n'existe pas une mais des définitions selon le point de vue adopté. L'errance a de nombreux visages et revêt différents aspects.

Tout d'abord, errer vient du latin *errare* qui signifie « aller de côté et d'autre, au hasard, à l'aventure ». [2] Laisser errer signifie alors laisser en toute liberté. Mais l'errance peut aussi avoir un tout autre sens. Ainsi, le Littré définit l'errance comme étant « l'action d'errer çà et là. Action d'errer moralement ou intellectuellement ; état d'esprit qui se trompe ». L'errance renvoie donc également à l'idée de se tromper, à l'erreur. Cependant, dans les deux sens existe la notion de voyage. En effet, l'errance est fréquemment « associée au mouvement, souvent à la marche, à l'idée d'égaré, à l'absence de but. On la décrit comme une obligation à laquelle on succombe sans trop savoir pourquoi, qui nous jette hors de nous-mêmes et qui ne mène nulle part ». [2] Elle s'accompagne « d'incertitude, d'inquiétude, de mystère, d'angoisse, de peur ». [2] En outre, « être errant c'est être, à un moment donné, sans attache particulière, allant d'un lieu à un autre, en apparence sans véritable but. En apparence seulement car l'errance, est une quête ; une quête d'autre chose, d'un autre lieu. [...] L'errance est la quête incessante d'un ailleurs ». [2] L'objectif est de se trouver, de se construire voire de se reconstruire. En somme, l'errance est un processus psychique avant tout. « La vie de sans domicile fixe s'affirme ainsi comme une tentative de résolution dans l'espace public de problématiques nées dans l'espace privé. » [3]<sup>1</sup>

Par-ailleurs, l'errance ne s'inscrit pas forcément dans un processus continu : c'est un parcours. Cela peut être une période courte et unique, un état qui se répète avec des temps de pause dans la vie d'une personne ou une situation qui perdure toute son existence. Pour autant, ce n'est pas la non-plus quelque-chose de figé. L'errance comprend des étapes. Elle s'inscrit toujours dans le temps. A l'origine, on observe une souffrance, une carence qu'elle qu'en soit la nature. Dès lors, « la rue, la route, peuvent constituer – pour une femme comme pour un homme – l'occasion d'un passage salutaire pour exorciser une souffrance, pour mieux la supporter, pour même s'en débarrasser, s'en dépouiller ». [4]<sup>2</sup> Ce processus débute souvent par un « voyage » ou une « fugue » pour se transformer en errance avec le temps lorsque la douleur est profonde. « L'errance est un parcours en perpétuelle partance ». [4]<sup>2</sup> C'est un mouvement une fuite en avant dont le but ultime est la survie. Ce départ permanent est alimenté par l'espoir d'une issue meilleure : soit la personne ne la trouve pas, soit l'issue qu'elle pense avoir trouvé s'avère illusoire. Ainsi, un nouveau départ s'impose. On assiste donc à un processus sans fin mais non sans-but. « L'errance géographique et l'errance intérieure se renforcent et perdurent alors ». [4]<sup>2</sup> L'errance est en fait un éternel recommencement.

Cependant, l'errance est aussi un phénomène linéaire voire immobile. En effet, même si une personne ne paraît pas ou plus être dans l'errance car se trouvant dans un centre

---

<sup>1</sup> Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou au bout d'être énervé P59

<sup>2</sup> Femmes en errance. De la survie à l'existence P11-35

d'hébergement ou ayant réussi à retrouver un logement fixe, cela ne peut être qu'une pause. L'errance fait partie de la personne et nécessite un regard global donc du recul sur soit. Ainsi, on n'a pas conscience d'être dans cette situation mais l'errance intérieure perdure. L'immobilisme réside dans le fait qu'il apparaît difficile de changer d'état. « Dans l'errance, on part toujours de quelque part, mais jamais pour quelque part. On n'est jamais bien. » [5] La douleur est toujours là, la situation que la personne cherche à fuir existe toujours. Par conséquent, le mouvement s'avère être un leurre.

L'errance amène donc à un mode de vie spécifique qui peut se traduire par le fait de devenir « sans-domicile ». Pour autant, l'errance ne se résume pas au « sans-abrisme » même si c'est l'aspect le plus extrême et donc le plus médiatisé. Ce n'est qu'un indicateur du phénomène. En effet, « l'errance est profonde, psychologique, liée à une précarité matérielle dans la durée. » [4]<sup>3</sup> Elle peut donc se manifester sous d'autres formes : une personne qui vit en appartement mais fréquente les mêmes lieux d'accueil de jour que les sans-domiciles, fait la manche, etc. Ce type de comportement traduit une grande errance intérieure. L'errance regroupe une population toute à fait hétérogène.

Un individu en errance est en fait une personne qui a du mal à se poser quelque-part.

## 2- Pourquoi pouvons-nous un jour adopter une vie d'errance ? Quel en est son point de départ ?

C'est ce à quoi tente de répondre le sociologue Jacques Guillou notamment dans son livre « Les jeunes SDF et la rue, ou au bout d'être énervé ». Pour l'auteur, la présence du jeune dans la rue est « la résultante d'un ensemble d'interactions spécifiques du jeune, de sa famille des institutions éducatives [...] avec pour aboutissement de cette patiente construction, un choix d'émancipation original : l'errance. [...] Le jeune SDF, innocent de son destin, est un fantasme social ». En effet, « l'errance s'organise, pour et par le jeune, avec un soutien familial. » Il doit apprendre à se débrouiller tout seul, à être autonome afin d'échapper à la rue : « il n'est pas nécessaire d'être couvé pour réussir ». Dans le cas où il échoue et devient un « clochard » : « il était de toute façon un bon à rien ». On note ici une notion de responsabilité sociale. Le jeune se retrouve en échec face aux formes classiques d'insertion par l'école, le travail, etc. Sa famille, son entourage ne supportent plus son agressivité, sa violence, ses conduites addictives, ses excès. L'accès au statut de sans-domicile devient alors la seule réponse aux situations de conflit du jeune avec son milieu, les représentants du corps social. [3]<sup>4</sup>

Par-ailleurs, il est difficile de catégoriser les personnes car il existe tellement de manières de vivre l'errance. Toutefois, il semble que l'on puisse établir des situations pouvant être des facteurs de vulnérabilité à l'errance. La condition de sans-domicile renvoie à certains traits communs : la mise à distance par les parents, la difficulté de stabiliser la vie affective, le rejet de l'institution, une scolarité très vite interrompue, etc. Les sans-domicile sont « majoritairement issus de milieux très défavorisés ou de la classe populaire voire d'une fraction de la classe moyenne en voie de prolétarianisation ou non. » [3]<sup>5</sup> : un quart d'entre eux déclare leur mère sans profession et on le plus souvent un père ouvrier ou exerçant une profession indépendante. [6] (figure 16, annexe 1)

---

<sup>3</sup> Femmes en errance. De la survie à l'existence P33

<sup>4</sup> Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou au bout d'être énervé P33-34

<sup>5</sup> Ibid P41-46

Cela s'associe le plus souvent à des événements familiaux graves pouvant avoir des conséquences négatives sur l'individu. « Ainsi, une [personne sans domicile] sur cinq a quitté le domicile de ses parents avant l'âge de seize ans, proportion six fois plus élevée que dans le reste de la population ; parmi elles, près des trois quart ont été accueillis dans un foyer de l'enfance et/ou placés en famille d'accueil. » [7] On observe donc que « la catégorie jeune SDF comporte une surreprésentation d'enfant Ddass. » Ce sont :

- Des enfants abandonnés : la perte d'identité explique la quête incessante d'éléments structurants, quête développée au cours de l'errance
- Des enfants placés en foyer ou famille d'accueil : ils ont pu être retirés à leur famille en raison de mauvais traitements, de dysfonctionnements familiaux graves, de violences sexuelles (pédophilie, inceste) [3]<sup>6</sup>

Figure 1 : Fréquence de quelques événements marquant (en %) [6]

Événement	Hommes	Femmes
• Les parents ne s'entendaient pas, avaient de graves disputes	43	47
• A subi de mauvais traitements dans son enfance	38	47
• A été confié à la DDASS, à l'Assistance publique	27	39
• A fait une (des) fugue(s) dont : plusieurs fois	46 29	57 33
• A fait une (des) tentative(s) de suicide dont : plusieurs fois	24 17	40 16
• A fait de la prison dont : plusieurs fois	20 8	3 e

Champ et source : voir tableau 2.

Les sans-domicile peuvent aussi être issus de familles désunies : « la moitié des sans-domicile a été marquée par la maladie ou le décès d'au moins un de leurs parents avant l'âge de dix-huit ans. [...] 40% ont vu leurs parents divorcer ou se séparer dans leur enfance, contre 20% des personnes en logement. » [8]<sup>7</sup> On observe également trois fois plus de cas où le père est inconnu. [6] (figure 17, annexe 1)

Les familles non-désunies sont caractérisées par un père répressif, ultra-autoritaire et une mère effacée, paraissant consentante. L'attitude répressive de la famille entraîne ainsi chez le jeune un besoin de libération. L'errance s'impose par l'impossibilité pour le jeune de stabiliser économiquement sa situation et de poursuivre par ses propres moyens son insertion dans la société.

De même, il existe des familles qui mettent dehors systématiquement tous leurs enfants à dix-huit ans. Celles-ci ne sont pas toujours en difficulté économique ou d'insertion, mais considèrent cela comme une sorte de rite de passage à l'âge adulte. Tous ne deviennent pas SDF mais, celui qui n'arrive pas à s'en sortir devient alors le raté, celui qui n'a pas réussi.

Cependant, cette attitude se retrouve aussi chez des parents attentionnés, mais complètement dépassés par les déviances de leur enfant, notamment liées à la toxicomanie. [3]<sup>5</sup>

Les graves problèmes de santé mentale se retrouvent aussi dans les causes de l'errance.

<sup>7</sup> Les sans domicile P37

Enfin, les personnes peuvent avoir connues la prison, cela concerne un garçon sur cinq, ce phénomène étant très rare chez les filles. [6] Cela peut également être des fugues d'hôpitaux psychiatriques.

En outre, l'échec scolaire est une caractéristique très fréquente chez ces personnes. En effet, plus de la moitié d'entre eux sont sortis du système scolaire sans diplôme ou seulement avec un certificat de fin de scolarité. La poursuite d'étude ne concerne que 15% d'entre eux, des filles pour les trois quarts. [6]

En somme, « ce sont des histoires de blessures très anciennes » auxquelles s'ajoutent des échecs successifs traduisant leurs difficultés à vivre d'autant qu'ils ravivent sans cesse les douleurs du passé. [4]<sup>8</sup> Ces histoires familiales complexes ont pour conséquence de compromettre la construction de la personnalité et sa structuration en confrontant très vite ces enfants à des situations d'adulte qui les privent d'une certaine manière de leur adolescence.

Par-conséquent, « le jeune rejoint la rue à la suite d'un rejet par son milieu d'origine (famille génétique ou famille d'accueil), et non par seule attirance ou par choix. » [3]<sup>9</sup> La personne part contre quelque-chose et pour autre chose. Le dénouement progressif des liens affectifs avec le milieu d'origine va peu à peu permettre à cette personne de dériver vers l'errance.

Maintenant concernant les circonstances amenant les personnes à quitter leur logement, les sans-domicile invoquent « le départ du domicile conjugal (26%), la fin de la vie commune avec les parents (21%), l'arrivée sur le territoire national (19%), la privation de logement pour raisons économiques (expulsion, impossibilité de payer le loyer) (16%) ou matérielles (destruction, insalubrité, fin de bail) (3%), les sorties d'institution (foyer de travailleurs, hôpital, prison) (12%) et enfin les déménagements motivés pour des raisons économiques (recherche d'emploi, mobilité professionnelle) ou personnelle (mise en couple, agrandissement de la famille) (3%). » En bref, « séparation, décohabitation, émigration, expulsion précède la perte du logement. » En effet, les personnes sans-domicile ont connu une ou plusieurs ruptures dans leur existence : rupture des liens conjugaux, des liens de filiation, des liens d'intégration. Toutefois, il est difficile de tirer une interprétation en termes de causalité ; il s'agit plutôt de vulnérabilité. On peut tout de même mettre en évidence trois facteurs importants dans la trajectoire des sans-domicile : avoir immigré, occuper une situation précaire sur le marché du travail et être en situation de rupture familiale. [8]<sup>9</sup>

Par conséquent trois catégories ressortent selon Maryse Marpsat :

- les migrants tout d'abord
- les jeunes qui ont quitté leurs parents après seize ans : ils ont souvent été « mis à la porte » de chez eux et les conditions économiques ont fait qu'ils n'ont pu réussir autrement
- ceux qui ont quitté le domicile familial avant seize ans : ces jeunes ont un lourd passé institutionnel et les taux de fugues et de tentatives de suicide sont très élevés. [6]

---

<sup>8</sup> Femmes en errance. De la survie à l'existence P37-38

<sup>9</sup> Les sans domicile P45-47

### 3- Les sans domicile

#### 3.1 Définition et conditions d'hébergement

Bien que résumer l'errance à la condition « sans-domicile » est tout à fait réductrice voire stigmatisante, les personnes en situation d'errance sont très souvent repérées à la suite d'une demande d'hébergement. Il est donc nécessaire de définir ce qu'est une personne sans domicile fixe. Selon l'Insee, l'expression « sans abri » désigne « les personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries (pluie, froid). Elle s'applique aux personnes qui dorment à l'extérieur (dans la rue, dans un jardin public) ou qui occupent un abri de fortune comme un hall de gare, un centre commercial, une cave, une cage d'escalier. » [9] « La notion de sans-domicile fixe renvoie aux personnes privées d'une résidence fixe. » Cette définition est plus large et permet d'inclure les personnes fréquentant les centres d'hébergement sans pour autant avoir fait obligatoirement l'expérience de la rue. « A l'inverse, elle exclut les personnes sans logement contraintes de dormir à l'hôtel à leurs frais, d'être hébergées chez des particuliers ou d'occuper un logement sans titre. » Enfin cette définition n'intègre pas les personnes logées dans des conditions particulières (constructions provisoires, logements très dégradés, habitations mobiles). [8]<sup>10</sup>

Pour résumer, « une personne est donc dite sans-domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation [structures collectives comme les centres maternels, chambres d'hôtel, CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), etc.]. » L'Insee définit précisément les lieux non prévus pour l'habitation comme étant :

- cave, parking fermé, grenier, cabane ;
- voiture, wagon, bateau ;
- usine, bureau, entrepôt, bâtiment technique ;
- parties communes d'un immeuble d'habitation ;
- ruines, chantiers, grotte, tente ;
- métro, gare, couloirs d'un centre commercial ;
- rue, pont, parking extérieur, jardin public, terrain vague, voie ferrée [9]

En 2001, l'Insee a estimé à 86 000 le nombre de personnes sans abris vivant dehors ou dans des lieux non prévus pour l'habitation. [10] Dans la seconde moitié des années 2000, l'estimation porte à 133 000 le nombre de personnes sans domicile et 117 000 personnes ne disposent pas de logement personnel. Ils ont recours à des chambres d'hôtel à leurs frais ou des hébergements chez des particuliers. En 2006, 38 000 personnes dormaient à l'hôtel (ce chiffre ne différencie pas les sans domicile pour qui le loyer est pris en charge au titre de l'hébergement social et les personnes privées de logement personnel). En 2002, « 79 000 personnes de 17 à 59 ans résidaient dans des ménages avec lesquels elles n'avaient pas de liens directs. Elles indiquaient ne pas avoir les moyens financiers d'occuper un logement indépendant. » [11]

En outre, concernant le statut du sans-domicile face au logement, il est rapporté que « 8% dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation. La moitié des « sans-abri » occupent un lieu privé (cave, usine, voiture, cage d'escalier) [...] ; l'autre moitié dort dans l'espace public. » Par-ailleurs, « il existe deux catégories de centres d'hébergement qui correspondent à des conditions de vie différentes pour les résidents. 15% des sans-domicile sont accueillis dans des centres fermés en journée, dont le règlement intérieur les oblige à repartir tôt le matin,

---

<sup>10</sup> Ibid P28

sans l'assurance de retrouver une place la nuit suivante. Dans les autres centres, les résidents qui représentent 35% des sans-domicile enquêtés, sont libres de rester dans la journée. [...] En 2001, l'hébergement en studio ou en appartement concerne 37% des sans-domicile. [...] Enfin, 5% des sans-domicile sont hébergés à l'hôtel, proportion qui a pu augmenter à certains moments car ce mode d'hébergement permet de pallier rapidement un manque de places. » [8]<sup>11</sup> (Figure 18, annexe 2)

### 3.2 Image dans la société

Il est important de voir comment le « sans-domicile » est perçu dans la société. Il est relaté trois manières de les représenter :

- « la personne privée de ses droits, [...]
- la victime avec deux variantes : la victime qui n'est pas responsable (suscitant compassion et assistance) et celle qui embarrasse (que la société rejette et cherche à dissimuler), [...]
- le « sans-domicile » comme potentiellement dangereux, violent ou menaçant, le pauvre inspire la peur, délinquant ou tout au moins suspect » [12]

De cette étude, en découlent quatre postures éthiques et politiques :

- « l'indignation et de la défense des droits [...] : victime active,
- la compassion et l'assistance [...] : victime passive, [...]
- la protection imposée [...] : victime gênante, [...]
- la répression [...] : la société (des logés) est vue comme victime et les sans-domicile comme dangereux ou suspects. » [15]

### 3.3 L'errance et l'emploi

« Etre sans-domicile ne signifie pas nécessairement être coupé de l'emploi : en effet, neuf sans-domicile sur dix ont eu une expérience professionnelle » [8]<sup>12</sup> même si « un tiers n'a connu que des périodes alternant emploi et chômage ou longue maladie. » « La moitié n'a aucun diplôme, [...] leurs problèmes de santé sont plus importants que ceux du reste de la population, [...] leur qualification ou expérience professionnelle est souvent en rapport avec une profession sinistrée ou quasi disparue. » Durant la grande enquête de 2001, 29% des personnes déclaraient travailler, 40% étaient au chômage et 30% étaient inactifs. Pour la plupart, ce sont des emplois d'ouvriers ou d'employés, donc des emplois peu qualifiés. [13] Nombre d'entre eux sont employés par des associations ou des centres d'hébergement. Chez les femmes sans-domicile, les professions les plus courantes sont en rapport avec les services directs aux particuliers (femme de ménage, serveuse dans la restauration...).

« Chez ceux qui ne travaillent plus en janvier 2001, la moitié a été licenciée ou a vu son contrat non renouvelé ; l'autre moitié a démissionné pour des raisons de santé mais le plus souvent pour d'autres raisons » comme la complexité de la relation de travail, la difficulté d'appréhension d'une communauté de travail, l'interférence de problèmes familiaux, etc. De plus, 21% ne sont pas en recherche d'emploi notamment en raison, là encore, de problème de santé ou, essentiellement pour les femmes, d'indisponibilités familiales. [13]

Enfin, il est parfois difficile de rechercher un emploi en raison de contraintes financières ou matérielles (transport, téléphone, courrier, achat de vêtements, etc.) et administratives.

---

<sup>11</sup> Ibid P30

<sup>12</sup> Ibid P34

Cela concernerait six demandeurs d'emploi sur dix chez les personnes sans-domicile. [13]

Concernant le travail féminin, « les filles [peuvent se voir] proposer des modes de mise au travail déviant. » Le manque d'argent peut les contraindre à se prostituer plus ou moins régulièrement. [3]<sup>13</sup>

#### 4- La santé mise à mal en situation d'errance

##### 4.1 L'état général

On peut observer que « dans l'ensemble de la population, l'état de santé se dégrade avec la situation sociale » et d'autant plus que le temps passé dans la rue augmente. Ainsi, l'Insee a estimé en 2001 que 16% des sans domicile se déclarent en mauvaise santé contre 3% des personnes ayant un logement personnel. Ceci est lié à des conditions de vie difficiles, au stress, à une mauvaise alimentation et à des conduites à risques (tabac, alcool, substances psycho-actives, IST, etc.). Il est donc démontré que quelque-soit la pathologie considérée, la prévalence est toujours augmentée chez les sans domicile. [14] Par-exemple, on dénombre 214 cas de tuberculose pour 100 000 habitants chez les sans domicile contre 8.9 cas pour 100 000 habitants dans la population générale. [15] Selon Médecin du Monde, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont la dermatologie et les affections ORL (respectivement 19.56% et 15.2%). [16]

**Figure 2 : Prévalence des principaux problèmes de santé physique des sans-domicile [14]**

	Population ayant un logement personnel			Sans-domicile usagers des services d'aide		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Migraine	3	7	4	13	30	20
Maladie respiratoire	6	5	6	13	14	14
Séquelles d'accident ou de maladie grave	2	< 2	2	15	6	13
Maladie articulaire et osseuse	9	8	8	11	9	10
Maladie du système digestif	2	3	2	10	10	10
Désordres alimentaires importants	< 2	< 2	< 2	7	11	8
Hypertension	5	3	4	8	9	8
Maladie de la peau	4	8	4	8	6	7
Maladie cardio-vasculaire	3	3	3	6	5	6
Maladie du foie et de la vésicule biliaire	< 2	< 2	< 2	6	4	6

Charte : personnes de 18 à 59 ans  
 < 2 : l'estimation est inférieure à 2 %  
 Sources : Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds, Janvier 2001 et Enquête "comportements vis-à-vis de la santé" partie variable de l'enquête Permanente sur les Conditions de Vie, mai 2001, Insee

Par-ailleurs, concernant l'état bucco-dentaire des sans domiciles, « quatre sur dix, bien que souffrant des dents, ne consultent pas de dentiste. » Leur état dentaire est pourtant beaucoup plus dégradé. [14]

##### 4.2 La santé mentale

Les troubles psychiatriques sont souvent préexistant à la perte du logement, mais la rue et ses conditions de vie difficiles les accentuent : « près d'un sans domicile sur quatre déclare

<sup>13</sup> Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou au bout d'être énervé P56

connaître actuellement des états dépressifs fréquents ou des dépressions et un sur dix souffre d'une pathologie du système nerveux, soit nettement plus que dans l'ensemble de la population. » [14] Dans l'étude SAMENTA réalisée par l'observatoire du Samu Social de Paris, près de 81,3% des personnes sans domicile présentent des troubles psychiatriques dont 31,5% sont atteints de troubles psychiatriques graves (troubles de l'humeur, psychoses, anxiété généralisée), 21,1% de troubles de la personnalité, 15,8% de troubles non-sévères de l'humeur et 12,9% ont un risque suicidaire moyen à élevé. [17] (figure 19, annexe 3)

Concernant la consommation d'alcool, un tiers des sans domicile ayant vécu plus d'une année dans la rue toutes périodes cumulées, en consomme régulièrement et « la moitié a besoin d'alcool pour se sentir en forme le matin. » [14] En outre, Médecin du Monde indique dans son rapport de 2005 qu'un patient sur dix reçu dans les CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) présente une consommation abusive d'alcool. Pour le Samu social, ce chiffre s'élève à 21%. [17]

Concernant le tabac, deux personnes sur dix fument plus de dix cigarettes par jour. Les consommations observées en terme de tabac et d'alcool sont nettement supérieures à la population générale. [16] Le tabac concernerait 53,5% des sans domicile (étude SAMENTA) [17].

La consommation de substances illicites et de médicaments est également très importante chez le public errant (28,5% d'entre eux selon le Samu social [17]) comme le montre la figure 20 en annexe 3 ou les catégories « hommes français » et « femmes françaises » correspondent au public que nous étudions. L'association accueille dans son « bus méthadone » à Paris 16% de personnes vivant dans la rue, 14% hébergées à l'hôtel, 6% en squat et 3% en foyer, ce qui représente 39% de sans domicile. Au sein de ce bus, on relève que :

- 72% des personnes consomment des opiacés,
- dans 19% des cas de la cocaïne, de la méthadone, de l'alcool,
- dans 16% des cas des benzodiazépines,
- du Subutex® dans 14% des cas,
- dans 4% des cas des amphétamines et de l'ecstasy. [16]

48% d'entre-eux utilisent la voie intraveineuse comme mode d'administration, les risques concernant la possibilité de contamination par le VIH et les virus des hépatites B et C sont bien évidemment augmentés. [16]

Peu de chiffres fiables sont disponibles compte tenu de la part importante de personnes non-dépistées. L'usage de substances psycho-actives renforce également les risques concernant la santé mentale : « deux usagers sur dix déclarent des antécédents psychiatriques au moment de l'admission (dans le « Bus Méthadone »), dont au moins 50% ont déjà été hospitalisés en service psychiatrique. » [16]

Les pathologies psychiques et les addictions nombreuses peuvent rendre plus difficile l'accès aux hébergements d'urgence. En outre, l'étude SAMENTA montre également que les troubles psychotiques graves sont préalables à la perte du logement, alors que les troubles dépressifs et les addictions sont des conséquences de la vie sans logement. Elle retrouve quatre facteurs de risque à ces troubles :

- Graves disputes familiales

- Fugue avant 18 ans
- Placement
- Abus sexuels [17]

#### 4.3 L'accès aux soins

En matière de recours aux soins, les sans domicile et de façon plus générale les personnes en errance éprouvent des difficultés à prendre en charge leur santé : « leur errance, le sentiment d'abandon et de mésestime de soi qu'elles ressentent rendent souvent impossible un suivi médical à long terme. » [16] Pour autant, « les sans domicile consultent des médecins assez régulièrement et trois sur dix ont été hospitalisés au moins une fois durant l'année 2000, le plus souvent en raison de troubles psychologiques. » En effet, en 2000, 84% des sans domicile ont vu un médecin. Le nombre de consultations est de huit par an en moyenne (fréquence identique au reste de la population alors que les pathologies sont plus nombreuses). Les sans domicile utilisent les consultations gratuites des associations comme Médecin du Monde et les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), le plus souvent en raison de l'absence de droits ouverts en matière de couverture sociale. Cela concerne environ 8% des sans domicile. Cependant, certains ont des droits dits « dormants ». La personne peut prétendre à une couverture maladie, mais aucune démarche n'est effectuée en ce sens. [14]

## II- L'errance des femmes

Parler d'errance et de femmes implique de s'interroger sur l'existence d'une errance féminine spécifique. Il est vrai que les femmes en errance ont des caractéristiques tout à fait similaires aux hommes également en errance. Cependant, il existe des différences.

### 1- Qu'est-ce qui fait basculer une femme dans l'errance ?

L'errance, qu'elle soit féminine ou masculine, trouve son origine très tôt dans l'enfance. En effet, bien que les histoires soient singulières, on retrouve le plus souvent un passé traumatique et un manque de sécurité affective. On observe chez ces femmes des contextes de ruptures familiales suite à des placements, des violences, des attitudes abandonniques des parents et/ou des institutions. Ainsi, l'INED, dans une étude publiée en 2000, montre que « les femmes citent plus souvent que les hommes des disputes familiales et des mauvais traitements. Plus nombreuses à avoir été placées, elles ont aussi fait davantage de fugues et de tentatives de suicide. » [6] Ainsi, Maryse Marpsat met en avant l'éclatement familial comme étant la principale cause donnée par les femmes pour expliquer leur basculement dans l'errance : ruptures, séparations. Dans la moitié des cas, elles font état de violences domestiques (familiales ou conjugales). L'auteur indique également que le rôle des violences conjugales est confirmé dans les rapports des différentes structures pour les femmes ayant des enfants, tandis que les conflits avec les parents apparaissent comme un facteur de risque d'errance pour les jeunes femmes ne vivant pas en couple. 22% des femmes sans enfant font part de conflits avec les parents (conflits pouvant être accompagnés de violences) versus 11% des femmes avec enfants alors que 42% d'entre-elles évoquent des violences conjugales contre 21% des femmes sans enfant. [18] Rappelons que l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) a montré d'une part que c'est dans l'intimité du couple que les femmes sont le plus sujettes aux violences et d'autre part que l'auteur des violences envers une femme est le plus souvent son conjoint. [19]

En outre, pour les jeunes filles, les conflits familiaux peuvent survenir à l'occasion de la révélation d'une grossesse que leurs parents refusent d'accepter.

## 2- L'art d'être invisible

L'errance féminine est un phénomène caché : « les femmes mettent en œuvre toute une série de stratégies de dissimulation de leur situation de femme à la rue. » [4] Cette caractéristique majeure se retrouve dans toutes les études et est systématiquement mise en avant par les personnes intervenant auprès de ces femmes : « ce sont des femmes très fuyantes, elles se cachent, elles n'osent pas le dire, elles cachent leur situation. Quand on voit une femme, on ne voit pas toujours la situation d'errance, et le plus souvent elle ne le dira pas » (Patricia Jacq, assistante sociale à l'Accueil pour femme des Restos du Cœur).

### 2.1 Invisible face au travailleur social

Lorsqu'elles font appel à un service, c'est le plus souvent dans l'urgence, puis elles disparaissent dès qu'elles ont obtenu ce qu'elles voulaient, puis réapparaissent de nouveau, de façon toujours furtive. Elles brouillent les pistes. « Elles se rendent inatteignables, inaccessibles, insaisissables. » [4]<sup>14</sup> Tout porte à croire que leur passage dans les structures n'est qu'un indicateur de leur existence. Seul un travail de maraude permet de les repérer. Il est d'ailleurs très compliqué d'accomplir un travail social avec un public aussi fluctuant et silencieux. Elles savent se rendre invisibles du travailleur social dans la mesure où elles ne racontent pas leur histoire mais une histoire en conformité avec la norme sociale, un discours lisse, pour obtenir ce qu'elles veulent dans l'instant présent (hébergement pour la nuit, repas, vêtements, etc.) avant de disparaître. Elles sont méfiantes, refusent de s'exposer et ne se livrent pas spontanément.

De plus, nous constatons que peu de disponibilités en terme de places et de temps leur sont accordées. En effet, il existe peu de structures réservées exclusivement aux femmes. Par exemple, il en existe seulement deux à Nantes : l'accueil de jour pour femmes des Restos du Cœur et SOS Femmes. Le plus souvent, ce sont des structures mixtes ne répondant pas forcément à leurs besoins spécifiques d'autant qu'elles sont majoritairement fréquentées par des hommes pouvant être perçus comme des agresseurs potentiels par celles-ci. Il est vrai cependant que les hommes sont plus nombreux que les femmes à connaître l'errance. Le fait que les femmes soient en minorité explique certainement en partie ce manque de lieux spécifiques mais pas uniquement.

L'errance des femmes dérange : « une femme dans la rue interpelle plus que les hommes ». [4]<sup>14</sup> Elle remet en cause les représentations de la société sur la femme : celle d'épouse, celle de mère, celle de femme insérée dans le travail et la société. « Une femme sans domicile fixe sait que la rue n'est pas sa place car elle intériorise aussi les normes sociales attribuées au rôle de femme », affirme Dominique Poggi, sociologue. [20] Ainsi, la société n'intériorise pas l'existence de ces femmes, de leurs besoins spécifiques et ne met donc pas en place un nombre suffisant de structures adéquates. Or, leurs demandes vont bien au-delà du seul besoin de logement (il en est de même pour les hommes). Il semble que la véritable demande soit d'un autre ordre. Cela renforce encore plus leur invisibilité : elles se faufilent de service en service pour satisfaire un besoin instantané, puis fuient de nouveau, échappent à tout suivi, d'autant que l'aide sociale est souvent dispensée en discontinu. Ceci

---

<sup>14</sup> Femmes en errance. De la survie à l'existence P11

est ressenti comme une violence mais une violence invisible car institutionnalisée.

En effet, les structures ferment après la trêve hivernale ou durant l'été. Or, ce sont parfois des lieux où les femmes ont trouvé refuge et s'y sentent bien. Elles peuvent même commencer à être en confiance. Le fait qu'une pause soit instaurée dans la prise en charge peut être ressenti comme une violence psychologique, un abandon de la part de l'institution, qui renforce un peu plus leur méfiance vis-à-vis de l'institution et des associations, les poussant encore davantage à être invisibles.

Cependant, les personnes au contact des femmes en errance ont bien conscience de cela. Le problème provient d'un manque de moyens certes, mais aussi du fait que la femme n'accorde pas sa confiance à une structure mais à un intervenant en particulier. Dès lors, il est bien évident que cet intervenant ne peut être systématiquement disponible au moment où la femme en ressent le besoin. Il est difficile quand on fonctionne dans l'instantané, dans la survie, de se plier aux règles institutionnelles. Dans l'errance, l'espace et le temps sont différents. La demande s'envole et la femme s'isole pour mieux repartir dans l'errance, ce qui contribue encore un peu plus à la rendre invisible.

## 2.2 Etre invisible : un moyen de se protéger

Il existe une autre finalité à l'invisibilité pour ces femmes : se protéger. En effet, les violences faites aux femmes sont résolument exacerbées dès lors qu'elles vivent dans la rue car l'errance, géographique ou psychologique, est un facteur aggravant : « Le monde de la rue est violent par essence. » [20] Les femmes se cachent donc avant tout pour se protéger des agressions verbales, physiques et surtout sexuelles.

Leur vulnérabilité est accrue d'une part parce qu'elles ont souvent connu des violences avant l'errance et d'autre part parce que la précarité et la rue augmentent les risques d'agressions. De ce fait, le lieu où une femme passe la nuit est toujours tenu secret. La femme ne révèle jamais cet endroit, surtout pas à un homme par crainte de se faire agresser : « on sent qu'il s'agit de protéger sa vie, qu'il s'agit de vie ou de mort. » [4]<sup>15</sup>

Plusieurs stratégies de dissimulations sont alors adoptées. Certaines femmes mettent tout en œuvre afin que leur situation d'errance soit masquée en portant une attention particulière à leur féminité : habits propres dénichés dans des friperies ou des vestiaires, bonne hygiène, maquillage et coiffure impeccables : « cette apparence digne les rend invisibles, mais leur permet aussi d'échapper aux sollicitations des hommes. » [5]

Pour d'autres femmes plus clochardisées, le souci de l'apparence a disparu. Elles vont avoir tendance à se masculiniser : elles ont les cheveux rasés, une hygiène déplorable, d'autant que le temps et la prise de stupéfiants, d'alcool les trahissent. Ce sont ce qu'on appelle des « travailleurs » : elles sont plutôt jeunes (moins de trente ans), vivent en groupe avec des chiens, sont en couple au sein du groupe. L'homme, alors perçu comme un moyen de se protéger, est également l'agresseur potentiel de tous les instants. La prise de produits et leur allure masculine leur permettent de se fondre dans le groupe d'hommes. Elles fréquentent des services qui n'offrent pas de suivi ; la mendicité est leur seul revenu. Elles ont un discours formaté et inculqué par le groupe : l'homme qui met en exergue l'espace de liberté qu'offre la rue et sa grande solidarité. Cette solidarité peut très vite s'avérer être un leurre dès lors qu'il s'agit de servir ses intérêts, en l'occurrence le plus souvent ceux de l'homme. Ces femmes

---

<sup>15</sup> Ibid P43

deviennent donc plus vulnérables. Elles vont donc s'échapper encore plus, fuir les services d'aide, s'isoler davantage. Toujours dans un souci de protection, les femmes en errance peuvent aller jusqu'à oublier, nier leur corps afin que celui-ci ne soit plus la proie des agresseurs.

Les violences dont sont victimes ces femmes sont quelque-peu banalisées. Deux raisons à cela : la rue est un milieu très violent et les femmes n'osent pas porter plainte de peur des représailles. La deuxième raison est qu'elles ne sont pas toujours prises au sérieux par les services de polices car connues comme étant toxicomanes ou régulièrement alcoolisées. [20] Il en est parfois de même avec les pompiers ou les personnels des services d'urgences.

### 2.3 La honte ressentie

Ces femmes se dissimulent également pour fuir les regards : « la stigmatisation sociale et le regard dépréciatif des autres (personnes insérées, acteurs sociaux, famille...) constituent une violence ». [21] Elles ont honte de leur situation : « elles ressentent tout le poids du regard extérieur, tout le poids qu'elles portent sur elle-même. » [4]<sup>16</sup> Une femme intériorise très tôt dans l'enfance son rôle : celui de femme séduisante, présente à ses enfants et socialement insérée. Cela va à l'encontre de ce qu'elles sont. Elles savent qu'elles ne sont pas à leur place. Ainsi, elles se sentent dévalorisées, inutiles et perdent complètement confiance en elles. Elles ne voient que leurs échecs. Elles culpabilisent d'autant plus si elles ont des enfants placés : « elles s'enferment dans une histoire personnelle douloureuse qu'elles croient unique et honteuse. L'errance est synonyme de solitude. » [5] La conséquence de ce sentiment de honte, de culpabilité est la précipitation toujours plus grande dans des comportements déviants : consommation d'alcool, de stupéfiants, prostitution. Elles en viennent même à considérer que les violences subies sont méritées : elles ont commis une faute. Plus la situation d'errance s'accroît dans la vie d'une femme, plus ce sentiment de culpabilité augmente.

« Elles n'ont pas réussi quelque-chose qui touche à l'image même de la femme. » [4]<sup>16</sup> Ceci explique sans doute le malaise réciproque ressenti entre elles et la société.

Face à cette honte, les femmes en errance peuvent parfois développer des comportements agressifs voire violents vis-à-vis des autres, de la société, mais ce n'est que le reflet de la violence qu'elles subissent dans l'espace public. [20]

### 2.4 Une conséquence : la perte d'identité

De l'invisibilité dont ces femmes errantes savent faire preuve en découle une conséquence non des moindres : la perte d'identité. En effet, ces femmes ne montrent jamais qui elles sont réellement. Comme déjà évoqué précédemment, elles se cachent derrière une apparence soit impeccable pour ne pas laisser deviner leur condition d'errance, soit masculine pour dissimuler leur corps de femme. Elles peuvent ainsi perdre leur identité sexuelle à force de toujours chercher à se fondre parmi les hommes : elles adoptent petit à petit leurs comportements. Cela est peut être renforcé par l'appellation SDF. Ce terme est masculin voire asexué. Les femmes, minoritaires, sont associées aux hommes majoritaires dans cette population et se retrouvent ainsi masculinisées un peu plus. D'autre part, elles ne révèlent que rarement leur réelle identité et ne donnent de ce fait qu'un prénom voire un surnom. Elles se cachent également derrière un discours bien établi. Lorsqu'elles s'adressent à un service, elles expliquent ce dont elles ont besoin dans l'instant en « bricolant » une histoire. Cette histoire n'est pas l'histoire de la personne mais simplement un moyen d'obtenir quelque-chose sans

---

<sup>16</sup> Ibid P49

avoir à trop se justifier : « il s'agit d'assurer l'invisibilité du dedans. » Le travers de ces comportements est que ces femmes finissent par être invisibles à elles-mêmes. Mais, « cacher son histoire, c'est aussi perdre son identité personnelle et, *in fine*, son intimité. » [5]

« Les femmes voulaient passer inaperçues, être oubliées, invisibles et silencieuses : l'objectif est parfaitement atteint. » [4]<sup>17</sup>

### 3- Une vie faite de répétitions

La femme errante vit une répétition sans fin de situations. Cela est dû au fait que les blessures qu'elles portent en elles sont très anciennes et touchent le versant intime de la personne. Par conséquent, « les femmes en errance ne supportent pas que ça aille mieux, elles ne supportent pas le bonheur mais ne cessent de le poursuivre ». [4]<sup>17</sup> Elles pensent que si la situation semble s'améliorer à un moment donné, cela va forcément se détériorer de nouveau. Elles se sentent en danger et donc préfèrent arrêter tous les efforts entrepris vers la réinsertion et retourner dans leur errance. Cette maltraitance qu'elles s'infligent vient également en réponse au fait qu'elles se disent qu'elles ne méritent pas le bonheur à venir. Il représente une source d'angoisse trop forte pour pouvoir vivre ce nouveau départ. Ainsi, « elles jouent l'éternel recommencement jusqu'à l'épuisement » : jusqu'à leur épuisement, jusqu'à l'épuisement des travailleurs sociaux et des bénévoles auxquels elles font appel. [4]<sup>17</sup>

Par-ailleurs, ce phénomène de répétition se traduit également par une multiplication de démarches administratives. Cela ressemble à un « comportement addictif qui empêche de se poser, de s'asseoir et d'enfin voir ce qui se passe. » Les procédures pour mettre en place les différentes aides sociales auxquelles elles ont droit leur paraissent toujours très compliquées car elles nécessitent de s'organiser dans le temps. Certains documents doivent être envoyés à des dates précises afin de pouvoir continuer à percevoir les prestations comme le RSA. Elles perdent régulièrement leurs papiers (carte d'identité, attestation de prestations diverses, etc.) et n'entament pas les démarches visant à s'en procurer de nouveaux. Il leur est donc difficile de répondre aux exigences administratives des demandes qu'elles effectuent auprès des organismes sociaux. Il leur arrive fréquemment d'oublier les rendez-vous avec les travailleurs sociaux : elles ne se rappellent plus de l'horaire, c'est trop loin, ça les angoisse. Il en est de même pour toutes les aides qu'elles sollicitent. En somme, elles vivent dans « des complications administratives perpétuelles. » Dans leurs discours, le problème vient toujours des services sociaux, mais en fait leur errance les empêche d'être dans la vraie demande : « derrière les demandes incessantes, se cache une autre quête, une quête affective constante, une quête sans relâche d'un amour inaccessible. » Les demandes d'aides diverses ne sont que symboliques. Il s'agit d'une manière comme une autre de rentrer en relation avec une personne qui n'est pas forcément vue comme un travailleur social. Elles cherchent en fait une écoute globale de la part de quelqu'un en qui elles sont susceptibles d'accorder, avec le temps, leur confiance. [4]<sup>18</sup>

Trois critères sont à prendre en compte pour comprendre ce phénomène de répétition : la profondeur des blessures, l'importance de la déstructuration de la personne et le temps. En effet, plus le temps passé en errance est important, plus les problèmes vécus s'aggravent et plus la réinsertion va s'avérer délicate. Il faut plusieurs années pour évaluer correctement l'évolution de l'errance chez une personne. Il est important de rappeler que c'est le temps qui

---

<sup>17</sup> Ibid P55-56

<sup>18</sup> Ibid P59-63

fait basculer dans l'errance, mais que c'est également le temps qui permet d'en sortir. D'autant que cela est malgré tout possible. Le temps est en effet nécessaire aux femmes qui ont basculé dans l'errance pour entamer un travail, se reconstruire, et emprunter les voies de la réinsertion dans la société. Il permet aux femmes de se stabiliser dans un logement, d'amorcer une stabilisation affective, voire de retrouver un emploi. La conséquence mais non le but est l'insertion. [4]<sup>17</sup>

#### 4- L'errance féminine : pas toujours un synonyme de « sans-abrisme »

Le profil social des sans domicile est très similaire à celui des ménages pauvres disposant d'un logement. Il s'agit d'un continuum de situation. Le pauvre passe d'un logement privé stable à une situation de logement plus précaire pour finir à la rue. Or, les femmes sont majoritaires parmi les classes précaires de la population. Ainsi, les familles monoparentales dirigées par des femmes représentent 2% des ménages non-pauvres, 11% des ménages pauvres et 24% des ménages en HLM. On pourrait s'attendre à ce qu'elles le soient aussi dans la rue. Pourtant, les femmes qui vivent dans la rue sont moins nombreuses que les hommes. L'INED a estimé à 17% la part des femmes parmi les sans domicile qui utilisent les services de distribution de repas et d'hébergement sur une journée moyenne en février 1995. [18] Globalement, les statistiques qui ressortent des estimations des différentes structures indiquent une proportion de 15 à 20% de femmes chez les sans domicile selon l'association « Femmes SDF » située à Grenoble. Plus récemment, l'Insee estime que les femmes représentent 21% des personnes sans abris et en centre d'urgence au cours de la seconde moitié des années 2000. [11] En fait, toutes les femmes en errance ne vivent pas dans la rue ou dans des hébergements d'urgence. Elles ne font pas non plus beaucoup appel aux services d'aides. Il est aussi parfois difficile de diagnostiquer une situation d'errance chez ces femmes, car seules les situations précaires visibles sont perçues, quantifiables, et quantifiées. Or, comme nous l'avons déjà évoqué, l'errance est intérieure et ne s'accompagne pas forcément d'un parcours de sans domicile.

Aussi, lorsqu'elles utilisent des structures d'hébergement, ce sont plutôt des lieux où le séjour peut être long comme dans les CHRS ou les centres d'accueil mère-enfant. Ces derniers hébergent 66 000 personnes dont 40% de femmes.[11] L'ORSAS (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales) de Lorraine, dans une étude menée en 1996 et 1997, compare le statut des femmes par-rapport aux hommes concernant le logement : 67% des femmes ont passé au moins cinq nuits dans le même centre contre 29% des hommes, 5% seulement ont fréquenté des centres d'hébergement d'urgence contre 29% des hommes et 14% ont déménagé plusieurs fois d'un centre à l'autre versus 11% des hommes. [22] Par ailleurs, il en ressort que les femmes restent sans abris pour des périodes plus courtes : pour 28% d'entre-elles, la durée était inférieure à six mois contre 12% des hommes. Cependant, pour un dixième des hommes comme des femmes, la perte de logement était supérieure à dix ans. Une étude américaine précise les durées moyennes de séjour des personnes dans la rue selon leur sexe et leur statut : quinze mois pour les femmes avec enfants, trente-quatre mois pour les femmes seules et quarante-trois mois pour les hommes seuls. (Figure 21, annexe 4) [18]

Par-ailleurs, les femmes à la rue sont souvent plus jeunes que les hommes. (Figure 22, annexe 4)

Ces chiffres s'expliquent, selon Joan Passaro, par les relations de genre, où les hommes et les femmes ont des rôles bien définis dans l'errance comme dans le reste de la société. Les

femmes sont identifiées à « l'intérieur », la « maison », « l'environnement domestique ». Dès lors, lorsqu'elles se retrouvent en situation de grande précarité, elles savent qu'elles doivent entrer dans le circuit du logement d'urgence, de réinsertion et obtenir un logement, souvent un HLM. En effet, dès l'enfance, le processus de socialisation inculque aux petites filles ce que la société attend d'une femme. Elles doivent avoir un foyer et fonder une famille. En accordant davantage d'aides aux femmes, la société admet également ces relations de genre : « elle doit être relogée parce que la place de la femme est à la maison. » [23]

Il en résulte que la protection dont jouissent les femmes est en réalité une conséquence de la perception de leur rôle de mère dans la société. Dans cette perspective, l'enfant apparaît comme un atout en terme moraux et économiques. [18]

Les femmes prétendent davantage aux minima sociaux. En 2003, 97% des personnes qui touchaient l'Allocation Parent Isolé (API) étaient des femmes et 53% des RMistes vivant hors couple étaient des femmes. [24] Aujourd'hui le Revenu de Solidarité Active (RSA) se substitue à ces deux allocations. On peut raisonnablement penser que les femmes sont majoritaires dans l'attribution de ce revenu. En effet, pour le percevoir, il faut être âgé d'au moins 25 ans. Cette condition d'âge ne tient plus dès lors que la femme (ou le couple) a un enfant. Les femmes seules avec enfant sont considérées comme étant prioritaires dans les demandes de logements sociaux. On pourrait multiplier les exemples. De même, la solidarité familiale (prestations en espèce, gardes d'enfant, etc.) est plus fréquente auprès des mères en difficultés. Le cercle d'amis tient également une place importante.

Cependant, le fait d'être une femme voir d'être mère est un avantage tout à fait relatif comme le rappelle Maryse Marpsat. En effet, les femmes face aux difficultés domestiques ou familiales sont plus réticentes que les hommes à partir et affronter les dangers de la rue. De plus elles se doivent de protéger leurs enfants des conflits familiaux, des ruptures, d'un basculement dans la précarité pour leur bien-être. Cela peut entraîner chez la femme une plus grande tolérance de ces situations de conflits voire de violences. Ces contraintes morales et pressions psychologiques amènent certaines femmes à endurer ces situations parfois jusqu'au départ des enfants à l'âge adulte voire même toute leur vie. [18]

En conséquence, les femmes sans domicile peuvent être classées selon trois catégories qui suscitent des réponses différentes : les mères qui peuvent avoir la priorité dans l'attribution de places d'hébergement de longue durée d'une part. Les jeunes femmes extrêmement vulnérables par-rapport à la drogue et aux violences sexuelles (viol, prostitution) peuvent recevoir un traitement préférentiel en tant que prolongement de la politique de protection de l'enfance d'autre part. Seules les femmes âgées et célibataires, pour qui la situation est particulièrement difficile surtout si elles souffrent de pathologies mentales, disposent peu de moyens d'assistance tant les mesures mis en place à leur égard sont marginales du fait de leur faible nombre dans la population en errance. Ces dernières sont les plus difficiles à aider. [18]

## 5- La santé des femmes en errance

### 5.1 L'état général

Selon le Dr Inial (psychiatre en charge de l'équipe de liaison psychiatrie et précarité au CHU de Nantes), les femmes en grande précarité font globalement plus attention à leur hygiène que les hommes. Il semble donc qu'elles développent moins de pathologies somatiques. Par-contre, il apparaîtrait pour les femmes une plus grande prédisposition aux

troubles psychologiques voire psychiatriques.

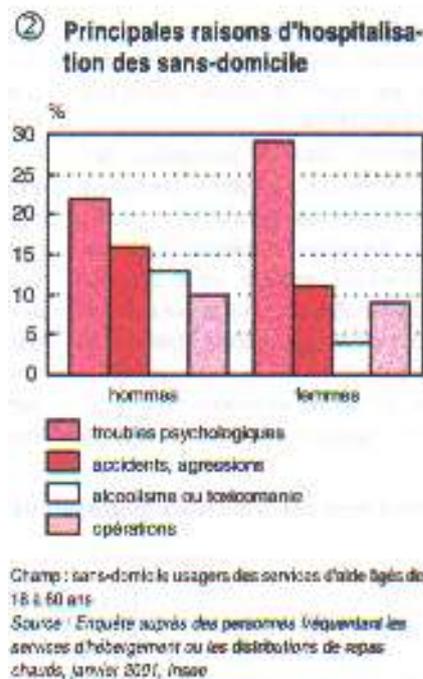
Il existe peu d'études spécifiques sur la santé des femmes en situation d'exclusion. Médecins du Monde a tout de même réalisé une enquête sur l'état de santé des femmes enceintes amenées à consulter dans les Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO). Les motifs de consultations (hormis la grossesse) concernent :

- Le système digestif (9,8%)
- Le système génital féminin (8,1%)
- Des problèmes respiratoires (7,2%)
- Des problèmes dermatologiques (5,3%)
- Des troubles psychologiques (5,3%)

A noter, 7,1% des sans domicile reçus dans les CASO en 2010 sont des femmes. [25]

L'Insee, après avoir interrogé les femmes sans domicile sur leur état de santé, retrouve 30% de migraines, 14% de maladies respiratoires, 11% de désordre alimentaires importants et 10% de maladies du système digestif chez les femmes sans domicile. En outre si l'on s'intéresse aux motifs d'hospitalisation : 29% présentent des troubles psychologiques et seulement 4% des addictions (alcool, toxicomanie). [14]

**Figure 3 : Principales raisons d'hospitalisation des sans domicile [14]**



## 5.2 La santé gynécologique

Les soins gynécologiques sont d'abord des soins de prévention. Or, il est parfois difficile pour une femme en situation d'errance de penser en terme de prévention de sa santé, quand on a oublié qui on est, que le temps n'a plus la même définition que dans le reste de la société.

Selon l'Observatoire du Samu Social, il semble que les femmes ayant recours aux soins préventifs en gynécologie ont vécu une rupture sociale à l'âge adulte et sont depuis peu de

temps sans domicile. Ce peut être aussi des jeunes femmes, qui du fait de placement en foyer ou d'une expérience de vie très jeune à la rue, ont bénéficié d'un travail éducatif sur la santé gynécologique avec des associations ou organismes.

D'autres femmes sont malgré tout sensibles aux campagnes de dépistage relayées via les associations. Certaines consultent facilement au moindre symptôme. Dans ces deux cas, ce sont des femmes qui, avant l'errance, ont été informées sur la santé gynécologique, mais rencontrent des difficultés à maintenir ce suivi en raison d'antécédents de violences (sexuelles surtout) et/ou d'une perte de l'estime de soi et de son identité féminine.

Enfin, un groupe hétérogène de femmes ne recourent pas aux soins gynécologiques, même en présence d'une symptomatologie importante, pour les motifs suivants :

- Désintérêt de la sphère gynécologique
- Rapport au corps perturbé
- Confusion entre le suivi pour une maladie chronique (non gynécologique) et le suivi gynécologique [21]

Pour autant, nous n'avons relevé aucune étude statistique sur les différents troubles que peuvent ressentir ces femmes.

## 6- Le recours à la prostitution

La prostitution est le fait d'avoir des relations sexuelles tarifées ou en échange de services. La précarité, et qui plus est, l'exclusion, fait facilement le lit de la prostitution. En effet, elle est considérée comme un moyen d'obtenir de l'argent facile : « la prostitution peut donner l'impression de régler les urgences sociales et financières. » [26]

Ce n'est jamais une cause unique mais toujours un ensemble de pressions et de contraintes psychologiques et sociales qui conduisent une personne à recourir à la prostitution. Il en ressort que ce sont fréquemment des personnes ayant connu des « itinéraires souvent brisés, des carences affectives, des problèmes familiaux, des abus sexuels, des incestes, des viols ». Il en ressort que l'isolement social, les ruptures familiales, la précarité économique et la dépendance aux drogues sont des facteurs de risques importants de recours à la prostitution comme le relève la fondation Scelles (association de lutte contre l'exploitation sexuelle). Ce sont autant de caractéristiques retrouvées chez les femmes en situation d'errance. [26]

En pratique, il s'agit d'une prostitution occasionnelle ou permanente, en complément ou non d'une activité salariée régulière. L'objectif est principalement de pallier à des fins de mois difficiles. Pour des femmes en errance, avoir des relations sexuelles avec un homme peut être le moyen de ne pas passer la nuit dans la rue : elles « cherchent un « micheton »<sup>19</sup> susceptible de leur offrir un abri et du réconfort, parfois pendant plusieurs jours ». Cela permet aussi d'obtenir « sa dose » : « l'argent de la prostitution sert en grande partie à acheter des produits psycho-actifs ». Cependant, la prostitution peut également être à l'origine de consommation de produits stupéfiants pour « tenir ». Dans certains cas, on entre alors dans un cercle vicieux qui installe la femme errante dans la prostitution pour se garantir un logement mais parfois financer également sa dépendance. [26]

---

<sup>19</sup> Micheton : personne avec qui elles se prostituent et entretiennent une relation affective.

Par-conséquent, « de manière cyclique, la prostitution devient une composante de leurs activités sur lesquelles les jeunes sans domicile fixe savent pouvoir, à l'occasion, recourir. » [3]<sup>20</sup>

Toutefois, l'usage de la prostitution n'est pas sans conséquence. Il expose les femmes encore un peu plus à la violence et surtout à la violence sexuelle. Soit en raison de son coût, soit du fait d'une méconnaissance ou d'une non prise en compte des risques liés à la sexualité, l'usage du préservatif n'est pas systématique. Elles sont donc davantage sujettes aux infections sexuellement transmissibles.

## 7- Contraception, grossesse, maternité : une gestion difficile

Les femmes en errance, surtout si elles sont dans la rue, évoquent souvent des suspicions de grossesse. En effet, elles ne connaissent pas toujours la date de leurs dernières règles et n'utilisent pas toujours de moyen contraceptif alors qu'elles ont des rapports à risque. Cela les amène à douter.

A Nantes, lorsqu'une femme suspecte une grossesse, l'équipe du Samu Social lui propose de réaliser un test de grossesse. En cas de test positif, le Samu Social oriente les femmes qui ne souhaitent pas garder leur grossesse vers l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Dans le cas où la femme décide de garder sa grossesse, elle est orientée par le 115 vers une structure d'hébergement d'urgence. L'urgence est de mettre la femme à l'abri. L'accompagnement pendant la grossesse sera mis en place par la structure où est hébergée la femme.

Avant trois mois de grossesse, une femme est considérée comme une femme isolée, ensuite comme une famille, d'où la possibilité de mise en place d'un accompagnement et d'ouverture des droits (aides sociales, logement, etc.). En effet, une famille est prioritaire dans l'accès aux droits par-rapport à une personne seule. La notion de trois mois révolus de grossesse (15 semaines d'aménorrhée) fait écho au délai légal de l'IVG de quatorze semaines d'aménorrhée en France.

### 7.1 Le rapport à la contraception

Comme l'indique le Samu Social de Paris dans son rapport sur la santé des femmes sans domicile, « la majeure partie des femmes semble avoir acquis une connaissance minimale en matière de contrôle de leur fertilité (connaissance de la pilule et du préservatif) ». Cependant, certaines difficultés se posent particulièrement aux femmes sans domicile. Ainsi, la pilule « oblige la personne qui l'emploie à être suffisamment rigoureuse dans sa gestion du temps ». La femme doit aussi anticiper le moment où elle devra s'en re-procurer. L'observance s'avère donc difficile. Il ne faut pas oublier que dans l'errance le temps est différent. Il semble que l'usage du préservatif soit également difficile : les femmes « consommant des produits psycho-actifs et/ou de l'alcool se retrouvent fréquemment, sinon constamment, dans un état psychiquement altéré et ne seraient pas en capacité d'utiliser un contraceptif à usage quotidien ou lors de chaque rapport sexuel ». [21]

Pour autant, le préservatif semble être le moyen privilégié : facilité d'accès (sans ordonnance), contraceptif et protection contre les infections sexuellement transmissibles. Par ailleurs, l'implant est plutôt bien accepté contrairement à la population générale. Les femmes

---

<sup>20</sup> Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou au bout d'être énervé P57

sans domicile ne rapportent pas de contraintes particulières quant à son usage. [21]

Toutefois, utiliser une contraception pour se prémunir d'une grossesse non-désirée suppose que la femme prenne soin d'elle, de son corps. Or, comme nous l'avons déjà évoqué, les femmes en errance sont dans une grande mésestime d'elles-mêmes. Aussi, il paraît difficile pour un certain nombre d'entre elles de faire usage de la contraception sur le long terme. Ainsi, nombre de ces femmes n'ont pas de moyen contraceptif alors même qu'elles sont exposées à un risque de grossesse et qu'elles ne le souhaitent pas.

En conséquence, les femmes sans domicile sont nombreuses à évoquer au moins un recours à l'IVG. Certaines femmes peuvent parfois répéter les IVG en indiquant un contrôle difficile de leur fertilité en lien avec leurs conditions de vie. Au-delà de ces situations d'observance déficiente, on peut supposer une ambivalence dans le désir d'enfant. [21]

## 7.2 Du désir d'enfant à la grossesse

Tout d'abord, il est important de rappeler trois notions comme le fait le Samu Social : le projet d'enfant, le désir d'enfant (ou de maternité) et le besoin d'enfant :

- Projet d'enfant : « activité rationnelle consciente de projection dans un futur »
- Désir d'enfant : « s'origine dans l'inconscient de l'individu et peut chercher à se satisfaire à son insu sans que ce dernier en ait conscience »
- Besoin d'enfant : « lorsqu'une femme se vit en incapacité de procréer, le projet d'enfant peut devenir si tenu et saillant qu'il prend alors la forme d'un réel besoin » [21]

Pour certaines femmes, le projet d'enfant fait écho à une volonté de normalisation de leur identité sociale, de leur statut au sein du couple. Il leur permet également d'assouvir un réel besoin d'existence : « être mère dans notre société, c'est détenir une preuve de son existence en tant que femme ; c'est une façon d'être reconnue » [4]<sup>20</sup>. Or, ce besoin de reconnaissance est précisément une notion importante aux yeux des femmes en errance.

Ainsi, la grossesse leur procure un bien-être fort, elles se sentent valorisées : « elles ont l'impression d'exister quand elles sont enceintes » [36]<sup>20</sup>. De plus, la grossesse leur permet de rompre avec l'isolement et la solitude. Le bébé qui se développe en elles vient combler un vide. Cette permanence du lien mère-enfant vient en opposition avec les séparations répétées qu'elles ont pu vivre : antécédent de placement, comportements abandonniques des parents, séparations avec les partenaires, discontinuité dans les prises en charge sociales ou psychologiques. De même, elles n'ont plus à justifier l'aide qu'elles demandent. Pour elles, il en va de soi. L'aide est légitimée par le fait qu'elles sont enceintes et en difficulté. Les femmes mettent en avant « des états psychiques et émotionnels positifs » [19] pendant la grossesse et durant l'accouchement. Pour ces mêmes raisons, « certaines femmes font régulièrement croire qu'elles sont enceintes : elles ont l'air d'y croire aussi, elles en sont persuadées » comme l'explique Marie-Claire Vaneuville [36]<sup>21</sup>. En s'affirmant enceintes, elles peuvent ressentir les mêmes effets bénéfiques qu'une grossesse réelle peut apporter.

C'est le cas notamment d'une femme sur Nantes qui se dit régulièrement enceinte de cinq mois auprès du Samu Social et ce depuis au moins quatre ans. Elle y croit jusqu'au test de grossesse qui se révèle négatif et prend ainsi la symbolique de l'accouchement. Plus tard, elle s'adresse de nouveau à une équipe de maraude du 115 en évoquant encore ce même fantasme

---

<sup>21</sup> Femmes en errance. De la survie à l'existence. P 57

de grossesse. Il est cependant difficile de déterminer s'il s'agit d'un réel désir d'enfant, une quête de reconnaissance, un moyen d'entrer en contact avec un service d'aide ou si cela relève de sa pathologie psychiatrique.

Il semble que vivre une grossesse dans l'errance peut constituer un mieux être chez ces femmes : « Désirer un enfant pour restaurer quelque-chose, se remettre du bon côté de la vie. » (Dr Inial)

Enfin, sur le plan médical, ces grossesses sont associées à un risque de 30% de complications, selon le Centre d'Action Sociale Protestant (CASP) à Paris. Il s'agit le plus souvent de menaces d'accouchements prématurés ou de retards de croissance intra-utérin du fait de carences. [27]

### 7.3 De la grossesse à la maternité

Lorsqu'arrive l'accouchement, ces femmes se retrouvent confrontées à la réalité. L'enfant est là. Il faut l'assumer, alors rien ne va plus. De la même manière qu'elles n'arrivent pas à « se poser », elles ont d'importantes difficultés à être mère à temps plein. La séparation avec l'enfant par le placement est donc souvent l'issue. En effet, il faut rappeler que ces femmes ont fréquemment une histoire difficile, sur fond de consommation de stupéfiant et/ou d'alcool, avec une image maternelle altérée. Leur mère peut avoir été l'auteure directe de violences ou n'avoir pas été en mesure de les en protéger. Or, une femme trouve en partie les bases de sa construction en tant que femme et en tant que mère potentielle dans la relation qu'elle-même a eu avec sa propre mère [21]. Ayant manqué de sécurité affective au cours de leur existence, il leur est donc difficile à leur tour de construire une relation saine avec leur enfant.

Elles sont très fréquemment dans un rapport très fusionnel avec leur enfant, où il se trouve mis dans une sorte de prolongement de sa mère. De fait, elles éprouvent beaucoup de difficultés à palier aux besoins de leur enfant tant elles ont déjà du mal à palier aux leurs. La difficulté pour ces femmes, comme l'explique Sylvie Babin (assistante sociale au centre maternel Saint Luc), est de parvenir à se reconstruire en tant que femme tout en se construisant en tant que mère afin de répondre aux besoins de l'enfant. Cela nécessite beaucoup d'étayage et d'accompagnement. En effet, il semble qu'elles soient incapables d'être mère en continu : « il faut qu'elles soient tutorées dans leur espace parental » (S Babin). C'est un accompagnement sur le long terme. Lorsque ce n'est pas possible, le placement de l'enfant peut s'avérer inéluctable.

Ce placement peut aussi se décider à la suite de maltraitances. La mère ne supporte pas son enfant, ses pleurs, ses besoins et répète sur lui les comportements qu'elle-même a subi dans son enfance.

En réalité, « leur rapport à leur mère se rejoue » et le placement leur rappelle ce qu'elles mêmes ont vécu comme une répétition. Elles ont honte, se sentent coupables : « même pas capables d'être mère » [4]<sup>21</sup>.

Pour autant, il est important de relativiser les faits : tous les enfants ne sont pas nécessairement placés. Cela dépend de la profondeur des blessures et du degré d'errance de la femme au moment de la naissance : elles ont des compétences en tant que mère et sont capable de créer un réel lien avec leur enfant. Le paramètre important à considérer est l'accompagnement dans la parentalité, possible au travers de différentes structures comme la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les centres maternels, etc. (cf supra)

### III- Quelle prise en charge médicale, sociale et psychologique de l'errance sur la région nantaise ?

La précarité, et plus particulièrement, l'errance nécessite une prise en charge pluridisciplinaire où le médical est bien-sur exploré, mais il ne faut pas omettre la dimension sociale et la dimension psychologique de la situation des femmes errantes. D'ailleurs, pour certains médecins comme le docteur Paule Herschkorn Barnu (réseau Solipam, Paris), la dimension psycho-sociale relève du médical avant tout.

#### 1- La prise en charge médicale

##### 1.1 L'UGOMPS : une prise en charge médico-psycho-sociale en gynécologie-obstétrique

###### 1.1.1 Présentation

L'UGOMPS (Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale) est une unité de soins dont l'objectif est la prise en charge des femmes en situations de vulnérabilité pendant et en dehors de la grossesse. Cette prise en charge se veut pluridisciplinaire. En effet, la patiente, en plus de voir une sage-femme ou un médecin, peut être orientée selon sa situation vers une psychologue, l'assistante sociale, la sage-femme tabacologue, l'addictologue de liaison, etc.

L'UGOMPS a deux objectifs :

- la prévention des complications qui pourraient mettre en péril la sécurité physique et psychique de la mère et de l'enfant
- l'accompagnement dans la préparation matérielle et psychologique de la naissance de l'enfant

Le but est de permettre l'autonomie des mères dans leur parentalité au quotidien.

Il convient de souligner les liens privilégiés entretenus par ce service avec la PMI dans le cadre des suivis de grossesse et du post-partum.

###### 1.1.2 Le staff de parentalité

Dans le cadre de la prise en charge des femmes enceintes vulnérables, l'UGOMPS met en place des staffs dits de parentalité multidisciplinaires avec les différents professionnels médico-psycho-sociaux. Ce dispositif permet « la prise en charge des situations préoccupantes dans le champ de la périnatalité afin de prévenir les troubles de la parentalité et du développement psycho-affectif de l'enfant, voire la maltraitance. » Il se base sur « la transmission interdisciplinaire et interinstitutionnelle des signes d'inquiétude ». [28] Sa finalité est d'offrir une continuité dans le suivi de la patiente dans sa globalité en établissant des liens avec la ville pour anticiper la période post-natale.

La présentation d'un dossier en staff de parentalité permet de dégager des axes prioritaires de prise en charge et de prévention. A l'issue, une fiche de liaison résumant la conduite à tenir envisagée est insérée dans le dossier obstétrical à l'attention de l'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge la mère et son enfant.

## 1.2 La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI est un acteur important de la périnatalité tant en prénatal qu'en postnatal. Elle intervient majoritairement en prévention dans les domaines médicaux, sociaux, ou psychologiques. C'est pourquoi, la sage-femme intervient tout particulièrement auprès des femmes dites vulnérables.

### 1.2.1 Qu'est-ce qu'une femme vulnérable ?

Selon l'HAS, la vulnérabilité se définit comme « une caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ». [29] L'errance, nous l'avons vu, est également un processus essentiellement psychologique dont les répercussions sont diverses.

Une femme peut être considérée comme vulnérable dès lors qu'un ou plusieurs critères sont présents :

- Couverture médicale de type CMU ou AME
- Absence de mutuelle
- Revenu type RSA, AAH ou absence de ressources
- Précarisation de l'emploi : sans emploi ou à temps partiel, éventuellement un conjoint sans emploi
- Pas de logement ou logement instable, inadéquat (insalubrité, hôtel, caravane, logé chez des tiers)
- Isolement de la femme : contexte de rupture avec le conjoint, la famille
- Accident biographique traumatique : violences intra-familiales (psychiques, physiques, négligences, sexuelles), vécu de placement, d'adoption, violences conjugales
- Troubles psycho-pathologiques, addictions, comportements à risques (rapports non-protégés, partenaires multiples, prostitution)
- Pathologies médicales chroniques

Tous les critères cités peuvent être retrouvés au sein de la population des femmes en errance. Ce sont donc bien des femmes vulnérables. Elles ont des besoins spécifiques avec très souvent un suivi de grossesse chaotique. Elles doivent se recentrer sur elles mêmes pour retrouver confiance en elles et ainsi faire en sorte que l'enfant ne soit pas le prolongement d'elles mêmes.

Cependant, ceci est une liste non-exhaustive de critères, fruit du travail de l'UGOMPS. Elle ne doit pas être vue comme un questionnaire à adresser à la patiente. Elle peut selon les situations être étayée et complétée.

En réalité, au-delà d'un suivi médical, c'est un accompagnement à la parentalité qui doit leur être apporté tout au long de la grossesse.

Pour cela, les centres de PMI ont développé leur travail autour de deux concepts :

- La bientraitance : « une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ». [30] En parentalité, la bientraitance est ce qui fait qu'une mère ne va pas passer à l'acte malgré les pleurs, la fatigue, etc.

- La résilience : « capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » [32] Pour une mère, il s'agit de ne pas reproduire ce qu'elles ont vécu, sachant que ce qui détermine la qualité de la résilience est le lien tissé avant le traumatisme et tout de suite après.

### 1.2.2 La PMI : un acteur de la prévention

Le travail réalisé par la PMI a pour objectif de favoriser le bien-être physique, psychologique et social d'une femme enceinte, de son futur enfant, de sa famille, dans une optique de prévention des risques de rejet et de maltraitance. Cette prévention doit se mettre en place dès le début de la grossesse.

Pour cela, les actions mises en place visent à porter une attention particulière aux familles les plus vulnérables en favorisant le lien mère-enfant et en assurant un environnement sécurisant à l'enfant.

En cela, le travail effectué par les services de la PMI s'apparente bien à un accompagnement à la parentalité qui prend en compte les différents facteurs psycho-sociaux propre à chaque situation.

### 1.2.3 Le rôle de la sage-femme de PMI

L'action de la sage-femme de PMI se situe principalement en anténatal. Elle propose un suivi gynécologique et obstétrical aux femmes. Les consultations peuvent se dérouler lors de permanence au centre médico-social ou au cours de visites à domicile pendant la grossesse.

La sage-femme travaille toujours en réseau avec les autres acteurs du champ de la périnatalité (sages-femmes et obstétriciens des maternités, psychologues, assistantes sociales, etc.). Elle intervient à la suite d'un repérage par l'un de ces acteurs d'une femme vulnérable.

Outre l'aspect médical du suivi, il s'agit bien d'une prise en charge psycho-sociale de la grossesse qui prend corps notamment lors de la préparation à la naissance. Celle-ci peut se dérouler de deux manières :

- En individuel avec notamment des visites à domicile : ce sont des femmes qui ont beaucoup de difficultés à aller vers l'autre, des difficultés de compréhension
- En groupe de rencontre : ce sont des groupes de paroles où les femmes peuvent exprimer leurs interrogations, leurs questionnements sur leur parentalité, leurs capacités à devenir mère

Cette préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), adaptée aux besoins précis de chacune, doit permettre à la patiente d'élaborer un projet de naissance dans lequel elle se sente actrice de sa grossesse.

### 1.2.4 L'entretien périnatal précoce (EPP)

Pour personnaliser la préparation à la naissance de chaque patiente, l'entretien périnatal précoce, se déroulant le plus souvent au quatrième mois de grossesse est un outil important. Il a été développé en particulier par la pédopsychiatre Françoise Molénat. En pratique, il s'agit « d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme

enceinte. » [29] Cet outils comporte plusieurs objectifs :

- « Anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir
- Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie
- Encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP. » [29]

Cet entretien permet d'évaluer la santé globale de la femme enceinte sur le plan physique, psychologique et sociale afin de lui permettre de « mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant. » [29] Il est également important d'apprécier les besoins précis en matière d'informations et les compétences parentales à développer et soutenir.

Ainsi, toute sage-femme se doit de repérer de façon systématique les facteurs de vulnérabilité auxquels les patientes sont exposées individuellement. En effet, ces facteurs sont susceptibles de compromettre la santé de la femme et de l'enfant à naître, de perturber l'instauration du lien mère-enfant, voire de nuire à la sécurité (physique et affective) de l'enfant. Attention cependant à ne pas réduire ces facteurs aux conditions économiques seulement. Il est important de prendre en compte les addictions, les situations d'emprises voire de violences, anciennes ou actuelles, notamment les violences conjugales.

Cependant, tous les facteurs de risques ne peuvent pas être repérés au cours d'un entretien unique. C'est pourquoi, chaque professionnel amené à recevoir une patiente enceinte doit être vigilant à chaque rendez-vous. Cette vigilance devra être renforcée si des signes d'alerte sont déjà présents. Il est donc intéressant de reproduire de manière indirecte les points clés de l'EPP au cours du suivi de la grossesse et dans le post-partum.

Enfin, une synthèse peut être réalisée à l'issue de l'entretien. Elle pourra, avec l'accord de la patiente, être transmise aux différents professionnels qui amenés à la rencontrer, afin d'ajuster au mieux la prise en charge. Cette synthèse pourra également servir de support lors des concertations en staff de parentalité.

### 1.3 La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a instauré les PASS, structures de prise en charge médico-psycho-sociale. « Leur premier rôle est de fournir sans aucune démarche administrative quatre services :

- des consultations médicales
- des soins infirmiers
- des soins de toilette
- des médicaments

Leur second rôle est de fournir des informations sur les droits sociaux et notamment la CMU. » [32] Les personnes reçues n'ont pas à faire avancer les honoraires concernant les soins dispensés : « les difficultés financières ne doivent pas faire obstacle aux soins ni les retarder. » [32]

A Nantes, la consultation Jean Guillon rattachée au CHU assure la PASS. C'est « un lieu d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement médico-social. » [32] Les patients

sont reçus avec ou sans rendez-vous. On y dispense des consultations de médecine générale et des soins infirmiers. Des consultations et soins dentaires sont possibles en lien avec le centre dentaire situé sur Hôtel-Dieu. Le suivi de grossesse y est possible, mais rapidement les patientes sont orientées vers l'UGOMPS après un premier examen et un premier bilan de base (numération, détermination groupe-rhésus, syphilis, hépatite B et C, VIH, toxoplasmose et rubéole). Le rendez-vous d'échographie est également pris par la PASS. Pour les personnes dépourvues de couverture maladie complète, la pharmacie hospitalière délivre les médicaments sans avance d'argent. On y trouve également une aide à l'ouverture et au maintien des droits sociaux du patient.

#### 1.4 Le rôle des associations

A Nantes, deux structures associatives se consacrent particulièrement aux personnes en grande précarité.

Le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO), géré par Médecin du Monde, propose des consultations gratuites le lundi et le jeudi après-midi.

L'association Saint Benoît Labre propose des « lits Halte Soins Santé ». Il s'agit de lits d'hébergement « pour des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. » [33]

## 2- La prise en charge sociale

### 2.1 La protection sociale

Les personnes en situation d'errance peuvent prétendre à des droits en matière de protection sociale.

#### 2.1.1 La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, dans le cadre de la loi contre les exclusions de juillet 1999, les personnes non éligibles à l'ouverture de droits d'assurance maladie peuvent bénéficier de la CMU. Elle est gratuite et valable un an renouvelable chaque année.

En outre, pour les soins non pris en charge par la seule CMU, il existe également la CMU complémentaire (CMUc). Elle possède tous les avantages d'une protection complémentaire (comparable à une mutuelle) mais permet de surcroît, à l'assuré social, la dispense d'avance de frais auprès de l'ensemble des professionnels de santé pour tous les soins remboursables.

#### 2.1.2 Le Revenu de Solidarité Active (RSA)

Le RSA a pour objectif de garantir un revenu minimum, d'accompagner et de soutenir le retour à l'emploi. Cette allocation remplace le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et l'Allocation parent Isolé (API) depuis le 1<sup>er</sup> juin 2009. Elle est destinée à toute personne résidant en France de manière stable et effective, dont le foyer dispose de ressources inférieures au revenu garanti (fixé par décret). Le montant versé varie en fonction de la composition du foyer. Il est majoré pour les parents isolés, en cas de grossesse sans enfant à charge, jusqu'aux trois ans du dernier enfant à charge, dans la limite de douze mois en cas de décès ou de séparation d'un conjoint lorsqu'il y a des enfants à charge de plus de trois ans.

A ces deux grandes mesures (CMU et RSA), s'ajoutent les ASSEDIC (ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce) pour les personnes ayant droit à l'assurance chômage, l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) pour les personnes en situation de handicap. Les familles ont également droit aux allocations familiales versées par la CAF.

Pour la mise en place de ces droits, les personnes sans domicile doivent absolument avoir une domiciliation. A Nantes, celle-ci peut se faire au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville, à la Maison d'Accueil de Jour (MAJ, association Anef-Ferrer). Ce sont les seules structures agréées par la préfecture. La domiciliation peut se faire chez un tiers également. Les personnes concernées sont celles qui vivent dans la rue ou en squat et dans les centres d'hébergement d'urgence. Les CHRIS et autres centres d'accueil proposant des séjours longs domicilient leurs bénéficiaires.

## 2.2 Un réseau institutionnel et associatif au service des plus démunis : l'exemple de Nantes

A Nantes, différentes structures existent afin de venir en aide aux personnes en grande difficulté sociale voire sans domicile. Toutes leurs coordonnées sont regroupées dans le « guide de l'urgence sociale » disponible gratuitement au CCAS et dans les structures (Annexe 5).

### 2.2.1 Les accueils de jour

Ce sont des lieux dont le but est de créer du lien social. Il existe des accueils de jour mixtes comme « La Clairefontaine » qui propose un repas le midi ou la Maison d'Accueil de Jour qui propose un accompagnement social. Citons encore « L'Ecoute de la Rue » qui permet aux personnes de se retrouver autour d'un café ou d'une collation.

Par-ailleurs, j'ai rencontré l'association des « Restos du Cœur » qui depuis le 15 décembre 2010 a ouvert un accueil de jour réservé exclusivement aux femmes. Lieu de repos et de calme au service des femmes en errance encadré par des bénévoles et un travailleur social, il s'adresse à des personnes très isolées cherchant du lien social et une écoute. La non-admission des hommes permet aux femmes de se couper des violences et de se retrouver entre femmes pour échanger, se reposer. L'accueil y est anonyme et inconditionnel, seul leur est demandé leur prénom. L'absence de questionnement sur leur parcours, leurs motivations, libère les femmes accueillies des schémas dans lesquels elles doivent se justifier ou inventer pour obtenir de l'aide.

Les femmes peuvent ainsi se livrer à leur rythme, en confiance, d'autant que ce sont des personnes très fuyantes et très méfiantes. Cela demande du temps, le temps que le lien de confiance se tisse.

Cette vision de l'accueil des femmes s'inspire du travail réalisé par l'association « Femmes SDF » située à Grenoble avec la recherche-action menée par Marie-Claire Vaneuville, une des fondatrices de cette association qui possède un local d'accueil spécifiquement réservé aux femmes sans domicile. A Nantes, le local propose une aide pour les démarches d'aide sociale avec la présence d'une assistante sociale. Une psychologue est présente également pour les femmes qui le souhaitent.

Le lieu est composé d'une salle commune où des activités sont proposées régulièrement. Les femmes peuvent y prendre un café, discuter, échanger. Le midi, un repas y est servi. Des

ordinateurs disposant d'un accès internet sont aussi à leur disposition. Une autre salle a été aménagée avec un canapé où les femmes peuvent se reposer, s'isoler si elles en ont besoin. Elles peuvent également prendre un bain, une douche, faire une lessive. Des produits d'hygiène sont à leur disposition. Une fois par semaine, un coiffeur et une esthéticienne viennent proposer leurs services. Ces différentes démarches visent à permettre aux femmes en errance de retrouver un peu d'estime de soi, d'apprendre ou de réapprendre à prendre soin d'elles-mêmes, de leur corps. Tous les services proposés sont gratuits.

### 2.2.2 L'hébergement

Il existe deux grands types d'hébergement à destination des femmes sans domicile : les hébergements d'urgence et les CHRS, centre maternel. Les objectifs et le mode d'entrée sont différents.

#### 2.2.2.1 L'hébergement d'urgence

L'hébergement d'urgence, en premier lieu, permet de palier à une situation d'urgence liée à l'absence de logement. Les personnes sont orientées par la plateforme de la Veille Sociale 44 via le 115 (numéro d'urgence pour les sans domicile). L'équipe du Samu Social prend le relais et accompagne les personnes sur le lieu d'hébergement. Les principes spécifiques de l'hébergement d'urgence sont : « une mise à l'abri immédiate, la garantie d'un temps d'accueil de quinze jours [renouvelable] et la mise en œuvre de conditions de départ satisfaisantes par l'orientation vers les partenaires et les services susceptibles d'aider ce public. » L'accueil d'urgence comporte quatre grandes missions :

- Accueillir
- Ecouter
- Informer
- Orienter et accompagner [34]

Sur l'agglomération Nantaise, il existe plusieurs structures accueillant les femmes en urgence. Certaines sont mixtes, d'autres à destination des familles avec enfants. Trois centres sont dédiés exclusivement à l'hébergement d'urgence. Un seul accueille des femmes seules : la Maison de Coluche (structure mixte).

Par-ailleurs, certains CHRS disposent de places réservées à l'urgence. L'association SOS Femmes accepte également des femmes avec ou sans enfant, à la suite de violences conjugales, au sein de son CHRS. L'association Anef-Ferrer offre un accueil d'urgence réservé aux familles. L'Etape a la possibilité d'accueillir des couples avec ou sans enfant et des hommes seuls avec enfant au titre de l'urgence. Ces accueils d'urgence sont également ouverts en journée.

La halte de nuit (Association Les Eaux Vives) est un lieu mixte ouvert seulement la nuit, de 20h à 7h. Elle accueille les sans domicile sans condition. Ils peuvent y obtenir une collation et un lit. C'est également un lieu d'échange.

#### 2.2.2.2 Le centre maternel Saint Luc

Ce centre, géré par la Croix-Rouge Française, propose d'accompagner les femmes dans le cadre de leur grossesse ou de leur maternité. Cet accompagnement s'inscrit dans un soutien à la parentalité et offre une prise en compte de la femme dans son intégralité.

Le centre se compose de chambres individuelles au sein d'unités collectives et des appartements relais en ville. Le service éducatif comporte six éducateurs spécialisés, deux conseillères en économie sociale et familiale, une TISF (Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale), une éducatrice de jeunes enfants et une monitrice-éducatrice. Une psychologue est présente auprès des mères si elles en ressentent le besoin. L'assistante sociale, que j'ai rencontrée, fait le lien avec les différentes institutions et accompagne les femmes dans l'accomplissement de leurs démarches. Le centre maternel met à disposition une crèche également ouverte sur l'extérieur.

L'accompagnement de ces femmes vise deux objectifs :

- Favoriser et protéger le lien mère-enfant
- Eviter le placement

Pour cela, il est nécessaire de les aider à prendre confiance en elle en tant que femme mais aussi en tant que mère. La jeune femme doit être soutenue dans l'apprentissage de son rôle de mère. Nombre des femmes accueillies ont une histoire familiale et personnelle très chaotique. Elles ont souvent une forte mésestime d'elle-même. C'est donc un lieu où elles peuvent prendre soin d'elles avec le soutien des différents professionnels qui pourront les aider à construire une véritable relation avec leur enfant. Elles peuvent également élaborer un projet d'avenir.

Ainsi, le dispositif s'attache :

- « à la revalorisation de la personne et de son bien-être
- au soutien de la relation mère-enfant
- à une aide à l'insertion sociale et/ou professionnelle » [35]

La demande d'admission se fait directement auprès du centre maternel.

### 2.2.2.3 Le dispositif d'accueil couple En Vie de Famille

Toujours dans le cadre d'un soutien à la parentalité, la structure En Vie de Famille, dépendante également de la Croix-Rouge Française, propose un accompagnement pour des couples en difficulté. Leur admission dans la structure est effectuée sur leur demande. En Vie de Famille met à leur disposition un appartement individuel de type 2 en sous-location. Cela permet d'abord au couple de se poser. Pour l'équipe composée de quatre éducateurs fonctionnant en binômes, d'une psychologue et d'une assistante sociale chef de service, il s'agit d'évaluer les capacités du couple dans leur parentalité (stabilité conjugale, projet familial, investissement dans le logement). Les couples peuvent aussi être aidés dans leurs démarches administratives. A l'issue d'une période moyenne de six à huit mois, l'équipe demande auprès de bailleurs sociaux un logement adapté à la configuration familiale. Ce logement est sous-loué à la famille pour une durée moyenne d'un an. Pendant cette période, l'accompagnement socio-éducatif se poursuit à raison d'au moins une fois par semaine puis s'espace progressivement. Quand Lorsque le couple se sent près et sous réserve de l'accord de l'équipe, un glissement de bail est demandé à la société HLM. Lorsque celui-ci est effectif, la famille est en complète autonomie.

L'objectif de la structure est de permettre un accompagnement de l'ensemble du couple dans son rôle parental. En effet, la singularité de ce lieu est de prendre en compte également le père, souvent un peu occulté dans l'accompagnement à la parentalité. En outre, l'objectif affiché est l'autonomie des familles en s'adaptant au départ à leur histoire, chaotique la plupart du temps, pour les aider dans leur réinsertion.

Bien sur, le travail s'effectue en partenariat tout à fait privilégié avec le Conseil Général de Loire-Atlantique et notamment la PMI.

#### 2.2.2.4 Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)

L'hébergement en CHRS permet une prise en charge sur un plus long terme. C'est le conseil général en liaison avec les services de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) via la plateforme du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) qui centralise les demandes, instruit les dossiers et oriente les personnes dans les différents centres en adéquation avec leurs attentes et besoins.

L'accueil en CHRS a pour objectif d'offrir un accompagnement social visant à l'autonomie par la mise en place d'un projet contractualisé entre un référent et la personne. Cela nécessite un hébergement stable qui selon les structures peut être individuel comme l'Étape (places en HLM) ou collectif comme SOS Femmes (appartements collectifs) ou Arc-En-Ciel. Par-ailleurs, ces centres offrent une écoute et un accompagnement en abordant avec la femme/le couple ses difficultés, sa situation afin de leur proposer une aide à la parentalité. Enfin, il propose une aide à l'insertion et la réinsertion. [34]

Les personnes sont accueillies pour une durée de six mois maximum. Cette période peut être renouvelée une à trois fois en général. Au terme de chaque semestre, la situation de la personne est de nouveau évaluée.

A noter que l'association Anef-Ferrer propose un foyer éducatif puis un CHRS pour les femmes seules de 16 à 25 ans. Les missions sont les mêmes que dans les autres centres mais sont recentrées exclusivement sur la femme.

#### 2.2.3 Les associations caritatives

D'autres associations proposent des colis alimentaires ou des paniers repas. Certaines disposent de vestiaires pour obtenir des vêtements gratuitement ou à faible prix. C'est le cas de la Croix- Rouge Française, du Secours Populaire, des Restos du Cœur et bien d'autres encore. La « Halle aux Bagages » (Association Saint Benoît Labre) permet aux personnes sans domicile de déposer leurs affaires gratuitement. Les Bains Douches municipaux mettent à disposition leurs locaux pour que les personnes puissent maintenir leur hygiène corporelle.

### 3- La prise en charge psychologique voire psychiatrique

#### 3.1 Les psychologues et l'importance des soins psychiques

Bien que la prise en charge psychologique soit un volet important de l'accompagnement des femmes en errance, elle arrive le plus souvent dans un second temps. En effet, il est d'abord pallié au plus urgent, à savoir la mise à l'abri de la femme enceinte et le suivi obstétrical. La raison principale à cela incombe au fait que c'est la femme qui doit en faire la demande. Pour cela, elle doit pouvoir se poser quelque-part et se sentir en confiance.

Au regard de la problématique de l'errance, les psychologues de l'UGOMPS proposent un soutien à la parentalité dans la bienveillance. Ils peuvent le cas échéant réaliser des observations cliniques, notamment pendant le séjour en maternité, afin d'évaluer quelle serait l'orientation la plus adaptée à la situation de la mère et de son enfant.

Par-ailleurs, les soins psychiques permettent à ces femmes d'évoquer leur histoire : les violences, les ruptures, le parcours d'errance et de se projeter en tant que mère de leur enfant : « une maternité peut mobiliser des ressources inconscientes fortes » (Emilie Jacquot, psychologue à l'UGOMPS).

Il est également important d'étudier la relation de couple. Cette relation peut évoluer, se rejouer avec l'enfant à naître. Dans l'errance, on note fréquemment une emprise : emprise du conjoint, emprise des produits, etc. Les femmes ont souvent une dissociation : « ça ne fait pas sens » (Emilie Jacquot). La projection avec l'enfant n'en est que plus difficile. On retrouve donc des pathologies du lien, des pathologies narcissiques qui peuvent mettre à mal la parentalité.

En réalité, le risque est que l'histoire de la mère, du père ou du couple se rejoue chez l'enfant d'où l'importance d'un accompagnement psychique bienveillant, absent de tout jugement, dès la période anténatale.

### 3.2 Le HOME

Le HOME est une unité de soins médico-psychiatriques, rattachée au CHU, qui accueille les femmes pendant leur grossesse, après l'accouchement avec leur enfant. Son rôle est d'aider, d'accompagner et de soutenir les mères afin de favoriser une relation harmonieuse avec leur bébé. Pour cela, deux modalités de prise en charge sont proposées : en hospitalisation à temps plein du lundi au vendredi ou en hôpital de jour une ou plusieurs journées par semaine.

Différents soins sont prescrits :

- Accompagnement mère-bébé ensemble ou séparément
- Entretiens thérapeutiques
- Psychomotricité
- Ateliers thérapeutiques
- Consultations avec la sage-femme

Cette prise en charge permet une observation continue du lien mère-enfant dans le but de soutenir la parentalité. L'unité dispose donc d'une sage-femme, de pédopsychiatres, d'une psychologue, d'une infirmière puéricultrice et d'infirmières référentes chacune d'une patiente en particulier, permettant un accompagnement personnalisé. [36]

L'orientation vers le HOME est décidée lors de concertations qui ont lieu pendant la grossesse entre tous les acteurs intervenant auprès de la patiente.

Ainsi, lorsque les femmes sortent de CHRS, du centre maternel, du HOME ou toute autre structure, elles ne se retrouvent pas seules avec leur enfant. En effet, des moyens existent en relais comme le relais parental « la Courte Echelle », le Centre Nantais de la Parentalité ou la halte-garderie dépendante du CHRS Arc-En-Ciel. En outre, le lien avec la PMI, systématiquement établi pour ces femmes pendant et/ou après la sortie de la maternité, est également maintenu.

# Accueil des femmes en errance au CHU de Nantes

## I- Hypothèses

Il s'agit de savoir si la naissance d'un enfant peut être un moyen pour les mères de se réinsérer grâce à la mise en place au cours de la grossesse d'une prise en charge précoce, à la fois médicale, psychologique et sociale.

La grossesse constitue-t-elle une période de la vie propice :

- A la réinsertion sociale : ce statut de mère permet-il l'accès à un logement décent, à une couverture sociale, à des ressources ?
- A la restauration de l'estime de soi ? Cette restauration de l'estime de soi permet-elle le retour de la femme vers le circuit de soin ?

Enfin l'attention prodiguée par les professionnels lors de l'accompagnement permet-elle la mise en place harmonieuse de la fonction parentale ?

## II- Objectifs

Il s'agit donc dans cette étude d'analyser plus particulièrement :

- le profil des femmes en situation d'errance que nous recevons au CHU de Nantes
- le suivi mis en place pour ces femmes sur le plan médical, psychologique et social.

Dans un second temps, nous essaierons de déterminer si la grossesse peut conduire à la réinsertion et comment la parentalité peut s'exercer de manière satisfaisante.

## III- Méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective à partir de dossiers de femmes qui ont accouché entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 octobre 2011 (46 mois). La sélection a été réalisée à partir du PMSI de suites de couches en sélectionnant les critères suivants :

- « sans abris »
- « logement inadéquat »

A l'issue de cette première sélection, nous avons retiré les dossiers comportant le critère « difficultés liées à l'acculturation ». Il en est ressorti 106 patientes. Nous avons exclu de notre étude les femmes appartenant à la communauté des gens du voyage ou d'origine étrangère. Nous avons également exclu de notre sélection les grossesses qui ont abouti à une interruption médicale de grossesse ou une fausse-couche tardive.

Au total, nous avons retenu 22 patientes et 25 naissances. Les dossiers ont été soumis à un questionnaire explorant le contexte social et psychologique des patientes depuis leur enfance ainsi que le volet médical et obstétrical.

Afin d'illustrer et d'enrichir notre recherche, trois entretiens ont été réalisés auprès de

femmes ayant accouché durant l'année 2011.

#### IV- Le questionnaire

##### 1- Données personnelles concernant la patiente, le couple

###### 1.1 Incidence

Dans les 46 mois de l'étude, 7400 accouchements ont été observés au CHU de Nantes. Les 25 grossesses représentent 3,3 ‰ des grossesses. Cependant, on peut penser que le bassin de population correspondant est plus large que celui restreint au CHU de Nantes, ce qui représente sur les quatre maternités du territoire de Nantes (50 000 grossesses), soit une incidence de 0,5 ‰.

###### 1.2 Données sur la patiente

L'âge moyen des mères est de 25,2 ans avec une médiane à 23,2 ans. La plus jeune a 18,4 ans et la plus âgée 40,6 ans. Chez les primipares, l'âge moyen est de 23,9 ans avec une médiane à 21,9 ans. Chez les multipares, l'âge moyen passe à 26,9 ans avec une médiane à 26,1 ans.

3 patientes sur les 22 occupent un emploi. Il s'agit de professions peu qualifiées en contrat intérimaire ou non-déclaré (travail illégal). 19 patientes ne déclarent aucune activité professionnelle.

Concernant la situation familiale des patientes, elles vivent majoritairement en concubinage.

**Tableau II : Situation familiale**

	Primiparité	Multiparité	Au 2 <sup>ème</sup> accouchement	Total
Mariée	1	0	0	1
Pacsée	0	1	0	1
Concubinage	7	4	3	14
Célibataire vivant seule	6	2	0	8
Divorcée vivant seule	0	1	0	1
Total	14	8	3	25

Un couple, en concubinage, se distingue par le fait que la patiente, de tradition magrébine, a 29 ans d'écart avec son conjoint et qu'elle a accouché la première fois à 16 ans. Il semble que cela soit à l'origine de son errance. Les parents n'ont pas accepté cette première grossesse. Elle a été admise au foyer éducatif Anjorant avec son enfant.

###### 1.3 Données sur le conjoint

L'âge moyen des pères est de 31 ans avec une médiane à 28 ans. Le plus jeune a 19 ans et le plus âgé 48 ans. Chez les conjoints de primipares, l'âge moyen est de 27,4 ans avec une

médiane à 25 ans. Chez les conjoints de multipares, l'âge moyen passe à 35 ans avec une médiane à 35,5 ans.

Concernant l'emploi, 6 pères travaillent au moment de la naissance de l'enfant. Un père a trouvé un emploi stable entre la naissance de ses deux enfants. Comme pour les femmes, ce sont des emplois peu qualifiés, ouvrier le plus souvent et dans un cas en tant qu'intérimaire.

Les antécédents médicaux paternels concernent essentiellement des pathologies psychiatriques (2 cas) et des addictions (tabac, alcool, cannabis, héroïne).

La question de la violence intra familiale est abordée avec les femmes : deux hommes sont connus comme étant violents. Un a été incarcéré par-rapport à des faits de violences conjugales. Le premier enfant de ce couple a également été placé en raison de mauvais traitements de la part du père.

Le contexte familial est mentionné pour trois pères :

- un est en rupture familiale avec sa mère, il semble que ce soit une famille monoparentale
- un autre a été placé à l'âge de six ans car il présentait le syndrome de Gilles de la Tourette
- le troisième a été adopté, il est d'origine polonaise

Enfin, trois pères ne se sont pas manifestés ni pendant la grossesse ni après la naissance.

## 2- Le contexte de vie

### 2.1 Caractéristiques observées sur le parcours de la mère depuis son enfance

Une patiente a été adoptée à l'âge de 6 mois après être née sous X.

De plus trois femmes ont vécu un placement :

- l'une à 6 mois avec des visites régulières au domicile des parents dans un contexte de violences familiales et d'alcoolisme paternel,
- la deuxième à 12 ans à la suite de violences sexuelles de la part de son père associées à de graves négligences et violences morales de la part des autres membres de la famille.
- pour la troisième patiente, nous n'avons aucune information complémentaire.

Une patiente a bénéficié d'une AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert) en raison de relations conflictuelles voire violentes avec ses parents.

### 2.2 L'exposition aux violences

Nous avons considéré quatre types de maltraitance avant l'errance, conformément aux recommandations de l'ODAS en 2005 : les violences psychologiques ou morales, les violences physiques, les violences sexuelles et les négligences graves [37]. Dans l'errance, on ne peut plus parler de négligences. En revanche, l'errance peut exposer à la prostitution. Nous considérons donc : les violences morales, physiques et sexuelles ainsi que la prostitution.

Toutes périodes et tous types de violences confondus, 12 des 19 patientes pour lesquelles l'information a pu être clairement recueillie ont subi des violences, soit près des deux tiers.

### 2.2.1 Les violences familiales

Nous avons identifié plusieurs facteurs concernant le contexte familial dans lequel ont évolué nos patientes :

- un contexte de violences intra-familiales (violences conjugales comprises) dont les patientes ont été témoins, on parlera d'« enfant-témoin » ;
- un alcoolisme parental ;
- des négligences.

Les autres milieux sont qualifiés de sans particularité.

7 femmes sur 15 disent avoir été témoins de violences intra-familiales. 9 patientes évoquent des négligences graves dans la fratrie de la part des parents ou d'autres membres de la famille. 2 d'entre-elles relatent un alcoolisme parental. L'alcool est forcément associé à des faits de violence, l'inverse n'est pas toujours vrai. De plus, les trois items péjoratifs peuvent se retrouver pour une même patiente.

Par-ailleurs, deux patientes font état de conditions de vie précaires dans l'enfance : l'une car les parents étaient au chômage, l'autre invoque le fait d'être issue d'une famille nombreuse sans plus de précision.

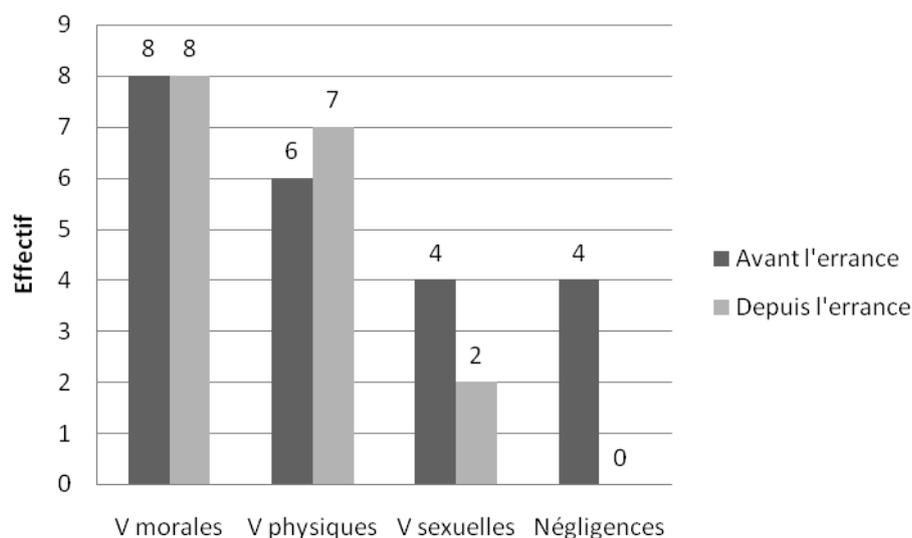
L'information n'est pas claire pour une patiente. En effet, il est fait état d'une mesure d'AEMO pour l'ensemble de la fratrie excepté elle, dans un contexte de négligences graves.

Au total, seules 4 patientes sur 15 pour lesquelles l'information a pu être recueillie ne font pas état de conditions de vie particulières les ayant affectées dans leur vie d'adulte.

### 2.2.2 Les violences personnelles

9 patientes ont connu la violence avant l'errance, dont 8 dès l'enfance. La neuvième a subi des violences conjugales à l'âge adulte. Elles retrouvent toute la violence lorsqu'elles deviennent errantes. 3 ne la rencontrent qu'une fois en errance. Maintenant, considérons chaque période et observons combien de fois sont cités chaque type de violence.

**Figure 4 : Type de violences personnelles**



Comme pour le contexte familial, plusieurs items peuvent se croiser et ainsi concerner une même patiente. Par-ailleurs, aucun cas de prostitution n'a été relaté par les patientes. Pour 7 femmes faisant état de violences depuis l'errance, il s'agit de violences conjugales.

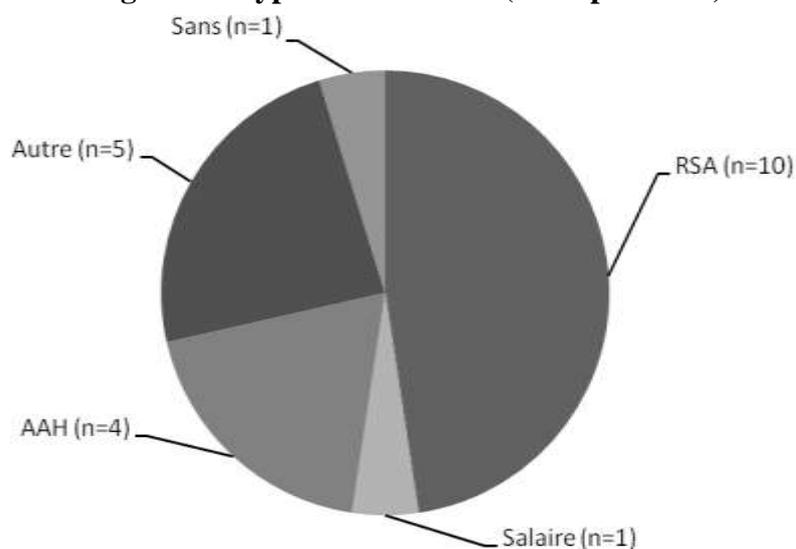
### 2.3 La prise en charge sociale

19 patientes bénéficient d'un suivi social. Cependant, la nature de celui-ci n'a pas pu être définie, les données étant manquantes dans leur dossier.

21 patientes disposent d'une couverture sociale, soit 95% d'entre-elles. Il s'agit de la CMU en grande majorité. Deux d'entre-elles sont affiliées au régime général de la Sécurité Sociale. L'information n'est pas claire pour la dernière.

20 patientes sur 21 déclarent avoir des ressources. Pour une, l'information est manquante :

**Figure 5 : Type de ressources (n=21 patientes)**

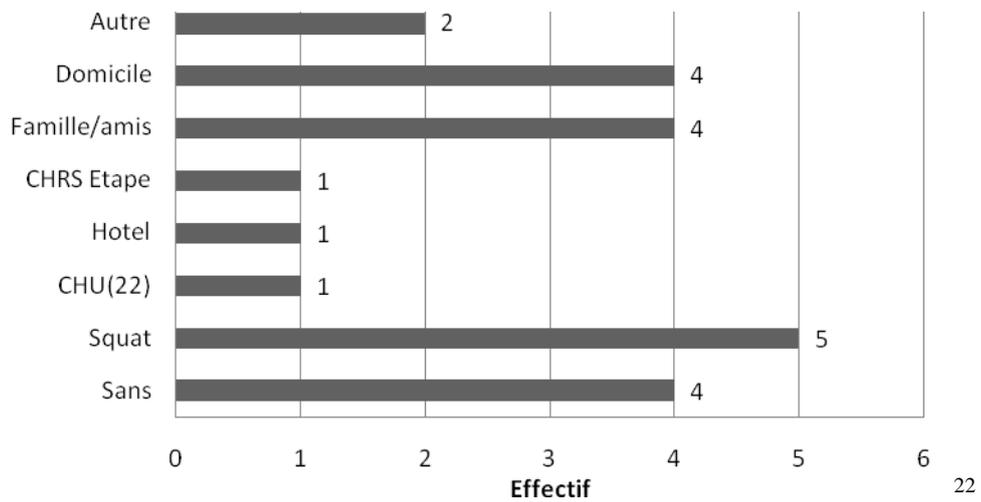


Deux patientes bénéficient d'une mesure de protection de type curatelle renforcée.

## 2.4 Le logement

### 2.4.1 Avant la grossesse

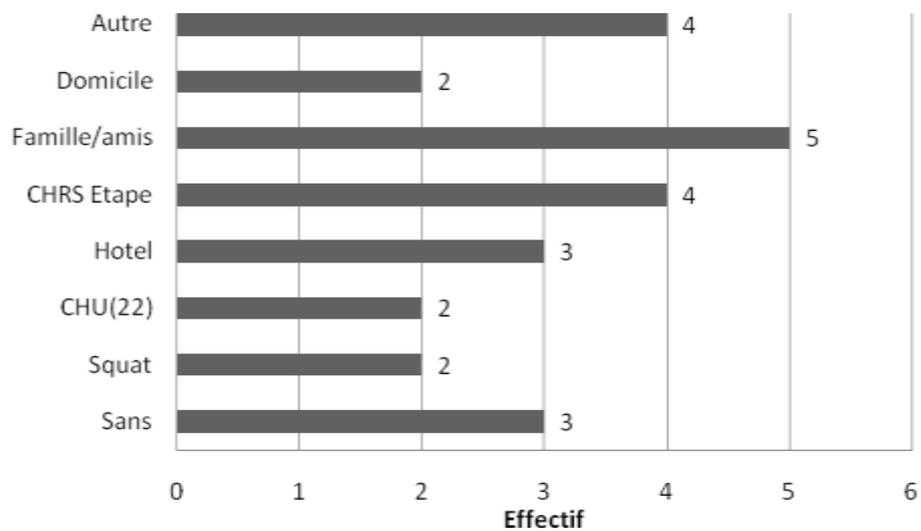
**Figure 6 : Logement avant la grossesse**



Les quatre cas « sans » correspondent à des domiciliations CCAS pour lesquelles aucune précision n'a pu être apportée. Les cas « autre » font référence à un hébergement en mobil-home sur le camping du Petit Port à Nantes et un logement en foyer jeune travailleur. Enfin, pour les trois patientes qui ont accouché deux fois sur la période étudiée, elles ont toutes un domicile personnel avant la seconde grossesse.

### 2.4.2 Pendant la grossesse

**Figure 7 : Logement pendant la grossesse**



<sup>22</sup> CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

La domiciliation CCAS sans précision concerne 3 patientes. Dans les cas « autres », on retrouve toujours le mobil-home et le foyer jeune travailleur. De plus, deux patientes ont dû être hospitalisées en CHS car elles décompensaient leur pathologie psychiatrique.

### 3- Le contexte médical

#### 3.1 Les antécédents médicaux

Sur le plan médical, on retrouve des antécédents d'asthme (2 cas), d'affections ORL chroniques (1 cas) et d'épilepsie non-suivie(1 cas). Une patiente est porteuse d'une forme particulière de neurofibromatose de type 1, pour laquelle le diagnostic anténatal réalisé lors de sa grossesse s'est révélé négatif.

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen est de 23,35 avec une médiane à 22. Le plus faible est à 19 et le plus élevé à 34. Chez les primipares, il est de 23,7 avec une médiane à 22. Chez les multipares, la moyenne est à 22,7 avec une médiane à 21,5. L'information est manquante pour cinq patientes car seul le poids est référencé.

L'état et le suivi dentaire ne sont jamais renseignés. Seules les patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré ont pu bénéficier d'une consultation dentaire durant la grossesse (2 cas).

Pour l'ensemble des patientes, on retrouve des sérologies négatives pour la syphilis, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C (recherchée pour 22 grossesses).

#### 3.2 Les antécédents psychiatriques

##### 3.2.1 Les pathologies

Différentes pathologies psychiatriques sont citées, il s'agit de pathologies chroniques (un cas par type) :

- Dépression, tentative de suicide
- Anxiété (2 cas)
- Psychose bipolaire
- Stress post-traumatique
- Psychose chronique non-étiquetée qui a nécessité une hospitalisation pendant la grossesse dans un contexte de délire aigu
- Schizophrénie qui a également nécessité une hospitalisation prénatale puis post-natale

A cela s'ajoute des perturbations du développement :

- Dysharmonie évolutive
- Troubles cognitifs
- Troubles narcissiques
- Déficit intellectuel

Seules six patientes sur les dix présentant au moins un trouble disposent d'un suivi psychiatrique. Deux d'entre-elles ont été hospitalisées au cours de la grossesse pour des décompensations. Les quatre autres ne semblent n'avoir aucune prise en charge, y compris

pendant la grossesse.

### 3.2.2 Les addictions

La principale addiction est le tabac : seulement 3 patientes déclarent ne pas fumer ni avant ni pendant la grossesse. Sur les 19 fumeuses, soit 86% des patientes :

- La consommation moyenne est de 21 cigarettes par jour avant la grossesse
- Pour 17 patientes, elle diminue à 11 cigarettes par jour pendant la grossesse
- 2 patientes parviennent à arrêter de fumer pendant la grossesse.

La consommation d'alcool déclarée concerne 4 patientes :

- Un alcoolisme vrai avec des alcoolisations massives quotidiennes
- Une consommation de 2 à 3 verres par semaine
- Un arrêt de la consommation à la fin du premier trimestre
- Pour la dernière, il n'est pas renseigné de quantité mais il semble qu'elle ait un antécédent d'alcoolisme sevré au moment de ses deux grossesses.

Concernant les substances psycho-actives, 6 patientes déclarent une addiction :

- 3 patientes consomment du cannabis
- 3 de l'héroïne associée à de la cocaïne pour l'une d'elles. Toutes les consommations d'héroïne sont substituées par de la buprénorphine (Subutex®).

5 de ces 6 patientes se sont vu proposer un suivi addictologique (une était déjà suivie). Une patiente a refusé cette prise en charge à l'issue de la première consultation avec l'addictologue de l'UGOMPS.

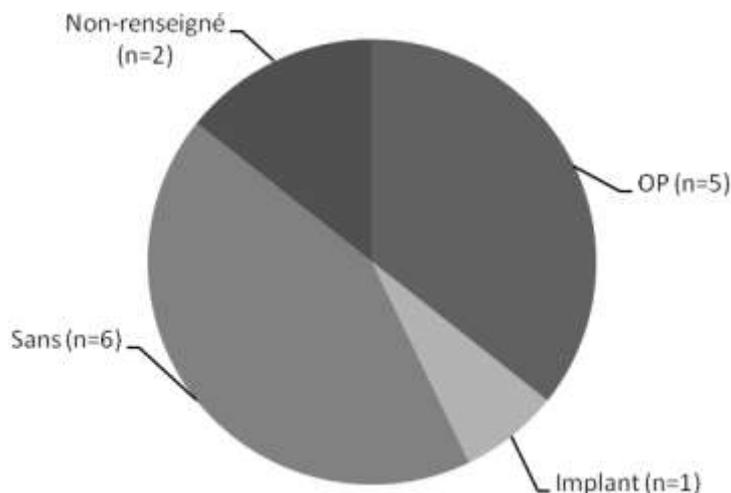
## 3.3 Les antécédents gynécologiques

### 3.3.1 Le suivi gynécologique

Six patientes bénéficient d'un suivi gynécologique avec un frottis cervico-vaginal inférieur à deux ans au moment de la grossesse. On observe trois primipares. Elles sont âgées de 25 ans ou moins et deux d'entre-elles ont une pathologie de la sphère gynécologique (condylomes vulvaires). Deux patientes ont accouché deux fois au cours de la période étudiée. Elles ont débuté un suivi à partir de la première grossesse et l'ont continué ensuite. L'une n'avait cependant pas de contraception avant sa nouvelle grossesse, elle n'en souhaitait pas a priori. La dernière patiente ayant un suivi est une cinquième parée de 40 ans. Elle n'avait pas de contraception avant sa dernière grossesse.

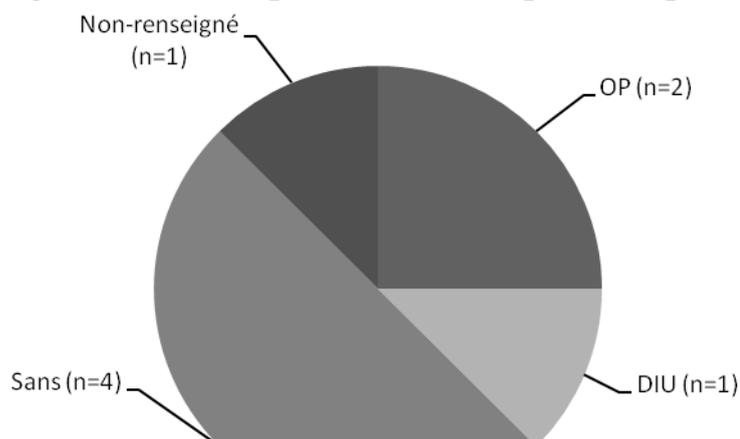
### 3.3.2 La contraception avant la grossesse

**Figure 8 : Contraception chez la primipare (n=14 patientes)**



Les primipares n'utilisent pas le dispositif intra-utérin (DIU).

**Figure 9 : Contraception chez la multipare (n=8 patientes)**

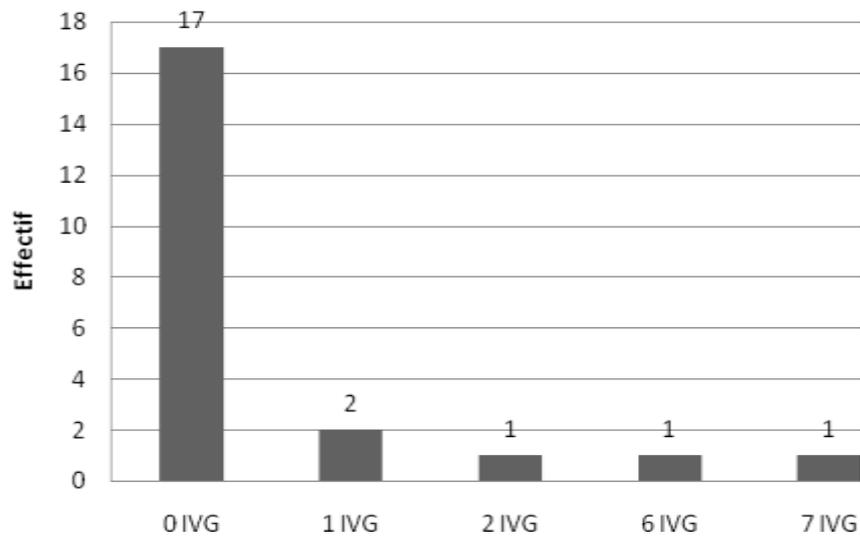


Les multipares n'utilisent pas l'implant. Les patientes ne semblent pas utiliser de préservatif en tant que moyen contraceptif. Aucune femme n'a déclaré utiliser des micro-progestatifs oraux.

Trois patientes ont accouché une seconde fois sur la période étudiée : une utilisait un DIU au cuivre, une n'avait pas de contraception (pas de prescription en sortie de maternité) et l'information est manquante pour une patiente.

### 3.3.3 Le recours à l'IVG

**Figure 10 : Nombre d'IVG par patiente (n=22 patientes)**

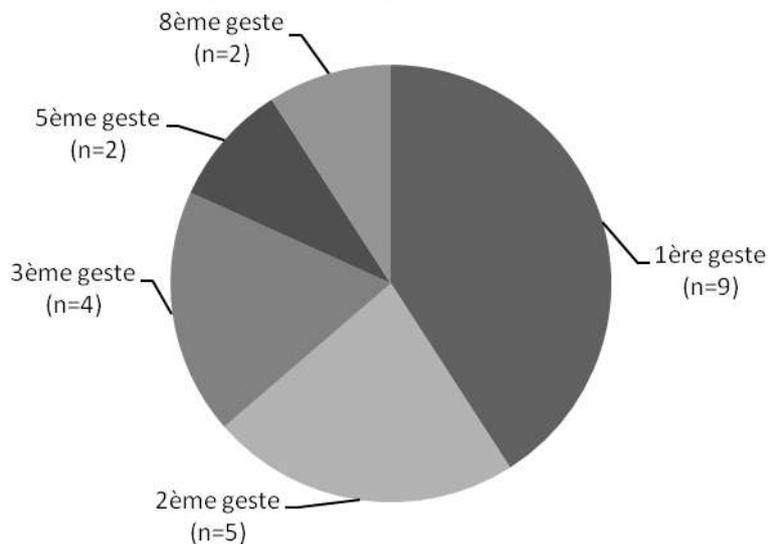


Les deux patientes ayant eu six et sept interruptions volontaires de grossesses n'utilisaient pas de contraception.

## 4- Le déroulement de la grossesse

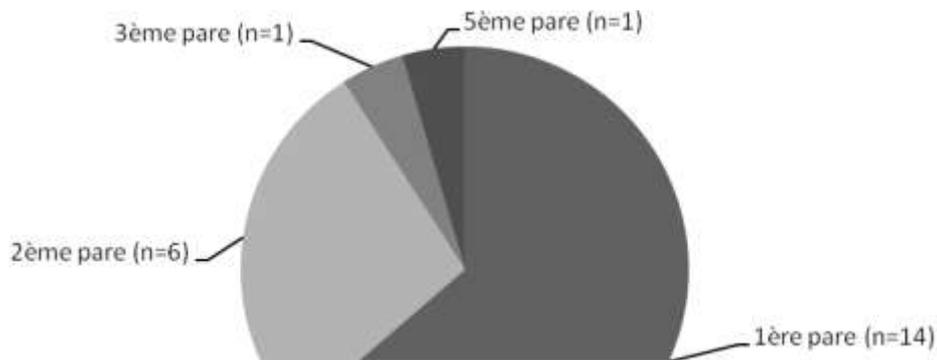
### 4.1 Gestité, parité

**Figure 11 : La gestité (n=22 patientes)**



Concernant la gestité, six patientes ont fait une fausse couche spontanée dont une tardive à 21 semaines d'aménorrhée dans un contexte de chorioamniotite.

**Figure 12 : La parité (n=22 patientes)**



La patiente cinquième parité n'a aucun contact avec ses enfants qui sont tous placés. Les enfants de la patiente troisième parité sont également placés. Ils ont gardé des séquelles importantes quant à leur développement psycho-moteur.

Deux primipares et une deuxième parité ont de nouveau accouché au cours de la période étudiée. La dernière est actuellement enceinte de son quatrième enfant.

#### 4.2 Le suivi obstétrical

Sur les 25 grossesses, 16 patientes ont eu moins de sept consultations prénatales. 2 n'ont pas fait suivre leur grossesse. Seules 7 femmes ont bénéficié d'un suivi conforme aux normes de l'HAS. Au total, plus des deux tiers des grossesses ont bénéficié d'un suivi insuffisant.

18 patientes ont déclaré leur grossesse dans le délai de 15 SA. 4 ont fait leur déclaration tardivement. Les deux femmes, qui n'ont pas fait suivre leur grossesse, l'ont déclarée à la naissance. Au total, un quart des grossesses est déclaré tardivement.

##### 4.2.1 Le lieu de suivi

Le suivi a eu lieu à l'UGOMPS pour 17 grossesses. 3 patientes ont d'abord consulté à la PASS et une autre chez son médecin traitant. Pour 10 d'entre-elles, la prise en charge à l'UGOMPS s'est déroulée en lien avec la PMI.

3 patientes ont été orientées vers des obstétriciens en rapport avec des antécédents pathologiques. 1 patiente a choisi d'être suivie par son médecin traitant puis une sage-femme du CHU.

3 patientes ont dû être hospitalisées en grossesses à haut risque avant même d'avoir débuté leur suivi à la maternité, dont une à la suite d'un transfert in utero pour métrorragies sur placenta recouvrant.

Il faut souligner que seules les patientes suivies en PMI et celles suivies par la sage-femme de consultations du CHU ont bénéficié de séances de préparation à la parentalité et à

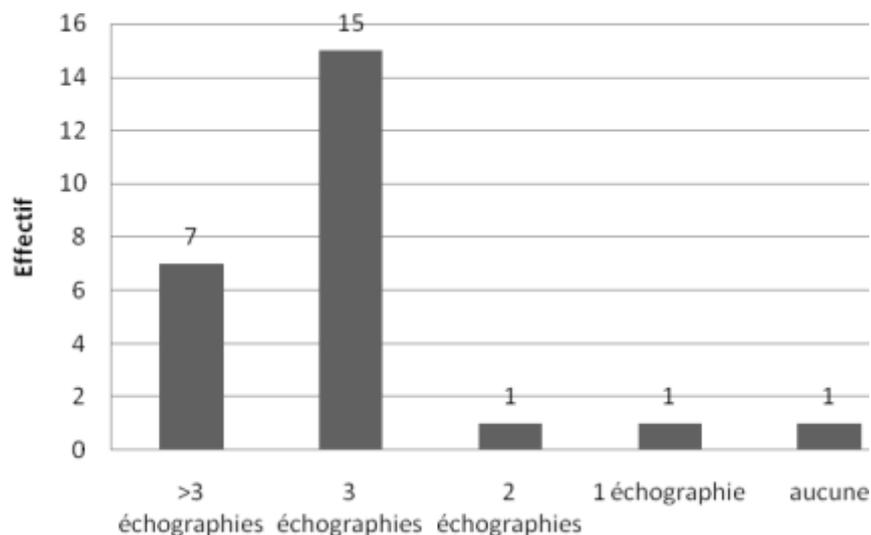
la naissance avec la réalisation de l'entretien prénatal précoce, soit 11 femmes.

#### 4.2.2 Le recours aux urgences

Les femmes consultent en moyenne 2 fois en urgence. A noter, qu'une femme a consulté sept fois. Il s'agissait d'un contexte de violences conjugales graves. Une autre a consulté cinq fois. Elle a présenté une menace d'accouchement prématuré associée à un retard de croissance intra-utérin et une pré-éclampsie.

#### 4.2.3 Les échographies

**Figure 13 : Nombre d'échographies au cours de la grossesse**



7 patientes ont bénéficié d'échographies supplémentaires en lien avec différentes pathologies. Une patiente non-suivie a pu bénéficier d'une échographie avec un référent à l'occasion d'une consultation aux urgences pour un renouvellement de buprénorphine (Subutex®). L'autre patiente non-suivie n'en a eu aucune. La patiente qui en a eu que deux a accouché prématurément, à 31 SA.

#### 4.2.4 La consultation d'anesthésie

17 patientes ont bénéficié de leur consultation d'anesthésie en anténatal, soit 7 sur 10. 8 n'ont pu être vues qu'au moment de la naissance. Pour 6 d'entre-elles, l'accouchement a eu lieu prématurément. Les deux autres sont celles qui n'ont pas fait suivre leur grossesse.

En sommes, le suivi est fréquemment incomplet. Il apparait difficile pour ces femmes de se conformer à la surveillance habituelle de grossesse. Cependant, les motifs de consultation aux urgences gynécologiques et obstétricales montrent que les femmes consultent facilement dès lors qu'une symptomatologie est perçue. Par-contre, il semble difficile, de part ce suivi irrégulier et/ou débutant tardivement, de mettre en place des actions de préventions efficaces.

### 4.3 La morbidité périnatale

Sur les 25 grossesses étudiées, 12 se sont compliquées, soit près de la moitié. On retrouve :

- Six menaces d'accouchement prématuré, soit près d'un quart
- Trois cas de métrorragies dont 2 dans un contexte d'hématome rétro-placentaire (HRP), soit 8%, et l'autre sur un placenta recouvrant.
- Quatre suivis rapprochés de leur grossesse en raison d'un retard de croissance intra-utérin, soit 16%.
- Un cas de cholestase gravidique
- Un cas de pré-éclampsie
- Un cas d'oligo-amnios

Pour autant, seules 5 d'entre-elles ont du être hospitalisées, dont une dans un contexte de violences conjugales.

Concernant les deux HRP, il est retrouvé une consommation d'héroïne substituée et de tabac (10 cigarettes par jour) pour une patiente. Pour l'autre, elle présentait une alcoolisation massive chronique associée à un tabagisme à 20 cigarettes par jour.

## 5- L'accouchement

### 5.1 Le terme

Sur les 25 naissances, 6 enfants sont nés avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) dont 3 avant 33 SA. Les femmes accouchent en moyenne à 39SA+4 jours avec une médiane à 39SA+1 jour. 2 ont accouché après terme à 41SA+1 et 41SA+3.

Au total, les naissances ont lieu entre 31SA+2 à 41SA+3.

### 5.2 Les modalités d'accouchement

La mise en travail a été spontanée pour 18 patientes. 3 patientes ont été déclenchées. Il a été décidé d'une césarienne avant travail pour une patiente ayant un fœtus en siège et un bassin rétréci. 3 césariennes ont eu lieu en urgence (2 HRP, 1 placenta recouvrant avec métrorragies).

Au total, 14 patientes ont accouché par voie basse spontanée, 3 ont eu une extraction instrumentale et 6 ont eu une césarienne (soit 24%), dont 2 césariennes en cours de travail.

Une patiente a accouché de manière inopinée à son domicile avec l'aide de son conjoint.

## 6- Le nouveau-né

### 6.1 Le poids de naissance

Si l'on considère le seuil de 37 semaines d'aménorrhée, soit 19 enfants nés à terme, le poids de naissance moyen est de 3036 grammes avec une médiane à 3095 grammes. Six nouveau-nés ont un poids inférieur au dixième percentile. Ils sont donc hypotrophes.

Deux des six bébés nés prématurément sont hypotrophes à la naissance : 1465 g à 31 SA et 1450 g à 35 SA.

Pour l'un, on retrouve un contexte de menace d'accouchement prématuré (MAP) compliquée d'un hématome rétro-placentaire. La mère consommait de l'héroïne et du tabac.

Pour l'autre, là encore on note une MAP compliquée d'une pré-éclampsie et d'un retard de croissance intra-utérin. La mère de l'enfant a vécu d'abord en camion puis a enchaîné des solutions de logement instables.

Au total, l'hypotrophie concerne huit nouveau-nés, ce qui représente un tiers des enfants. Parallèlement, la prise de poids moyenne est de 12,22 kg avec une médiane à 12 kg, un minimum à 4 kg et un maximum à 23 kg. L'information est manquante pour quatre femmes.

## 6.2 Le mode d'alimentation

9 des nouveau-nés ont été allaités au cours du séjour en maternité, soit 36%. La durée d'allaitement maternel ensuite est inconnue.

## 7- Les suites de couches

### 7.1 La durée du séjour

La durée moyenne du séjour en suites de couches est de six jours avec une médiane à cinq jours. Les femmes ayant accouché par voie basse sont restées 5,9 jours (0 à 12 jours), celles par césarienne 6,6 jours (3 à 12 jours).

### 7.2 Des évènements particuliers

Quelques évènements sont à signaler durant le séjour en maternité. Tout d'abord, 5 nouveau-nés ont dû être hospitalisés en néonatalogie en raison de leur prématurité et un en raison d'une hypotonie néonatale. Une trisomie 21 a par ailleurs été diagnostiquée dans les jours suivant la naissance de l'enfant (pas de diagnostic anténatal).

Des manifestations agressives ont été signalées chez 3 patientes et 2 conjoints. Des difficultés dans la relation mère-enfant ont été observées chez 7 patientes avec seulement un cas noté de baby-blues.

### 7.3 Contraception à la sortie

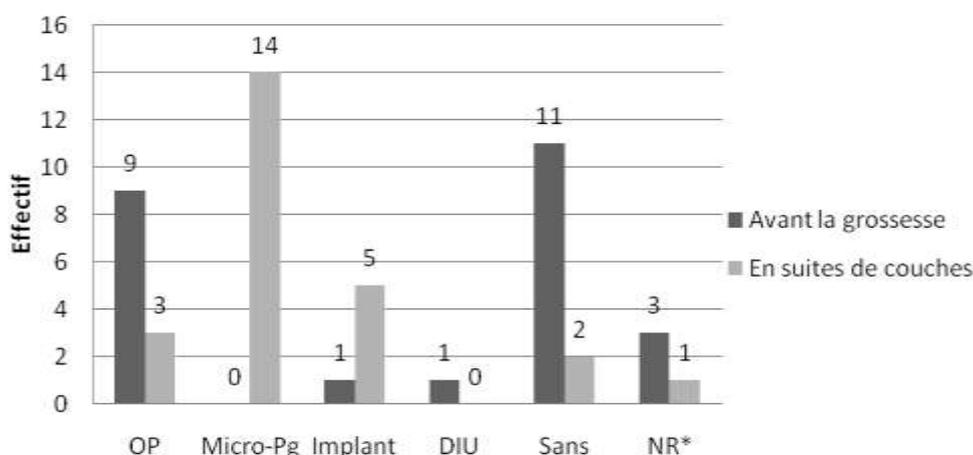
La majorité des patientes est sortie avec une prescription de pilule micro-progestative de type Cérazette® non-remboursée par la Sécurité Sociale essentiellement ou Microval®, cela concerne 14 femmes. 3 sont sorties avec une pilule œstro-progestative. 5 se sont fait poser un implant.

Deux patientes sont sorties sans aucune contraception. L'une d'elle a débuté une nouvelle grossesse deux mois plus tard. Au vu de sa pathologie psychiatrique, la schizophrénie et de sa situation sociale, une interruption médicale de grossesse lui a été accordée pour cause maternelle à 18 semaines d'aménorrhée (grossesse découverte à 16 SA). L'autre a de nouveau accouché un an plus tard.

L'information est manquante pour une accouchée.

Il est important également de comparer la contraception avant et après la grossesse afin de voir si cela permet un meilleur accès à la contraception.

**Figure 14 : Contraception avant et après la grossesse**



\* NR : Non renseigné

Alors qu'avant de débuter une grossesse, onze patientes n'utilisent aucun moyen contraceptif, seulement deux sortent sans contraception de la maternité. Il semble que la grossesse soit un moment privilégié pour ces femmes pour renouer avec la prévention des grossesses non-désirées. Cependant, il est difficile de savoir si les patientes continuent d'utiliser des moyens contraceptifs à long terme, d'autant qu'il n'est pas possible de savoir si elles ont fait leur visite post-natale : seulement deux patientes sur les vingt-deux sont revenues au CHU pour cette consultation. Elles peuvent aussi être allées chez un professionnel en ville.

## 8- Le devenir des femmes et de leurs enfants

### 8.1 Le staff de parentalité

Un staff de parentalité a été mis en place en anténatal pour 13 des 25 grossesses. A chaque fois, il est demandé une observation précise du lien mère-enfant. Pour une patiente, il a été décidé un placement immédiat à la naissance et un retour en psychiatrie pour la mère. Pour 12 mères, il est proposé une orientation vers une structure :

- le HOME : 5 fois
- l'accueil couple En Vie de Famille : 3 fois
- le CHRS Etape : 2 fois
- le centre maternel Saint Luc : 2 fois.

Chez ces patientes, sept ont des enfants déjà placés. Dans quatre cas, on retrouve des négligences et des violences physiques, dont deux cas aggravés par des violences psychologiques. Pour trois cas, la cause n'est pas précisée. Les placements ont eu lieu essentiellement dans la première année (3 cas sur 5 renseignés).

### 8.2 A la sortie de la maternité

Tout d'abord, il est important de noter la part élevée de données manquantes. Pour cinq naissances, nous n'avons pas pu établir le lieu d'accueil de la mère et du nouveau-né à la sortie. Trois enfants ont été placés dès la naissance :

- dans un cas, la mère, atteinte de schizophrénie, a du être réhospitalisée dès le post-partum immédiat en psychiatrie, puis est retournée chez sa mère.
- Pour un autre, la patiente est arrivée fortement alcoolisée le jour de l'accouchement et cela s'est répété pendant le séjour en suites de couches. Elle est sortie pour essai à En vie de Famille avec son conjoint, mais devant leurs alcoolisations massives, ils ont été exclus de la structure et sont retournés à la rue.
- La décision de placement pour le troisième enfant a été motivée devant l'incapacité maternelle à prendre en charge celui-ci et de le protéger de la violence de son environnement. La mère a été orientée vers le HOME.

Huit nouveau-nés ont été accueillis avec leur mère au sein de structures. Pour deux d'entre eux, il s'agit du CHRS l'Etape qui accueille également les pères. Une mère et son bébé ont été pris en charge par le centre maternel Saint Luc. Un couple a été accueilli avec leur bébé à En vie de Famille. Les cinq autres enfants sont allés au HOME avec leur mère.

Les huit autres enfants dont nous connaissons le devenir sont au domicile de leurs parents. 4 sont dans des logements de type HLM. Deux enfants vivent avec leur mère chez les parents de celles-ci. Un enfant vit avec sa mère chez des amis. Une famille vit en mobil-home sur un camping.

Pour tous les enfants en structure ou à domicile, le lien avec la PMI a bien sur été effectué.

### 8.3 Aux trois mois de l'enfant

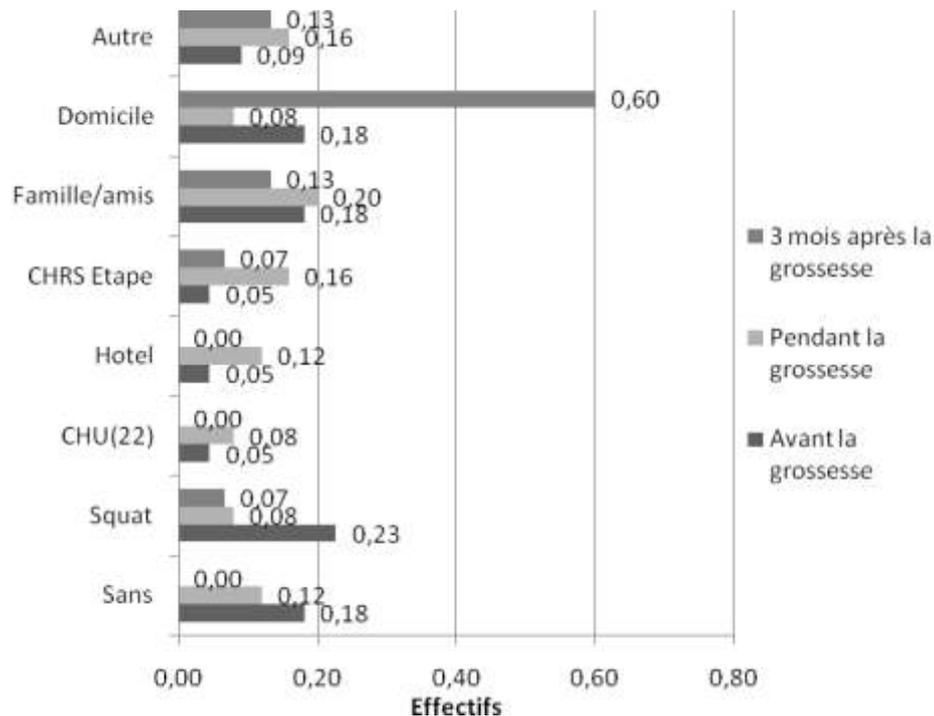
Là encore, le nombre de données manquantes est important puisque nous ne connaissons le devenir de seulement 14 mamans et 17 nourrissons.

Concernant les femmes, une est retournée à la rue comme déjà évoqué, deux sont toujours hébergées par leur famille ou des amis et une vit toujours au camping (elle ne le quittera qu'à l'issue de sa grossesse suivante). L'une d'elle est toujours prise en charge avec son conjoint par la structure pour couple En Vie de Famille. Toutes les autres disposent d'un domicile personnel, soit 9 femmes.

Une femme entre ses deux grossesses est allée à Etape puis dans un second CHRS pour enfin trouver un logement HLM.

La grossesse et surtout la naissance d'un enfant permet aux femmes de retrouver un logement personnels. Cependant, il est parfois nécessaire de passer par une structure pour être héberger.

**Figure 15 : Statut par rapport au logement avant, pendant et après la grossesse**



<sup>22</sup> Centre d'Hébergement d'Urgence

Au total, seules 59% des patientes ont un hébergement avant la grossesse, 60% pendant la grossesse et 93% au trois mois de leur enfant.

Concernant les enfants, 7 vivent au domicile avec leurs parents, 5 enfants de plus ont été placés pendant leurs trois premiers mois de vie. Une mère a par ailleurs choisi de confier son enfant à l'adoption au vu de sa situation à l'issue de sa prise en charge au HOME.

Au total, 8 enfants vivent avec leurs mères dont un en structure (soit un tiers), 8 enfants sont placés à l'Aide sociale à l'enfance (soit un tiers), dont 6 après le signalement du HOME. Un est confié à l'adoption au troisième mois du post-partum, après que la mère soit allée au HOME.

## 9- La décision de placement

Sur 16 cas où nous avons pu recueillir l'information, 11 informations préoccupantes ont été formulées. Au moins une a été émise pendant la grossesse. La patiente s'est retrouvée à la rue au troisième mois de grossesse et a refusé toute prise en charge que ce soit au plan social ou médical avec le concours de son conjoint. Au final, 8 décisions de placement par ordonnance de garde provisoire (OGP) ont été prononcées.

## V- Les entretiens

### 1- L'organisation des rencontres

Il s'agit d'entretiens semi-directifs. Avec l'UGOMPS, nous nous tenons régulièrement

informé des femmes en errance susceptibles d'accoucher au CHU de Nantes. Trois femmes ont pu être rencontrées : deux l'ont été lors de leur séjour en suites de couches et la dernière lorsqu'elle rendait visite à son enfant dans le service de soins intensifs de néonatalogie. Aucune n'a refusé l'entretien.

## 2- Le contenu des entretiens

Il était demandé aux patientes d'évoquer leur maternité, mais aussi leur histoire personnelle : leur enfance, leurs conditions de vie, le conjoint, et comment elles envisageaient l'avenir avec leur enfant.

L'expression était libre afin de ne pas influencer sur leur discours. Les entretiens ont donc fait l'objet d'une retranscription intégrale et anonyme. Nous avons porté un soin particulier au respect des expressions employées et des intonations (annexe 8).

## 3- L'analyse

### 3.1 Présentation des trois patientes

Les femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues sont toutes en couples, multipares, et ont désiré leur grossesse.

Mme B, âgée de 31 ans, vient d'accoucher de son troisième enfant. Son conjoint, âgé de 40 ans, présente le syndrome de Gilles de la Tourette. Ses relations sont tendues avec sa famille. Cette patiente a vécu dans un contexte de violences dès l'enfance : violences psychologiques et négligences de la part de sa mère et de sa grand-mère, violences sexuelles par son père à qui elle pardonnera plus tard. Ses deux premiers enfants ont été placés à trois et quatre ans dans un contexte de violences physiques exercées par le père et de négligences de la part de la mère.

Mlle A, âgée de 24 ans, vient d'accoucher de son deuxième enfant. Son conjoint, âgé de 19 ans, est en rupture familiale et agressif voire violent. Il a déjà été plusieurs fois à la rue. Cette patiente, née sous-X, a été adoptée à l'âge de 6 mois. Sa relation avec ses parents a été conflictuelle à partir de l'adolescence lorsqu'elle a rencontré le père de son premier enfant. Il s'agissait d'un homme violent, incarcéré lors de la première grossesse. L'enfant a été placé à trois mois devant la violence de son père et l'incapacité de la patiente de le protéger. Lors de cette nouvelle grossesse, elle s'est retrouvée à la rue avec son nouveau conjoint à partir du troisième mois. Ils ont donc choisi de ne pas faire suivre la grossesse par crainte d'un nouveau placement en raison de leur mode de vie. Devant l'incertitude quant à l'issue de la grossesse, une information préoccupante a été prononcée dès la période anténatale.

Mme L, âgée de 26 ans, vient d'accoucher prématurément de son deuxième enfant. Son conjoint, âgé de 31 ans, a déjà connu l'errance avant de rencontrer la patiente. Elle ne décrit pas de violences, mais relate des conditions de vie précaires étant enfant. Avec son conjoint, ils ont décidé de « faire la route », ce qui a provoqué une rupture des liens avec la famille du conjoint. C'est dans ce contexte que débute la première grossesse. Après avoir multiplié les démarches, ils ont obtenu un logement type HLM entre les deux grossesses.

### 3.2 Le contexte de vie

Comme dans le questionnaire, la violence tient une place importante dans la vie des patientes, puisqu'elle est récurrente chez deux patientes. « il a jamais été violent envers mon

« fils, mais beaucoup envers moi et j'avais peur pour mon fils » (Mlle A), Il s'agit de violence dès l'enfance : « ce premier enfant m'a permis un peu d'oublier la maltraitance de mon père » (Mme B) ; mais aussi de violence conjugale : « quand vous avez un enfant, faut pas qu'il y ait de problèmes de couple... Moi j'étais un peu comme ça, maintenant je le suis plus » (Mr B). Par-ailleurs, dans le dossier de Madame L, il est mentionné des violences verbales de la part du conjoint lors de sa première grossesse.

Les relations conflictuelles avec la famille sont également prépondérantes dans l'errance. Cela concerne les trois situations : « Je suis en rupture familiale en fait... depuis la naissance de mon premier » (Mlle A). On retrouve cet élément également chez les conjoints : « ils allaient trop loin dans les deux côtés de la famille » (Mme B). « Avant il était en rupture avec eux ? Complètement... parce que eux aussi, j pense que ses parents savaient sans vouloir l'admettre et sans l'accepter donc... » (Mme L). Les conflits peuvent aussi être présents avec les autres membres de la fratrie. Mme L évoque sa rupture avec sa sœur aînée : « soit elle accepte, soit elle l'accepte pas, mais on tourne pas autour du pot donc euh... on s'est pas parler pendant cinq ans, on vient juste seulement de se reparler depuis peu voila... ».

### 3.3 Le vécu de la grossesse

Les patientes ne vivent pas sereinement la grossesse. En effet, les conditions de vie sont difficiles : « vivre une grossesse à la rue, c'est pas évident... on vivait dans une toile de tente, alors on a bougé sur plusieurs endroits. On a été sur Mairie de Doulon un moment. Après on est partis vers la Beaujoire. Euh... on était bien installé... bien installé comme quand on est pas enceinte on va dire... Après c'est sur que c'est pas toujours évident... parce que dormir tout le temps sur un matelas gonflable, pour le dos c'est pas toujours ce qui y'a de bien... » (Mlle A). La prévention des complications est impossible : « Bah j'ai eu des complications dès le début de la grossesse. On m'a dit que j'avais le col ouvert à quatre mois et demi, que fallait que je reste au repos... mais sans domicile fixe, le repos... c'est pas facile... » (Mlle L). Cette patiente a enchaîné diverses solutions de logement avant d'obtenir un logement type HLM un an après la naissance de son premier enfant. Lors de sa seconde grossesse, le vécu a été plus serein : « Ah bah oui, plus facile, c'est sur. Pis moralement aussi ».

Par-ailleurs, ces femmes redoutent le placement comme Mme B : « j'vais aller au HOME pour garder cette petite fille parce que si j'avais pas eu mes parents et été à la porte, aujourd'hui peut-être que j'aurais mes enfants encore avec moi ». Elle a essayé d'être irréprochable pendant toute la grossesse au niveau des rendez-vous, d'être conciliante dans l'espoir de pouvoir garder son enfant avec elle : « Grâce à ça, personne pourra détruire ce qu'on essaie de construire ». A l'inverse, Mlle A a décidé de ne pas se faire suivre, de refuser toutes les aides dans le but de garder son enfant : « parce qu'en fait par-rapport au premier vu qu'il était placé en fait... je me suis dit vu qu'on a pas de situation... bah là, ça va être pareil... et donc en fait par peur que Enzo soit placé... du coup bah j'ai pas fait suivre ma grossesse... Donc c'est pas très malin forcément. Mais le papa avait peur aussi... du coup, on a refusé toute aide... ». Pour Mme L, cette angoisse a surtout été évoqué par-rapport à la première grossesse au moment de la sortie de néonatalogie de son bébé : « la veille que je récupère ma première. Comme c'était un studio qu'on avait en urgence, ils voulaient pas trop laissé ma première K... euh... parce qu'elle avait pas sa chambre ».

### 3.4 La prise en charge pluridisciplinaire

Pour les deux patientes qui ont fait suivre leur grossesse, la prise en charge a été pluridisciplinaire. Mme B, en plus du suivi obstétrical, a vu l'assistante sociale et la

psychologue de la maternité. Compte tenu des difficultés qu'elle a rencontrées dans l'exercice de sa parentalité, elle a également été orientée vers le HOME : « de toute façon, l'assistante sociale m'a dit le HOME, ils me laissent pas tomber. Le but, c'est que je garde mon bébé et éviter qu'il soit placé. Après, que je puisse conserver cet enfant, c'est le but du HOME en fait... que je puisse aller loin dans mon rôle de maman et que ça puisse faire avancer mes droits de garde sur mes autres enfants ».

Le père est par contre réticent à ce mode d'accompagnement des mères : « j'arrive pas à vous faire confiance... Avant, on avait des problèmes à la maison et maintenant, les problèmes ne se posent plus, donc euh... ». Il a du mal à se sentir pris en compte : Faut que je connaisse mieux ma fille aussi.

Mme L a également été reçue par l'assistante sociale : « je l'ai vu qu'une fois pour la première... qu'elle m'avait fait un papier qui attestait mes problèmes de santé, de grossesse. Donc bah... on pense que ça a quand même joué ». De même, elle a été orientée vers l'addictologue du fait de sa consommation de cannabis, mais n'a pas souhaité poursuivre le suivi : « elle m'a fait faire ma frise chronologique depuis ma naissance et euh... ça m'a plus fait ressortir des mauvais souvenirs qu'autre chose... Ça m'a pas du tout aidé... » Il semble qu'elle ne soit pas prête à arrêter : « Je le sais très bien, faut qu'on change... je le sais... c'est comme les enfants, on a toujours un esprit contradictoire et plus on va me le dire, moins j'ai envie d'arrêter, alors que si ça vient de moi-même ça sera plus facile ». La patiente étant déjà à Etapes au titre de l'urgence au moment de son accouchement, il a simplement été décidé un basculement en CHRS afin d'obtenir un logement adéquat pour la sortie de son enfant. Pour sa seconde grossesse, elle n'a vu qu'un obstétricien du CHU. Aucun accompagnement particulier n'a été décidé.

### 3.5 Comment envisagent-elles l'avenir ?

Deux patientes sont plus anxieuses car le placement est toujours possible. Pour autant, elles espèrent pouvoir vivre avec leur enfant. Mlle A a trouvé une solution d'hébergement *in-extremis* pendant le séjour en maternité : « et l'avenir, vous l'envisager comment ? En appartement... c'est un ami qui louait cet appartement là. C'est un logement HLM et euh bah il a rencontré une copine, donc du coup il s'est mis avec elle. Et euh... quand il a su qu'il y avait une menace de placement pour Enzo du fait qu'on était à la rue, qu'on avait rien pour l'accueillir, il a décidé de nous sous-louer en fait son appartement ». Mme B espère éviter le placement en allant au HOME : « j'vais montrer que j'peux m'en sortir toute seule, que je suis capable d'être une maman exemplaire, que je refasse pas les mêmes bêtises qu'avec les deux grands ».

Dans les trois mois qui ont suivi ces deux accouchements, un placement a été prononcé pour les deux patientes après signalement de la PMI pour Mlle A et du HOME pour Mme B.

Mme L envisage les choses de façon beaucoup plus sereine car elle ne vit plus en errance. Son conjoint a trouvé un emploi stable. Elle souhaite s'occuper de ses filles jusqu'aux deux ans de la dernière, puis trouver un emploi dans la vente. Le couple a pour projet plus tard de monter leur propre entreprise : « concrètement, bah euh... attendre que mes filles grandissent pour bosser un peu euh... à partir des deux ans de L. et euh... quand on aura un CDI chacun, on compte faire un crédit pour une boucherie-charcuterie ».

# Discussion

## I- Synthèse des observations

Les femmes en errance qui accouchent au CHU de Nantes sont plutôt jeunes. Elles vivent en concubinage. Il s'agit le plus souvent de leur premier enfant. Elles ont peu d'antécédents somatiques avant de débiter leur grossesse. Par-contre, elles ont dans la plupart des cas connu la violence sous toutes ses formes. Les addictions, notamment le tabac, sont nombreuses. Il en résulte des vulnérabilités psychologiques importantes associées à une problématique sociale qui nécessitent une prise en charge particulière.

Au cours de la grossesse, la prise en charge est pluridisciplinaire : obstétricale, sociale, addictologique et psychologique. La naissance est anticipée au cours de concertations en staff de parentalité, afin d'envisager l'accompagnement dont a besoin la patiente/ le couple. La question du domicile est également abordée toujours avec l'objectif de permettre un accueil de l'enfant dans un cadre « secure ».

Les deux pathologies les plus retrouvées sont la menace d'accouchement prématuré et l'hypotrophie. Six enfants sont nés prématurément et quatre ont été transférés en néonatalogie. Huit nouveau-nés sont hypotrophes pour leur terme.

Huit enfants sont placés au terme des trois mois : trois d'entre-eux dès la maternité et les cinq autres au cours des trois premiers mois de leur vie. Un enfant a été confié à l'adoption. Huit sont avec leur mère.

Une femme est retournée à la rue. Une autre vit en camping. Deux patientes sont hébergées par de la famille ou des amis. Une est en structure pour couple. Neuf ont un domicile personnel.

## II- Les biais de l'étude

### 1- La sélection des dossiers

Tout d'abord, il est apparu, lors de la sélection des dossiers, qu'il n'existait pas de critère « errance » dans les cotations du PMSI au département d'informations médicales. La sélection s'est donc opérée de façon indirecte avec les critères « sans abris » et « logement inadéquat ». Or, les femmes en errance ne sont pas toujours sans domicile.

Par-ailleurs, seules quatre patientes ont été identifiées en errance sur l'année 2008 soit 0,10%, six en 2009 soit 0,16 %, huit en 2010 soit 0,20% et cinq en 2011. L'errance semble sous-estimée au CHU de Nantes ; ceci est probablement lié au fait qu'elle n'est pas cotée de façon claire et surtout qu'il s'agit d'un phénomène caché par les patientes elles-mêmes.

Enfin devant le nombre peu important de dossiers au regard du nombre total d'accouchements sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 octobre 2011, il semble difficile d'apporter des conclusions définitives à cette étude. Il s'agit donc plutôt d'une réflexion afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des femmes en errance lors de leur grossesse.

## 2- Le recueil de données

Le questionnaire établi en vue de l'étude s'est basé sur des données issues du dossier obstétrical de la patiente, mais aussi du dossier constitué par les assistantes sociales de l'UGOMPS.

Globalement, les données absentes concernent surtout les dossiers sociaux. En effet, quatre dossiers n'ont pu être retrouvés en raison d'un changement d'assistante sociale début 2009. De plus, les femmes n'expliquent pas toujours toute leur situation, ou alors bénéficient déjà d'un suivi social ailleurs et ne font donc que peu de démarches avec les assistantes sociales de la maternité.

Sur les dossiers obstétricaux, les données médicales sont bien renseignées, excepté le suivi dentaire et l'indice de masse corporelle. En revanche, pour ce qui relève des données à caractère psycho-sociales, nous avons observé un grand nombre de données manquantes ou renseignées de façon approximatives.

Le fait que les éléments relevant du psychologique et du social soient plus difficiles à obtenir est certainement à mettre en lien avec le caractère sur-adapté des personnes en errance vis-à-vis des travailleurs sociaux et des autres acteurs susceptibles de leur apporter une aide. Devoir toujours raconter leur histoire, se justifier par-rapport à leur situation les amènent à ne plus se confier. En outre, « ils ont une grande capacité à « bluffer » les gens car ils sont habitués au « système D », à la magouille, les systèmes parallèles. Ils ont une grande part de manipulation » (un éducateur de la structure En Vie de Famille).

### III- Les facteurs de risques à prendre en compte

La sage-femme, lorsqu'elle rencontre une patiente, repère différents facteurs de risque :

- Difficultés sociales : logement absent ou inadéquat, problème de ressources, de couverture médicale
- Difficultés familiales : violences dans l'enfance, au sein du couple
- Difficultés psycho-pathologiques : addictions, troubles psychiques, maladie mentale
- Difficultés médicales : antécédents de pathologies somatiques

Les patientes de l'étude ont peu d'antécédents sur le plan physique. Elles ne requièrent donc aucun suivi particulier. Cependant, même en l'absence de pathologie particulière, il est nécessaire d'avoir un médecin traitant. Son rôle est primordial : il est au centre de toutes les prises en charge que peut nécessiter un patient quel qu'il soit. Il est aussi « un médiateur social et familial important » comme le souligne Xavier Emmanuelli (fondateur du Samu Social), à l'occasion du colloque Santé et Précarité lors des 10 ans de la PASS.

Comme on a pu le voir, les facteurs de risques concernent essentiellement les conditions de vie, les antécédents psychologiques voire psychiatriques et les addictions.

Les violences concernent les deux tiers des patientes. Elles font leur apparition très tôt au cours de leur vie et, dès l'enfance pour la plupart. Il s'agit de violences directes à l'encontre de ces femmes, mais également de violences indirectes : elles ont été témoins de violences envers d'autres membres de la famille, de violences conjugales. Ceci est tout aussi destructeur

pour l'enfant : « cet impact peut consister en un syndrome de stress post traumatique et/ou une diversité d'effets négatifs affectant tant le développement de l'enfant (fonctionnement cognitif et émotionnel perturbé, santé dégradée), que ses conduites. L'enfant manifeste des « problèmes extériorisés » (dont l'agressivité et l'usage de la violence) ou « intériorisés » (dont la dépression et la propension à être victime) ». [38] Adulte, une personne peut reproduire ces comportements violents soit en tant qu'auteur, soit en tant que victime.

Deux patientes ayant subi des violences sexuelles et morales graves ont ensuite développé des troubles du développement psycho-affectif : dysharmonie évolutive et troubles cognitifs pour l'une, troubles narcissiques et déficit intellectuel pour l'autre. Différents troubles psychiatriques retrouvés chez nos patientes peuvent également être liés à cette exposition traumatique à des violences répétées : dépression, angoisse, stress post-traumatique, etc.

Outre les violences, les rapports familiaux s'avèrent parfois compliqués : « en fait, c'est ma mère qui me rejetait... le problème, c'est que j'avais une mère jalouse et une grand-mère jalouse » (Mme B). Cela peut aller jusqu'à la rupture familiale : « c'est plus à partir de l'adolescence en fait que ça a commencé à être plus conflictuel avec mes parents. Pis... bah depuis, ça s'est jamais vraiment arrêté... je suis en rupture familiale en fait... » (Mlle A).

Les addictions sont évidemment un facteur de risque majeur chez ces femmes. Le tabac est présent dans 86% des cas. L'alcool est probablement sous-estimé, tant il est difficile d'aborder cette question au cours de la grossesse en raison de nombreux tabous. La consommation de stupéfiants semble être un moyen de combler des difficultés comme des troubles du comportement. Madame L parle de sa consommation de cannabis :

« dix-sept ans. Bah... j'étais super nerveuse et ma mère voulait me faire prendre des comprimés et moi... très impulsive, limite agressive... je tapais, je faisais des crises de nerf, tout ça... et je voulais trouver un moyen toute seule et euh voila... Le premier a été fatal... ».

Par conséquent, le suivi de la grossesse chez la femme en errance doit faire appel à différentes compétences et donc plusieurs professionnels.

#### IV-La prise en charge pluridisciplinaire

La grossesse est un moment tout à fait privilégié pour permettre aux femmes en situation de précarité de renouer avec le système de soins. Cela est d'autant plus vrai chez les femmes en errance. Il est également important de les amener continuer leur prise en charge médicale.

Reprenons l'esprit de l'entretien prénatal précoce. Lorsqu'une femme consulte une sage-femme ou un médecin, il s'agit d'une rencontre et non d'un dépistage. Il est donc nécessaire de développer une approche globale de la patiente afin de faire émerger les différents facteurs de risque présents chez celle-ci : « ils ne peuvent se dégager qu'au travers d'une authentique rencontre, qui permet à la femme et/ou son conjoint de confier les angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient faire le lit de difficultés ultérieures », comme l'explique Françoise Molénat. [39] Lorsque ceux-ci font craindre une situation de vulnérabilité et plus particulièrement d'errance, il est important de considérer dès lors l'accompagnement de cette femme non-seulement sur un plan médical et obstétrical, mais aussi sur un plan social, psychologique, addictologique et tabacologique.

C'est pourquoi, il est intéressant de recevoir ces femmes au sein d'unités de soins comme l'UGOMPS qui regroupe une équipe pluridisciplinaire de professionnels du champ de la

périnatalité, afin de permettre un accompagnement dans la continuité. Les patientes consultent toujours au sein d'un même lieu avec les mêmes personnes. Cela permet de les mettre un peu plus en confiance.

L'orientation vers les différents acteurs doit être active. Il faut aller au-delà du simple numéro de téléphone ou du carton de rendez-vous. Il est important de présenter le professionnel à la patiente en lui expliquant pourquoi sur ce point d'accompagnement il est préférable d'impliquer une autre personne. Enfin, il est primordial en tant que sage femme d'apparaître comme une personne référente dans l'accompagnement de sa grossesse. Il est absolument indispensable de toujours maintenir le lien de confiance établi afin de ne pas induire une rupture des soins.

En sommes, « la sécurité émotionnelle doit être au même niveau que la sécurité somatique » (Françoise Molénat, pédopsychiatre), particulièrement en situation de vulnérabilité telle que l'errance, et ceci bien avant la naissance de l'enfant. [39] Il est donc nécessaire de favoriser une meilleure coordination autour de la femme enceinte.

## V- Le déroulement de la grossesse

### 1- L'accès aux soins des patientes

Les complications, surtout les menaces d'accouchement prématuré et l'hypotrophie fœtale, peuvent trouver une explication au regard des conditions de vie précaires. En effet, enchaîner les solutions d'hébergement instables, devoir aller d'une association à l'autre pour trouver de la nourriture ou des vêtements ou marcher toute la journée augmentent les risques de pathologies obstétricales :

« Bah j'ai eu des complications dès le début de la grossesse. On m'a dit que j'avais le col ouvert à quatre mois et demi, que fallait que je reste au repos... mais sans domicile fixe, le repos... c'est pas facile... Donc c'est sûrement ça qui a joué sur les complications » (Mme L).

Alors que l'hématome rétro placentaire (HRP) touche en moyenne 0,3% des grossesses selon les études, deux cas sont à signaler dans notre étude. Cela représente 8% des grossesses. Une consommation de toxiques est retrouvée à chaque fois. Les conduites addictives, le tabac en premier lieu, influent sur la croissance fœtale, le terme d'accouchement, mais également sur les complications périnatales telle que l'HRP où l'exposition aux toxiques est un facteur de risque identifié.

Devant les complications, on retrouve un taux de césarienne de 24% ; ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale de 20,8% selon l'enquête périnatalité 2010. [40]

Par-ailleurs, bien que 40% de la population sans domicile présente des problèmes bucco-dentaires sans recourir aux services d'un dentiste [14], il s'avère que l'état dentaire des patientes de notre étude n'a pas été évalué ni pris en charge au cours de la grossesse. Or, dans une étude publiée par le journal de parodontologie, il est relaté une augmentation significative des accouchements prématurés (OR=5,94,  $p<0,001$ ), des hypotrophies (OR=9,12,  $p<0,001$ ) et des restrictions de croissances fœtales (OR=18,90,  $p<0,001$ ) en cas d'infection dentaire sévère chez la femme enceinte [41].

Il apparaît donc que l'accès aux soins est primordial pour ces femmes de part leur facteurs de risques personnels mais surtout du fait de leur grande précarité. L'enquête périnatalité 2010

met en évidence une augmentation significative en situation de précarité du taux d'hospitalisation pendant la grossesse (24% versus 18%), du nombre d'accouchements prématurés (8,5% versus 6,3%) et du taux d'hypotrophies néonatales (9,5% versus 5,9%). [40] Dans un article publié en 2005 dans le journal de gynécologie-obstétrique, il est retrouvé des taux significativement plus élevés de pathologies de la grossesse, des complications du post-partum et chez l'enfant à la naissance (figure 25, annexe 6). [42]

Pourtant, ces femmes ont un suivi insuffisant de leur grossesse. L'enquête périnatale 2010 évoque 20,2% de grossesses mal-suivies [40] (figure 23 et 24, annexe 6). Cela concerne plus des deux tiers des grossesses dans notre étude. Le suivi échographique est bien réalisé avec au moins trois échographies dans la plupart des cas. Les patientes semblent moins assidues lorsqu'il s'agit des consultations. Deux patientes ont choisi de ne pas faire suivre leur grossesse par crainte du jugement quant à leur situation et en raison du risque de placement de leur enfant à l'issue de la grossesse.

Le recours aux urgences obstétricales est peu fréquent au cours de la grossesse, deux consultations en moyenne. On retrouve une tendance similaire chez les femmes Roms, comme le montre une étude réalisée en 2011 à Nantes par M. Ménard. [50] Elles honorent les consultations mensuelles de façon ponctuelle. Par-contre, devant un doute sur une complication, elles consultent très facilement en urgences. Dans notre étude, nous constatons aussi que les patientes semblent ne consulter qu'en dernier recours.

## 2- Quels sont les obstacles à l'accès aux soins pendant la grossesse ?

En réalité, l'absence de couverture sociale n'est pas le seul critère de non recours aux soins. De fait, les patientes de notre étude ont un taux de couverture médicale de 95%, en majorité la CMU II existe des « obstacles psychologiques à l'accès aux soins » comme l'explique le Docteur Tardière (médecin au Samu social de Paris) à l'occasion du colloque Santé et Précarité lors des 10 ans de la PASS. En effet, dans l'errance, il n'est pas toujours facile d'avoir conscience de l'importance des soins, alors même que l'image du corps est souvent perturbée. Il existe également un fort sentiment de honte. A cela, s'ajoutent quatre codes :

- « Le code du temps : ils n'ont pas d'agenda, ils ne savent pas quel jour on est
- Le code de l'espace : l'espace se restreint au fil du temps
- Le code du corps : ils ne voient plus leur corps, le soignant ne veut plus le voir
- Le code de l'altérité : respect des personnes en les vous-voyant » (Dr Tardière)

En outre, ce sont des personnes sur-adaptées à leurs conditions d'exclusion. Le refus de soins ou la non-adhésion aux soins n'est que la conséquence de cette sur-adaptation, comme l'explique le Docteur Emmanuelli (fondateur du Samu social).

Dans le cas particulier de la grossesse, il existe un élément particulier, la crainte du placement de l'enfant :

« Parce qu'en fait par-rapport au premier vu qu'il était placé en fait... je me suis dit vu qu'on a pas de situation... bah là, ça va être pareil... et donc en fait par peur que Enzo soit placé... du coup bah j'ai pas fait suivre ma grossesse... » (Mlle A).

A cela, s'ajoute la peur du jugement toujours par rapport à leur situation :

« c'est comme si on m'avait mis une étiquette sur la tête et euh... pas marqué étrangère mais euh... presque... j'ai vécu tout ça le regard des gens parce que quand on est assis par

terre et qu'on demande la charité... c'est ça faire la manche, et ben le regard des gens est différent donc tout de suite, les gens, ils nous collent une étiquette » (Mme L).

Il est donc important d'arriver à dépasser ces obstacles psychologiques afin de mieux répondre aux besoins de soins des femmes en errance. Pour cela, il est indispensable qu'elles se retrouvent en tant que personne, en tant que femme. Ainsi, il est nécessaire de les aborder dans leur globalité et avec empathie :

- « Adapter le rythme à celui de la personne
- Ne pas fixer des objectifs trop élevés pour ne pas les mettre en difficulté
- Ne pas être trop exigeant au premier abord » (un éducateur d'En Vie de Famille)

## VI-L'accompagnement dans la parentalité

### 1- Le concept de parentalité

La parentalité est une notion difficile à définir tant il existe nombre de disciplines dans lesquelles elle est abordée. Catherine Sellenet, psychologue, la définit comme « l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soins et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie ». [43] Elle comporte trois axes :

- « L'axe de l'exercice de la parentalité : façon dont les parents font usage de leurs droits et devoirs
- L'axe de l'expérience subjective de la parentalité : au niveau de ce qui fait un parent suffisamment bon, voire de ce qui est de l'intérêt de l'enfant
- L'axe de la pratique de la parentalité : actions menées pour favoriser le développement de l'enfant et négocier avec lui son avenir. » [43]

Il s'agit d'un processus psychologique maturatif qui s'inscrit dans un contexte culturel, une époque et un cadre juridique.

### 2- La parentalité dans l'errance

L'errance est un processus qui s'installe très tôt dans l'enfance. Ce sont des femmes qui ont manqué de sécurité affective. Elles ont, comme on a pu l'observer, souvent des antécédents de placements, ruptures familiales. Elles ont vécu la violence, les attitudes abandonniques des parents et des institutions. En réalité, elles souffrent de carences affectives, comme l'explique Sylvie Babin (Assistante sociale, centre maternel Saint Luc).

Ces carences resurgissent au moment de devenir mère à leur tour. Elles-mêmes manquent de repères. Il leur est donc compliqué d'en transmettre à leur enfant. Anticiper les besoins de l'enfant leur est difficile tant elles ont du mal à avoir conscience de leur propres besoins.

En somme, elles sont mères dans la discontinuité. Elles ont donc besoin d'un accompagnement de tous les instants afin de rétablir la continuité :

« C'est un leurre de penser qu'elles peuvent assumer leur enfant à temps plein » (Sylvie Babin).

Il est donc tout à fait légitime de s'interroger : quel rôle peut tenir la sage femme afin de mettre un terme à la spirale de la vulnérabilité vécue par ces femmes et ainsi leur de prodiguer des soins harmonieux et adaptés à son bébé.

### 3- Comment accompagner au mieux ces femmes ?

Il est important de toujours partir du vécu de la mère, et du père quand il est présent. Nous devons écouter ces récits de vie avec empathie. La sage-femme, et d'une manière générale l'ensemble des professionnels amenés à rencontrer la dyade, doit se positionner dans une relation d'écoute et d'aide, afin que la mère puisse prodiguer les soins au bébé en reprenant confiance dans ses propres capacités. Ainsi, la relation créée sera plus sereine.

Il est également indispensable de prendre en compte leurs compétences maternelles ainsi que la qualité du lien qui se crée avec l'enfant :

« On a fait du chemin ! On en est assez content, parce que beaucoup auraient pas donné cher... » (Mme L), propos recueillis lors de l'hospitalisation pour la naissance de sa seconde fille ; Madame L évoque les conditions de vie au moment de la naissance de son premier bébé.

Lors du séjour à la maternité, c'est avec bienveillance que sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, doivent observer la relation qui s'établit entre la mère et son enfant, bien que la vigilance soit requise.

L'empathie et la bienveillance constituent « le moteur essentiel de la mise en confiance de la femme enceinte et de son conjoint dans le système de soins – première étape d'un processus de changement chez les personnes particulièrement bousculées par la vie » [44]

### 4- L'issue doit-elle toujours être le placement ?

L'accompagnement à la parentalité, dispensé par les sages-femmes et puéricultrices de PMI ainsi que les différentes structures telle que le HOME, les centres maternels ou les dispositifs d'accueil en couple, ne suffit pas toujours à éviter le placement.

Notre étude retrouve huit placements, soit un tiers des enfants. La plupart ont eu lieu lors de la prise en charge des dyades mère-enfant au HOME. Cela concerne trois quart des placements. Ce n'est pas l'errance qui est à l'origine de cela, mais bien les carences affectives présentes en amont chez la mère.

Le placement est une décision difficile qui a pour but la protection de l'enfant vis-à-vis de son milieu. En effet, l'article 20 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant dispose que « tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection ou une aide spéciale de l'Etat. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme d'un placement dans une famille, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfant approprié. » [45] En France, le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) dans son chapitre deux relatif à la politique familiale, renforce cette idée en indiquant que « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toute décision le concernant » (article L112-4). [46]

Certains pédopsychiatres comme Maurice Berger ont pourtant développé des théories allant dans le sens du placement. Il a décrit avec Emmanuelle Bonneville la « pathologie des traumatismes relationnels précoces ». Selon eux, les premiers mois de vie se déroulent dans un environnement caractérisé par l'imprévisibilité et le chaos des relations entre les parents et

l'enfant. Les réponses aux besoins fondamentaux d'attachement sécurisant, de stabilité, les besoins fondamentaux de permanence et de respect de rythmes réguliers sont inadéquates de façon précoce et durable. Être un enfant témoin de violences ou subissant la violence directement induit des traumatismes importants et des séries de rencontres tronquées dans les relations avec leur entourage. En conséquence, ces enfants développent une construction psychique particulière. De fait, ils ont des difficultés dans la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et de l'impulsivité. [47] Pour ces auteurs, il semble que le placement soit la seule réponse envisageable face à des parentalités fragilisées par des vulnérabilités empreintes de carences. Les difficultés futures de l'enfant sont la conséquence d'un placement trop tardif ou n'ayant pas eu lieu.

D'autres experts, comme Françoise Molénat ou encore le Défenseur des enfants, dans son rapport de 2004, ne sont pas en accord avec cette posture : « La culture actuelle du travail social insiste sur le diagnostic des dysfonctionnements individuels ou familiaux et ne valorise pas toujours assez le repérage des potentialités spécifiques à chaque famille, autant d'éléments qui contribuent pourtant à construire et réaliser un projet commun ». [48] Pour eux, les familles doivent avant tout être accompagnées et tutorées afin de pouvoir exercer leur parentalité dans de bonnes conditions sans se sentir juger au quotidien.

Cependant, dans les cas où le placement semble inéluctable, celui-ci doit être préparé le plus tôt possible afin qu'il ne soit pas vécu comme une sanction par la femme/le couple, mais comme un acte permettant le développement harmonieux de l'enfant. Le risque lors d'un placement non-préparé réside dans le fait que la femme décide de débiter une nouvelle grossesse en espérant éviter le placement ; elle-même n'ayant pas compris les raisons de celui-ci. Cela devrait donc passer par la tenue de staffs de parentalité en présence de tous les acteurs du champ de la périnatalité amenés à travailler sur la situation avec la patiente.

## VII- L'accompagnement vers l'insertion

Reprenons les caractéristiques des femmes en errance. Elles sont très fuyantes et ont du mal à se livrer car elles n'accordent pas leur confiance facilement. Toute leur histoire résonne avec la violence : familiale, conjugale, institutionnelle, dans la rue. Avec le temps, elles perdent leur identité et n'ont plus d'image d'elle-même, de leur corps : elles ne se voient plus. Ce qui fait dire à certains auteurs, comme Marie-Claire Vanneville, que « leur problème n'est pas une question de réinsertion, mais d'existence ». [4]<sup>23</sup> L'insertion ou la réinsertion n'est que la conséquence de l'identité retrouvée : identité en tant que femme pour elle-même, dans l'entourage, dans la société. Il est donc nécessaire d'accompagner ces femmes en ce sens. Cela signifie de cheminer avec et non pour elles. Il s'agit de les aider à pouvoir se projeter de nouveau, mais ne pas faire de projets à leur place.

Maintenant, il est bien évident que le temps de la grossesse est insuffisant pour que ce travail soit achevé à la naissance de l'enfant. En réalité, cet accompagnement vers l'insertion se fait de façon concomitante avec l'accompagnement de la parentalité. Il n'est pas non plus terminé aux trois mois de l'enfant. L'errance est l'aboutissement d'un long processus de dégradation de l'être. De même le processus de réinsertion nécessite un long cheminement.

Ce cheminement passe par différentes étapes qu'il ne faut pas occulter. Les femmes en

---

<sup>23</sup> Femmes en errance. De la survie à l'existence. P95

errance sont dans la survie avec des besoins instantanés, immédiats : l'écart avec l'insertion est trop grand. Il leur faut « réapprendre leur corps et se réapproprier leur existence » [4]<sup>24</sup> pour se préparer à la réinsertion. Pour cela, elles doivent également prendre conscience de la réalité de leur situation : « moi je comprends tout à fait maintenant j'ai deux filles je voudrais pas qu'elles fassent ça... C'est pas forcément un bon modèle, c'est ce que moi j'avais envie de faire. C'est pas forcément ce que d'autres personnes doivent faire... après c'est vrai... moi ce que j'avais envie, c'est pas un modèle quoi, mais bon... » (Mme L).

Cependant, même quand une femme semble être réinsérée comme c'est le cas de Madame L, le besoin de partir persiste malgré tout :

« Et donc maintenant la route, c'est terminé ? Ah oui oui !! Euh fini euh... la route oui, mais pas les vacances ! On compte racheter un camion incessamment sous peu d'ailleurs, quand l'occasion se présente, qu'on aménagera pour pouvoir partir en vacances avec les filles ».

Les difficultés financières subsistent malgré un retour à l'emploi et la mise en place des droits sociaux :

« Bah c'est les réparations de la voiture, c'est un gouffre cette voiture. C'est une vieille voiture bien entendu. Nous, on les emmène au bout du bout du kilométrage. Là, c'est que des pannes d'usure, on peut rien y faire. Donc euh... c'est « chiant » quoi... On est pas « Rothschild » non plus. Le portefeuille n'est pas extensible non plus... après si on peut plus venir à la fin du mois, c'est pas la peine. » (Mme L)

Dans le cas des femmes enceintes, obtenir un logement décent est un impératif. Un travail sur le plan social est donc nécessaire, afin de trouver une solution adéquate pour la femme et son enfant. Dans notre étude, 95 % des femmes ont trouvé une solution d'hébergement : pour 60% d'entre-elles, il s'agit d'un domicile personnel, alors que l'on en comptait que 18% avant de démarrer la grossesse. Seule une femme retourne à la rue avec son conjoint après la naissance de son enfant. Pour autant, les démarches entreprises et les décisions doivent avoir lieu conjointement avec la patiente. Elles doivent se sentir impliquées pour adhérer à la prise en charge.

Cependant, avoir un logement personnel n'est pas une condition suffisante pour éviter le placement de l'enfant. En effet, chez la moitié des enfants placés, leur mère dispose d'un domicile personnel.

Enfin, par-rapport aux antécédents de placement dans l'enfance vécus par les femmes, mais aussi par les conjoints, il semble important de préparer la sortie de la prise en charge de l'Aide Sociale à l'Enfance. C'est ce que recommande l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger dans son rapport de 2009 qui constate que les jeunes sortants de dispositifs de protection de l'enfance sont plus vulnérables concernant les risques d'exclusion, d'errance et de désaffiliation sociale. Cela passe par des recommandations générales : anticiper dès l'âge de 16 ans le départ du dispositif qui a lieu à 18 ans avec un accompagnement dégressif jusqu'à 21 ans visant l'autonomie. En clair, il s'agit d'initier « la préparation du départ et la transition vers l'âge adulte » pour permettre un accompagnement à l'âge adulte. Pour cela, il est nécessaire d'établir des passerelles entre le droit commun et la protection de l'enfance. [49]

---

<sup>24</sup> Ibid P103

# Conclusion

La grossesse est une période où se rejoue l'histoire personnelle de chaque femme. Elle induit nombres de remaniements psychiques chez la future mère. Les vulnérabilités antérieures à la grossesse refont surface et peuvent mettre à mal la construction de la parentalité. Cette réalité est particulièrement prégnante chez les femmes en errance qui ont pour la plupart une histoire très difficile empreinte de violences le plus souvent.

Il est donc important de rencontrer ces femmes au cours de la grossesse, notamment avec l'entretien périnatal précoce, afin de faire émerger les différentes vulnérabilités ; et ainsi pouvoir les accompagner au mieux.

Plusieurs propositions peuvent être avancées à destination des sages femmes et des équipes soignantes :

- Faire preuve d'empathie et d'ouverture envers ces femmes afin d'instaurer une relation de confiance
- Permettre une restauration de l'image de soi nécessaire pour permettre l'accès aux soins et ainsi tendre à faire diminuer la morbidité périnatale
- Adopter une prise en charge pluridisciplinaire au sein de services tels que l'UGOMPS ou en réseau comme le fait SOLIPAM (réseau secondaire de périnatalité et précarité)
- Identifier les ressources mobilisables en chacune d'elles
- Accompagner ces patientes dans la construction de un projet de naissance qui leur permette de se projeter en tant que mère et d'amorcer un processus de réinsertion

Maintenant, il existe d'autres situations de grande vulnérabilité pouvant conduire à la rue notamment l'immigration. La précarité administrative dans laquelle sont plongées ces patientes limite leurs possibilités d'accès aux dispositifs d'accueil, tels que les CHRS. Par ailleurs, pour ces femmes, la parentalité peut revêtir également un tout autre sens quand elle devient stratégique : devenir mère d'un enfant français : « C'est le dernier moyen qu'il leur reste pour bénéficier d'une carte de séjour ». [5]

# Bibliographie

- [1] WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel, 1987;6:1-104
- [2] BERTHET D. Figures de l'errance. Paris:L'Harmattan, 2007;264:9-14
- [3] GUILLOU J. Les jeunes sans domicile fixe et la rue ou au bout d'être énervé. Paris:L'Harmattan, 1998;125
- [4] VANEUVILLE M-C. Femmes en errance – de la survie à l'existence. Lyon:Chronique Sociale, 2005;116
- [5] Conférence de la MIPES. L'accueil des femmes en situation de grande exclusion [http://www.iledefrance.fr/fileadmin/contrib\\_folder/Mipes/85055.pdf](http://www.iledefrance.fr/fileadmin/contrib_folder/Mipes/85055.pdf) (consulté le 29/08/2011)
- [6] MARPSAT M., FIRDION J-M., MERON M. Le passé difficile des jeunes sans domicile. Population et sociétés, 2000;363:1-4
- [7] FIRDION J.-M. Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domiciles. Economie et statistique, 2006,391-392:85-114
- [8] BROUSSE C. FIRDION J-M. MARPSAT M. Les sans-domicile. Paris:La Découverte, 2008;107
- [9] BROUSSE C. MASSE E. DE LA ROCHERE B. L'enquête sans-domicile 2001. Paris:Insee Méthode, 2006;272:15-16
- [10] [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1118&reg\\_id=0#encadre2](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1118&reg_id=0#encadre2) (consulté le 30/04/2011)
- [11] BRIANT P. DONZEAU N. Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000. Insee Première, 2011,1330;1-4
- [12] MEERT H., CABRERA P., MAUREL E. Homelessness as a Socio-Spatial Phenomenon. A Discourse Analysis in the European Written Press. Conférence de l'ENHR, 2-5 juillet, Ljubljana, Slovénie, 2006:20  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.134.3565&rep=rep1&type=pdf> (consulté le 2/09/2011)
- [13] DE LA ROCHERE B. Les sans domiciles ne sont pas coupés de l'emploi. Insee Première, 2003,925:1-4
- [14] DE LAROCHERE B. La santé des sans domiciles usagers des services d'aide. Insee Première, 2003,893:1-4
- [15] ANTOINE D. CHE D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2007,11:85-89

- [16] Rapport 2005 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecin du Monde. <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Rapport-2005-de-l-observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-Mission-France-de-Medecins-du-Monde> (consulté le 10/09/2011)
- [17] Observatoire du Samu Social de Paris. Colloque SAMENTA 2011. [http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/Colloque/Session 1/LAPORTE CHAUVIN.pdf](http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/Colloque/Session%201/LAPORTE%20CHAUVIN.pdf) (consulté le 20/10/2011)
- [18] MARPSAT M. An Advantage with Limits : the Lowers risk for Women of becoming Homeless. Population English Selection, 2000,12:247-291
- [19] JASPARD M. BROWN E. FIRDION JM et al. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et société, 2001,364:1-4
- [20] Femmes SDF. Colloque Espace public : les violences faites aux femmes à la rue. [http://www.mipes.org/IMG/pdf/Colloque Espace public violences faites aux femmes a la rue.pdf](http://www.mipes.org/IMG/pdf/Colloque_Espace_public_violences_faites_aux_femmes_a_la_rue.pdf) (consulté le 16/06/2011)
- [21] Observatoire du Samu Social de Paris. Féminité, Accès aux soins, Maternité, Et risques vécues par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Rapgyn1005w.pdf> (consulté le 10/09/2011)
- [22] ORSAS-Lorraine. Rapport. Evolution de l'activité et des caractéristiques des personnes hébergées par les centres d'hébergements de Moselle. 1997
- [23] PASSARO J. The unequal homeless. Men in the streets, women in their place. New-York:Routledge, 1996;128
- [24] ANGUIS M. ALGAVA E. Femmes et hommes. Regard sur la parité. Paris:Insee Références, 2004;145:98
- [25] Rapport 2010 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecin du Monde. [http://rapport\\_observatoire\\_MdM\\_2010.pdf](http://rapport_observatoire_MdM_2010.pdf) (consulté le 15/09/2011)
- [26] REYNAUD-MAURUPT C., AMAOUCHE M., HALFEN S., RIMBERT G. Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10<sup>ème</sup> arrondissement. Etude ethnographique et qualitative. Etat des lieux, besoins et ressources en 2008. [http://2009\\_Conduites addictives errance prostitution gare Nord GRVS.PDF](http://2009_Conduites_addictives_errance_prostitution_gare_Nord_GRVS.PDF) (consulté le 21/12/2011)
- [27] Centre d'Action Social Protestant. <http://www.casp.asso.fr/pdf/reformecasp.pdf> (consulté le 8/04/11)
- [28] LEROUX C. Le staff médico-psycho-social au CHU de Caen. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme. Université de Caen. 2010
- [29] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Novembre 2005

- [30] ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repère de mise en œuvre. 2008
- [31] MANCIAUX M., VANISTENDAEL S., LECOMTE J., CYRULNIK B. 2001. La résilience : état des lieux. Cahier médico-sociaux;13-20
- [32] [www.chu-nantes.fr/consultation-jean-guillon--337.kjsp](http://www.chu-nantes.fr/consultation-jean-guillon--337.kjsp) (consulté le 10/09/2011)
- [33] [www.samusocial-75.fr/missions-samu-social/les-lits-halte-soins-sante-lhss](http://www.samusocial-75.fr/missions-samu-social/les-lits-halte-soins-sante-lhss) (consulté le 10/09/2011)
- [34] SANTOS T. Rapport de validation des acquis de l'expérience pour le diplôme d'Etat d'assistante sociale. DRCS Rennes. 2009.
- [35] BABIN S. Le Centre Maternel St Luc. Croix-Rouge Française. 2011
- [36] [www.chu-nantes.fr/centre-nantais-de-la-parentalité-home-672.kjsp](http://www.chu-nantes.fr/centre-nantais-de-la-parentalité-home-672.kjsp) (consulté le 10/09/2011)
- [37] ODAS - Rapport de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée. Protection de l'enfance : Observer, évaluer pour mieux adapter nos réponses. novembre 2005 [www.odas.net/IMG/pdf/200511\\_RapportEnfance\\_2005.pdf](http://www.odas.net/IMG/pdf/200511_RapportEnfance_2005.pdf) (consulté le 20/10/2011)
- [38] ONED et SFDE. Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ? 2008. [www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/cahier\\_preconisations\\_sdfc08.pdf](http://www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/cahier_preconisations_sdfc08.pdf) (consulté le 5/01/2012)
- [39] MISSIONIER S. Entretien avec ..... Françoise Molenat. 2006. *Le Carnet PSY*. 3;07:31-37. <http://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2006-3-page-31.htm>(consulté le 5/01/2012)
- [40] BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011. [www.lesnaissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.pdf](http://www.lesnaissancesen2010.fr/naissances-en-2010-et-leur-evolution-depuis-2003.pdf) (consulté le 5/01/2012)
- [41] MAFRA SIQUEIRA M., OTAVIO L., COTA M. et Al. Intrauterine Growth Restriction, Low Birth Weight, and Preterm Birth: Adverse Pregnancy Outcomes and Their Association With Maternal Periodontitis. *Journal of Perinatology*,2007,78-12;2266-2276
- [42] GAYRAL-TAMINH M., DAUBISSE-MARLIAC L., BARON M. et Al. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005 ; 34 (cahier 1) : 23-32
- [43] SELLENET C. La parentalité décryptée. Pertinence et dérives d'un concept. Paris:L'Harmattan, 2007;176:27-60
- [44] MOLENAT F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport DHOS, 2004. <http://www.afree.asso.fr/Rapport%20final%20230204%20FM.pdf> (consulté le 10/01/2012)
- [45] Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Convention relative aux droits de l'enfant. 1989. <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm> (consulté le 20/10/2011)

[46] Code de l'Action Sociale et des Familles. Article L112-4. [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7F11BD612621BB7E0DB75ECBB426FECD.tpdjo17v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157552&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120110](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7F11BD612621BB7E0DB75ECBB426FECD.tpdjo17v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157552&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120110) (consulté le 20/10/2011)

[47] BONNEVILLE E. Pathologie des Traumatismes Relationnels Précoces : Constitution et manifestation. mars 2009. <http://www.mauriceberger.net/download/intervention-e-bonneville.pdf> (consulté le 10/01/2012)

[48] Rapport annuel du Défenseur des Enfants au Président de la République et au Parlement. 2004. <http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/RappAct2004.pdf> (consulté le 10/01/2012)

[49] Rapport ONED. Entrer dans l'âge adulte, la préparation et l'accompagnement des jeunes en fin de mesure de protection. 2009. [http://oned.gouv.fr/docs/production-interne/rapports/rapport\\_oned\\_entree\\_dans\\_age\\_adulte\\_200911211.pdf](http://oned.gouv.fr/docs/production-interne/rapports/rapport_oned_entree_dans_age_adulte_200911211.pdf) (consulté le 20/10/2012)

[50] MENARD M. Etre femme et Mère dans le monde Tsigane. Maternité chez les femmes Roms. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sages-femmes. Université de Nantes. 2011.

## Index des abréviations

AME : Accueil Mère-Enfant

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASSEDIC : ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Mutualiste Universelle

CMUc : Couverture Mutualiste Universelle complémentaire

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (ex DDASS)

HLM : Habitat à Loyer Modéré

Insee : Institut nationale de la statistique et des études économiques

INED : Institut Nationale d'Etude Démographique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAJ : Maison d'Accueil de Jour

ORSAS : Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

SDF : Sans Domicile Fixe

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

UGOMPS : Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

# Annexes

## Annexe 1 : Le passé à l'origine de l'errance

Figure 16 : Comparaison entre les jeunes sans domicile ou en situation précaire et ceux disposant d'un logement en Ile de France [6]

Tableau 1 - Comparaison entre les jeunes sans domicile ou en situation précaire et ceux disposant d'un logement en Ile-de-France

	Jeunes en situation précaire	Jeunes disposant d'un logement en Ile-de-France
Profession du père (en %)		
	aux 15 ans du jeune	à la fin des études initiales du jeune
Agriculteur expl.	3	1
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	16	10
Cadre, profession intellectuelle sup.	10	25
Prof. intermédiaire	10	19
Employé	14	17
Ouvrier	48	28
Effectif répondant	358	3 157
Diplôme le plus élevé du jeune (en %)*		
Aucun diplôme	52**	10
BEPC seul	7	4
CAP, BEP ou assimilé	16	9
Bac, brevet professionnel	8	9
Diplôme sup. au bac	2	8
En cours d'études	15	59
Effectif	451	2 983
Lieu de naissance du jeune (en %)		
France	62	88
dont : • métropole	56	86
• Dom-Tom	6	2
Étranger	38	12
Ensemble	100	100

\* Les résultats issus de l'enquête Emploi sont calculés en tenant compte de la structure par âge et sexe de l'enquête de l'Ined.  
 \*\* dont 1 % de jeunes jamais scolarisés, 2 % de titulaires d'un diplôme non reconnu par l'Éducation nationale et quelques jeunes ayant un certificat de fin de scolarité.  
 Champ : jeunes de 15 à 24 ans utilisateurs un jour moyen de mars-avril 1998 des services d'hébergement, de restauration et d'accueil de jour à Paris et dans la première couronne pour l'enquête Ined; jeunes de 15 à 24 ans disposant d'un logement en Ile-de-France pour l'enquête Emploi.  
 Sources: enquête Ined sur les jeunes sans domicile ou en situation précaire, 1998; enquête Ined sur l'emploi, 1998.

Figure 17 : La situation parentale des jeunes sans domicile et les liens avec leurs parents [6]

Tableau 2 - Situation des parents des jeunes (décès, séparation, remise en couple) (en % des enquêtés)

Les deux parents sont en vie	74
dont : • vivent ensemble	37
• ne vivent pas ensemble	37
- la mère vit avec quelqu'un d'autre	27
- le père vit avec quelqu'un d'autre	23
Le père est décédé	8
La mère est décédée	3
Les deux parents sont décédés	4
Pour au moins l'un des deux parents. NSP si en vie	9
Ensemble	100

Champ : jeunes de 16 à 24 ans utilisateurs un jour moyen de mars-avril 1998 des services d'hébergement, de restauration et d'accueil de jour à Paris et dans la première couronne.  
 Source : enquête Ined sur les jeunes sans domicile ou en situation précaire, 1998.

Tableau 3 - Liens déclarés avec les parents (en % des enquêtés)

	Le père	La mère
A encore des contacts réguliers	38	39
Autres cas	62	41
dont : • parent décédé	12	9
• parent inconnu ou perdu de vue	8	2

Champ et source : voir tableau 2.

## Annexe 2 : Statut des sans domicile en fonction du sexe, de l'âge et du statut à l'emploi

Figure 18 : Les personnes privées de logement ou de confort [11]

en %

	Sans domicile			Autres situations sans logement personnel		En logement privé de confort		Population totale (a)
	Sans abri (a) ou en établissement social de court séjour (b) et autres dispositifs d'urgence (c)	Établissements sociaux de longue durée (b)	Hébergement financé par l'ALT (en urgence ou en longue durée, hors établissements sociaux) (c)	À l'hôtel (a)	Hébergement contraint*, « noyau dur » (d)	Habitations de fortune (a)	Autres logements privés de confort ou surpeuplés (e)	
Nombre de personnes	38 000	66 000	34 000	38 000	79 000	86 000	2 776 000	81 400 000
<b>Total</b>		<b>133 000</b>		<b>117 000</b>		<b>2 883 000</b>		
Hommes	79	80	n. d.	63	62	56	49	48
Femmes	21	20	n. d.	37	48	44	51	52
Moins de 20 ans	n. d.	30	n. d.	20	6	26	31	25
20-59 ans	n. d.	n. d.	n. d.	67	94	59	66	54
60 ans ou plus	n. d.	n. d.	n. d.	13	0	15	14	21
Actifs ayant un emploi	n. d.	19	n. d.	36	43	34	32	42
Chômeurs	n. d.	22	n. d.	18	28	10	10	5
Autres (retirés, étudiants, activité inconnue...)	n. d.	59	n. d.	48	29	56	57	53
Île-de-France	36	25	n. d.	60	28	15	26	19
Provinces	64	75	n. d.	40	72	85	71	81

1. Une partie des effectifs à l'hôtel relève des personnes sans domicile (hébergement social), mais, faute de pouvoir les recenser, ils sont répertoriés ici parmi les personnes sans logement.  
2. En hébergement contraint, le « noyau dur » se compose des personnes de 25 à 60 ans, qui n'ont pas les moyens de leur indépendance, ne sont pas étudiants et n'ont aucun lien de parenté direct avec l'occupant en titre. Dans le reste, on a élargi ce champ aux enfants du ménage et aux personnes de plus de 60 ans.

Lecture : 79 % des personnes sans-abri ou hébergées dans un établissement d'urgence sont des hommes.

n. d. : non disponible

Champ : France métropolitaine.

Sources : (a) Insee, recensement de la population (RP) 2008 ; (b) Drees, enquête Établissements sociaux (ES) 2008 ; (c) sources administratives ; (d) Insee, enquête Logement 2002 ; (e) Insee, enquête Logement 2008. Les caractéristiques pour la 1<sup>ère</sup> catégorie (sans-abri...) ne concernent que les personnes sans lien ou en établissement d'urgence, seules pour la 2<sup>e</sup> catégorie (établissements sociaux de longue durée) reposent sur l'exploitation de l'ES 2004 (pour laquelle le seul groupe d'âge le plus jeune est de 16 ans).

### Annexe 3 : La santé mentale chez les personnes en errance

Figure 19 : Incidence des troubles psychiques chez les personnes sans domicile comparée à l'incidence dans la population générale [17]

Comparaison avec la population générale		
Troubles psychiatriques	Samenta	Population générale
Troubles psychotiques	13,2%	1-2% (Bellamy, 2004)
Troubles dépressifs		
Sévères	4,5%	3,2% (Baromètre 2005)
Moyens et légers	6,0% et 7,9%	4,2% et 0,4% (Baromètre 2005)
Troubles anxieux		
Anxiété généralisée	4,0%	5,0% (Anadep 2005)
Trouble de la personnalité	21,0%	4,4% (Coïd, 2006)
Risque suicidaire moyen ou élevé	12,9%	4,0% (Bellamy, 2004)
Addictions	Samenta	Population générale
Alcool dépendance	21%	8,5% (Baromètre 2005)
Drogues Cannabis	16%	2,7% (Baromètre 2005)

Figure 20 : Consommation excessive de substances psycho-actives selon le sexe et la nationalité [16]

	ALCOOL	TABAC	MÉDICAMENTS	CANNABIS	AUTRES PRODUITS*
	%	%	%	%	%
Hommes français	35.7	58.2	10.2	24.9	11.3
Hommes étrangers	12.3	27.3	1.9	3.7	1.5
Femmes françaises	12.7	36.1	7.9	13.8	5.9
Femmes étrangères	2.6	6.6	0.7	0.4	0.3

\* amphetamines, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...

### Annexe 4 : l'errance féminine n'est pas le « sans-abrisme »

Figure 21 : Durée du statut de sans domicile selon le sexe et la présence d'enfants [18]

TABLE 4.- LENGTH OF TIME SINCE LOSS OF HOUSING FOR DIFFERENT CATEGORIES OF HOMELESS PEOPLE IN THE UNITED STATES

Length of time	Lone women	Women with children	Lone men
3 months or less	36 %	41 %	16 %
3-12 months	28 %	29 %	33 %
2 years-less than 4 years	9 %	8 %	13 %
4 years or more	17 %	7 %	21 %
Average length of time in months	34	15	43
Number	242	268	1,042

*Field:* American cities of 100,000 inhabitants or more.  
*Source:* Burt and Cohen, 1989b.

Figure 22 : La répartition des sans domicile selon l'âge et le sexe [18]

TABLE 2.- AGE AND SEX DISTRIBUTION OF THE HOMELESS AND PERSONS IN "PRIVATE" HOUSING IN PARIS (%)

Age	Men		Women	
	Homeless <sup>(1)</sup>	Privately housed <sup>(2)</sup>	Homeless <sup>(1)</sup>	Privately housed <sup>(2)</sup>
18-24	9	13	17	12
25-34	24	25	38	22
35-44	29	21	26	18
45-59	32	21	17	19
60 or more	6	20	2	29
Total	100	100	100	100
Number of respondents	484		74	

*Field:* homeless people in Paris, users of shelter or food distribution services on an average day.  
*Sources:* (1) INED survey, Paris, February-March 1995. The number of women in the survey was small so the results are merely rough indications; (2) Population Census, 1990, Paris.

### Annexe 5 : les structures à disposition des personnes en grandes précarité sur l'agglomération nantaise

- Domiciliation  
 CCAS de la ville de Nantes

1bis place Saint-Similien  
 44000 Nantes  
 02 40 99 29 00

La Maison d'Accueil de Jour (Association Anef-Ferrer)  
2 rue Francisco Ferrer  
44000 Nantes  
02 40 29 21 00

- Accueil de jour mixte (liste non-exhaustive)

La Clairefontaine (Association les Eaux Vives)  
100 quai de la fosse  
44000 Nantes  
02 40 69 91 34

A l'écoute de la rue  
3 rue d'Aguesseau  
44000 Nantes  
02 40 29 02 15

- Accueil de jour réservé aux femmes

Accueil de pour femmes (Association les Restos du Cœur)  
2 bis Boulevard Boulay Paty  
44000 Nantes  
02 28 23 51 51

- Distribution alimentaire, vestiaire, douches (liste non-exhaustive)

Croix-Rouge Française  
13 place Sophie Trébuchet  
44000 Nantes  
02 40 74 66 82

Secours Populaire Français – Espace Solidarité  
163 rue Paul Bellamy  
44000 Nantes  
02 40 29 45 26

Restos du Cœur  
5 rue de la garde  
BP 13528  
44335 Nantes Cedex 3  
02 28 23 52 02

La Halle aux Bagages (Association Saint

Benoît Labre)  
14 rue Fouré  
44000 Nantes  
02 51 82 28 66

Bains douches  
1 rue des Olivettes  
44000 Nantes  
02 40 47 17 42

- Hébergement d'urgence

La Maison de Coluche (Association les Restos du cœur)  
37 rue de la Pâture  
44300 Nantes

- Hébergement de longue durée offrant un soutien à la parentalité

Centre Maternel Saint Luc (Association Croix rouge française)  
25 rue Bouchaud  
44100 Nantes  
02 40 73 70 67

Structure En Vie de Famille (Association Croix rouge française)  
46 rue Eugène Guillard  
44100 Nantes  
02 40 71 66 29

CHRS L'Etape  
107 rue Hector Berlioz  
44300 Nantes  
02 51 83 64 00

CHRS Arc-En-Ciel  
8 rue Mellier  
44100 Nantes  
02 40 73 67 15  
arc-en-ciel.chrs@wanadoo.fr

Le HOME  
85 rue de Saint Jacques  
44093 Nantes Cedex 1  
02 40 84 60 58

- Hébergement de longue durée pour femmes seules sans enfant

Foyer éducatif Anef-Ferrer  
113 rue du Général Buat  
44000 Nantes  
02 40 74 12 43

CHRS Anef-Ferrer  
11 boulevard des Martyrs Nantais  
44200 Nantes  
02 40 48 05 02

- Se soigner

UGOMPS  
Hôpital Mère-Enfant  
38 boulevard Jean Monnet

44093 Nantes Cedex 1

La PASS – Consultation Jean Guillon  
Bâtiment Le Tourville  
5 rue Yves Bocquien  
44093 Nantes Cedex 1  
02 40 08 42 16

Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation  
(Association Médecin du Monde)  
33 rue Fouré  
44000 Nantes  
02 40 47 36 99

Lits Halte Soins Santé (Association Saint  
Benoit Labre)  
10 rue de la Tannerie  
44000 Nantes  
02 40 80 02 02

A noter : toutes ces adresses sont regroupées dans le guide de l'urgence sociale édité par la ville de Nantes et disponible gratuitement au CCAS et dans les différentes structures qui le composent.

## **Annexe 6 : La morbidité périnatale**

Figure 23 : Surveillance prénatale et issue de la grossesse selon les ressources du ménage en 2010 [41]

**Tableau 37. Surveillance prénatale et issue de la grossesse selon les ressources du ménage<sup>(1)</sup>**  
*(échantillon des femmes en métropole)*  
*Medical care and pregnancy outcome by household income*

	Revenus du travail <sup>(2)</sup>	Autres ressources ou aucune	p
	%	%	
<b>Nombre de visites prénatales</b>			
< 7	7,0	20,2	<0,001
7-8	29,2	29,7	
> 8	63,8	50,1	
	(12 318)	(1 241)	
<b>Hospitalisation prénatale</b>			
oui	18,0	24,0	<0,001
non	82,0	76,0	
	(12 435)	(1 283)	
<b>Age gestationnel<sup>(3)</sup></b>			
< 37 semaines	6,3	8,5	0,003
≥ 37	93,7	91,5	
	(12 640)	(1 296)	
<b>Poids de naissance<sup>(3)</sup></b>			
< 2 500 g	5,9	9,6	<0,001
≥ 2 500 g	94,1	90,4	
	(12 642)	(1 304)	
<b>Transfert de l'enfant<sup>(4)</sup></b>			
oui	8,1	11,8	<0,001
non	91,9	88,2	
	(12 475)	(1 291)	

(1) ressources du couple ou de la femme si elle vit seule

(2) revenus issus d'une activité professionnelle, à l'exception d'allocations chômage ou du RSA

(3) échantillon des naissances

(4) échantillon des naissances vivantes : transfert ou hospitalisation particulière dans la maternité

Figure 24 : La morbidité périnatale comparée à la qualité du suivi de grossesse

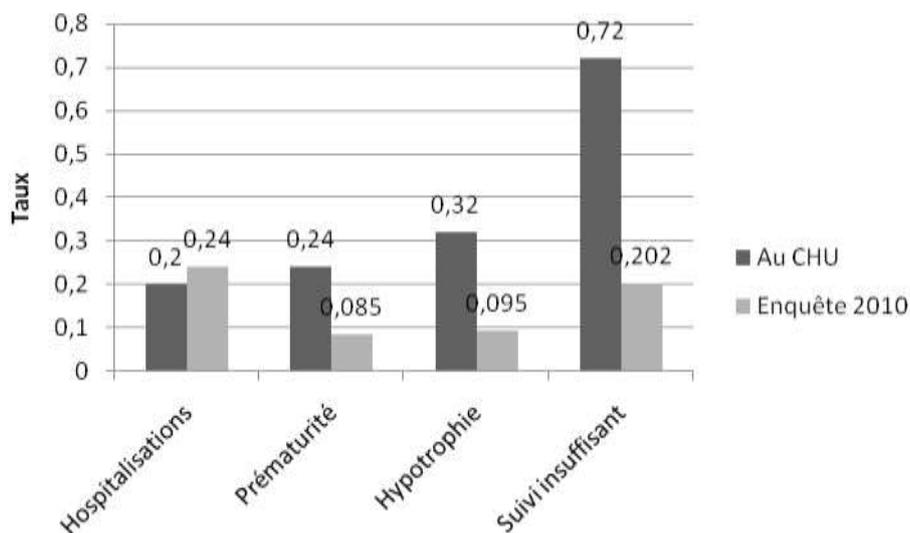


Figure 25 : Caractéristique médicales de l'accouchement en situation de précarité [42]

Tableau II Caractéristiques médicales de la grossesse et de l'accouchement.  
Medical characteristics of pregnancy and delivery.

	Situation de précarité (n = 988) (%)	Absence de précarité (n = 5347) (%)	p
Suivi de la grossesse			
tarif ou insuffisant*	11,6	0,5	p < 0,001
Pathologie de la grossesse :			
— présence de pathologie	87,1	75,1	p < 0,0001
— anémie	26,4	6,6	p < 0,0001
— infection urinaires	12,0	7,6	p < 0,0001
— infections génitales	43,0	27,3	p < 0,0001
— HTA <sup>†</sup> (TA > 15%) et/ou œdème	4,1	4,9	NS*
— menace d'accouchement prématuré	16,6	13,8	p < 0,01
Hospitalisation en cours de grossesse	43,9	39,7	p < 0,001
Découlement de l'accouchement :			
— césarienne	22,8	22,8	NS
Anesthésie (voies basses) :			
— sacrale	23,1	14,6	
— péridurale	72,5	80,1	p < 0,001
Complications des suites de couches :			
— présence de pathologie	25,6	17,7	p < 0,0001
— anémie (Hb <sup>‡</sup> < 10g/dl)			
État de l'enfant à la naissance :			
— naissance prématurée :			
< 33 semaines	3,9	4,5	
33-36 semaines	11,1	8,1	p < 0,05
— mortinés in utero	1,3	1,0	NS
— mortalité néonatale	0,4	0,6	NS
— score d'Apgar < 7 à 5 mn	1,8	0,7	p < 0,01
— taux de transfert	15,0	10,3	p < 0,0001
— enfants de poids < 2 000 g	13,1	11,3	NS

\* pas de consultation au premier trimestre ou moins de 4 consultations en tout ;

† hypertension artérielle ; \* non significatif ; ‡ hémoglobine.

## **Annexe 7 : Les entretiens**

## Entretien Mme B

Je voudrais étudier les femmes qui sont en situation difficile sur le plan social en fait. Donc je voudrais que vous me racontiez un petit peu ce qui fait que vous êtes en foyer, comment...

Mme B : Vous voulez dire comment je...

Comment vous vivez, comment... et comment vous êtes... enfin vous étiez chez vos parents étant enfant ?

Mme B : Oui chez mes parents.

Et vous avez quitté le domicile familial à quel âge ?

Mme B : Très jeune, à 18 ans.

Et vous avez vécu où après à 18 ans ?

Mme B : Avec le père de mes enfants, j'ai eu deux enfants d'ailleurs avec lui et elle maintenant.

Et vous avez toujours été en foyer, à la Clairefontaine ou vous avez habité ailleurs avant ?

Mme B : J'ai toujours fait des accueils de jours.

Des accueils de jour. Et la nuit, vous étiez où ?

Mme B : Chez moi, avec le père de mes enfants.

Et ça consiste en quoi les accueils de jour ?

Mme B : Ben en fait, on a appris au fil du temps à mieux se connaître, parce que c'est vrai que y'a eu des tensions... c'était un petit peu difficile... on n'a pas eu le temps de... on se connaissait mais on a été un peu obligé de se mettre ensemble tout de suite. Les parents, ils voulaient plus de moi à la maison.

Ils ne voulaient plus de vous à la maison, pour quelles raisons ?

Mme B : En fait, c'est ma mère qui me rejetait et j'ai eu un peu des problèmes de couple qui étaient pas faciles. On n'avait pas assez de travail donc parfois, j'allais dans des structures en accueil de jour, des structures pour pouvoir un petit peu pas perdre l'équilibre dans le couple.

D'accord.

Mme B : Mais enfin, c'est pas facile tous les jours !

J'imagine et...

Mme B : En même temps, on est un couple très solide, mais on a eu deux enfants qui ont été placés. J'vais aller au HOME pour garder cette petite fille parce que si j'avais pas eu mes parents et été à la porte, aujourd'hui peut-être que j'aurais mes enfants encore avec moi.

Oui peut-être...

Mme B : Ça vous suit les problèmes d'enfance.

Je suis d'accord, c'est vrai que ça a dû être plus compliqué pour vous pour vous construire.

Mme B : Vous avez tout compris. C'est pas forcément la faute du compagnon. Déjà, c'est gentil si on est aidé. (des personnes entrent pour rendre visite à la patiente) J'peux rajouter les gens qui sont là c'est des gens qui m'aident parce que j'ai des... vous voyez, la p'tite elle est née et... je crois que je veux rajouter parce que c'est des gens qui sont en train de me soutenir parce que j'ai plus de famille là.

D'accord...

Mme B : Tu vois, par-exemple, j'ai essayer d'appelé ma grand-mère qu'elle prévient ma mère et bah... j'ai l'impression qu'elle va pas le faire... Est-ce que ma grand-mère l'a fait ? C'est pas vrai et aujourd'hui si j'ai autant de problème, c'est parce que j'ai négligé mes enfants à cause de ma grand-mère. C'est ma mère qui m'imposait de m'occuper de ma grand-mère par jalousie parce que j'ai réussi à m'en sortir donc ils m'ont mis un peu des corvées pour me punir parce que j'arrive à m'en sortir. Par jalousie.

Donc ils sont nés en 1999 et en 2000. Ils ont été placés en...

Mme B : 2004.

Et en 2003, il y a eu la mesure d'éducation en milieu...

Mme B : En milieu ouvert.

D'accord et...

Mme B : Parce que forcément, c'est ma famille par jalousie que j'essaie de me reconstruire du mieux que je peux en voulant me mettre encore plus des bâtons dans les roues.

Et donc ils sont placés. Est-ce que vous avez toujours des liens avec vos deux premiers enfants ?

Mme B : Là avant 2005, on avait des weekends d'hébergement et ça pas été possible parce que y'avait trop... ils arrêtaient pas de nous mettre des bâtons dans les roues. Par-exemple, quand j'allais aider ma grand-mère, elle faisait semblant d'être malade elle voulait pas prendre de femme de ménage. Quand j'avais des visites, elle s'arrangeait pour que j'aie en retard tout le temps et pis, elle faisait me mettre en retard aux visites, alors les visites ont été encore plus réduites.

Et à l'heure actuelle, vous avez des visites ?

Mme B : J'ai été au tribunal et ça va se réélargir.

D'accord, donc vous allez en avoir un peu plus ?

Mme B : Ouais, parce que maintenant les travailleur sociaux nous ont dit : « arrêter de vous faire bouffer par votre famille. » Et comme de son côté aussi.

D'accord.

Mme B : « Arrêter de vous faire manipuler »

D'accord, et là vous envisager comment le futur avec Emeraude ?

Mme B : Bah, j'vais aller au HOME et pis... pas me refaire avoir une deuxième fois.

D'accord.

Mme B : Qu'elle, elle ait sa place auprès de ses parents.

Oui.

Mme B : C'est bien le HOME. Tu connais un peu le HOME ?

Euh non, pas encore...

Mme B : C'est une structure, ça fait dix ans qu'elle s'est ouverte. C'est à Pirmil. C'est dans l'hôpital Saint Jacques. Et elle était pas ouverte pour mon premier. Si vous voulez, ils voulaient le placer et j'ai réussi à le garder, mais dans des logements pas assez confortables pour accueillir le bébé. Mais, ils m'ont quand même laissé le bébé. J'étais surveillée par la PMI, la puéricultrice de PMI et tout ça... Et j'allais aux Restos du Cœur... J'ai pas de sous... Pour avoir de la nourriture...

D'accord.

Mme B : Et ce premier enfant m'a permis un peu d'oublier la maltraitance de ma mère... Mon père, par-contre, c'était un bon père. Le problème c'est que j'avais une mère jalouse et une grand-mère jalouse. Parce que ma mère a pas beaucoup travaillé. Elle est restée à s'occuper de moi et de ma sœur et de mon frère. Ma grand-mère, elle a jamais gagné sa vie. Elles ont toujours été dépendantes de leur mari toutes les deux donc elles, elles ont voulu me faire payer le fait que j'ai mon indépendance... de femme autonome.

D'accord, et votre frère, votre sœur sont indépendants ?

Mme B : Mon frère il travaille mais il vit chez ma mère. Et ma sœur, elle a revenu chez ma mère depuis que mon père est décédé l'année dernière.

D'accord.

Mme B : Elle, elle aime pas que j'ai mon indépendance, que je m'en sors mieux qu'elle.

Que vous viviez votre vie...

Mme B : Avec les aides qui y'a, comme toutes les femmes. Elle veut que j'soit soumise, dépendante de la famille et moi j'suis pas d'accord, ça marche pas.

D'accord et donc là vous allez au HOME après la sortie de la maternité, pour combien de temps ?

Mme B : Ça peut... C'est variable. Ils m'ont dit au départ entre trois mois à six mois. Ça va dépendre comment j'vais montrer que j'peux m'en sortir toute seule, que je suis capable d'être une maman exemplaire, que je refasse pas les mêmes bêtises qu'avec les deux grands.

D'accord, et après le HOME, qu'est-ce qui est envisagé pour vous et votre petite fille ?

Mme B : Bah la garder au domicile, mais ils veulent des garanties, que j'arrive à gérer ma vie de famille et pas laisser m'envahir par la famille.

Votre maman et votre grand-mère ?

Mme B : Vous avez tout compris.

Et là depuis qu'elle est née, comment ça va avec Emeraude ?

Mme B : Y'a un bon contact, très à l'écoute.

Vous allaitez ou vous donnez le biberon ?

Mme B : J'allaité.

Vous aviez allaité les deux autres aussi ?

Mme B : Oui. Oui, ça aide aussi pour le lien, ça favorise...

Si vous voulez, vous pouvez lui donner la tétée pendant l'entretien. Allez-y.

Mme B : Elle demande, c'est sûr. C'est même sûr.

Je vous laisse faire la mise au sein.

Mr B : C'est le meilleur lait

Oui. Et donc, vous avez le projet de vivre avec votre petite fille à votre domicile après le HOME ?

Mme B : Ils m'ont dit euh... tant que vous faites des efforts, y'a pas de raison qu'on la garde pas.

Donc vous allez avoir aussi la PMI ?

Mme B : Oui, ils sont gentils en plus.

Et il a été évoqué d'autres mesures après le HOME en plus de la PMI ?

Mme B : Non, ils ont fait tout ce qu'il faut.

Donc tout a été prévu avant la naissance ?

Mme B : Oui. Est-ce que ça te permet de faire une sorte de thérapie pour aider les femmes en difficulté ?

Oui, si on veut.

Mme B : T'essaie de devenir un peu psychologue ?

En fait, en tant que sage-femme, on est amené à suivre des femmes de tout milieu social, de

toute condition, de celle qui vit dans la rue à celle qui vit dans un palace en fait.

Mme B : En fait, ton rôle est de les aider à se revaloriser.

Je voulais étudier les grossesses en milieux difficiles sur le plan social pour trouver des solutions pour les aider dans leur rôle, pour les aider à devenir mère.

Mme B : C'est ce qu'on me demande, de devenir mère. Et c'est l'UGOMPS qui t'envoie ?

Voilà.

Mme B : Elles ont eu raison de t'envoyer me voir.

C'est le médecin qui m'a donné votre nom.

Mr B : Moi je dis que y'a pas vraiment d'école pour élever un enfant. En fait, quand on fait un enfant, faut savoir s'en occuper après c'est tout. Moi je pense pas personnellement que y'a d'école. Maintenant, c'est vrai que dans la vie d'aujourd'hui, y'a des sages-femmes et il en faut des sages-femmes, mais moi j'suis un peu contre ça.

C'est plus les accompagner pour qu'elles trouvent les ressources en elles-mêmes pour qu'elles se construisent...

Mr B : Parce que c'est vrai que quand vous avez un enfant, faut pas qu'il y ait de problèmes de couple. Si y'a des problèmes bah ça aide pas. Moi j'étais un peu comme ça, maintenant je le suis plus. Moi, c'est vieux, mais... je pense pas que ça va recommencer.

Mme B : Mais y'avait quand même des gros problèmes de couple suite à la famille. J'allais à la Claire (*NB : la « Claire Fontaine » – association « Les Eaux Vives »*) pour pas que le couple se déchire.

Jusqu'à séparation ?

Mme B : Oui, parce qu'ils allaient trop loin dans les deux côtés de la famille. Ils allaient vraiment trop loin jusqu'à nous déchirer, à nous bouffer l'un et l'autre. On était avec des gens malsains... nous mettre plus bas que terre. C'est comme là, j'ai appelé son frère. J'suis un peu en train de m'énerver pour les remettre en place. Faut pas le traiter, c'est pas parce qu'il est handicapé. Il a un lourd handicap (*NB : syndrome de Gilles de la Tourette*). Il a été quand même capable de m'aider à mettre sa fille au monde. Quand je vois qu'ils se permettent de l'insulter par-derrière, moi je leur montre qu'ils pourront plus nous atteindre. S'ils veulent venir, ils viennent mais je ne me laisse plus faire.

Mr B : C'est moi qui l'a fait.

Félicitation !

Mme B : Ton frère Christophe, je me laisse pas impressionner, c'est important de dire ce qu'on pense. C'est aussi pour ça que tu es une grande aide. Ça m'aide à évacuer tout ce que j'ai dans la tête.

*Arrivée du médecin*

Médecin : Bonjour Monsieur, bonjour Madame B

Mme B : Je t'avais dit qu'elle viendrait.

Médecin : Et bien voilà !

Mme B : Il m'a aidé à mettre ma fille au monde !

Médecin : Ben oui, c'est bien. Vous êtes content ?

Mr B : Ouais, j'suis content.

Mme B : Vous m'avez tellement dit qu'il fallait qu'il s'investisse plus dans son rôle de papa que j'ai mis le paquet !

Mr B : J'ai réussi !

Et là, elle taite.

Médecin : Je viens faire connaissance, quel est son prénom ?

Mme B : Emeraude. Est-ce que vous pouvez le rassurer sur le HOME parce que j'ai pas...

Mr B : Je sais pas ce que c'est.

Mme B : Il connaît pas. Je lui ai expliqué que c'est un lieu qu'est bien quand même.

Mr B : Qu'est bien... pour moi... je sais que je suis capable de m'occuper de ma fille... moi après... le HOME...

Médecin : C'est un lieu un petit peu pour la maman et pour le bébé parce-que vous pourriez vous en occuper, mais vous ne pouvez pas donner la tétée. Et ça, c'est important en fait pour le bébé, pour la maman. Ça permet de maintenir ce lien là et... puis...

Mme B : Et ce que vous m'avez dit c'est aussi par-rapport à mon équilibre social qu'on est en train de discuter avec l'étudiante.

Médecin : Bah le HOME c'est...

Mme B : J'aurais le droit de voir mes enfants par la suite. C'est pour montrer comment je peux être capable socialement de me débrouiller.

Mr B : Parce que le fait d'en avoir deux de placer c'est...

Mme B : Le but, c'est pour ça que vous m'envoyez au HOME.

Mr B : J'veux dire... j'arrive chez moi, j'suis tout seul, j'ai pas mes enfants avec moi...

Mme B : Oui mais je lui ai bien dit que le HOME, c'est pas une prison, ils me laisseront sortir.

Médecin : Non non, c'est pour vous accompagner dans votre rôle de maman. C'est exactement ça et je pense que c'est quand même une étape importante.

Mme B : Parce qu'il avait peur que ce soit un enfermement, j'ai pas le droit de bouger, plus rien. C'est ça qu'il avait peur.

Médecin : Non. Bah déjà le weekend, vous sortez. Vous savez ça ? On vous garde pas le weekend, donc non c'est...

Mme B : Il se demandait comment j'allais gérer l'appartement vu que y'a le ménage à faire...

Mr B : Le ménage, je peux le faire... Ta fille, j'suis pas là... Le ménage, la lessive, c'est pas un problème ça.

Mme B : Ce que m'a dit aussi l'assistante sociale, si j'ai des choses à faire le temps que je serais accueillit même en semaine, ils vont pas m'empêcher si j'ai des courses à faire, que je sois pas complètement saturée.

Mr B : Mais quand même dans moi y'a quand même de la colère...

Médecin : Au fond de vous y'a de la colère ?

Mr B : Y'a de la colère. La colère, elle est là quoi...

Médecin : Oui.

Mr B : Elle vas pas s'élever pour autant...

Mme B : Il dit « j'ai deux fils qui m'ont été arrachés et là, je vais me retrouver tout seul à la maison ».

Mr B : J'arrive pas à vous faire confiance... Avant, on avait des problèmes à la maison et maintenant, les problèmes ne se posent plus, donc euh... c'est pas grave...

Médecin : Vous avez de la colère pour quelles raisons ?

Mr B : De la colère parce que ma femme va au HOME.

Médecin : Ah oui...

Mme B : Il sait que c'est pour le bien de l'enfant.

Médecin : Mais euh... ça dépend aussi combien de temps, mais ça je peux pas vous dire...

Mr B : Bah ouais...

Médecin : Vous auriez voulu récupérer votre bébé et votre femme ?

Mr B : Bah ouais...

Mme B : Aussi, y'a pas que ça. C'est aussi dans le but que la maison soit un peu plus en état de l'accueillir.

Mr B : Faut que je connaisse mieux ma fille aussi.

Médecin : Oui.

Mr B : C'est pas comme si je serais sorti tout de suite avec elle.

Médecin : Elle est belle hein ?

Oui.

Mr B : Tout ça que y'a entre nous deux.

Médecin : Alors c'est toi qui es arrivé chez toi là ? La coquine !

Mr B : Ah c'est impressionnant !

Médecin : Elle a les traits fins. Elle est belle.

Mme B : Oui, mais elle aime bien son père. Quand on la voit, elle est habituée. Elle reconnaît la voix de son papa.

Médecin : Ah ben oui.

C'est important.

Mr B : Elle connaît mon odeur.

Mme B : Les femmes quand elles sont au HOME dans la journée, elles sortent en groupe ? y'a des activités ensemble ?

Médecin : Vous avez rencontré madame G ?

Mme B : Oui, à ce qu'il paraît y'a un peu d'activité mais elle m'a pas expliqué quoi.

Médecin : Parce que c'est elle qui sait bien parce qu'elle est responsable du service donc c'est elle qui peut vous répondre.

Mr B : Parce qu'ils sont combien au HOME ?

Mme B : Pas très nombreuses.

Mr B : Pour combien d'enfants ?

Médecin : Environ une dizaine.

Ça doit être une dizaine de mamans et donc une dizaine de bébés.

Médecin : Et je crois trois-quatre lits d'hospitalisation, et le reste seulement en journée.

Et donc le soir, vous n'êtes plus que trois-quatre.

Mme B : Ça, ils voient en fonction de la personne.

Et elle pesait combien à la naissance ?

Mme B : 3.400 kg. Je sens qu'elle sent que son père s'inquiète pour elle. Ça ressent tout un bébé.

*(La tétée se termine, le père prend Emeraude dans ses bras.)*

Mr B : Elle voit pas encore ?

Médecin : Non, elle doit distinguer la lumière.

Elle voit sur trente centimètres devant et large comme ça.

Mr B : Et c'est prouvé ce truc là ?

Oui.

Mme B : Et ils m'ont indiqué au HOME qu'il a le droit d'aller voir sa petite dans la journée.

Oui, bien sûr. Au contraire, si vous voulez aller la voir, allez-y. C'est important, ça vous aidera aussi.

Mme B : C'est pas complètement fermé ces structures pour le père. C'est quand même ouvert.

Médecin : C'est pas une prison. C'est pas le but.

Mme B : Il aura même le droit de manger avec moi.

Mr B : J'irais pas manger avec toi.

Dr Carton : Ça, ça vous inquiète.

Mme B : Vous voyez, comme j'allais à la Claire, j'me suis habituée qu'il venait pas. J'ai quand même de l'autonomie.

Médecin : Oui.

Mme B : Y'aura quand même des weekends ensemble aussi.

Médecin : Oui, il y aura les weekends ensemble.

Mme B : Mais elle va aller où la p'tite le weekend ? Ça me tracasse un peu.

Faudrait demander à l'assistante sociale aussi où est-ce qu'elle va. Je ne sais pas trop comment ça a été organisé.

Mme B : Ça va être dur aussi pour moi d'être séparé.

Médecin : Je ne suis pas en mesure non plus de bien répondre sur le sujet dans tous les détails.

Mme B : Des deux côtés du coup on va avoir une épreuve, parce que moi aussi je vais être séparée de ma fille le weekend. Ça va être dur aussi.

Oui.

Mme B : Donc encore une ressource qui va nous aider à être encore plus unis.

Médecin : Oui.

Mme B : Ça va être un peu partagé les premiers temps.

Médecin : A qui ressemble-t-elle ?

Mr B : A son père !

Mme B : En même temps, le HOME... je pense ça va aussi nous protéger des familles qui ont tendance à nous mettre des bâtons dans les roues comme j'vous en avais parlé docteur.

Médecin : Les familles, c'est-à-dire ?

Mme B : Qui sont un peu comme j'parlais avec l'étudiante, les familles qui nous mettent un peu la pression sur notre vie de couple.

Médecin : Y'a des familles, dans votre entourage qui...

Mme B : Ouais, ça va me permettre aussi de protéger cet enfant.

Médecin : Oui tout à fait.

Mme B : Donc tout est pas si négatif. Tout est en notre faveur ! Grâce à ça, personne pourra détruire ce qu'on essaie de construire. C'est bien qui ait des structures comme ça pour nous protéger.

Bah oui. C'est le but.

Mr B : C'est bien comme je la tiens ?

Médecin : Très bien, c'est parfait ! Et est-ce que ses frères viendront la voir ?

Mme B : Oui. C'est pareil, ils ont qu'une heure.

Médecin : C'est compliqué ?

Mme B : Oui. Lui, ce qui lui fait mal, c'est de se retrouver avec une famille décomposée.

Médecin : Je comprends.

Mr B : Mais bah... elle est là...

Mme B : En même temps elle m'a dit l'assistante sociale, c'est pas dit que sur le temps d'accueil en semaine, que je pourrais pas la sortir avec mon mari. La sortir, ça va dépendre comment je vais être accueillie. Ils vont m'expliquer tout ça. On sait pas comment ça va se faire. Je le saurais que sur place. Là, j'vais découvrir en fait.

Médecin : Peut-être qu'ils s'adaptent en fonction des couples, des bébés.

Mme B : Comment on va s'en occuper.

Médecin : Voilà, c'est ça. Y'aura peut-être une feuille de route dès en arrivant. Bien. J'vais vous laisser moi.

Mme B : Moi, j'trouve que ça se déroule bien. J'suis pas trop inquiète !

Médecin : Oui, ça s'est bien dérouler et vous êtes bien venues aussi à tous les rendez-vous. Enfin vraiment...

Mme B : De toute façon, l'assistante sociale m'a dit le HOME, ils me laissent pas tomber. Le but, c'est que je garde mon bébé et éviter qu'il soit placé. Après, que je puisse conserver cet enfant, c'est le but du HOME en fait... que je puisse aller loin dans mon rôle de maman et que ça puisse faire avancer mes droit de garde sur mes autres enfants. Tout n'est pas négatif.

Médecin : Je pense que c'est important. Maintenant les séjours à la maternité sont courts en fait. C'est rapide donc on a besoin d'être entouré quand même.

Mme B : C'est vrai que c'est bénéfique. Je suis bien accueillie ! Vous gardez combien de temps les dames ici ?

Oh... c'est variable... entre trois et dix jours. C'est selon les besoins.

Mme B : Moi je la supporte très bien l'hospitalisation.

Médecin : Vous vous sentez bien. Puis là, c'est pas trop bruyant à cet étage-là.

Mme B : Moi, je me sens adaptée, je suis confiante !

Médecin : Oui.

Mme B : Les deux jours que je suis là, il se débrouille très bien à la maison. Il m'apporte les p'tits vêtements. Il supporte quand même.

Mr B : C'est normal qu'elle a des tâches rouges sur le visage ?

Oui ça c'est normal. Ça va disparaître après. C'est normal, c'est la naissance qui fait ça.

Mme B : Vous voyez en même temps, je teste la famille docteur. Là, j'ai appelé mon beau-frère : « et tu préviens ta maman. » Elle est pas venue, même pas passer un coup de fil... Vous voyez, ça prouve comme la famille est bizarre. Je teste en même temps, mais ça fait du bien d'en parler.

Médecin : Vous avez pas eu de coup de fil de votre belle-mère ?

Mme B : Non.

Mr B : C'est mieux.

Mme B : J'essaie de prévenir. J'ai rien à me reprocher... c'est quand même la grand-mère. Faut quand même prévenir, c'est mon rôle. Le reste, c'est plus mon problème...

Médecin : C'est votre maman en fait ?

Mr B : C'est ça.

Et du coup, vous avez aussi prévenue votre grand-mère pour qu'elle prévienne votre mère ?

Mme B : Oui et j'ai essayé de rappeler ma mère et elle est sur le répondeur donc est-ce qu'elle a bien fait le message ? Moi, j'essaie de mon côté de la rappeler. J'ai rien à me reprocher. J'ai

pas mis de message. On peut pas dire que je fais pas mon rôle de maman. J'préviens. S'ils viennent pas, ils viennent pas. On peut rien me reprocher. Du coup, moi, mon rôle, c'est de protéger ma fille pour pas qu'y ait de conflits. J'aime pas les conflits, j'ai protégé mes arrières...

Bien sur.

Médecin : Bien. J'vais vous laisser.

Mme B : Merci d'être venue me voir docteur.

Médecin : Encore félicitation ! Vous avez pris une photo de votre mari avec sa fille ?

Mr B : C'est déjà fait.

Mme B : Madame L va passer ?

Médecin : Oui, lundi.

Mme B : On m'a dit je tiens le choc.

Médecin : On a appris la nouvelle hier matin, l'arrivée d'Emeraude.

Mme B : Elles ont du vous dire je tiens le choc. Avant, j'étais réticente au HOME... j'étais un peu... au vu de tout... enfin de compte, j'suis conciliante.

Médecin : Oui, c'est vrai. C'est bien d'ailleurs ça facilite les choses pour tout le monde pour le bébé, pour vous...

Mr B : C'est bien aussi parce que quand elle sera à la maison... j'espère... ils verront que j'suis capable de m'en occuper.

Mme B : Si on est conciliant, y'a pas de raison que ça marche pas.

Médecin : Ça facilite beaucoup les choses.

Mr B : Si ma femme fait les nuits avec, elle saura y faire.

Médecin: Bien, bonne soirée !

Mr et Mme B : Bonne soirée.

Bon...

Mme B : En même temps en parler, ça m'aide à me reconstruire. Moi, j'pense que je vais avancer encore.

D'accord. Et là, concrètement sur le suivi vous eu madame L la sage-femme et avant c'était le médecin. Et puis vous allez revoir le médecin pour la visite post-natale dans un mois-un mois et demi ?

Mme B : Ouais, normalement. En plus, à l'UGOMPS, j'suis bien entourée. En plus, j'suis entourée par la psychologue madame J.

Et vous avez l'assistante sociale aussi vous êtes bien entourée...

Mme B : Ça aide quand la famille est pas là.

Tout à fait.

Mme B : quand ils vous mettent des...

Des bâtons dans les roues. Et vous continuerez à voir madame J après la naissance ?

Mme B : Ouais.

Ça vous aide aussi ?

Mme B : A enterrer le passé...

Ça vous aide aussi à vous reconstruire ?

Mme B : Oui et lui aussi, ça l'aide à se sentir plus autonome.

Et vous avez d'autres suivis en dehors de la maternité ?

Mme B : Le droit des femmes aussi.

D'autres acteurs, médecins,...

Mme B : Tout le monde me soutient là-dessus, son psychiatre aussi.

D'accord.

Mme B : Vaut mieux avoir trop de monde que pas assez.

Bien sur. On en reste là ? En tout cas merci de m'avoir accordé du temps. Bonne après-midi.

## Entretien avec Mlle A

Je souhaiterais que vous me racontiez un peu votre histoire afin de mieux comprendre les femmes qui sont en difficulté sur le plan social. C'est votre deuxième enfant ?

Mlle A : Oui, c'est le deuxième enfant et le premier, c'est pas avec le même papa parce que voilà...

D'accord.

Mlle A : Et le premier, il est placé en famille d'accueil depuis l'âge de trois mois parce que j'ai eu de gros problèmes avec le père... Il était violent vis-à-vis de moi... Et du coup, j'ai demandé à ce qu'on protège mon fils de son père.

D'accord. Et il était violent aussi envers son fils ?

Mlle A : Euh... il a jamais été violent envers son fils heureusement, mais beaucoup envers moi et j'avais peur pour mon fils.

D'accord.

Mlle A : Mais bon...

Et là, du coup un deuxième conjoint ?

Mlle A : Un deuxième papa qui n'a rien à voir avec le premier. Voilà. Et bah, il vient tous les jours. Il s'occupe d'Enzo que ce soit pour le biberon, le change. Voilà, il s'occupe bah très bien je trouve...

Bien. Et vous toujours des contacts avec le premier papa ?

Mlle A : Non et j'en veux plus.

Vous n'en voulez plus. J'ai cru comprendre qu'il était en prison actuellement.

Mlle A : Ouais, il y est retourné y'a pas très longtemps.

Il y est pour un moment ?

Mlle A : Bah apparemment oui... pour un moment... comme à chaque fois... ça commence à être une habitude... mais bon, c'est un peu triste pour Noé, pour mon premier... mais bon c'est lui qui a choisit ce mode de vie donc euh voilà... après...

Et là, vous envisagez quoi pour ce bébé ?

Mlle A : Alors là, on a un appartement sur Saint Herblain.

D'accord.

Mlle A : Donc bah on l'équipe petit à petit. Parce qu'on n'avait rien du tout en fait. On est parti de zéro.

Vous étiez où avant ?

Mlle A : Bah on était à la rue

A la rue. D'accord. Ça fait longtemps que vous êtes à la rue ?

Mlle A : Euh bah au départ, en fait... au début de ma grossesse, j'avais un appartement. Avec le papa sur Sainte Pazanne.

D'accord.

Mlle A : Et on l'a perdu quand j'étais enceinte de trois mois.

D'accord. Vous n'arriviez plus à payer le loyer ?

Mlle A : Euh non. C'est par-rapport à une facture qu'est pas passée. Je pensais qu'elle était passée et en fait non. Du coup, le temps que je fasse les démarches auprès de l'assistante sociale pour avoir une aide pour payer la facture, mes parents qui étaient cautionnaires de cet appartement là ont décidé de ne plus l'être. Et moi, je me suis retrouvée sans cautionnaire donc bah pas de cautionnaire, le propriétaire a dit « on arrête là ». voilà donc ça a été très dur quand même.

J'imagine.

Mlle A : Vivre une grossesse à la rue, c'est pas évident.

C'est sur.

Mlle A : Pas évident du tout.

Et vos relations sont comment avec vos parents ?

Mlle A : Euh... ça se passe pas bien.

C'est-à-dire...

Mlle A : Je suis en rupture familiale en fait...

Depuis quel âge ?

Mlle A : Bah... depuis la naissance de mon premier.

Qui est né en...

Mlle A : 2007. il a 4 ans en fait.

D'accord.

Mlle A : Donc de ce côté-là non plus, c'est pas facile. Je vais essayer de reprendre contact avec eux pour leur annoncer qu'ils ont un deuxième petit-fils. Après bah... à voir s'ils veulent faire sa connaissance ou pas... en espérant que ça soit oui... ça sera à eux de choisir...

D'accord. Et qu'est-ce qui a fait que vous êtes en rupture avec eux ?

Mlle A : Bah en fait, ils n'ont pas accepté ma relation avec le papa du premier et quand ils ont

su que j'étais enceinte, ça a été encore pire.

D'accord.

Mlle A : Et du coup, à partir de là, ça n'a été que des conflits permanents et...

Et pourquoi ils n'acceptaient pas cette relation ?

Mlle A : Euh... parce que pour eux c'était pas un mec bien et moi c'était le premier amour donc c'était l'homme, le mec génial...

C'était l'homme parfait !

Mlle A : Ouais ! Et pis bah petit à petit, je me suis rendu compte que c'était eux qui avaient raison parce qu'il a pas arrêté d'enchaîner ses « conneries » donc enchainement arrestation-garde à vue-prison etc. Voilà... Et pis bah au final, j'ai accouché toute seule, enfin c'est une de mes tantes qui m'a accompagnée parce que le papa était en prison... voilà...

Et là du coup, vous avez accouché avec le papa ?

Mlle A : Voilà. Ça aide.

C'est un soutien.

Mlle A : Un soutien énorme. De toute façon, il m'a jamais lâché quand on était à la rue...

Vous avez toujours été ensemble, très liés ?

Mlle A : Ouais, ça aussi c'est important.

Et y'a pas du tout de climat de violence ?

Mlle A : Ah non pas du tout. C'est même tout le contraire. Et même dès qu'il fait un geste brusque, pas spécialement envers moi, j'avais avoir peur en fait... parce que l'autre m'a tellement fait peur que... m'a tellement tapé dessus que maintenant... dès qu'on fait un geste brusque à côté de moi... du coup, à chaque fois le papa d'Enzo me dit : « arrête d'avoir peur ».

Il essaie de vous rassurer.

Mlle A : Voilà. Lui, c'est pas du tout le genre à taper une femme. Voilà...

C'est une bonne chose. Et encore moins sur un bébé.

Mlle A : Ah bah encore moins ! C'est le contraire : « ne toucher pas à mon fils ! »

Et là, vous sortiriez avec la PMI qui viendrait à domicile ? Comment c'est organisé ?

Mlle A : Voilà, il y aura des visites PMI à domicile pour voir bah comment ça se passe...

Peser Enzo, voir s'il grandit bien et comment ça se passe avec lui à la maison ?

Mlle A : Voilà. Bon après y'a pas de raison que ça se passe mal, ça se passe bien jusqu'à

maintenant donc bon...

Et là vous donnez le biberon ?

Mlle A : Bah j'avais commencé au départ par l'allaiter et en fait ça faisait vraiment trop mal... et du coup c'était même plus un moment de plaisir donc bah j'ai arrêté.

D'accord.

Mlle A : Et pis, les biberons, il les prend très bien. Il les boit entièrement maintenant.

Mais du coup, ça ira pour acheter les boîtes de lait ?

Mlle A : Oui, on m'a conseillé des marques de lait qui sont pas trop trop chères donc après du moment qu'on peut avoir des conseils...

Oui, il faut les prendre.

Mlle A : Oui, voilà c'est toujours bon à prendre !

Et comment s'est passée cette grossesse dans la rue ?

Mlle A : Bah ça n'a pas été simple parce que j'ai pas eu de suivi... parce qu'en fait par rapport au premier vu qu'il était placé en fait... je me suis dit vu qu'on a pas de situation... bah là, ça va être pareil... et donc en fait par peur que Enzo soit placé... du coup bah j'ai pas fait suivre ma grossesse...

D'accord.

Mlle A : Donc c'est pas très malin forcément. Mais le papa avait peur aussi... du coup, on a refusé toute aide... voilà... c'est compliqué...

Et ça allait pour... au niveau de la fatigue, au niveau...

Mlle A : Après bah y'avait un peu plus de fatigue que si on était en appartement, mais on arrivait à gérer au niveau de la fatigue, du stress.

J'imagine que ça ne devait pas être très reposant...

Mlle A : Bah non, c'est plus compliqué... c'est sur... c'est une grossesse normale on va dire...

C'est une grossesse normale mais dans un contexte un peu particulier plutôt. Et au final, à la naissance, il va très bien Enzo ?

Mlle A : Oui, à la naissance, il mesurait 51 cm et pesait 3.320 kg.

Ce qui est pas mal. Il a bien grandi.

Mlle A : Voilà... il est né en plus un peu avant terme, mais il est en forme.

Parce que du coup, vous, vous aviez estimé votre grossesse à peu près à quel terme ?

Mlle A : Vers le 15 août.

Vers le 15 août.

Mlle A : et en fait, il est né le 20 juillet... le principal, c'est qu'il soit en forme.

Du coup, aucun médecin ne vous a vus enceinte ?

Mlle A : Non, aucun. Y'a juste une sage-femme à Sainte Pazanne quand on avait notre appartement là-bas en fait, qui m'a vu bah... au tout début de ma grossesse et après... c'était fini.

D'accord. Et vous n'avez vu personne après ?

Mlle A : Voilà.

Comment vous viviez au quotidien ?

Mlle A : et bien on vivait dans une toile de tente, alors on a bougé sur plusieurs endroits. On a été sur Mairie de Doulon un moment. Après on est partis vers la Beaujoire. Euh... on était bien installé... bien installé comme quand on est pas enceinte on va dire... Après c'est sur que c'est pas toujours évident... parce que dormir tout le temps sur un matelas gonflable, pour le dos c'est pas toujours ce qui y'a de bien...

C'est sur...

Mlle A : Et pis bah au niveau hygiène, y'a les bains douches sur Nantes. Donc bah... ça permet de prendre une douche tous les jours. Donc là-dessus, y'avait pas de problème et euh... y'avait la laverie automatique aussi.

Pour le linge.

Mlle A : Voilà, ça nous aidait aussi.

Et pour manger ?

Mlle A : Bah... le papa faisait la manche parce qu'on avait pas d'autres solutions. Euh... enfin moi, je touche le RSA par-rapport au premier, mais le RSA ça fait pas tout. Et ça part quand même assez vite parce qu'on peut pas acheter tout ce qui est produit frais vu qu'on peut pas conserver, on n'a pas de frigo. Du coup, on est obligé d'acheter des boîtes, des repas qui se mangent tout de suite. Bah... soit des kebabs, soit... des choses comme ça. Donc ça revient cher...

Bah c'est sur, ça revient plus cher.

Mlle A : Voilà. Après c'est pas toujours facile de faire un feu le soir... faut trouver du bois, faut trouver... faut que le feu soit d'accord de s'allumer...

C'est pas toujours évident selon le temps qu'il fait.

Mlle A : Bah... quand il pleut, voilà... c'est pas facile... mais bon, on a quand même réussi à se débrouiller !

Vous arriviez quand même à manger ?

Mlle A : Oui. On avait de quoi manger tous les jours. On avait de quoi prendre un p'tit déj', le repas du midi, le repas du soir.

Bon ça va.

Mlle A : Ça là-dessus, le papa, il était catégorique. Pour lui, fallait que je mange. Il voulait toujours que ce soit moi en premier. C'était important pour Enzo.

Et vous n'avez jamais eu de soucis ? vous sentir mal ?

Mlle A : Non à part la fatigue.

Et là, vous avez une anémie ?

Mlle A : Ouais, un peu d'anémie, mais au premier j'en ai fait aussi et pourtant je n'étais pas à la rue. Donc, je ne pense pas que ça vienne de là. Et là, maintenant ça va mieux.

Vous n'êtes pas trop fatiguée ? Vous vous êtes bien reposée ?

Mlle A : Voilà, quand il dort, j'en profite pour dormir. Et puis après, je sais que le papa, il est là pour prendre la relève.

Oui, en plus il peut donner le biberon.

Mlle A : Voilà, on fera tous les deux.

Et donc lui aussi est à la rue ?

Mlle A : Oui.

Et c'était déjà le cas avant que vous le rencontriez ?

Mlle A : Oui. A la base, il est originaire du sud et il est arrivé sur Nantes et pis on s'est rencontré... et pis voilà... y'a Enzo ! Maintenant donc, ça fait deux ans et demi qu'on se connaît et qu'on est ensemble... pis bah ça se passe bien... pis bah avant qu'on se connaisse en fait, il a travaillé en cuisine. Il a fait un CAP ou un BEP enfin il a un diplôme en cuisine. Et là aujourd'hui il cherche... enfin il va se remettre à chercher du travail mais autre qu'en cuisine parce qu'au niveau des horaires c'est pas compatible avec une vie de famille. C'est des horaires décalés.

La semaine, le weekend...

Mlle A : Voilà... avec des grandes amplitudes et donc lui, il veut être là avec son fils au maximum. Bon après, c'est sur... y'a des choix à faire, mais y'a d'autres métiers avec des horaires plus normaux.

Et vous, dans quelques temps, vous souhaitez trouver du travail ?

Mlle A : Bah moi après, je veux trouver... j'ai un diplôme de service aux personnes et euh bah... une expérience dans les hôpitaux et maisons de retraite auprès des personnes âgées et euh... du coup bah... j'vais attendre un petit peu que le bonhomme il grandisse un peu quand

même et puis après, voilà... soit me remettre à travailler directement ou alors faire une formation.

D'accord.

Mlle A : Après faudra voir ce qui sera le mieux, le plus adapté par-rapport à Enzo aussi ...

Sachant qu'il faudra trouver un mode de garde, ce qui n'est pas simple non plus.

Mlle A : Non, ça c'est sur, mais on a encore un peu de temps avant d'y arriver donc on va réfléchir à tout ça.

Et donc là votre famille n'est pas encore au courant que vous avez accouché ?

Mlle A : Euh... je ne pense pas. Ils savaient que j'étais enceinte...

Oui.

Mlle A : Et euh... c'est pas pour autant qu'ils m'ont aidé pour quoi que ce soit. Ils savaient que j'étais à la rue. Ils s'en fichaient complètement. Comme soutien y'a mieux... forcément...

Et vous pensez qu'Enzo peut aider à renouer les liens ?

Mlle A : Bah je sais pas parce que je sais qu'ils n'acceptent pas vraiment le papa non-plus.

Pour quelles raisons ?

Mlle A : Bah... parce que pour eux c'est pas le mec bien une fois de plus.

Parce qu'il est à la rue ? Parce que...

Mlle A : Oui voilà parce qu'il a connu la rue... parce qu'il est plus jeune que moi... parce que... voilà quoi... Y'a toujours quelque-chose qui plait pas aux parents.

D'accord. Et quand vous étiez enfants tout ça, tout ce que vous faisiez ça leur plaisait ? Ça leur plaisait pas ? Ça dépendait ?

Mlle A : Bah y'avait des moments si ça allait... J'ai quand même eu une bonne éducation, j'vais pas dire le contraire, mais c'est plus à partir de l'adolescence en fait que ça a commencé à être plus conflictuel avec mes parents. Pis... bah depuis, ça s'est jamais vraiment arrêté.

Et vous vous êtes adoptée. Vous êtes née sous X.

Mlle A : Ouais.

Et vous avez essayé de faire des recherches sur votre mère biologique ?

Mlle A : Ouais, avec le père du premier. Et pis en fait, j'ai tout lâché parce que sa mère, donc mon ex-belle mère, elle m'a tellement poussé à retrouver ma mère que ça m'a saoulé, donc j'ai saturé, donc j'ai dit : « je lâche tout j'arrête tout » voilà...

Et puis finalement, vous vivez bien comme ça ?

Mlle A : Bah oui. Pour l'instant, je ne m'en porte pas plus mal. Maintenant... peut-être que dans quelques années, j'vais avoir envie de la retrouver, mais je sais que je le ferais pas maintenant. J'ai Enzo.

Oui, vous avez d'autres priorités. Et vous pensez que ça a été plus compliqué avec vos parents parce que ce sont des parents adoptifs ?

Mlle A : Non, je ne pense pas qu'il y ait un rapport avec ça en fait. C'est plus ma mère en fait... elle a jamais pu avoir d'enfant naturellement et le fait de savoir que moi je pouvais en avoir, ça a créé une sorte de jalousie en fait...

D'accord. Vous avez l'impression que y'a des tensions du fait qu'elle soit infertile et que vous c'est l'inverse ?

Mlle A : Oh bah oui ! Parce qu'elle m'a sortis des choses un peu blessantes du coup.

Par-rapport ?

Mlle A : Par-rapport au fait que je puisse être enceinte comme ça, alors qu'elle, elle a jamais pu y arriver. Pourtant, je n'y suis pour rien. Voilà... c'est ce que je lui ai dit... Et je vais pas me priver d'avoir des enfants si je peux en avoir !

Bah bien sûr.

Mlle A : Ce serait un peu... un peu débile. Elle a jamais vraiment accepté...

Et du coup vous étiez fille unique ou vos parents ont adopté d'autres enfants ?

Mlle A : J'ai un frère et une sœur d'origine asiatique.

Que vous voyez ?

Mlle A : Euh bah... pour l'instant je les vois plus.

D'accord et vous vous entendez bien avec ?

Mlle A : Oui. Bah heureusement que y'a les portables ! Donc bah de temps en temps, je leur envoie un petit message pour savoir comment ça va. Mais bon... c'est pas tous les jours non-plus, mais une ou deux fois par semaine. Et pis... s'ils ont l'occasion de venir sur Nantes...

Vous vous donnez rendez-vous ?

Mlle A : Voilà. Mais bon... c'est pas toujours facile parce qu'ils ont leur vie de leur côté.

Et là, vous leur avez dit que vous aviez accouché ?

Mlle A : Non plus pas encore.

D'accord. Pour ne pas qu'ils le disent à vos parents d'abord ? Que ce soit vous qui le dites en premier ?

Mlle A : Bah je préfère l'annoncer moi-même à tout le monde en même temps. Voilà... peut-être que ça passera mieux que s'ils l'apprennent après les frères et sœurs. Voilà... après je sais

pas... je sais pas quelle réaction ils vont avoir... on verra bien...

Et l'avenir vous l'envisager comment ?

Mlle A : En appartement.

Et vous l'avez eu comment cet appartement ?

Mlle A : Alors à la base, c'est un ami qui louait cet appartement là. C'est un logement HLM et euh bah il a rencontré une copine, donc du coup il s'est mis avec elle. Et euh... quand il a su qu'il y avait une menace de placement pour Enzo du fait qu'on était à la rue, qu'on avait rien pour l'accueillir, il a décidé de nous sous-louer en fait son appartement.

D'accord.

Mlle A : Du coup, lui par-rapport au loyer, il paie son loyer normalement et nous après on lui rend son loyer directement à lui.

En attendant de trouver une meilleure solution.

Mlle A : Voilà. En attendant d'avoir notre appartement à nous.

Du coup, vous avez pu voir avec l'assistante sociale pour faire d'autres demandes ?

Mlle A : Voilà, sachant qu'on en avait déjà fait avant, mais c'est vrai que ça prend du temps...

C'est compliqué

Mlle A : Oui. C'est pas simple mais on va y arriver.

Et au niveau de l'équipement pour s'occuper d'Enzo, vous avez ce qu'il vous faut ? Je vois que vous avez déjà la poussette !

Mlle A : Voilà ! On a la poussette. On a un lit aussi. Y'a la table à langer qui va pas tarder à arriver, normalement demain. Et puis une chaise haute pour un petit peu plus tard. Après, on a des biberons, des couches... Voilà, on y arrive...

Vous avez réussi à avoir le minimum et puis petit à petit vous allez pouvoir...

Mlle A : Bah on va compléter petit à petit, mais là, on a déjà le minimum de base. On a réussi enfin... c'est le papa qui a réussi à s'équiper bah dans le weekend.

Bon... le roi de la débrouille !

Mlle A : C'est grâce à des amis, à des bons amis qui nous ont prêté ou donné le matériel parce qu'ils s'en servent plus. Donc du coup bah... on récupère.

Et pour les petits vêtements ? Peut-être aller dans des associations ?

Mlle A : Voilà, c'est pas cher. Bon y'en aura certains qu'on achètera neufs pour que ce soit ses petits vêtements à lui. Mais c'est qu'après, je sais qu'il y a la Croix-Rouge, le Secours Populaire aussi. Oui, on ira faire un tour là-bas, c'est sur.

C'est vrai qu'il en faut beaucoup quand ils sont petits, qu'ils régurgitent...

Mlle A : Ouais ! Encore ça va avec Enzo, on a de la chance. Il régurgite pas trop, mais bon c'est vrai qu'il en faut. Et puis si toutefois la relation revient à peu près avec mes parents, j'essaierai de récupérer quelques affaires du premier et du coup...

Qui sont toujours chez eux en fait ?

Mlle A : Voilà, parce que chez mes parents j'ai... alors j'ai plus la poussette, mais j'ai un lit , j'ai le trotteur, j'ai une table à langer, j'ai tous les vêtements du premier, donc si je pouvais au moins récupérer ça, ça serait bien, ça serait un soulagement aussi.

Et par vos frères et sœurs, des fois c'est peut-être possible ?

Mlle A : Je sais pas. Faudrait que je vois... Je les contacterais peut-être pas aujourd'hui mais demain ou après demain.

Déjà vous poser chez vous.

Mlle A : Oui, prendre les repères là-bas avec Enzo. Et puis bah après on verra ou alors soit je les appelle, soit j'vais voir mon père comme il travaille au Conseil Général sur Nantes.

D'accord.

Mlle A : Donc peut-être aller le voir directement au travail avec Enzo... Je sais pas trop encore... J'réfléchit à comment... comment reprendre le lien... comment faire pour que ça se passe bien mais... c'est pas facile.

Et du coup, il a du être au courant des procédures concernant le premier, j'imagine ?

Mlle A : Bah j'pense qu'il a du entendre parler, mais après j'ai pas eu de nouvelles de sa part donc je sais pas... je sais pas du tout... si il veut, il m'en parlera si je le voit ou si je l'ai au téléphone... Peut-être qu'on aura cette discussion là...

Et vous avez des liens avec Noé ?

Mlle A : Alors donc pour Noé... donc là, il est en famille d'accueil.

Oui, vous avez des droits de visites ?

Mlle A : Alors, je le voyais ? j'avais le droit de l'avoir un après-midi par semaine, ce qui est pas beaucoup... après ils nous disent « faut que vous soyez une bonne maman » etc. Mais quand on a que six heures une journée par semaine, j'peux vous assurer que c'est vraiment pas facile, parce que c'est pas en six heures que... On peut pas apprendre à être maman avec six heures de temps... mais bon , on fait avec... Et puis bah... après j'ai arrêté les visites parce que j'ai perdu l'appartement...

D'accord.

Mlle A : Je pouvais plus l'accueillir et euh... je savais pas comment lui annoncer qu'il allait avoir un petit frère ou une petite sœur en sachant que lui déjà il est placé... comment il va réagir à ça ? Est-ce qu'il va comprendre que lui il est pas avec maman et que le deuxième bah

il est avec maman... déjà que c'est compliqué à expliquer à un enfant de quatre ans.

C'est sur.

Mlle A : Et puis bah une fois que j'ai plus eu l'appartement euh... c'était compliqué aussi donc du coup, j'ai stoppé les visites. Mais là, maintenant que l'appartement est sur Saint Herblain, j'vais juste me laisser quelques jours le temps de bien me caler et je reprends contact avec l'ASE de Pornic, parce qu'il est suivi par l'ASE de Pornic, en fait euh bah... pour remettre en place les visites avec Noé.

Et vous lui téléphoniez quand même, des choses comme ça ?

Mlle A : Euh... y'a eu des moments où j'ai appelé, mais après c'est vraiment dur de l'avoir au téléphone parce que bah la plupart du temps, il était en pleur et du coup bah c'est dur...

C'est dur...

Mlle A : Donc j'ai préféré ne pas... enfin... arrêter plutôt que de le perturber parce je sais que de son côté il pleure... moi de mon côté c'est pareil... du coup c'est un peu lourd... Pis bah le papa aussi la plupart du temps, il me voyait mal bah... par-rapport à ça, donc lui aussi c'est dur... pis, il le dit de lui-même... bon c'est pas son fils mais ça lui fait mal de savoir qu'il est placé et de savoir que son père ne s'en occupe pas.

Parce que lui, il n'a aucun lien ?

Mlle A : Ah non non, il a aucun lien. Pis il cherche pas à s'approprier sa place de papa envers Noé. Ça, il est complètement absent. Après, je sais que pendant les visites que j'ai eu à Sainte Pazanne avec Noé, y'a eu des moments où Sébastien il était là et euh... il jouait avec et Noé lui dit « tu es un peu comme mon papa ! ». Sébastien l'a regardé... J'ai regardé Sébastien... Bref, on s'est tous regardé... et il a dit « non non, tu sais je ne suis pas ton papa, mais par-contre je veux bien être ton copain, même ton meilleur copain ». On était trop gêné...

C'est sur. Du coup, vous sortez aujourd'hui ou demain (*NB : le 26 ou 27 juillet*) selon la PMI. Vous vous donnez quelques jour avec Enzo puis vous renouer avec Noé ?

Mlle A : Oui.

Avec le but d'essayer de le récupérer ?

Mlle A : On verra... j'espère...

En tout cas, je vous le souhaite ! Est-ce que vous souhaitez me dire encore autre chose ou on en reste là ?

Mlle A : Bah je pense que je vous ai tout dit.

D'accord, je vous remercie de m'avoir accordé du temps et je vous souhaite bon courage pour la suite et plein de bonheur avec Enzo.

## Entretien Mme L

Je réalise un mémoire de fin d'étude sur les femmes en difficulté sociale notamment au plan du logement pendant la grossesse. Or, en consultant les dossiers depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, j'ai vu que vous avez eu une situation difficile durant votre première grossesse. Aussi, si vous êtes d'accord, je propose que l'on reprenne ensemble toute votre situation. Vous avez accouché la première fois en 2009 ?

Mme L : Oui

Et du coup, vous viviez en camion en fait ?

Mme L : Oui, avant d'être enceinte.

D'accord

Mme L : Quand j'ai appris que j'étais enceinte euh... bah... on a vendu le camion pour trouver un logement, mais avec des animaux, c'est euh... moins facile qu'on le pensait.

Oui, vous avez des chiens ?

Mme L : Oui, deux chiens à l'époque. Avec deux chiens, ça a mis beaucoup de temps.

D'accord

Mme L : Les associations... ils nous ont fermé la porte au nez tout simplement parce qu'ils n'acceptaient pas les animaux.

D'accord

Mme L : Que ce soit chien ou chat et nous on a aussi des chats.

D'accord

Mme L : Après, nous, les animaux... on les a, c'est jusqu'au bout.

Tout à fait

Mme L : On va pas s'en séparer pour faciliter ma vie, donc voila...

Donc ensuite, le camion, vous l'avez vendu et vous avez fait des démarches auprès de...

Mme L : Des associations.

Où il y a des hébergements pour couple en fait ?

Mme L : Oui

D'accord et au final, vous avez réussi à entrer où ?

Mme L : Bah... on a fini par être hébergé chez un ami, on n'avait aucun logement. De là, bah... on est allé en sous-location chez son oncle.

D'accord

Mme L : Et après euh... après son oncle a voulu récupérer son appartement donc du coup on s'est retrouvé à la rue là... du jour au lendemain... on a appelé je crois que c'est le 115...

Oui, le samu social

Mme L : Voilà et on a été logé un peu à l'hôtel.

D'accord

Mme L : Et après, on a été un peu à l'Anef

L'Anef, d'accord

Mme L : On n'y est pas resté longtemps car après on a été accepté à l'Etape.

D'accord

Mme L : Donc on a eu un appartement d'urgence à l'Etape puis après un appartement de six mois aussi à l'Etape.

En CHRS ?

Mme L : Voilà.

D'accord et puis ensuite euh... vous avez donc accouché ?

Mme L : Oui, j'ai accouché quand on était à l'Etape mais d'urgence.

D'accord. Et c'est en fait en sortant de la maternité que vous avez basculé en CHRS ?

Mme L : Oui, la veille que je récupère ma première. Comme c'était un studio qu'on avait en urgence, ils voulaient pas trop laissé ma première K... euh... parce qu'elle avait pas sa chambre.

D'accord, elle est allé aussi en néonate, elle est née un peu tôt ?

Mme L : Oui, elle est restée un mois une semaine.

D'accord. Et donc ensuite vous étiez en CHRS. Vous y êtes restés combien de temps ?

Mme L : On y est resté euh... sept mois je dirais. Un truc comme ça.

D'accord. Et ensuite, ça a débouché sur...

Mme L : Bah ensuite, j'ai voulu aller à la campagne en fait ! Et mon compagnon avait travaillé sur Bouaye. Donc il m'avait dit que c'était la campagne, que c'était sympa... voilà... une petite commune. Et euh... on connaissait des gens en fait par le biais des Restos du Cœur quand à l'époque on mangeait au Resto du Cœur le midi pour les SDF et en fait ces personnes connaissent bien la mairie et tout ça. Ils sont donc allés à la mairie, ils ont un peu parlé pour nous à l'élus social pour obtenir un...

Un logement ?

Mme L : Un logement oui. On est repassé encore par une association.

D'accord.

Mme L : On est passé par l'association Trajet (*NB : association de réinsertion basée à Rezé*).

D'accord

Mme L : On a fait huit mois. Et ça a aboutit sur un logement à la Nantaise Habitation.

D'accord, donc un logement type HLM en fait

Mme L : Voilà, on est très content... avec un jardin.

Ah oui, donc un logement tout à fait adéquat pour avoir deux petites filles !

Mme L : On est bien logé, mais on a mis du temps

D'accord, qu'est-ce qui faisait que vous vous êtes mis à vivre dans un camion ?

Mme L : C'est un choix.

Un choix ? D'accord. Vous aviez toujours des contacts avec vos familles respectives ?

Mme L : Maintenant ? oui bien sur

Et à l'époque, en camion ?

Mme L : Bah pas régulièrement car c'est pas facile d'admettre même si ils le savaient c'était pas facile de parler de ça avec eux... ils ont jamais voulu me le dire mais...

Ils avaient du mal à accepter votre choix ?

Mme L : Bah oui... moi je comprend tout à fait maintenant j'ai deux filles je voudrais pas qu'elles fassent ça.

Oui.

Mme L : Après on faisait la manche et tout ça...

Vous travailliez ?

Mme L : On faisait toutes les saisons qu'on pouvait, mais quand on n'avait pas d'autre moyen... que... de faire la manche...

D'accord. Et là maintenant au niveau de l'emploi ?

Mme L : Bah moi je m'occupe de mes filles. C'est convenu jusqu'à au moins leurs deux ans.

D'accord.

Mme L : Après elles peuvent aller un peu à la crèche mais je me vois pas les confier avant au

moins les deux ans. Après je retravaillerai aux deux ans de L.

D'accord. Et votre conjoint, il travaille ?

Mme L : Oui, il travaille à cinq cent mètre de la maison dans une boucherie. Il a un CDI donc...

Donc, ça, c'est plutôt pas mal !

Mme L : Ah oui ! On a vu le pédiatre ce matin qui nous suivait pour K depuis sa naissance et elle disait « oui, on a fait du chemin ». On lui a dit « oui, on a fait du chemin ! On en est assez content parce que beaucoup auraient pas donné cher... »

Bah oui et euh...

Mme L : On a toujours nos chiens !

*(elle regarde sa fille)*

Vous avez toujours vos chiens !

Mme L : Et les chats aussi !

Et les chats aussi ! Et tout ce petit monde vit bien ?

Mme L : Oui tout le monde est heureux !

Et euh du coup votre première grossesse, le vécu ça s'est passé comment ?

Mme L : Bah j'ai eu des complications dès le début de la grossesse. On m'a dit que j'avais le col ouvert à quatre mois et demi, que fallait que je reste au repos... mais sans domicile fixe, le repos... c'est pas facile...

C'est pas facile c'est sur...

Mme L : Donc c'est sûrement ça qui a joué sur les complications, j'ai fait une pré-éclampsie aussi.

Et là, pour cette grossesse, y'a pas eu de pré-éclampsie ?

Mme L : Non, mais ils ont douté. Ils pensaient que j'en débutais une, un commencement... et en fait, on a pas eu le temps de savoir.

Oui du coup, vous avez accouché avant.

Mme L : Mais je pense pas parce qu'elle est pas si petite que ça.

Oui, pour le terme, elle est plutôt bien. Et euh... vous avez vu l'assistante sociale pour vos grossesses au CHU ?

Mme L : Oui bah je l'ai vu qu'une fois pour la première.

D'accord et ça vous avait aidé pour vos démarches ?

Mme L : Bah oui un peu parce qu'elle m'avait fait un papier qui attestait mes problèmes de santé, de grossesse. Donc bah... on pense que ça a quand même joué.

Pour trouver plus facilement une solution ?

Mme L : Oui pour trouver un hébergement plus vite en fait parce que du coup les associations même avec nos difficultés ont essayé de nous trouver une solution au maximum pour pas me laisser en mauvaise santé dehors.

D'accord. Et à part... bon y'a le suivi de la grossesse, mais vous aviez d'autres interlocuteurs ?

Mme L : Euh non... j'étais suivi à l'UGOMPS.

D'accord. Et j'ai vu que vous consommez du cannabis. Vous avez vu l'addictologue ?

Mme L : Oui...

Oui.

Mme L : Oui, je l'ai vu... mais en fait c'est pas du tout collé avec cette dame là. Après... j'ai rien contre elle... y'a rien de personnel, mais y'a pas eu de feeling du tout. Elle m'a fait faire ma frise chronologique depuis ma naissance et euh... ça m'a plus fait ressortir des mauvais souvenirs qu'autre chose...

D'accord.

Mme L : Ça m'a pas du tout aidé...

Ça vous a pas aidé.

Mme L : Non non...

Et donc là sur cette grossesse, vous n'avez pas essayé de consulter une autre personne ?

Mme L : Non bah en fait... j'en parle régulièrement avec mon médecin : le jour où je suis prête, c'est vers lui que je me tournerai.

D'accord. Vous préférez voir votre médecin traitant.

Mme L : Oui, c'est bête... c'est comme les enfants, on a toujours un esprit contradictoire et plus on va me le dire, moins j'ai envie d'arrêter, alors que si ça vient de moi-même ça sera plus facile.

Bah oui certainement oui.

Mme L : Je le sais très bien, faut qu'on change... je le sais...

Oui, mais c'est certainement très difficile...

Mme L : C'est une addiction comme une autre... voilà...

Tout à fait. Et vous avez commencé à quel âge ?

Mme L : Dix-sept ans. Bah... j'étais super nerveuse et ma mère voulait me faire prendre des comprimés et moi... très impulsive, limite agressive... je tapais, je faisais des crises de nerf, tout ça... et je voulais trouver un moyen toute seule et euh voila... Le premier a été fatal...

D'accord. Et avec votre famille, ça se passe bien ?

Mme L : Bah oui... j'ai plus ma mère, mais avec mon père, ça se passe bien. J'ai des frères et sœurs. Je suis en contact avec eux, donc ça va.

Et vous avez toujours eu une bonne relation avec eux ?

Mme L : Oui. Bon pas pendant la crise d'adolescence...

Ça été une période plus conflictuelle ?

Mme L : En plus, j'ai déjà un tempérament assez fort.

Vous êtes un peu impulsive ?

Mme L : Oui oui... je mache pas mes mots, donc c'est un peu difficile des fois... tout le monde me comprend pas...

*(elle regarde sa fille)*

Et elle va comment actuellement K ?

Mme L : Bah elle va bien. Elle a toujours été en bonne santé et ça continue.

D'accord. Elle est suivie par la PMI ?

Mme L : Bah plus la PMI, on a donné, mais euh par son médecin traitant. Elle va voir régulièrement son médecin traitant parce qu'on surveille son poids, toujours... Elle est pas très grande, mais je fais 1m47 donc je fais pas des gros bébés.

Vous n'allez pas faire des grands, c'est sur ! Et le papa, il est grand ?

Mme L : Euh bah non, 1m70.

Oui donc les chats font pas des chiens, mais faut surveiller.

Mme L : C'est bien ce que je dis ! Donc on surveille régulièrement son poids et sa taille.

D'accord et elle a d'autre suivi ?

Mme L : Juste la pédiatre du réseau.

La pédiatre du réseau d'accord. Du coup, trouvez-vous que cette grossesse-ci a été plus facile ? notamment sur le plan social ?

Mme L : Ah bah oui, plus facile, c'est sur. Pis moralement aussi.

Un meilleur vécu alors.

Mme L : Oui, bah je pense que c'est pour ça qu'elle est plus grosse d'ailleurs. Y'a moins de stress.

Bien sur.

Mme L : Y'avait le logement plus confortable donc c'est sur que ça change tout.

C'est plus facile pour se reposer même si y'a aussi l'ainée.

Mme L : Oui, mais elle est mignonne, elle me fatigue pas, elle est calme.

Et ça s'est passé comment la grossesse ? Là vous avez accouché prématurément donc y'avait-il des signes avant coureur des choses particulières ? ou ça se passait bien ?

Mme L : Les dopplers étaient à surveiller parce qu'ils étaient pas tous bon. Sinon pas de problème particulier la petite était un peu petite, mais comme on a dit les chiens font pas des chats. Et pis, on était pas sur qu'il y ait une pré-éclampsie ou pas.

Et vous étiez suivi par le docteur V ?

Mme L : Oui.

Vous avez fait tout votre suivi avec lui ?

Mme L : Euh oui. Dès que j'ai été voir mon médecin traitant, j'ai fait la prise de sang. Elle m'a dit : « vu que vous avez fait une pré-éclampsie, je préfère vous envoyer au CHU ». Donc directement, j'ai fait mon suivi avec lui.

D'accord. Et ça se passait bien ?

Mme L : Oui oui, pas de problème.

D'accord. Et vous n'avez pas voulu retourner à l'UGOMPS ?

Mme L : Non.

Pas particulièrement. Vous n'en voyiez pas l'utilité ?

Mme L : Euh non... en fait, euh... comment dire... on va dire comme si on avait une étiquette. C'est euh... on a vécu en camion, on allait à l'UGOMPS parce que j'avais pas de papier de sécu machin tout ça... donc en fait... c'est comme si on m'avait mis une étiquette sur la tête et euh... pas marquer étrangère mais euh... presque...

D'accord.

Mme L : Donc en fait voilà. C'est euh... c'est bizarre à expliquer, mais c'est comme ça. C'est euh... moi j'ai vécu tout ça le regard des gens parce que quand on est assis par terre et qu'on demande la charité... c'est ça faire la manche, et ben le regard des gens est différent donc tout de suite, les gens, ils nous collent une étiquette. Et donc, cette étiquette, moi je l'ai plus. J'ai vécu ce que j'ai vécu. Je regrette rien, mais donc je voulais être comme tout le monde entre guillemet.

D'accord.

Mme L : Donc j'ai été voir le docteur V !

D'accord, d'autant que votre situation s'est franchement améliorée.

Mme L : Oui, y'avait pas de raison.

Et puis, beaucoup moins de choses étaient à mettre en place par-rapport à la première fois.

Mme L : Oui bah oui, c'est sur. Déjà fait quoi.

*(elle regarde sa fille)*

Et votre conjoint, c'était aussi un choix de vivre en camion ?

Mme L : Oui, il avait déjà vécu euh... SDF avant moi. On s'est rencontré, on était dans mon logement et après on a décidé de faire la route. Nous, on voulait vivre en camion. Le camion était tout aménagé. C'était pas un camping-car parce que c'était pas récent. C'était un camion aménagé, mais tout confort à l'intérieur.

D'accord.

Mme L : On avait le four, la télé, tout !

Ah oui !

Mme L : Oui, y'avait tout ce qu'il fallait mais euh... c'est quand même un choix.

D'accord. Et lui, il a des contacts avec sa famille ?

Mme L : Oui, mais depuis la naissance de K seulement.

Depuis la naissance de K seulement. Avant il était en rupture avec eux ?

Mme L : Complètement.

Complètement.

Mme L : Parce que eux aussi, j pense que ses parents savaient sans vouloir l'admettre et sans l'accepter donc...

Que vous, vos parents l'acceptaient même s'ils l'admettaient moins.

Mme L : Bah mes parents ont jamais refusé de me voir bien au contraire ! Eux, voilà... ils auraient jamais refusé de me voir pour ça quoi...

D'accord.

Mme L : Bah ma mère acceptait pas forcément mes choix mais elles aurait jamais refusé de me voir.

D'accord.

Mme L : Après on vient pas de la même famille... Ma famille est plus une famille où on a

plus galéré étant petit et eux ils ont moins galéré. Et du coup, ils ont pas les mêmes relations père et mère tout ça...

D'accord. Quand vous dites que vous avez galéré, c'est-à-dire...

Mme L : Bah moi, je sais ce que c'est d'avoir galéré et de pas avoir de cadeaux à Noël, tout ça quoi... mes parents avaient pas beaucoup d'argent donc...

Il ne travaillait pas ?

Mme L : Non, ils avaient beaucoup de problème de santé...

D'accord.

Mme L : Bon, on s'en est sorti, on est bien content maintenant.

Et lui, il vient d'un milieu un peu plus favorisé donc ?

Mme L : On peut pas dire aisé ou favorisé parce qu'ils ont quand même travaillé pour les faire vivre, mais c'était...

Ils manquaient moins...

Mme L : Bah quand j'étais petite, j'm'en rappelle encore, bon c'est arrivé qu'une année mais je m'en rappelle, je sais pas quel âge j'avais, je devais avoir cinq ans. On n'a eu que les cadeaux du père Noël vert, donc c'est le secours populaire donc...euh...bah... ça fait toujours plaisir... c'est toujours des cadeaux, mais on sait très bien que ça venait pas des parents, que c'était pas... voilà on le sait à cet âge là que c'est pas...

C'était pas personnalisé ?

Mme L : Voilà, c'est ça. Donc après voilà tout ça moi... ça fait changer une personnalité je pense enfin...on évolue pas pareil quand on a tout à porter de main, tout ce que l'on veut. Voilà c'est sûr...

Vous êtes habitué à vous battre.

Mme L : Oui bah... je sais ce que je veux !

Et là, vous voulez quoi concrètement ?

Mme L : Concrètement, bah euh... attendre que mes filles grandissent pour bosser un peu euh... à partir des deux ans de L. et euh... quand on aura un CDI chacun, on compte faire un crédit pour une boucherie-charcuterie.

D'accord.

Mme L : Y'a du temps, y'a du chemin mais euh... y'a pas de raison que ça marche pas.

Donc vous avez des projets !

Mme L : Ah oui ! Moi, je veux juste qu'elles soient heureuses et qu'elles manquent de rien.

C'est déjà beaucoup ! Et K est déjà venue voir sa petite sœur ?

Mme L : Oui, elle l'a vu deux fois dans la couveuse. Donc euh... elle a réalisé sans réaliser parce qu'elle a vu que maman elle avait plus son ventre, mais elle se demandait pourquoi le bébé il est pas là je pense...

Oui.

Mme L : Mais elle l'a vu une fois dans les bras à maman : là, ça été le choc, elle s'est mise à pleurer, elle a réalisé pour de vrai et euh... elle a quand même été mignonne. Elle lui a fait un bisou et elle lui a dit « maim ». Elle parle pas beaucoup donc c'est déjà ça. Elle est super mignonne. Tous les jours, je fais des photos et je lui montre.

D'accord. C'est sur c'est plus compliqué que quand le bébé revient pas directement à domicile.

Mme L : Voilà, là c'est difficile pour elle. Elle a pas le droit de venir tous les jours. Voilà mais bon c'est une organisation. C'est la personne qui nous a aidé à trouver le logement à Bouaye qui s'occupe de K quand je suis ici, autrement elle va deux jours par semaine à la crèche. Pis, ça se passe bien, elle adore en plus aller chez M ! Mais bon... c'est dur aussi pour les chiens. Va falloir que je leur fasse sentir les bodys sales de la petite pour qu'ils s'habituent à son odeur à elle en fait.

D'accord.

Mme L : On a un jeune chien de six mois. Pareil, à cet âge là, ils sont pas trop intelligents. Donc euh... lui, c'est pareil, il va pas comprendre que y'a un bébé qu'arrive comme ça, d'un coup. Donc...

Parce que vous avez trois chiens maintenant ?

Mme L : Non, deux. Le vieux est mort entre temps. On a repris un petit. On a deux chiens et deux chats.

Et ils sont dans la maison ?

Mme L : Non, dehors. Tout le monde est dehors. On a une femelle chatte qui est tout le temps dehors, rentre et sors, viens pour manger et son fils vient juste le soir pour manger. Des fois, il vient pas pendant trois jours.

D'accord.

Mme L : Et les deux chiens ont une grande niche dehors.

D'accord.

Mme L : Bon les chiens, c'est bien, mais avec deux enfants en bas âge... Je suis pas maniaque, mais je suis perfectionniste. On va dire ça comme ça. Le ménage, c'est bien, mais là avec deux ça suffit. Ils ont le droit de rentrer quand on est là, quand on est présent, quand on l'a décidé. Donc des fois, on est à la maison, ils rentrent pas, on n'est pas décidé, mais quand on est décidé, ils ont le droit de rentrer.

Oui.

Mme L : C'est pas non-plus « 24-24 » dehors. Ça, je le supporterai pas. Ils sont dehors sans leur parler, je le supporterai pas. Voilà quoi... Ils font parti de notre vie, de la maison bah oui... C'est Bob et Marley ! Bob le plus vieux, Marley le petit dernier.

D'accord. Et donc maintenant la route, c'est terminé ?

Mme L : Ah oui oui !! Euh fini euh... la route oui, mais pas les vacances ! On compte racheter un camion incessamment sous peu d'ailleurs, quand l'occasion se présente, qu'on aménagera pour pouvoir partir en vacances avec les filles.

D'accord.

Mme L : C'est inconcevable de partir sans elles ! Avec elles, vous savez c'est bien de bouger. Moi, j'ai jamais vraiment sorti de la Rochelle, à part quand j'ai fait la route.

D'accord.

Mme L : Sinon, je serai restée terré dans mon trou en fait. La preuve que non, je suis arrivée à Nantes ! On n'a pas de famille ici. On est resté parce qu'on aimait bien Nantes, mais sinon, on a rien qui nous retient ici.

Votre famille est sur la Rochelle du coup ?

Mme L : Oui, toute ma famille.

Et votre conjoint ?

Mme L : En Seine et Marne. Donc, ça fait un peu plus loin. Ils viennent quand même régulièrement. Ils sont très attachés à leurs petites filles.

D'accord.

Mme L : C'est grâce à elles qu'on les côtoie, que leur fils voit ses parents. Ils sont très attachés à leurs petites filles et c'est pareil avec la deuxième. On a tout ce qu'il faut en habit prématuré, pas prématuré pour les filles. La mamie arrive même à en acheter pour les envoyer en colis et tout ! Je dis même, ça sert à rien, ça sert à rien de... elles en ont pas besoin même... Bon après, ça leur fait plaisir, moi ça ne me dérange pas.

Et votre famille vient régulièrement aussi ?

Mme L : Euh... un peu moins, c'est difficile pour mon père de quitter la Rochelle, j'pense... C'est difficile, ne serait ce que pour une journée.

Ça fait de la route.

Mme L : Oui, pis depuis que ma mère est partie en fait... c'est difficile de venir, de faire comme si de rien était. Il aimerait tant que ma mère soit là, que... il arrive pas à se sentir bien quoi...

D'accord.

Mme L : Donc il vient, il est pas bien, donc ça sert à rien.

Donc, c'est plutôt vous qui y aller ?

Mme L : Oui, voila, à l'occasion... maximum tous les six mois, parce que moi au bout de six mois, j'ai trop envie de les voir. Ils me manquent trop !

C'est normal !

Mme L : Ah moi, au bout d'un moment je sature ! C'est limite, j'ai trop envie de les voir. Et pis, j'ai une petite sœur de dix-huit ans que j'aime beaucoup. Comme on a huit ans d'écart, j'ai fait la petite maman. Je la compare beaucoup à mes filles parce qu'elle était prématuré aussi y'a dix-huit ans. J'arrive pas à m'en remettre !

Et vos autres frères et sœurs sont plus vieux ?

Mme L : Oui, les deux sont plus grands que moi. Six ans et demi ma grande sœur et huit ans mon grand frère. Donc euh... comme mon grand frère pareil, on a huit d'écart, donc lui il a fait le... comme on pourrait dire la petite maman aussi parce que il est père au foyer. Il laisse sa femme travailler, il a fait aussi la petite maman. Donc du coup, je suis très attachée aussi à mon grand frère.

Et votre sœur ?

Mme L : Un peu moins avec ma grande sœur. On n'a pas les mêmes relations, on n'a pas la même vision des choses, de la vie... elle, elle a jamais accepté que j'ai fait la route et tout ça.

D'accord.

Mme L : Donc euh...

C'est plus avec votre sœur du coup que c'est compliqué plus qu'avec les autres ?

Mme L : Bah compliqué euh non... après... c'est vite fait : soit elle accepte, soit elle l'accepte pas, mais on tourne pas autour du pot donc euh... on s'est pas parler pendant cinq ans, on vient juste seulement de se reparler depuis peu voila...

D'accord.

Mme L : On va y aller doucement, mais on se reparle c'est déjà bien.

Oui.

Mme L : C'est quand même ma sœur. Y'a les liens du sang, c'est plus fort que tout. Je suis rancunière, mais faut pas abuser ! Par-contre, avec mon grand frère, on peut pas du tout rompre les liens.

Et il a accepté votre mode de vie ?

Mme L : Oh oui oui ! Mon frère, il est comme moi, il aurait jamais pu rompre le lien pour ça quoi.

D'accord. Et votre petite sœur, elle a aussi accepté votre mode de vie ?

Mme L : Oh oui, ma petite sœur, elle a accepté. J'dirais presque... en quelque sorte que je suis son modèle parce qu'elle est en crise d'ado et qu'elle l'était, qu'elle l'est toujours. Euh... ce modèle, mon modèle que je trouve à mon goût. C'est pas forcément un bon modèle, c'est ce que moi j'avais envie de faire. C'est pas forcément ce que d'autres personnes doivent faire... après c'est vrai... moi ce que j'avais envie, c'est pas un modèle quoi, mais bon...

Du coup, elle veut faire un peu comme ce que vous avez fait.

Mme L : Bah oui, faire la marginale sans être autonome comme moi je l'étais.

D'accord.

Mme L : J'ai toujours été autonome et téméraire. Moi, j'ai dit à mes parents, j'arrête l'école, mais c'est pour trouver un apprentissage. J'ai pris mon « chapis » et j'ai trouvé un maître de stage. Mon patron, je me suis présentée toute seule. J'ai toujours été téméraire, autonome. Ma sœur : non.

Et vous avez fait un apprentissage en quoi ?

Mme L : En vente, vente en boulangerie.

D'accord.

Mme L : Ça m'a beaucoup plus ! J'aime beaucoup la vente donc euh...

Donc ce serait plutôt vers ça que vous vous redirigerez ?

Mme L : Oh oui oui ! Bah vente de viande et charcuterie parce que mon conjoint est boucher donc euh... Pis j'ai vendu de la charcuterie ! J'étais charcutière quand on s'est rencontré. Mon conjoint était boucher en face sur le marché de la Rochelle donc euh... On a commencé notre histoire en tant que chacun dans notre... en tant qu'employé chacun dans une boîte. Peut-être qu'on finira notre histoire dans notre propre boîte, notre boucherie-charcuterie.

D'accord !

Mme L : On espère, on a le droit d'y croire.

Tout à fait ! Et puis, c'est un projet intéressant !

Mme L : Oui, et y'a de moins en moins de boucherie-charcuterie et de la bonne viande surtout donc euh... je sais de quoi je parle. Par-contre, on vendra de la qualité, ça c'est clair.

Voilà !

*(elle regarde sa fille)*

Mme L : Ah, j'en ai besoin de la voir, y'a que le dimanche que je peux pas la voir. Du coup, le lundi, je viens en courant.

Qu'est-ce qui fait que le dimanche vous ne pouvez pas venir ?

Mme L : Bah le dimanche, c'est réservé au papa. Et moi, je garde K.

D'accord.

Mme L : Comme papa, il bosse pas mal, il peut pas venir, soit parce qu'il est trop fatigué ou soit le gasoil ne le permet pas parce que venir deux fois dans la journée, c'est pas possible.

Oui, je comprends.

Mme L : Ça consomme déjà assez donc euh... après si on peut plus venir à la fin du mois, c'est pas la peine.

Bien sur.

Mme L : Du coup je peux plus.

Les fins de mois sont encore difficiles ?

Mme L : Bah c'est les réparations de la voiture, c'est un gouffre cette voiture. C'est une vieille voiture bien entendu. Nous, on les emmène au bout du bout du kilométrage. Là, c'est que des pannes d'usure, on peut rien y faire. Donc euh... c'est « chiant » quoi... On est pas « Rothschild » non plus. Le portefeuille n'est pas extensible non plus.

Bien sur. Et puis, l'essence coûte bien chère actuellement.

Mme L : Tous les jours, elle prend un centime. Le gasoil, hier, il était à 1,35. Aujourd'hui, il est à 1,369, donc euh... il a pris deux centimes. Deux centimes sur trente litres, c'est énorme.

Bah oui, c'est évident.

Mme L : C'est pour ça que c'est difficile, mais bon on gère...

Est-ce que vous souhaitez encore me dire quelque-chose ou on en reste là ?

Mme L : Bah moi, j'ai dit ce que j'avais à dire.

Donc je vais vous laissez profiter de votre puce !

Mme L : Je suis spontanée, je crois que j'en ai même dit un peu trop.

Ne vous inquiétez pas, de toute façon, c'est anonyme donc personne ne saura que c'est vous.

Mme L : Surtout ce qui est important, c'est de ne pas divulguer les prénoms parce que je suis très attachée aux prénoms qui ne sont pas communs donc je veux les préserver au maximum.

Pas de risque, j'anonymise tout. Y'a pas de problème. Bien, je vous remercie de m'avoir accordé du temps.

Mme L : Pas de problème ! J'espère que je vous ai aidé un peu.

Oh oui ! Merci beaucoup et profitez bien. Plein de bonnes choses avec toute votre famille. Au revoir.

Les femmes en errance sont très fuyantes. Elles se cachent des hommes, de la société voire d'elles-mêmes. Toute leur histoire résonne avec la violence. Les addictions sont nombreuses, notamment le tabac. Obtenir leur confiance est très difficile d'autant qu'elles ont conscience de leur situation et de son inadéquation avec l'arrivée d'un bébé.

Dans ce contexte, il est important de leur apporter un accompagnement singulier dans la construction d'une relation saine avec leur enfant et entamer un processus de réinsertion. Pour cela, une approche pluridisciplinaire est indispensable. La naissance doit être anticipée en staff de parentalité.

L'objectif de ce travail est d'amorcer une réflexion afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des femmes en errance lors de leur grossesse. Grâce à cela, nous pourrions promouvoir l'importance de l'accompagnement à la parentalité par les sages-femmes et plus généralement par l'ensemble des soignants amenés à travailler auprès de ces femmes.

L'étude réalisée a permis d'inclure 22 patientes et 25 enfants entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 octobre 2011. A l'issue des trois mois des enfants, on retrouve un tiers de placements et 95% des patientes réintègrent un hébergement. Pour 60% d'entre-elles, il s'agit d'un logement personnel.

**Mots-clés :**

Errance, Parentalité, Prise en charge pluridisciplinaire, UGOMPS, Violences, Vulnérabilités,