

RAPPORT D'ENQUÊTE

EXPLORATOIRE

Février 2020



Santé des femmes enceintes, des mères et des enfants de moins de 3 ans en CHRIS et AME

QUEL ACCOMPAGNEMENT DE LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES,
DES MÈRES ET DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS EN CENTRES D'HÉBERGEMENT
ET DE RÉINSERTION SOCIALE (CHRIS) ET ACCUEILS MÈRES-ENFANTS (AME)
SUR L'EX-RÉGION RHÔNE-ALPES ?



Réalisé avec le soutien financier
de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes



TABLE

DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
I. PROBLÉMATIQUE.....	3
1. Eléments de contexte.....	3
2. Objectifs de l'enquête exploratoire.....	4
II. MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE.....	5
III. RÉSULTATS D'ENQUÊTE.....	9
1. Le rôle des acteurs institutionnels et des dispositifs de coordination.....	9
2. Les profils et parcours des femmes avant leur arrivée au CHRS ou à l'AME.....	12
3. Un nouvel environnement : la vie quotidienne au centre d'hébergement.....	15
4. L'accompagnement en centre d'hébergement et la place de la santé.....	18
5. La santé de la mère : elle arrive au second plan après celle des enfants.....	21
6. La santé de l'enfant : une priorité pour les mères.....	27
7. La grossesse et la naissance : entre fragilités et soutiens.....	29
8. La parentalité.....	31
IV. PISTES D'ACTION.....	34
1. Les besoins des professionnels.....	34
2. Les besoins exprimés par les mères.....	35
3. Les recommandations à l'issue de cette enquête.....	35
ANNEXES.....	37
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55

Rédaction : Émilie Sauvignet.

Appui méthodologique : Chloé Hamant.

Chargées de projet à l'IREPS ARA.

1. ELÉMENTS DE CONTEXTE

≈ Un constat :
des inégalités sociales de santé présentes dès la grossesse

L'état de santé d'une personne est influencé par un ensemble de facteurs, également appelés **déterminants de la santé**, tels que :

> L'âge, le sexe, des facteurs héréditaires,

> Le mode de vie : le régime alimentaire, la pratique d'un sport, la consommation de tabac/d'alcool...

> La présence d'un réseau social et familial soutenant,

> Les conditions de vie et de travail (logement, chômage, formation, services de santé...)

> Les conditions socio-économiques (politique de redistribution des revenus...) et environnementales (qualité de l'air...)

La santé des individus est donc étroitement liée à leurs conditions de vie à la fois matérielles et sociales. On relève des indicateurs de santé de moins en moins favorables au fur et à mesure que la situation socio-économique des personnes se dégrade : ces différences de santé liées au statut social sont les **inégalités sociales de santé**.

Ces différences sont présentes tout au long de la vie, dès la grossesse :

	MÉNAGES DONT AU MOINS UN DES MEMBRES A UN EMPLOI	MÉNAGES DONT LES DEUX MEMBRES SONT SANS EMPLOI
NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES <8	18,5 %	28,9 %
POIDS DE NAISSANCE <2,5 KG	6,7 %	9,5 %
TAUX DE SURCHARGE PONDÉRALE ET D'OBÉSITÉ EN MATERNELLE	7 % et 1 % Chez les enfants de cadres	16 % et 6 % Chez les enfants d'ouvriers

Tableau 1 : Comparaison de 3 indicateurs en fonction du niveau d'emploi du ménage

≈ Cibler les femmes enceintes et les enfants de moins de 3 ans : pourquoi intervenir précocement ?

Identifiés comme publics prioritaires dans le plan régional de santé 2012/2019, les femmes enceintes et les jeunes mères en situation de précarité sont également prioritaires dans le nouveau schéma régional de santé 2018/2023 : la période périnatale (grossesse et premiers mois de vie) et les premières années de vie constituant des périodes essentielles pour la santé future de l'enfant, l'ARS (Agence Régionale de Santé) encourage l'ensemble des acteurs de la petite enfance, de l'éducation, de la santé... à coordonner leurs actions en faveur de la petite enfance.

≈ Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale et les établissements d'accueil mères-enfants : des structures clés de l'accueil des femmes enceintes et enfants de moins de 3 ans en situation de précarité

Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et les établissements d'accueil mères-enfants (AME ou centres maternels, ou hôtels maternels) sont deux types de structures qui accueillent en hébergement collectif ou en appartement, pour une durée minimale de 6 mois renouvelables, des femmes enceintes ou mères d'enfants de moins de 3 ans. Certains CHRS accueillent également des couples, d'autres uniquement des hommes ou des femmes. Dans tous les cas, il s'agit de personnes se trouvant dans des situations extrêmement précaires, du fait de difficultés de logement, économiques, ou familiales.

L'enquête exploratoire a donc ciblé des CHRS et des Etablissements d'accueil mères enfants pour recueillir les besoins et demandes des professionnels et des mères, sur différentes dimensions en lien avec la santé.

2. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

≈ Objectif général

L'objectif de l'enquête visait **une meilleure compréhension de la prise en charge de la santé** des mères et des enfants de moins 3 ans accueillis en CHRS ou AME, pour permettre la mise en place d'actions de renforcement des compétences des professionnels et/ou de mise en lien entre professionnels pour améliorer la santé de ce public.

≈ Objectifs spécifiques

L'enquête poursuit 4 objectifs spécifiques :

> Identifier le rôle des acteurs institutionnels et des dispositifs de coordination dans l'accompagnement des femmes enceintes et/ ou avec enfant de moins de 3 ans en CHRS ou AME,

> Identifier les articulations entre les différentes modalités d'accompagnement,

> Identifier les pratiques et les besoins des professionnels, en termes d'accompagnement sur la santé, et plus spécifiquement le suivi de grossesse, la santé de la mère et de l'enfant, la parentalité,

> Identifier les demandes et les besoins des mères.

II. MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

La collecte des données s'est effectuée en plusieurs étapes entre juin 2017 et septembre 2018.

≈ Comité de pilotage

Un comité de pilotage a été constitué en janvier 2017, au démarrage du projet, avec pour mission d'appuyer le cadrage de l'enquête puis son déroulement.

Composition du comité de pilotage : Magali Tournier et Chantal Mannoni (ARS), Nathalie Gay (DRDJSCS), Corinne Dupont (Réseau périnatalité Aurore), Marthe Chaverondier (PMI de la métropole de Lyon), Isabelle Jacob et Emilie Sauvignet (IREPS ARA).

≈ Critères de sélection des structures enquêtées

Une préidentification des structures accueillant des femmes enceintes et enfants de moins de 3 ans a été réalisée en mars 2017 (Annexe 1), à partir des informations transmises par certaines DDCCS et le site http://www.sosfemmes.com/ressources/contacts_chrs.htm

Le choix des **9 structures** enquêtées (cf. cartographie page suivante), effectué en lien avec les DDCCS, s'est appuyé sur les critères suivants :

> Une structure par département sur l'ex-région Rhône -Alpes,

> L'éloignement géographique par rapport à une grande ville,

> La modalité d'hébergement : diffus, collectif, ou les 2 modalités,

> La taille de la structure : <20 places et >20 places,

> L'expérience de la structure sur les questions de santé : structures expérimentées et structures peu expérimentées.

3 types de structures ont été enquêtées :

> Un centre d'hébergement qui n'a pas le statut de CHRS (69) ;

> 4 CHRS financés par les DDCCS (07, 26, 38, 42) ;

> 4 accueils mères enfants financés par les Conseils départementaux (01, 73, et 2 dans le 74), dont 3 sont accolés à un CHRS qui accueille d'autres publics (hommes, femmes seules ou avec enfants.)

Se reporter à l'Annexe 2 pour les caractéristiques détaillées de chaque structure enquêtée (public, financement, nombre de places, ressources humaines...)

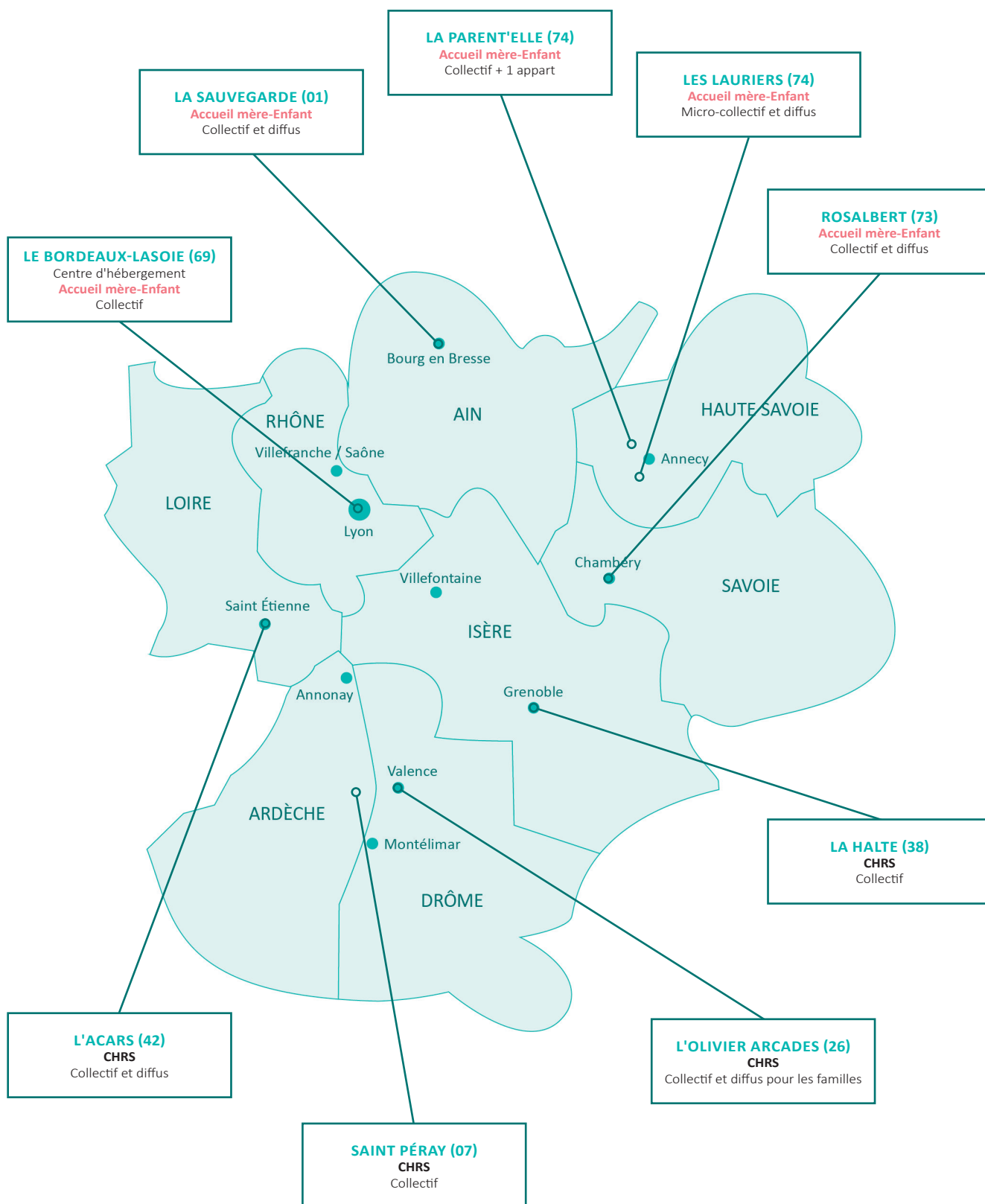


Figure 1 : Les structures d'hébergement enquêtées

≈ La définition des grilles d'entretiens

La présente enquête exploratoire est **une enquête qualitative**, dont les données ont été collectées lors **d'entretiens semi-directifs** auprès des acteurs. 4 grilles d'entretiens ont été élaborées (Annexes 3, 4, 5, 6), testées puis modifiées :

- > 1 grille **d'entretien individuel** à destination des mères accueillies en CHRS et AME,
- > 1 grille d'entretien individuel à destination des acteurs institutionnels : Directions départementales de la cohésion sociale et Conseils départementaux,
- > 1 grille **d'entretien collectif** à destination des professionnels,
- > 1 grille d'entretien individuel avec les directeurs des structures.

Les grilles ont été adaptées au fur et à mesure du recueil des données, en privilégiant certains items qui sont apparus comme prioritaires.

≈ Les dimensions explorées en entretien

L'enquête a privilégié une **approche large de la santé**, incluant des dimensions liées à la qualité de vie et des dimensions plus sanitaires, soit :

- > Le parcours des mères en amont de l'hébergement et l'accès à l'hébergement actuel,
- > La vie quotidienne dans le centre,
- > L'accompagnement au sens large dont les mères bénéficient,
- > La place de la santé dans l'accompagnement dont les mères bénéficient,
- > Le suivi de grossesse/la naissance,
- > Le lien d'attachement mère-enfant/le soutien à la parentalité,
- > Le suivi de la santé de l'enfant.

Cette **approche large de la santé** permet de questionner les différents déterminants de la santé des femmes et enfants accueillis :

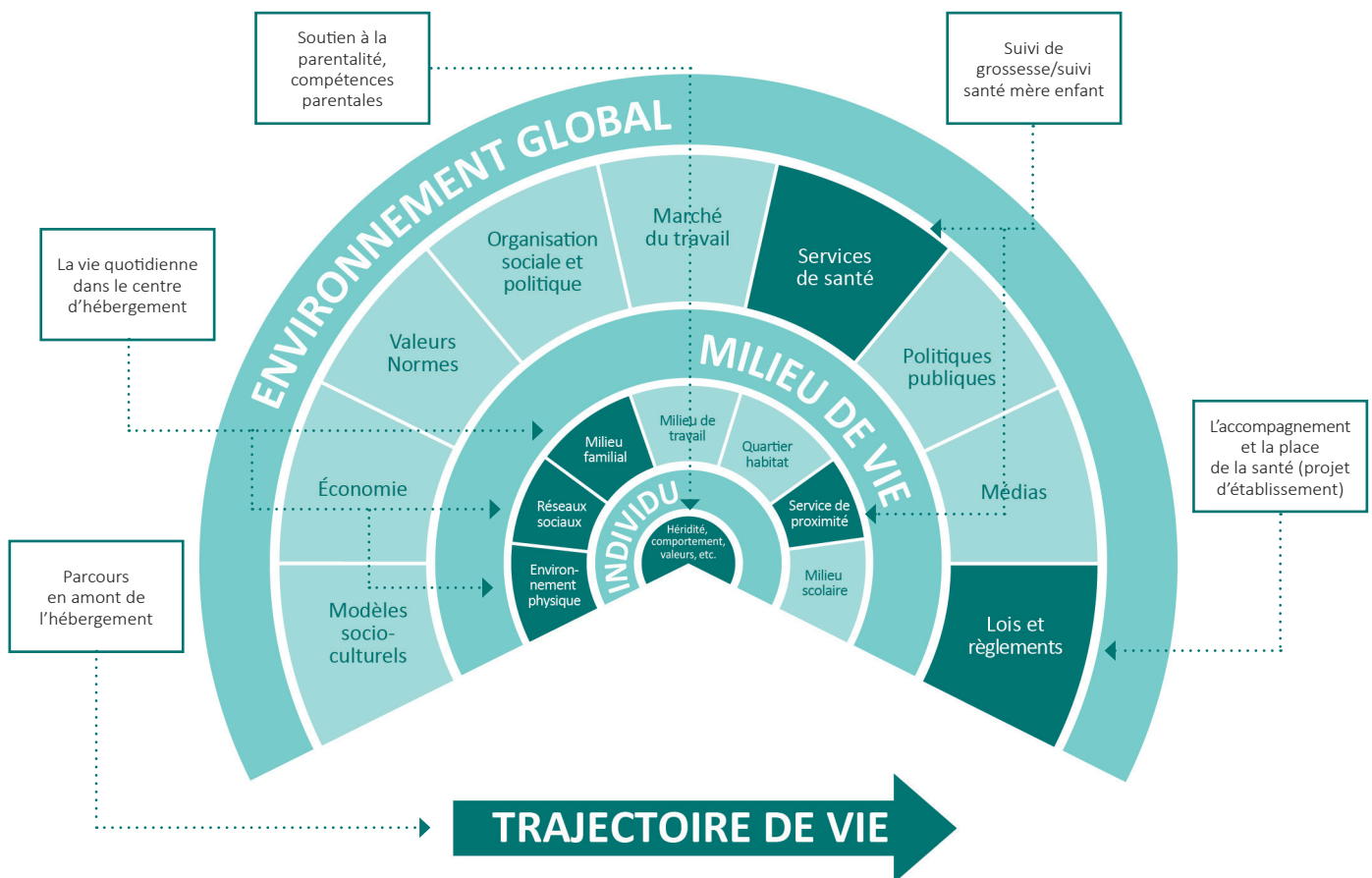


Figure 2 : Les déterminants de la santé, par le prisme de l'hébergement en CHRS Adapté de Dahlgren et Whitehead, 1991

≈ Les personnes et structures enquêtées

Les entretiens ont concerné **94 personnes** (voir détail en Annexe 7), soit :

- > 19 mères,
- > 9 institutions (7 DDCS et les conseils départementaux de la Loire et de la Haute-Savoie),
- > 7 directeurs/trices de CHRS ou d'accueil mères-enfants,
- > 9 équipes de professionnels, soit 44 professionnels,
- > 5 autres acteurs en lien avec la thématique de la santé des femmes et enfants en situation de précarité (la coordination des PASS ARA, le SIAO de Lyon, le REAAP de la Loire, le Réseau périnatalité Elena, la PMI de la métropole de Lyon).

Les entretiens se sont déroulés sans difficulté, la présence des enfants lors des entretiens avec les mères n'a pas été une contrainte. La garde des enfants avait été évoquée en amont comme une condition de l'entretien, mais il n'a pas été nécessaire d'y recourir.

≈ Les limites de l'enquête

Les limites de l'information recueillie

- > Les mères enquêtées ont été sélectionnées par les professionnels, sur la langue ou la disponibilité psychologique ainsi que sur d'autres dimensions difficiles à apprécier.
- > Les entretiens individuels des mères reposent sur du déclaratif influencé par un ensemble de facteurs : peur d'être jugée, de donner l'image de ne pas pouvoir s'occuper correctement de l'enfant...
- > Lors des entretiens collectifs avec les professionnels, les discours recueillis impliquaient une parole consensuelle (car sous le regard des pairs) ; il n'y a pas eu d'observation directe des pratiques.
- > Enfin l'enquête n'avait pas pour objectif de suivre une cohorte de mères pour connaître avec précision leur parcours de santé (nombre de consultations prénatales, pathologies...)

Les publics non atteints dans le cadre de cette enquête

- > Les femmes¹ et enfants à la rue, sans altération du lien² mère-enfant, vues par les équipes mobiles,
- > Les familles précaires en logement suivies par une assistante sociale, et qui ont une altération du lien mère-enfant,
- > Les personnes victimes de violence qui n'ont pas connaissance de l'existence des CHRS.

Les approfondissements possibles

- > Entretien avec un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) ou un Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA).
- > Entretien avec des professionnels de l'Agence Régionale de Santé en département.
- > Entretien avec un ou plusieurs pères, dont l'enfant est hébergé en CHRS ou AME avec la mère.

1 : Se reporter à l'étude de l'Observatoire régional de santé ARA, 2019. Étude qualitative sur le parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la métropole lyonnaise.

2 : L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. L'attachement se développe à partir de comportements innés chez le nouveau-né : pleurs, succion, agrippement qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère.

III. RÉSULTATS

D'ENQUÊTE

1. LE RÔLE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET DES DISPOSITIFS DE COORDINATION

≈ Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) et Conseils départementaux : de qui relève l'hébergement des femmes enceintes et/ou mères d'enfants de moins de 3 ans ?

D'après le code de l'action sociale et des familles, l'accueil de ce public relève de la compétence des conseils départementaux.

"Sont prises en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du conseil départemental : (...) Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile."

Art. L222-5 du code de l'action sociale et des familles.

Dans les faits, l'accueil et le financement sont répartis entre les Conseils départementaux et les DDCS (financement de l'État), ce qui est **source de tensions institutionnelles**. En effet, dans certains départements, faute de place suffisante, les conseils départementaux priorisent l'accueil des femmes et enfants pour lesquels il existe une saisine judiciaire et/ou une altération du lien mère enfant (ceci dans le cadre de son rôle de Protection de l'enfance), les CHRS accueillant par défaut les autres femmes et enfants de moins de 3 ans sans hébergement.

"C'est la responsabilité du département de pouvoir prendre en charge une femme enceinte et des enfants, quelle que soit la situation, donc on devrait pouvoir rembourser le CHRS (...) Comme on est plein tout le temps au titre de la protection de l'enfance, on préserve ces places, sinon c'est le placement des enfants (...), car il y a un risque pour l'enfant."

- Conseil départemental.

On retrouve 3 configurations de financement dans l'échantillon de structures d'hébergement enquêtées :

100 % CONSEIL DÉPARTEMENTAL	100 % DDCS (ETAT)	COFINANCEMENT DDCS MÉTROPOLE DE LYON
> Service femmes** du CHRS ADSEA (01)	> CHRS Le grand st-Jean (07)	> Centre d'hébergement Le bordeaux/Dispositif La Soie(69)
> Hôtel maternel le Rosalbert** (73)	> CHRS Olivier Arcade* (26)	
> AME Les Lauriers (74)	> CHRS La Halte (38)	
> Hôtel maternel La Parent'elle** (74)	> CHRS Villa Capucine* (42)	

Tableau 2 : Sources de financement des structures enquêtées
*Co-financement ARS (projet ponctuel Parentalité – 26 ; poste infirmier mutualisé – 42)
** Structures accolées à des CHRS financés par les DDCS.

Voir figure 4 p12.

≈ CHRS et AME, quelles différences ?

Au-delà du flou dans l'accueil des publics, les CHRS et AME se distinguent par leurs missions, le profil de leurs professionnels, leur financement et leur gestion.

	CHRS	AME
MISSIONS	Insertion (logement, professionnelle, ouvertures de droits...)	Soutien matériel et psychologique
PUBLICS	Hommes – femmes – enfants, selon les structures	Femmes enceintes ou mères isolées d'enfants de moins de 3 ans
RESSOURCES HUMAINES	Profil social	Profil social + petite enfance
ACCUEIL	Mise à l'abri- Insertion	Souvent restriction : au titre de la protection de l'enfance
FINANCEMENT	Etat (via DRDJSCS)	Conseil départemental
GESTION	Associations- CCAS	Conseil départemental-Associations
NOMBRE EN RHÔNE-ALPES	80 structures	13 Donnée probablement en deçà de la réalité. (Annuaire en ligne : annuaire.action-sociale.org)

Figure 3 : Caractéristiques des CHRS et AME

Le nombre d'accueils mères-enfants est inégal selon les départements, mais les données précises n'ont pas pu être recueillies auprès des conseils départementaux.

≈ Quels sont les liens entre le secteur social (DDCS) et le secteur sanitaire (ARS) ?

Jusqu'en 2010, les **Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)** assuraient la mise en œuvre de la politique de l'Etat dans les secteurs du social, de la santé et de la protection sociale. Elles travaillaient en coordination avec les **Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)**.

La loi **Hôpital, Patients, Santé et Territoires** de 2009 entraîne la suppression des DRASS dont les activités sont réparties entre 3 organismes :

- > Les **Agences Régionales de Santé (ARS)** pour les champs de la santé publique et du médico-social ;
- > Les **Directions Régionales, de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)** sur les questions d'action sociale, aide sociale et formation professionnelle ;
- > La mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC.)

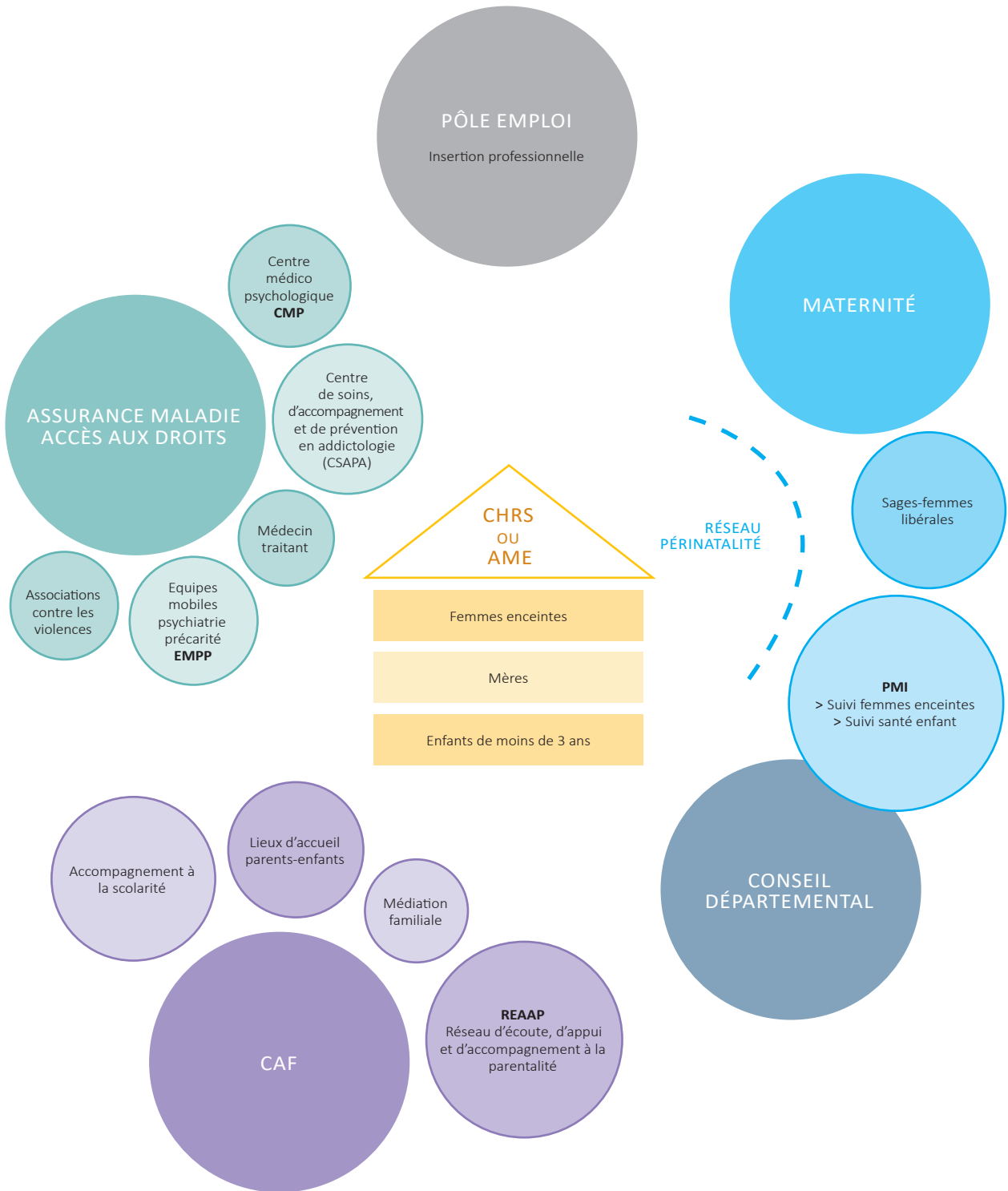
À compter de cette date, santé et social ont donc été gérés par deux institutions distinctes, avec les contraintes de coordination que cela peut induire.

Sur le sujet de la santé des femmes en situation de précarité, cette question du lien entre les deux institutions est reposée de façon centrale : quels sont les espaces de dialogue, de travail, pour penser conjointement la prise en charge des publics en situation de précarité ? Les soins psychiatriques en direction des personnes précaires sont un exemple de ce besoin d'action conjointe.

Les commissions SIAO (Service intégré d'accueil et d'orientation), des comités de pilotage (tel que le copil Santé dans le département de la Loire), ou encore les Contrats locaux de santé peuvent être des espaces de travail commun aux deux institutions.

La **réforme territoriale en cours (circulaire du 12 juin 2019)** ne semble pas aller dans le sens d'un rapprochement institutionnel des secteurs de la santé et du social puisque les missions d'insertion sociale des DRJSCS devraient être fondues avec les **Directe** (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.)

≈ Articulation entre les dispositifs d'accompagnement



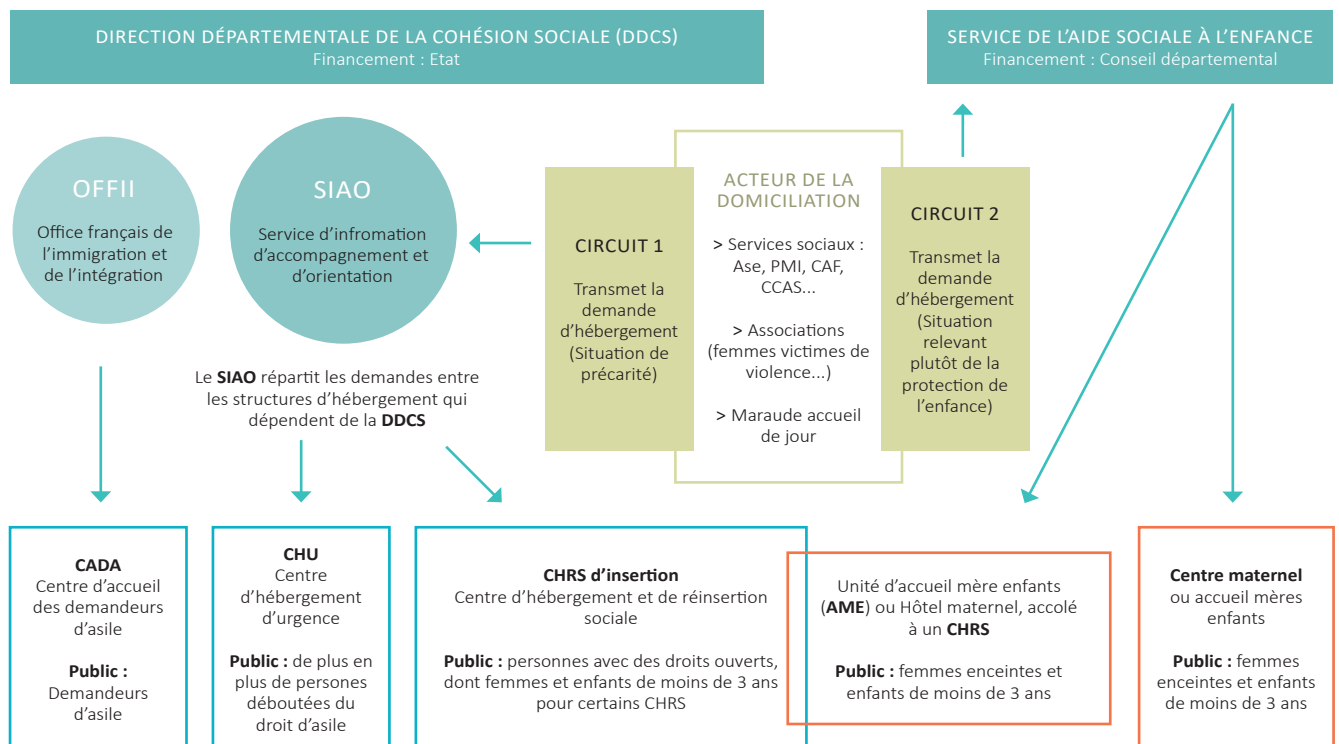


Figure 4 : un aperçu de l'organisation institutionnelle de l'offre d'hébergement d'urgence et d'insertion

2. LES PROFILS ET PARCOURS DES FEMMES AVANT LEUR ARRIVÉE AU CHRS OU À L'AME

Les profils et parcours des femmes enquêtées sont d'une grande diversité, ainsi que le rappelle une équipe de professionnels :

"Il y a vraiment tout type de profils, c'est riche. Chaque jour, on a des situations différentes, et on doit s'adapter. On ne peut pas dire qu'il y a une situation type." Équipe 26.

Cette partie du document dresse donc un panorama des profils et parcours forcément réducteur par rapport à la réalité, mais nécessaire pour permettre l'analyse.

≈ Profil des femmes enquêtées

Les **19 mères** vues en entretien étaient âgées en moyenne de **27,5 ans** (19 à 33 ans). Elles sont hébergées en CHRS avec leurs enfants, soit **41 enfants**, dont **23 ont moins de 3 ans**. Elles ont en moyenne **2,3 enfants** ; 6 femmes sur 19 déclarent un seul enfant à charge (dont une primipare enceinte de 8 mois et demi).

La **fratrie est souvent séparée**, tous les enfants ne sont pas présents dans la structure :

- > Un ou plusieurs enfants sont restés dans leur pays d'origine ou département d'outre-mer : Algérie, Comores, Cameroun, Mayotte (4 familles),
- > Un enfant est gardé par son père (1 famille),
- > Un enfant est placé dans une famille d'accueil dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (3 familles).

La **durée moyenne de séjour** des femmes interrogées est de **12 mois**, et varie de 1 mois à 26 mois. Cette dernière donnée est importante, car elle impacte fortement leur perception de la vie au CHRS ou à l'AME selon qu'elles sont au début ou à la fin de leur séjour (voir partie 3 sur la vie quotidienne dans le centre d'hébergement).

Elles déclarent bénéficier de **5 types de ressources financières** qui peuvent être cumulées :

- > Le revenu de solidarité active (RSA) (8/19) ;
- > Les aides de la CAF (allocation familiale, aide pour le logement) (6/19) ;
- > L'allocation aux adultes handicapés (AAH) (1/19) ;
- > Une aide de la mission locale (1/19) ;
- > Les revenus issus d'une activité professionnelle (1/19).

11 femmes sur 19 sont de nationalité étrangère, dont 4 ont vu leur récépissé de demande de titre de séjour expiré au cours de leur hébergement au CHRS ou à l'AME. Certaines déclarent bénéficier de **l'aide médicale d'état (AME³)**.

Les professionnels enquêtés soulignent qu'il y a eu un changement important dans l'accueil des migrants en CHRS au cours des dernières années : **alors qu'ils accueillait auparavant des personnes sans droit (déboutées du droit d'asile), ce n'est plus possible aujourd'hui.**

En revanche, il arrive que la situation administrative de la personne soit modifiée en cours de séjour au CHRS ou à l'AME (expiration d'un titre de séjour, ou d'un récépissé de demande de titre de séjour), ce qui explique que certaines femmes soient en attente de régularisation de leur situation.

Ces situations d'irrégularité et/ou d'attente de régularisation ont un très fort impact sur le moral de femmes accueillies :

"Elles ont une trouille monstre de recevoir une Obligation de quitter le territoire (OQTF)."

Équipe de professionnels - 38

En termes de **priorisation des publics**, plusieurs DDCS (26, 73, 74) ainsi qu'une équipe de professionnels et un directeur identifient que les besoins des femmes enceintes sont plus importants dans d'autres structures que les CHRS :

- > Les familles migrantes accueillies en centre d'hébergement d'urgence (CHU) ;
- > Les personnes sans domicile fixe, à la rue, qui ne bénéficient d'aucun accompagnement.

"C'est surtout dans les abris d'urgence qu'on voit le plus de mamans enceintes, essentiellement des personnes déboutées du droit d'asile."

DDCS 74

"Ce sont les personnes à la rue, non hébergées, qui n'ont pas de suivi du tout ; le CHU et le CADA bénéficient peut-être du tissu associatif de santé qui est très actif."

DDCS 26

≈ Les parcours des femmes en amont de l'hébergement

Une ou plusieurs ruptures caractérisent le parcours de vie des mères, dont les plus fréquentes sont les violences conjugales, une immigration récente et des traumatismes vécus pendant l'enfance.

• L'omniprésence des violences conjugales

La totalité des équipes de professionnels (10/10) souligne que les femmes accueillies ont, dans leur grande majorité (60 % à 90 % selon les sites enquêtés), subi des violences conjugales/familiales.

Ce constat est confirmé par le récit de vie des mères enquêtées qui citent les violences vécues (10/19) et dans certains cas par leurs enfants (3/19). Certaines ont été "mises à la rue" par leur conjoint, d'autres l'ont quitté "pour sauver leur peau".

• Immigration récente et désillusion des primo-arrivantes

La majorité des femmes enquêtées (12/19) ont vécu une immigration récente (moins de 5 ans). La raison économique, ou encore la perspective de rejoindre un mari de nationalité française ont été évoquées. Le choc culturel, l'isolement, la découverte sous un autre jour de l'homme qu'elles ont épousé sont autant d'éléments déstabilisants qui les fragilisent.

• Des traumatismes anciens

Les professionnels soulignent également les traumatismes vécus dans l'enfance, parfois les placements des femmes elles-mêmes, la dépression, **l'isolement important** (voir Partie 3) qui se traduit par un soutien familial ou amical absent ou inadapte

• Des conséquences qui participent aux difficultés de vie

- > Sans emploi et donc **sans ressources** pour la plupart, elles se retrouvent sans solution d'hébergement lorsqu'elles subissent l'expulsion par le conjoint ou la personne qui les héberge, ou qu'elles décident de quitter leur lieu de vie ;
- > **La problématique addictive** (CHRS 07) va elle aussi impacter la trajectoire de la mère et de ses enfants si elle n'a plus la capacité de s'en occuper ;
- > Quand les conditions ne sont plus réunies pour offrir un cadre protecteur pour l'enfant, une **information préoccupante⁴** est transmise et un placement de la mère et de l'enfant en centre maternel est déclenché.

La plupart de ces difficultés se superposent et sont autant de facteurs qui fragilisent les femmes accueillies.

3 : Conditions de durée de résidence en France (au moins 3 mois ininterrompus) et de ressources.

4 : "Une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement :

– pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être

– ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être" (art. R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

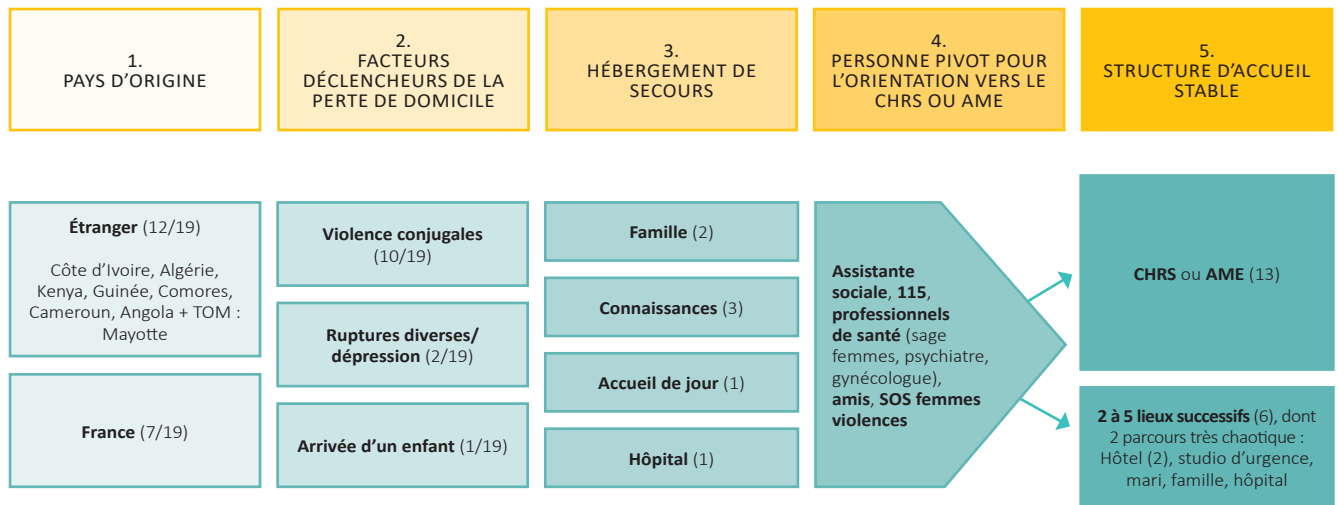


Figure 5 : Parcours en amont de l'hébergement reconstitués à partir du récit des mères enquêtées

≈ Les modalités d'accès en hébergement

• Le SIAO : courroie centrale de l'orientation en CHRS

Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) centralise au niveau départemental l'ensemble des demandes de logement d'insertion ou d'urgence établies par les divers acteurs de la veille sociale. Il oriente ensuite les personnes sans abri ou en détresse vers les structures adaptées à leurs besoins et bénéficiant d'un financement de l'Etat via les DDCS (CHRS, CHU, résidence sociale...)

Il ne gère pas l'orientation vers les structures d'hébergement financées par les Conseils départementaux tels que les accueils mères-enfants. Voir Figure 4 p. 12.

Le SIAO est ressenti comme un avantage réel par les professionnels :

"Il évite le travail de diagnostic qui était auparavant réalisé par les structures d'hébergement. De plus les structures ne peuvent plus sélectionner les résidents, l'arbitrage est plus objectif et transparent."

• L'information préoccupante : une condition à l'accès en accueil mères-enfants ?

Le manque de places en centres maternels dans certains départements peut nécessiter de prioriser les femmes avec enfants pour lesquels une altération du lien mère-enfant est identifiée par l'assistante sociale ou la PMI, et qui font donc l'objet d'une information préoccupante (voir note de bas de page, p.13).

Les possibilités d'accueil pour les femmes et enfants qui rencontrent une problématique sociale uniquement sont donc plutôt du côté des CHRS.

• Un accès chaotique pour 2 des 19 femmes enquêtées

Pour 13 femmes sur 19, l'accès au CHRS semble s'être effectué de façon fluide, sans attente ni déménagements successifs.

En revanche, 6 femmes sur 19 ont été hébergées dans 2 à 5 lieux successifs avant d'accéder au CHRS. Pour 4 d'entre elles, il s'agit des hébergements de secours (amis, familles, mari) qu'elles ont trouvés par leurs propres moyens. Pour 2 d'entre elles, aucune solution d'hébergement stable ne leur a été proposée, mais un hébergement transitoire à l'hôtel.

≈ L'acceptation/Adhésion des résidentes au mode d'hébergement proposé

"Elles acceptent pour la plupart l'orientation, ce qui ne veut pas dire qu'elles adhèrent au projet, au fait d'être là."

Un professionnel.

"Ici, ça va, mais je n'avais pas le choix. J'aimerais avoir une vie normale."

Une mère.

Le degré d'acceptation du mode d'hébergement par les résidentes est variable. Plusieurs éléments impactent leur motivation :

> **Le sentiment d'urgence**, de nécessité pour sa survie et celle de son enfant :

"J'acceptais toutes les aides qu'on me proposait, car j'en avais besoin." Une mère.

"Ce que l'on propose avant tout, c'est l'hébergement, c'est la survie, après quelques nuits à l'extérieur ; donc elles sont ravies." Un professionnel.

Ce sentiment d'urgence décline au fur et à mesure que la durée du séjour s'allonge : les résidentes plus anciennes expriment plus nettement le souhait de passer à une autre étape et de disposer d'un logement individuel.

> Le motif de la présence, qui rend l'hébergement obligatoire :

"Dans le cas d'un placement, les choses sont compliquées, elles sont contraintes."

Un professionnel.

> Les conditions d'hébergement :

"La personne fait une visite au CHRS et parfois elle refuse d'y être hébergée, car les repas sont livrés, donc impossibilité de cuisiner soi-même."

Un professionnel.

En conclusion sur les profils et les parcours des mères

> Des femmes âgées de 20 à 30 ans, en majorité de nationalité étrangère, avec de faibles ressources, ayant subi des violences conjugales ;

> Des parcours difficiles (immigration, violences, traumatismes) ;

> Un accès compliqué/chaotique au centre d'hébergement pour 2 mères sur 19 ;

> Une proposition d'hébergement acceptée de façon hétérogène par les mères ;

> Des entretiens complémentaires sont à imaginer auprès des centres d'hébergement d'urgence (CHU) et les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) pour identifier les besoins de santé des mères accueillies dans ces structures et le niveau de l'accompagnement proposé.

3. UN NOUVEL ENVIRONNEMENT : LA VIE QUOTIDIENNE AU CENTRE D'HÉBERGEMENT

Les environnements de vie physiques (disposition des locaux, accès à une cuisine par exemple) ou le contexte social (nombre de personnes accueillies), et leur organisation (règles de vie) vont impacter le bien-être des résidentes et donc leur santé. Cette partie distingue les différentes modalités d'hébergement, leurs avantages et leurs limites selon les mères et les professionnels. Il est intéressant de croiser les deux regards (mères et professionnels), afin de cerner les écarts entre les besoins identifiés par les professionnels et les demandes des mères, et imaginer comment les faire converger.

≈ Des conditions d'hébergement très hétérogènes

On peut distinguer 3 types d'hébergement au sein de l'échantillon de structures enquêtées :

- > **L'accueil en collectif**, pouvant inclure de 11 à 27 chambres (01, 07, 42, 69, 73, 74 – La Traverse, 38) ;
- > **L'accueil en micro collectif** de 4 chambres (74 – Les Lauriers) ;
- > **L'accueil en logement diffus**, c'est-à-dire en appartement autonome (01, 26, 42, 73, 74 – La Traverse et les Lauriers), parfois en collocation (73).

La plupart des structures proposent à la fois de l'accueil en collectif et en logement diffus (moins de place), ce qui permet **d'adapter le type de logement aux besoins des femmes**.

"En appartement, elles gèrent leur emploi du temps. En collectif, le rythme est plus encadré. La confection des repas rythme la journée. Le ménage et les démarches à l'extérieur prennent aussi du temps." Équipe 74.

On peut noter deux offres d'hébergement spécifiques :

- > L'accueil mères-enfants Les Lauriers (74) ne propose que de l'accueil en **microcollectif** de 4 places : le système présente les avantages du collectif classique (accompagnement encadré des mères) sans ses inconvénients (tensions entre les mères du fait de la cohabitation dans un espace restreint.)

> Le CHRS Olivier Arcade (26) loge **les familles uniquement dans les logements diffus**. L'hébergement collectif étant réservé aux adultes isolés.

"S'il y a des enfants, nous les orientons systématiquement sur du logement autonome. La vie en collectif dans un espace réduit sont des conditions difficiles."

Équipe 26

Enfin, les hébergements collectifs n'offrent pas tous le même espace de vie : certains disposent d'un extérieur (01, 07, 42) ; d'autres d'une cuisine individuelle ou d'espaces collectifs (salle TV.)

≈ La réalité du quotidien en hébergement collectif

La vie en collectif est organisée par les équipes, et formalisée dans le **règlement de fonctionnement** distribué aux mères à leur arrivée.

Les horaires et les visites sont encadrés. Lorsque les repas sont pris en collectif (CHRS 07), il est préparé à tour de rôle. Les tâches ménagères sont également réparties dans certains hébergements. Le cadre général est plus ou moins flexible selon les structures.

Le quotidien des mères s'organise autour de deux types d'activités :

- > Les temps proposés ou imposés par la structure : les rendez-vous d'accompagnement, les sorties éventuelles en groupe, les temps d'information ou de sensibilisation en collectif...
- > Les temps liés à la vie de famille : les repas, les trajets pour l'école, les démarches administratives, les rendez-vous médicaux...

Une seule femme enquêtée a une activité professionnelle, et trois mères ont pour objectif prioritaire de trouver un emploi, pour faire vivre leur famille. La formation et la recherche d'emploi sont au centre de l'accompagnement (voir partie 4 p.18).

Un CHRS (38) dispose d'un **atelier d'insertion**. Les résidentes peuvent y travailler 4h par jour.

"Cela leur permet de réaliser qu'elles ont des compétences."

Équipe 38.

≈ Le manque de liens sociaux, même en accueil collectif

Le manque de liens sociaux est étroitement lié aux situations où il y a eu une rupture de trajectoire, notamment la délocalisation.

En effet, l'absence de lien social, ponctuel ou durable, est très fortement exprimée par les femmes d'origine étrangère :

> Elles évoquent leur isolement à leur arrivée en France, mais plusieurs d'entre elles disposent maintenant d'un réseau amical fort, notamment par le biais de leur communauté religieuse.

> Près de la moitié (5/12) exprime une souffrance liée à l'éloignement géographique de leur famille, et expriment un important sentiment de solitude, même si l'une d'entre elles dit se *"sentir entourée au CHRS."*

> C'est lors de l'évocation de l'éloignement familial que certaines femmes enquêtées ont pleuré au cours de l'entretien.

"Je n'ai pas internet, je n'ai pas de téléphone. Ils sont en Algérie et c'est cher. Il n'y a pas de connexion internet au centre pour envoyer des mails. J'ai demandé à changer de chambre, aller en haut pour avoir plus de réseau. J'espère qu'ils vont accepter, car j'en ai besoin, ils me manquent."

> Deux résidentes expriment un très fort sentiment d'isolement lorsqu'elles étaient sous l'emprise de leurs maris violents, mais les choses ont changé depuis qu'elles les ont quittés.

Quelle que soit l'origine des résidentes :

- > Certaines ont un compagnon (4/19),
- > Certaines disent avoir des contacts avec une personne de leur famille, mais pas forcément un soutien (5/19),
- > Enfin certaines évoquent également l'appui d'une amie ou d'un réseau amical (5/19).

"Elles n'ont pas beaucoup de lien avec l'extérieur. Avant il y en avait beaucoup qui partaient en vacances, maintenant ce n'est plus le cas."

Équipe 73

"Certaines ont du réseau sur l'extérieur, l'église pour les africaines, d'autres sont plus isolées (...) parfois leurs seuls liens sont dans le CHRS."

Équipe 42

≈ La collectivité : avantage ou inconvénient?

• Les avantages identifiés

Les **mères sont très ambivalentes** sur la question de la "vie en collectif."

Elles citent de nombreux avantages, tels que la présence des professionnels qui peuvent les aider, l'entraide, se sentir entourée, intégrée au groupe, être protégée des anciens problèmes. Elles ont conscience des limites de l'hébergement, mais il apparaît comme bien plus satisfaisant que leur situation antérieure :

"Je suis contente d'avoir un toit."
 "Mon mari criait, mon fils pleurait, ici il est bien, il dort bien, c'est une chance d'être là."
 "Avec les autres, tout va bien même s'il y a du bruit."

Pour les professionnels, le collectif a l'avantage de permettre la rencontre avec d'autres mères dans des situations similaires, d'être moins seules et de permettre une présence en continu des professionnels, surtout au début.

"Le collectif permet de se poser, de rencontrer d'autres femmes qui ont vécu la même chose."

Equipe 38

• **Les inconvénients, fortement ressentis par les mères**
 Les mères mettent aussi en avant les inconvénients de la vie en groupe. Elles distinguent :

- > Les inconvénients qui relèvent de la vie à plusieurs : les situations de conflit avec les autres mères ; le bruit ; le regard des autres...
- > Les inconvénients qui impactent de façon importante **leur autonomie** : ne pas pouvoir choisir ses aliments (les produits de la banque alimentaire sont peu variés) et l'impossibilité de préparer soi-même les repas (qui est ressenti comme une impossibilité de remplir son rôle de parent) ; les horaires trop stricts notamment pour les visites de personnes extérieures au CHRS...

"Je suis habituée à être autonome, le règlement de fonctionnement est trop pour les ados."

"Je reste en retrait pour éviter les soucis, je regrette l'ambiance d'avant."

On observe une évolution du sentiment de manque d'autonomie au cours du séjour : à leur arrivée, le besoin d'aide et le sentiment d'urgence passent avant le reste. Au fil du temps, le sentiment de pouvoir gérer le quotidien et le besoin d'indépendance et d'intimité deviennent plus urgents, et le collectif plus pesant.

Parmi les limites, **les professionnels** évoquent le bruit et parfois les conflits entre les mères hébergées qui peuvent être difficiles à gérer.

On constate un écart important de perception entre mères et professionnels sur cette question du collectif : pour les mères, c'est une dimension très pesante ; pour les professionnels, c'est une donnée de départ structurelle difficile à remettre en question avec laquelle il faut penser l'accompagnement.

≈ Les leviers d'actions pour améliorer la vie en collectivité

Les structures ont mis en place différentes modalités pour améliorer l'environnement de vie des mères accueillies.

Plusieurs stratégies sont mobilisées ou évoquées pour :

> Alléger le poids du collectif

- En adaptant le format de l'hébergement, tels les microcollectifs et les appartements indépendants plutôt que les accueils collectifs. L'équipe de la Drôme a par exemple exclu la possibilité d'héberger des mères en collectif, et privilégie le logement autonome.
- En réorganisant les locaux : accès à une cuisine individuelle, présence d'un extérieur, isolation phonique des murs...

> Favoriser l'autonomie des mères

- En développant la participation des résidentes : rédaction d'un règlement de fonctionnement moins directif, moins infantilisant, plus accessible (42), en organisant des conseils de maison (38, 07...) portant notamment sur l'organisation du quotidien (07).

> Favoriser les liens extérieurs au centre pour lutter contre le sentiment d'isolement

- En mettant à disposition des moyens de communication (accès internet).
- En aménageant des espaces accueillants et accessibles dédiés aux visites.

En conclusion sur la vie quotidienne en hébergement

> Des conditions d'accueil très hétérogènes entre les hébergements, qui apparaissent comme un déterminant fort du bien-être des mères :

- Les accueils collectifs ressentis comme très contraignants par les mères ;
- Une autonomie plus ou moins restreinte selon que les mères ont à disposition une cuisine individuelle, la possibilité de recevoir facilement des visites.

> La question des locaux suppose parfois des aménagements importants et onéreux.

> Des journées bien remplies par les tâches du quotidien, mais sentiment d'isolement et parfois d'ennui, envie de travailler pour certaines.

4. L'ACCOMPAGNEMENT EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET LA PLACE DE LA SANTÉ

≈ En quoi consiste l'accompagnement ?

- **Des objectifs différenciés entre CHRS et AME**

L'accompagnement en CHRS a pour objectif "*d'aider les personnes à accéder ou à retrouver leur **autonomie personnelle et sociale***". (Art. L 345.1 du code de l'action sociale et des familles).

Les travailleurs sociaux des CHRS assurent donc une mission d'hébergement, de soutien et d'accompagnement social qui inclut l'accès aux droits sociaux.

Les professionnels soulignent la **dimension globale** et multithématique de l'accompagnement.

"On accueille d'abord pour des problèmes de logement et de travail, et après on essaie d'accompagner vers le soin."

Équipe 38

En centre maternel, l'accompagnement apporte un **soutien matériel et psychologique** et vise à **préserver le lien mère-enfant**.

Les professionnels évoquent la posture d'accompagnement : bienveillance, écoute, soutenir sans se substituer...

"Nous assurons un soutien des mères dans la relation à l'enfant en vue de leur insertion et de leur bien-être."

Équipe 74 – La traverse

Pour les deux types de structures, une attention particulière est portée sur l'autonomisation des mères accueillies. L'objectif est qu'elles soient plus autonomes à leur sortie de l'hébergement (logement autonome, gestion du quotidien et des enfants, démarches administratives...) Or si cette vigilance n'est pas maintenue, une situation inverse de dépendance peut se créer dans le cadre de l'accueil collectif.

- **Les modalités de l'accompagnement et hétérogénéité des moyens**

En CHRS, chaque mère bénéficie d'un **accompagnement personnalisé** par un travailleur social référent, ou un binôme de référents. Plus rarement, il n'y a pas de référent attribué, mais l'accompagnement est mené en équipe (74). Dès le début du séjour, un point général est réalisé avec le référent (administratif, logement, enfants, attentes...) et le projet d'accompagnement est formalisé dans un contrat de séjour et un projet personnalisé actualisé tous les trimestres.

Les travailleurs sociaux jouent un rôle de "*courroie de transmission*" entre les mères et les acteurs du territoire. L'**orientation** auprès des partenaires est incontournable pour l'ouverture des droits (CAF, assurance maladie), l'insertion professionnelle (Pôle emploi), le suivi médical (médecin traitant, PMI). Cette dimension est un peu moins forte pour les AME.

La **modalité d'hébergement** est un outil d'accompagnement pour plusieurs structures : le logement diffus permet de travailler la transition vers la sortie, avec un accompagnement plus léger. Mais le passage du collectif au diffus n'est pas systématique.

"En moyenne nous avons un contact par semaine, au bureau ou chez elles selon ce qui sera abordé. Si c'est la parentalité, ce sera plutôt en visite à domicile. Si c'est de l'administratif, ça se passe au bureau."

Équipe 26

Les **actions collectives** (cuisine, prévention santé, groupes de parole, jeux pour les petits...) sont davantage développées en AME : ce constat s'explique en partie par les moyens financiers supplémentaires dont disposent les AME.

On peut constater une **importante hétérogénéité des moyens** dont disposent les CHRS, ce qui peut impacter la qualité de l'accompagnement proposé : turn-over de la Direction ou des équipes, sous-effectif, moyens financiers spécifiques...

- **En lien avec les attentes des mères**

Les mères portent un **regard très positif** sur l'accompagnement réalisé par les professionnels. En effet, elles constatent qu'ils travaillent sur ce qu'elles identifient comme prioritaire : **l'accès à un logement autonome**, et pour certaines **l'accès à un emploi**.

Les soins à l'enfant sont aussi positivement perçus en AME :

"J'ai eu un gros soutien pour s'occuper du bébé, notamment quand il était malade, il criait, car il avait mal au ventre. L'équipe m'a mise en lien avec plein de choses : rendez-vous médicaux, nourriture, logement..."

Les professionnels sont perçus comme aidants, et le manque de confiance n'a été que rarement évoqué.

- La participation des femmes à leur projet : entre dépendance et autonomie

La participation des femmes à leur projet d'insertion est un postulat de départ, posé dès les premiers jours de l'hébergement, avec la signature de leur projet personnalisé.

Les équipes soulignent qu'elles partent de leurs attentes, "de là où en sont les mères", et donc qu'elles sont co-rédactrices de leur projet. Leur implication est présentée comme un facteur clé de la réussite de l'accompagnement.

Plusieurs difficultés sont soulevées par les équipes :

- > **La langue** est un frein à la compréhension, à l'appropriation, et donc à la qualité de l'accompagnement.

- > **La temporalité** des mères ne correspond pas toujours à celle de la structure :

"Souvent on est pressé, donc on ne respecte pas forcément leur rythme : on a que 6 mois donc il faut avancer ! On n'a pas le temps qu'elles soient actives sur toutes les dimensions."

Équipe 01

- > Travailler **l'autonomie**, tout en les protégeant. Les équipes soulignent la **dépendance** qui peut se créer, malgré la volonté d'autonomiser les mères.

"Parfois je me dis qu'elles sont moins autonomes à la sortie du CHRS qu'à leur arrivée, car on absorbe beaucoup de choses."

Équipe 38

"Notre particularité est de travailler l'autonomie et l'ouverture à l'extérieur : elles se font à manger, leur ménage, elles gèrent leurs enfants (...) on peut les aider si elles ont besoin. Pour l'alimentation il y a des ateliers cuisine... c'est au cas par cas, et travaillé en réunion d'équipe une fois par semaine".

Équipe 73

"Quand les femmes passent en appartement, elles se sentent abandonnées."

Équipe 74 – Les Lauriers

On constate que cette dimension de l'autonomie est travaillée de façon inégale selon les structures. La pertinence de **l'accueil de jour**⁵ est évoquée par deux équipes (26 et 74), dont une équipe qui développe de plus en plus son accueil de jour, pour assurer la transition vers le logement autonome, mais également pour toucher plus de mères :

"Accompagner les femmes à domicile c'est un moyen de répondre aux besoins de toutes les femmes qui ne sont pas accueillies en centre d'hébergement. L'accueil de jour est en cours de développement : et c'est très important, car cela permet d'accompagner plus de femmes, qui n'ont pas accès au CHRS."

Équipe 26

≈ Les difficultés rencontrées par les professionnels dans leur pratique quotidienne

Les professionnels relèvent 3 types de difficultés sur leur cœur de métier, c'est-à-dire accompagner la réinsertion des femmes accueillies :

- Les difficultés sur les missions/les moyens

- > Le manque de visibilité sur les priorités :

"Souvent je me demande quelles sont nos missions. J'ai l'impression de m'y perdre tellement on fait de choses"

Équipe 38

- > Le sous-effectif des professionnels dans certaines structures :

"On a peu de temps pour travailler la parentalité, car nous sommes en faible effectif (...) On fait ce que l'on peut, car nous sommes peu nombreux."

Équipe 38

- > Lorsque la structure d'accueil est elle-même en souffrance :

"C'est la structure qui est malade plus que les femmes."

Direction par intérim

- Les situations complexes

Plusieurs situations sont décrites par les professionnels : la présence d'un père délétère pour l'enfant, la prise en charge des pathologies psychiatriques, l'accueil des personnes souffrant d'addiction ("C'est le genre de situation, même s'il n'y a qu'une personne, elle peut occuper 50 % du temps de l'équipe."), les situations de conflits entre les personnes hébergées ou avec des personnes extérieures, le refus de soin.

- Le positionnement auprès des mères

- > Les équipes s'interrogent sur la meilleure façon de les "aider à retrouver confiance en elles" : quelles postures et actions du quotidien peuvent soutenir les mères qui souffrent d'un déficit de confiance en elles suite aux traumatismes vécus ?

- > La question de l'emploi du temps et des activités des mères : certaines s'ennuient, se renferment sur elles-mêmes ; d'autres sont suractives et sollicitent beaucoup les équipes. Les professionnels se questionnent donc sur les actions qui peuvent être réalisées pour pallier ces constats.

5 : La structure propose des permanences d'accueil en journée, et sans hébergement pour la nuit. Ces permanences permettent d'accompagner la personne dans son projet, ses démarches (ou de poursuivre un accompagnement d'une personne anciennement hébergée) ; d'organiser des temps collectifs ; d'offrir un espace de pause...

≈ La place de la santé dans l'accompagnement

- La majorité des professionnels définissent **la santé comme un tout, alliant le psychique et le physique**, et allant au-delà du soin.

"La santé, c'est le physique et le psychique (...) Il y a la santé concrète avec le suivi médical, car quand elles arrivent il y a plein de choses qui ne vont pas physiquement. Après, on a une infirmière psy qui vient au centre tous les 15 jours..."

"La santé c'est prendre soin de soi."

"Tous les professionnels sont concernés."

- La place de la santé dans les accompagnements est variable selon les structures : Elle est plus centrale pour les AME, ceci en lien avec leurs missions initiales. Deux CHRS présentent la santé comme un axe primordial, voire une priorité. *"Notre priorité, c'est la santé."*
Équipe 73

"Ils m'ont aidée pour faire les démarches de couverture médicale : j'étais avec mon mari, je ne voulais pas utiliser son numéro de sécurité sociale (pour l'anonymat), ici ils m'ont prêté de l'argent pour le médecin, ils ont fait des avances, ça a été galère pour récupérer mon numéro de sécu, récemment j'ai reçu ma carte vitale, j'étais très contente. La santé c'était cher. Je n'y vais pas, c'est trop cher. Je ne voulais pas peser pour la structure, mais j'étais bien prise en charge. C'est dur d'être sans couverture, pour les enfants, quand ils sont malades."
Une mère.

Pour d'autres structures, il est difficile d'être sur tous les fronts à la fois, et la santé vient après le logement et l'emploi. Au regard des ressources humaines de la structure et du temps dont dispose chaque professionnel, ils font le choix de se recentrer sur les missions centrales du CHRS.

- **Les professionnels ont tendance à sous-estimer leur rôle sur les questions de santé.**

Ils associent principalement « la santé » à l'ouverture de droits pour l'accès aux soins, l'orientation et/ou l'accompagnement physique auprès des professionnels de santé.

Dans les faits, l'accompagnement qu'ils réalisent sur l'insertion professionnelle, le logement, la parentalité... ont un impact déterminant sur le bien-être des mères, leur sentiment d'utilité et de confiance en elle.

En conclusion sur l'accompagnement et la place de la santé

- > Nous pouvons faire l'hypothèse d'une hétérogénéité dans la qualité des accompagnements du fait :
 - des différences de moyens d'une structure à l'autre (ratio professionnels/femmes accueillies) ;
 - de la plus ou moins grande stabilité et ancienneté des équipes ;
 - des financements spécifiques pour des actions de santé (voir les paragraphes suivants) ;
- > Il y a une volonté de faire participer les mères à leur projet d'insertion, mais cela n'est pas toujours possible. De même, la nature de l'hébergement en collectif ne permet pas toujours de travailler facilement l'autonomisation des mères (préparation des repas, courses, déplacements), fondamentale pour anticiper la sortie du centre ;
- > Un CHRS (38) offre la possibilité aux mères de travailler dans un atelier d'insertion : cela apparaît comme un levier fort pour améliorer leur confiance en elle, leur sentiment d'utilité..
- > Les professionnels ont une définition large de la santé (physique et psychique), et sous-estiment leur rôle (en agissant sur le logement et l'insertion, ils agissent aussi sur la santé) ; s'il y a une dimension minimale de santé abordée par tous, c'est l'accès aux droits et aux soins.

5. LA SANTÉ DE LA MÈRE : ELLE ARRIVE AU SECOND PLAN APRÈS CELLE DES ENFANTS

Nous ne disposons pas d'indicateurs de santé caractérisant les mères accueillies en centre d'hébergement. Cependant, leurs témoignages et celui des professionnels permettent d'en dresser un tableau *qualitatif* entre vécu et observations. Les types de recours aux soins et les obstacles rencontrés sont bien verbalisés par les femmes enquêtées. De même pour la dimension psychique, "le moral", qui est clairement identifié et pour lequel les mères observent une évolution positive au cours de leur séjour.

≈ Tableau de santé des mères accueillies

- Une évolution positive au cours du séjour

6 femmes évoquent spontanément au cours de l'entretien qu'elles "*se sentent mieux*". Elles constatent une amélioration (physiquement et psychologiquement) par rapport à leur arrivée au CHRS, ceci dès le 1er mois d'accueil.

- Les maladies citées par les mères

À partir des déclarations des mères, on constate qu'elles sont atteintes de :

- > Maladies ou problématiques chroniques (5) : Fibromyalgie ; Maladie de Willebrande Sewer type 3 (hémophilie) qui nécessite un traitement lourd avec un suivi sur Lyon ; Cas d'obésité (>100 kg) ; Hyperthyroïdie (suivi biologique mensuel) ; Mauvaise vue de loin (1).
- > Maladie épisodique (1) : Une mère a été traitée pour une embolie pulmonaire.
- > Diverses douleurs physiques : Mal de dos (4), la fatigue chronique liée aux soins à ses enfants (1) ; Mal de tête (1) ; Douleurs dans tout le corps (1).

Bien que cette liste reste indicative, car sur la base des déclarations des mères, on relève un nombre important de maladies rapporté à la taille de l'échantillon (19) et au jeune âge des mères (27,5 ans).

Les mères ne citent pas spontanément d'éléments liés à leur moral lorsqu'on leur parle de leur santé. Si la question est posée de façon directe "*Et comment vous sentez-vous en ce moment ? Comment va le moral ?*", elles n'hésitent pas à se confier sur leur **moral fragile** (voir p.24).

- La perception des professionnels

Les professionnels n'ont pas une vision homogène de la santé des mères :

- > Certains ont une vision plutôt positive : plus jeunes que les autres femmes, elles sont globalement en meilleure santé : "*Elles ne sont pas dans un état dégradé de santé en arrivant, contrairement à certaines femmes sans enfant en CHRS.*"
- > Certains professionnels l'analysent comme un moyen de protection, "*Elles ne s'autorisent pas à être malades, à lâcher prise*", et/ou font le lien avec la santé de l'enfant "*La santé de la mère est en lien avec la santé de l'enfant, il y a un effet miroir.*"
- > D'autres font un constat plus négatif : "*Quand elles arrivent il y a plein de choses qui ne vont pas physiquement.*"
- > Une équipe identifie les troubles suivants : "*le sommeil, les troubles digestifs, alimentaires, dentaires.*"

En revanche, une majorité s'accorde sur le fait que les mères priorisent la santé de leurs enfants, et ont peu recours aux professionnels pour elles-mêmes : "*Souvent, la santé de la mère passe au second plan*".

La PMI apparaît comme centrée sur l'enfant aux yeux des professionnels, alors que les visites peuvent concerner également les mères.

≈ Recours et freins dans l'accès aux soins

- Des professionnels cités, mais peu fréquentés

Les mères évoquent plusieurs professionnels, mais toutes n'y ont pas eu recours au cours des derniers mois.

- > Le médecin traitant : 7 l'évoquent, et 3 ont effectivement eu recours à lui au cours des derniers mois ;
- > Le médecin du CHRS (1) ;
- > Le psychologue : 3 l'évoquent, et 2 y ont recours ;
- > Une consultation à l'hôpital (1) ;
- > Le gynécologue (2) ;
- > Séances régulières de kinésithérapie (1).

Il y a donc un écart entre le fait d'avoir connaissance de l'offre de santé et le fait d'y avoir recours. La méconnaissance n'est donc pas le seul frein pour se faire soigner.

- Les freins dans l'accès aux soins

Seulement 4 mères se sont exprimées sur cette dimension. Elles citent :

- > La lenteur de la prise en charge avec l'Aide médicale d'état (AME) : "*J'ai attendu un mois et demi pour me faire arracher une dent avec l'AME aux urgences de Chambéry.*"

- > La difficulté de se déplacer et de financer le déplacement : *"Quand j'ai des rendez-vous médicaux, ce qui me stresse ce sont les transports : quelquefois en bus, des fois à pieds. Le centre ne nous aide pas financièrement."*
- > L'attente trop longue lorsque les consultations sont sans rendez-vous.
- > Une expérience négative de prise en charge qui décourage.

Les professionnels mettent l'accent sur deux freins qui se renforcent mutuellement :

- > Le manque de professionnels de santé (01, 42) : *"Au niveau de la santé psychique des mères, c'est assez pauvre. Elles ont vu la sage-femme plusieurs fois, mais elles ont besoin d'autre chose."*
- > L'absence de motivation des mères liée à une diversité de raisons : *"Déjà qu'elles ne sont pas très partantes, alors le fait qu'il n'y ait pas de médecin traitant aggrave les choses."*

Certaines équipes identifient des freins qu'elles rencontrent pour pouvoir accompagner les mères dans leur parcours de soins :

- > Le manque de formation des travailleurs sociaux pour aborder les questions liées aux comportements à risque (addictions), santé sexuelle (contraception) :
- > *"On ne sait pas toujours comment aborder les choses"* (2 équipes) ;
- > La question de la "confidentialité" des informations médicales est parfois un frein à une meilleure coordination du médical et du social (ANPAA, CMP) : les professionnels des centres regrettent de ne pas disposer d'une information minimale pour pouvoir adapter leur accompagnement (2 équipes).

On retrouve plusieurs de ces éléments dans la typologie explicative du non-recours établie par l'Observatoire des non-recours aux droits et services — ODENORE — ci-dessous.

TYPOLOGIE EXPLICATIVE DU NON-RECOURS (ODENORE, 2010)		
FORME 1	NON CONNAISSANCE	<p>UNE PERSONNE ÉLIGIBLE EST EN NON-RECOURS, PAR :</p> <ul style="list-style-type: none"> > manque d'information sur son existence ou son mode d'accès > non proposition du prestataire
FORME 2	NON DEMANDE	<p>UNE PERSONNE ÉLIGIBLE ET INFORMÉE EST EN NON-RECOURS CAR ELLE N'A PAS DEMANDÉ PAR CHOIX, À CAUSE DE :</p> <ul style="list-style-type: none"> > non adhésion au principe de l'offre > intérêts divers > manque d'intérêt pour l'offre (coût/avantage) > estime de soi > alternatives <p>OU PAR CONTRAINTE, À CAUSE DE :</p> <ul style="list-style-type: none"> > découragement devant la complexité de l'accès > difficultés d'accessibilité (distance, mobilité) > dénigrement de son éligibilité, de ses chances ou de ses capacités > raisons financières > difficultés à exprimer ses besoins > crainte d'effets induits > crainte de stigmatisation > sentiment de discrimination > dénigrement de ses capacités > perte de l'idée d'avoir (droit à) des droits
FORME 3	NON RÉCEPTION	<p>UNE PERSONNE ÉLIGIBLE DEMANDE, MAIS NE REÇOIT RIEN OU QU'EN PARTIE, CAR :</p> <ul style="list-style-type: none"> > abandon à la demande > non adhésion à la proposition > arrangement avec le prestataire > inattention aux procédures > dysfonctionnement du service prestataire > discrimination

≈ Le champ flou des addictions

Les addictions ont été abordées uniquement avec les professionnels, par le biais de trois questions auxquelles tous les CHRS n'ont pas répondu de façon systématique :

"Avez-vous une vigilance particulière sur d'éventuels problèmes d'addictions ? Est-ce une vigilance renforcée lors de la grossesse ? Comment abordez-vous cette question avec les femmes concernées ?"

L'enquête ne cherchait pas à déterminer le nombre de femmes souffrant d'une addiction, ni de quelle addiction il s'agit. **L'objectif était de comprendre comment les équipes répondaient à cette problématique si elle se présentait.**

• Une problématique difficile à quantifier

Quatre structures ont donné des éléments précis sur le nombre de femmes concernées :

- > L'absence d'alcool du fait d'une majorité de femmes musulmanes (74) ;
- > 1 mère sur les 7 accueillies actuellement a des problèmes d'alcool (01) ;
- > Pas de problème d'addiction pour le moment, mais le phénomène est cyclique et se représentera (42) ;
- > 1 mère sur 11 est dépendante à un produit (38).

Le CHRS ardéchois n'accueille que des femmes souffrant d'addiction, principalement l'alcool et des polyaddictions.

• Des partenariats entre les structures d'hébergement et des CSAPA

Au moins trois CHRS (01, 73, 74) sont en lien avec des *Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* (CSAPA).

La nature du partenariat est très variable d'une structure à l'autre.

• Une dimension difficile à aborder pour certaines équipes

Quatre équipes évoquent leurs difficultés pour aborder la question des addictions avec les mères et ensuite les accompagner vers le soin :

"On travaille avec le Pélican (Csapa), mais on est surtout dans le soin ; on ne travaille pas assez comment amener aux soins, adapter le discours."

"C'est difficile à accompagner, c'est toujours un peu caché, c'est difficile d'en parler. On dit qu'on peut recommander quelqu'un."

"On en parle plus ou moins selon les personnes."

• Les leviers mobilisés par les professionnels

- > Deux intervenantes du CSAPA animent un groupe de parole "addiction et parentalité" une fois par mois au CHRS (73) ;
- > Le CHRS de l'Ardèche bénéficie de l'intervention de plusieurs professionnels de santé (médecin addictologue, psychologue du CSAPA, infirmier en psychiatrie du Centre hospitalier de Valence) ; et propose des *Ateliers Dépendance, Motricité fine, Sport/sortie*.

On peut supposer au regard de ces observations que **la dimension de repérage et d'orientation pourrait être développée et renforcée dans les CHRS**. La dimension cachée car honteuse du phénomène addictif demande qu'une attention particulière soit accordée à cette question pour être prise en charge.

≈ La santé mentale des mères : dimension centrale de leur bien-être

• Quelle culture commune autour de quelle définition⁶ ?

La définition de l'OMS, adoptée en 2004, définit la santé mentale comme :

"Un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté."

Cette définition place le bien-être des individus et le bon fonctionnement des communautés au centre de la santé mentale.

Elle promeut une approche positive de la santé mentale, non plus traduite comme "l'absence de maladies mentales ou de troubles mentaux", mais comme un **bien-être émotionnel** (la satisfaction à l'égard de la vie) ; **psychologique** (acceptation de soi, relations positives avec les autres, croissance personnelle, but dans la vie, contrôle de son environnement, autonomie) et **sociale** (intégration sociale, acceptation sociale, contribution sociale...)

Les déterminants identifiés de la qualité de vie et de la santé mentale sont :

- > Les facteurs sociodémographiques (situation familiale, niveau d'éducation, âge, le niveau socio-économique) ;
- > Le stress lié à des événements de vie ;
- > Les caractéristiques cliniques (détresse psychologique, dépression, toxicomanie...) ;
- > Les relations sociales et le lieu de vie (le soutien social — émotionnel — matériel), l'intégration sociale, la stabilité du voisinage, la perception du quartier, la mobilité résidentielle, la cohésion entre les résidents...
- > Les déterminants individuels (habileté à gérer le stress, événements traumatiques dans l'enfance, génétique...)

6 : Paragraphe s'appuyant sur la référence suivante : Santé mentale : concepts, mesures et déterminants ; Isabelle Doré ; Jean Caron. Volume 42, Numéro 1, Printemps 2017, p. 125-145 ; Santé mentale des populations

De fait, les femmes accueillies en CHRS présentent plusieurs éléments de rupture dans leur trajectoire de vie qui laissent supposer que leur santé mentale a pu être impactée.

On peut distinguer 3 grandes dimensions :

- > Un épanouissement personnel et un bien-être collectif plus ou moins importants ;
- > La détresse psychologique si la personne fait face à des situations éprouvantes ;
- > Les troubles psychiques (troubles bipolaires, dépression, schizophrénie...)

On peut mettre en perspective ces dimensions en croisant plusieurs aspects : le bien-être ressenti, le diagnostic posé, la situation sociale. La figure 6 ci-dessous suggère la grande diversité des situations.

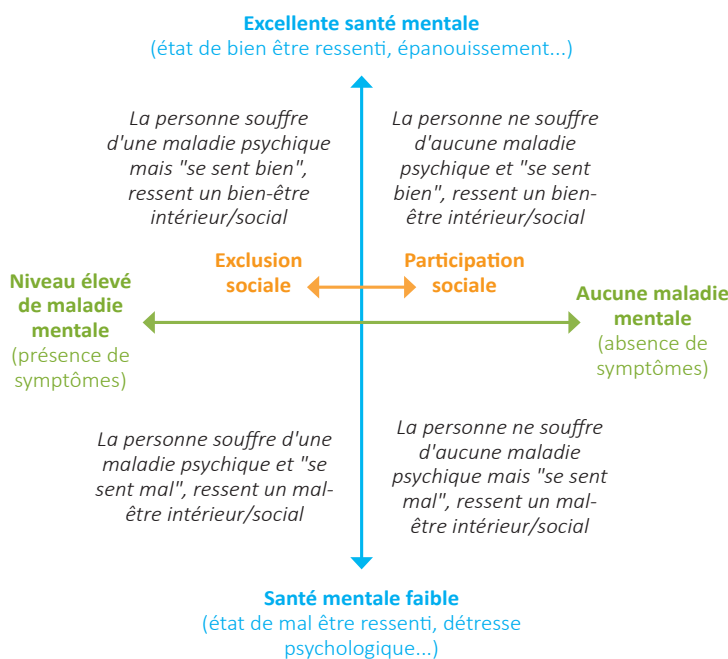


Figure 6 : Dimensions de la santé mentale
Adapté du modèle de la santé mentale. Keyes, 2002.

À noter :

*Cette définition n'a pas été discutée avec les professionnels pendant l'enquête. Chaque équipe parle donc de **Santé mentale** selon son propre prisme de connaissances, qui recouvre tout ou partie de la définition ci-dessus.*

• Perception de leur moral par les résidentes

La majorité des mères expriment des "hauts et des bas" quant à leur moral, et l'associent à divers facteurs :

- > Les incertitudes liées à l'avenir (logement, travail...)
"Le moral, ça ne va toujours pas : ce sont les papiers qui m'inquiètent et la sécurité sociale."

Après le logement et le travail."

"Le moral est moyen, c'est difficile de ne pas savoir où l'on va être logé."

"Mon moral est atteint par le manque de travail."

"C'est difficile de ne pas savoir où l'on va aller."

- > La reconstruction au CHRS suite aux traumatismes récents

Pour les mères arrivées récemment en hébergement, ce sont les difficultés rencontrées qui les ont impactées ; mais elles expriment un mieux-être depuis leur arrivée.

"Je vais mieux qu'avant, car j'étais perdue et que j'avais plein de choses à penser."

"Je suis bien, je mange et je dors à nouveau."

"Des hauts et des bas, je suis suivie par la psy d'ici, ça se passe bien."

"Tout va bien, je vais suivre une formation."

- > L'isolement

"Je suis souvent triste, je voudrais partir en vacances aux Comores."

"Ma famille est loin. Je peux voir le psy du centre, mais je ne suis pas prête à penser à mes problèmes, à en parler."

"Il y a des hauts et des bas, mais maintenant cela va mieux, car j'ai plein d'amis. Je ne vois pas l'intérêt de parler de mes problèmes avec le psy, de choses qu'il ne peut pas résoudre."

- > La situation familiale : le mari, les enfants

"C'est difficile, car je n'ai toujours pas divorcé."

"Je veux tourner la page, mais je n'arrive pas à oublier. J'ai peur des rendez-vous pour le divorce. On était censé être deux, mais là je suis toute seule."

Une résidente a également peur qu'on lui enlève la garde de sa fille ; et est aussi inquiète pour son ainée qui est placée dans une famille d'accueil.

- > La confiance en soi

"J'essaie d'être autonome. J'arrive à aller à la pharmacie toute seule (...) Au début c'est dur, mais petit à petit je prends confiance en moi."

"J'ai des rendez-vous, je dois sortir, j'ai l'impression qu'il y a trop de choses."

- > La vie au centre d'hébergement

"Je n'ai pas trop le moral ici à cause de la collectivité et du fonctionnement."

Le recours au psychologue semble faible : seulement 3 mères l'évoquent, dont 2 qui disent ne pas souhaiter le consulter.

Le stress (quelle que soit sa cause), le manque de relations sociales (amicales ou professionnelles), et le lieu de vie actuel (collectivité, règles de vies contraignantes), sont les principaux éléments relevés par les mères.

- Perception et leviers des professionnels

- > L'hétérogénéité des perceptions sur la problématique "psy"

Certaines équipes considèrent la problématique psychologique et/ou psychiatrique comme très présente (01, 73, 42) ; à l'inverse, d'autres équipes l'estiment beaucoup plus faible (74, 26).

"Il y a de plus en plus de personnes qui relèvent du soin psychiatrique : on ne sait pas comment les prendre en charge, les éducateurs ne sont pas formés pour cela. Or il n'y a plus de psychiatres ! Et pas de place en appartements de coordination thérapeutique, d'où la tension avec l'ARS"

Équipe 42

"Rares cas de problèmes psy pour les femmes avec enfants, c'est surtout le cas chez les femmes seules."

Équipe 26

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cet écart, sans que les éléments recueillis permettent de trancher :

- Les mères accueillies peuvent présenter des profils différents d'un CHRS à l'autre ;
- La définition de ce qu'est une "problématique psy" n'est pas partagée : détresse psychologique ou troubles psychiques ? Et dans la catégorie des troubles psychiques parle-t-on de dépression ou de schizophrénie ?
- Les niveaux de formation et/ou de connaissance hétérogènes des équipes sur les questions de santé mentale.

- > La place du soutien psychologique réalisé par les professionnels non médicaux

Plusieurs équipes mettent en lien la santé mentale des mères avec leur **estime d'elles-mêmes**, et cherchent des leviers pour les aider à retrouver **confiance en elles**.

Les actions mises en œuvre :

Atelier Estime de soi pour prendre le temps d'écouter et de "dégrossir" les difficultés rencontrées (42), séance d'art thérapie (73), les soins esthétiques (73), séances avec une psychosomaticienne sur la gestion des émotions (26), atelier estime de soi en lien avec les compétences parentales (07), travail à l'atelier de montage de pièces auto (38), mise en place d'un soutien sur le quotidien (aide éducative à domicile par exemple - 26).

Certaines équipes soulignent toute la difficulté de travailler sur *Comment prendre soin du corps ?* Pour les femmes victimes de violences.

"On fait un travail d'amorce, de pré soin au CHRS, car elles ont vécu des choses très douloureuses ; mais celles qu'on oriente vers du thérapeutique sont peu

nombreuses. Elles ont besoin d'échange pour être rassurées (...) La conseillère familiale du centre de planning familial pour parler du contexte d'arrivée au pays par exemple."

Équipe 26.

"C'est difficile de travailler la confiance en soi avec les mamans : on n'est pas forcément à l'aise."

Équipe 07

"Notre rôle est avant tout de permettre de se poser ici après avoir vécu des traumatismes et des situations de violence extrême. On est là pour vous écouter, c'est aussi un espace de parole, on ne se substitue pas au CMP, on n'est pas des psy, mais vous avez la possibilité de parler pendant le temps qui vous sera nécessaire."

Équipe 73

"On voudrait qu'elles aient confiance en nous, mais c'est une erreur : l'objectif est qu'elles aient confiance en elles. On ne peut pas parler de confiance, mais plutôt d'une alliance, c'est ce qui me paraît le plus adapté."

Équipe 74

- > L'accompagnement psychologique

- Au sein du CHRS

5 structures comptent un psychologue (salarié ou vacataire, 01, 42, 73, 74) ou un infirmier mutualisé (42) au sein de leurs équipes.

"Avec l'évolution des profils des résidentes, on ne peut pas se passer d'un complément de soin et d'étayage des équipes sur la psy. Il y a un réel intérêt à avoir un profil de psy en interne."

Équipe 73

Le psychologue ou l'infirmière reçoit les résidentes, fait le lien avec les partenaires extérieurs, intervient dans les cas d'urgence, et étaye l'équipe pour analyser les situations et adapter le travail social.

"On ne parle pas le même langage. Donc c'est bien d'avoir l'infirmière en intermédiaire (...) Là où on mettrait 4 mois, elle met 4 jours."

Équipe 42

La présence d'un professionnel qualifié apparaît comme un recours important pour les équipes sur la question du soin et de la mise en relation avec les partenaires.

- Par des partenaires extérieurs

Les CHRS connaissent et orientent tous en direction des **Centres médico psychologiques (CMP)**, du centre médico-social (26), et pour certains vers les **équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)** pour les urgences (07, 42, 74). Pour un autre CHRS (38), l'EMPP ne souhaite pas s'y déplacer : faute de moyens elle se concentre sur les personnes vivant dans la rue.

Le CHRS drômois va prochainement tester une intervention des Psys du cœur ("*bénévoles qui peuvent intervenir sur quelques séances et travailler sur des choses pragmatiques*").

Pour les femmes victimes de violences conjugales, quelques partenaires spécifiques sont cités : SOS femmes (42) ; CIDFF – Centre d'information aux droits des femmes et des familles (26) ; Association Espace Femmes (74).

> Les difficultés : repérer les besoins, la faiblesse des suivis, les urgences psychiatriques

▪ Repérer les besoins

Face à une situation spécifique, comment repérer, qualifier les besoins d'une mère en termes d'accompagnement psychologique ? Quel est le degré de gravité ? Certaines équipes ont des difficultés à répondre à ces questions.

"Il y a de l'ennui pour certaines, qui sont en demande d'être beaucoup avec nous pour discuter, faire des choses, elles sont suractives. D'autres s'enferment, et enferment l'enfant, souhaitent ne rien faire par manque d'énergie ou craintes diverses (rencontre de compatriotes...). Certaines se renferment dans le sommeil, sur les écrans, le téléphone."

Équipe 74 - AME

"Pas de lien avec les unités de santé, donc on ne nous aide pas à repérer les personnes en situation de violence extrême qui auraient besoin d'un accompagnement particulier."

Équipe 01

▪ La faiblesse du suivi psychologique de façon générale

Les équipes expliquent cette faiblesse par le manque d'offre de soins psychologiques : selon les départements, les équipes citent un délai d'1 ou 2 mois (73), 12 mois (74), à 2 ans (38) pour obtenir une consultation en CMP. De plus, les prises en charge sont souvent irrégulières, ou trop légères au regard des besoins identifiés par les professionnels des structures. Cette tension entre l'observation de l'état des femmes et la difficulté à les orienter vers des dispositifs adaptés est prégnante et, outre le manque d'accompagnement pour les mères, met les professionnels en difficulté.

"Au niveau de la santé psychique des mères, c'est assez pauvre. Oui, elles ont vu la sage-femme, l'ont revue, les visites obligatoires, mais elles ont besoin d'autre chose, et il n'y a pas. Une vingtaine de personnes ayant des problèmes psy sont sorties du CHRS sans réelle prise en charge."

Équipe 01

"Il y a un entretien obligatoire avec la psy à l'entrée dans la structure. On travaille avec l'équipe mobile, mais cela reste une prise en charge légère, et insuffisante pour certaines (1 séance par mois)."

Équipe 07

"Nous accueillons une dame qui s'anesthésie en triplant les doses de médicaments, à la suite d'une fausse couche sans suivi. On essaie de lui faire prendre conscience de son état. L'EMPP refuse de venir, car ils ne suivent que les personnes sans hébergement. Or le CMP est saturé."

Équipe 38

"Quand une psy leur dit qu'elles ont un vrai traumatisme et qu'il est légitime, cela change des choses, si le suivi est à la hauteur du traumatisme. Les psychologues sont compétents, mais ne sont pas suffisamment présents dans la continuité, la régularité, donc ça n'a pas de sens. On peut dire que cette femme est accompagnée, mais comment est-elle accompagnée et quels changements efficaces cela produit-il pour elle ?"

Équipe 74

"Trouver des appartements thérapeutiques : il n'y a rien pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Quand il y a un délai de 9 mois, c'est difficile de maintenir la personne dans cette attente : elles sont d'accord à un moment donné, mais peut-être pas 9 mois plus tard."

Équipe 01

▪ Les urgences psychiatriques

Les cas d'urgences psychiatriques restent rares, mais mettent les équipes en difficulté : comment prévenir ces situations ? Comment agir et avec quels partenaires ? Les équipes mobiles, lorsqu'elles existent, sont évoquées comme des solutions intéressantes et adaptées.

"S'il y a une mise en danger des autres locataires, on arrive en limite de l'accompagnement, il faut trouver un autre hébergement, mais il n'y a pas de solution alternative institutionnelle (2 fois dans l'année, cela nous met à mal), l'enfant est placé pendant ce temps."

Équipe 74

"Pour les urgences psy, comme les tentatives de suicide, c'est compliqué : on fait le lien avec l'équipe mobile. Je me suis sentie soulagée, car on ne pouvait pas la protéger : elle ne prenait pas bien son traitement. Mais si on l'oblige, on perd le lien..."

Équipe 42

6. LA SANTÉ DE L'ENFANT : UNE PRIORITÉ POUR LES MÈRES

En conclusion sur la santé des mères

- > Les mères sont très préoccupées par leur propre santé, et la majorité n'a "pas le moral." Pourtant elles sont peu nombreuses à faire appel à un professionnel de santé.
- > Les dimensions de **prévention**, de **repérage** et d'**orientation vers le soin** des problèmes d'addiction et de santé mentale par les équipes pourraient être développées et renforcées dans les CHRS.
- > La santé psychique des mères est déterminante pour leur bien-être. Le niveau de réponse des structures d'hébergement est très hétérogène : espace d'échange et d'écoute non médical, médical, en interne, auprès d'un partenaire (qui n'est pas toujours réactif).
- > La présence d'un professionnel qualifié en interne apparaît comme un recours important pour les équipes sur la question du soin et de la mise en relation avec les partenaires.
- > Les urgences psychiatriques, peu fréquentes, mettent les équipes dans une situation d'impuissance aigüe faute de relais à l'extérieur.

Le récit des mères enquêtées est dans l'ensemble bien plus court lorsqu'il concerne la santé de leurs enfants que lorsqu'elles parlent de leur propre santé. Et pourtant, le recours aux soins pour les enfants est systématique quand il y a un besoin, ce qui n'est pas le cas des mères qui consultent rarement un professionnel de santé pour elles-mêmes. La santé de l'enfant est priorisée par les mères, quelles que soient leurs contraintes sur d'autres dimensions (professionnelle, administrative...)

≈ Portrait de santé des enfants accueillis en structure d'hébergement

Le portrait de santé des enfants que l'on peut dresser dans le cadre de cette enquête qualitative est limité du fait de l'absence de données quantitatives disponibles, et de l'hétérogénéité des informations collectées dans le cadre des entretiens.

- **Une absence de données de santé qui s'explique**
Les structures d'hébergement ne disposent d'aucune donnée de santé relative aux enfants. On ne peut donc pas comparer l'état de santé des enfants accueillis en CHRS ou AME à celui des enfants en population générale.

Deux raisons peuvent être évoquées :

- > Les structures n'ont pas vocation à réaliser un suivi quantitatif des problématiques de santé des personnes hébergées,
- > L'accès aux informations est impossible en pratique : les professionnels de santé consultés ne peuvent communiquer d'informations liées à leurs patients, et les mères ne sont pas tenues d'informer les professionnels de la structure d'accueil de leurs démarches de santé.

En revanche, un CHRS souhaite se doter prochainement d'un système de recueil à minima pour mieux connaître les besoins des mères et des enfants qu'il accueille (42).

- **Les problèmes de santé des enfants**

Les mères et les professionnels de santé n'identifient pas les mêmes types de problèmes de santé chez les enfants. Les mères se concentrent sur les pathologies ponctuelles, qui impliquent un traitement médicamenteux. Les professionnels relèvent les problématiques de longue durée souvent en lien avec la santé psychique de l'enfant (hyperactivité, anxiété, retards de langage...)

Les mères évoquent les maladies infantiles classiques (grippe, rhume, bronchite, rhinopharyngite, bronchiolite, impétigo, otite) et certaines maladies graves (infection avec hospitalisation à Lyon - enfant âgée de 28 jours, neurofibromatose, pneumopathie). Elles évoquent également pour certaines des problèmes visuels et de motricité.

Au total, 3 hospitalisations (sur 23 enfants de moins de 3 ans) ont été déclarées par les mères enquêtées.

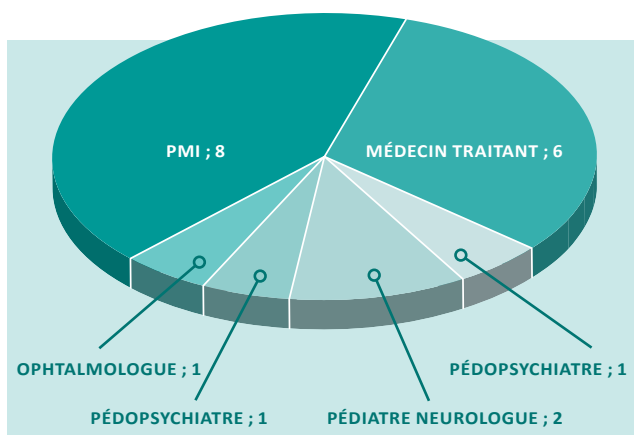
Les professionnels relèvent quant à eux trois grands types de problèmes de santé : les retards sur différents plans, l'hyperactivité et l'anxiété. Toutefois, les constats sont variables d'une équipe à l'autre :

- > Ardèche : le retard de langage, de développement moteur, syndrome d'alcoolisation fœtale, prématurés, petits poids de naissance, troubles du comportement, hyperactivité ;
- > AME Haute-Savoie : trouble du sommeil, trouble alimentaire (refus ou remplissage), trouble de l'attention, de l'attachement, du langage, hyper adaptation sur le plan moteur, ont du mal à jouer, à se poser seuls ;
- > Ain : angoisse, trouble du comportement ;
- > Drôme : la place de l'enfant : un enjeu dans les relations d'adultes, les écrans : "la télé souvent en marche" ;
- > Rhône : bronchite, oxyures, hyperactivité liée aux violences conjugales.

Ces différences peuvent s'expliquer par des différences de profils d'enfants d'un territoire à l'autre, et/ou par la sensibilité/formation des équipes sur la détection de tel ou tel problème de santé.

≈ La PMI, interlocuteur de santé privilégié

Les mères consultent principalement les PMI. Ce que confirme la perception des professionnels qui citent également la PMI (6/9). Les visites mensuelles apparaissent comme un point de repère structurant, régulier pour les mères.



Les professionnels de santé cités par les mères

"On a de la chance d'avoir la PMI. On se complète. Mais quand les enfants ont 7-8 ans, c'est plus difficile (car la PMI reçoit les 0-6 ans)."

Équipe 01

"C'est gratuit et spécifique pour les petits (...) on essaie de se voir une fois par an."

Des difficultés d'accès au CMP pour les enfants sont relevées par l'équipe du CHRS 38.

≈ Le rôle central des mères

La santé de l'enfant est l'un des domaines sur lesquels les mères hébergées en collectif ont la main : c'est un espace d'action, de liberté, de choix, qui permet également de poser et d'affirmer leur rôle de mère, même si le contexte d'hébergement n'y est pas toujours favorable.

"Les mères sont autonomes sur le suivi de leur enfant en PMI."

Pour les professionnels, la santé de l'enfant est effectivement vue comme un levier pour travailler l'autonomie des mères accueillies, c'est une des dimensions de l'accompagnement.

En conclusion sur la santé des enfants

- > Il n'existe pas de données de santé sur les personnes hébergées en CHRS et AME, notamment sur les enfants ;
- > La PMI est l'interlocuteur privilégié pour la santé des enfants, et remplit parfaitement ce rôle d'après les professionnels et les mères ;
- > L'attention des professionnels et des mères ne se focalise pas sur les mêmes dimensions de la santé de l'enfant : les mères identifient les épisodes de maladies ponctuelles, les professionnels relèvent plutôt les problématiques de long terme influençant notamment la santé psychique des enfants ;
- > Un champ dans lequel les mères sont en autonomie et qui constitue un levier d'accompagnement à part entière.

7. LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE : ENTRE FRAGILITÉS ET SOUTIENS

Cette partie s'intéresse à la façon dont se sont déroulées la grossesse et la naissance pour les 19 femmes enquêtées, même si elles sont arrivées en structures d'hébergement après la naissance de leur enfant (13/19).

≈ Dans quels contextes se déroulent les grossesses ?

- **Un état psychologique difficile pendant la grossesse**
Les femmes racontent un contexte très stressant et anxiogène pendant la grossesse, lié à plusieurs dimensions :

- > La grossesse est non désirée : *"J'ai appris ma grossesse à 5 mois. On avait ce projet, mais pas tout de suite"* ; *"Nous accueillons 3 femmes enceintes actuellement, 3 grossesses non désirées."*
- > La grossesse pathologique : *"Je vomissais tout le temps"* (2), *"Sous perfusion pendant toute ma grossesse"*, *"Diabète gestationnel."* (2)
- > Le conjoint est violent : *"J'ai perdu mon 1er enfant, car j'ai été battue enceinte."*
- > L'absence de domicile : *"Le gynéco qui m'a vu dormir dans la rue m'a fait hospitaliser"*, *"Quand j'ai appris ma grossesse, je n'osais pas le dire à la personne qui m'hébergeait."*
- > L'isolement social face à la gestion de l'ainé : s'il n'y a pas de réseau amical ou familial, il y a un placement provisoire de l'enfant, qui peut être mal vécu par la mère.

Les professionnels confirment les contextes psychologiques extrêmement compliqués des femmes accueillies : *"Elles sont en difficulté avec plein de choses, et ont donc du mal à se concentrer sur leur grossesse."*

- **Le contexte médical : peu d'informations sur la qualité du suivi de grossesse**
L'enquête réalisée n'avait pas pour objectif de caractériser la qualité du suivi de grossesse des femmes au regard de critères établis (nombre et dates des consultations prénatales⁷, nombre minimal de prises de sang et d'échographies, nombre maximum de changements de filières de soins.) Cependant, des informations qualitatives sont disponibles :

- > Du point de vue des **professionnels**, les femmes qui arrivent dans les structures ont des profils très

hétérogènes en termes de suivi de grossesse. Si rien n'est en place, l'équipe accompagne les futures mères pour entamer un suivi, généralement via la PMI. Pour certaines structures, la sage-femme détachée de la PMI se déplace au CHRS (73, 74, 01, 42). Pour la problématique plus spécifique des femmes ayant une addiction, les professionnels (07) constatent qu'elles s'isolent pendant la grossesse (absence de suivi), mais qu'elles accouchent à la maternité, où sont alors contactés les services de l'Aide sociale à l'enfance.

- > Du côté des **mères** : 7 mères évoquent des "grossesses difficiles" qui ont nécessité un suivi médical. La majorité cite avoir réalisé des prises de sang et des échographies, sans que l'on puisse les quantifier de façon détaillée. (20 % des femmes en population générale sont confrontées à une complication au cours de leur grossesse.)

≈ La naissance et les premiers jours

- **Quelques données chiffrées autour de la naissance**
Les entretiens qualitatifs avec les mères ont permis de collecter quelques données chiffrées en lien avec la naissance. Ces chiffres sous-estiment la réalité, l'ensemble des mères n'ayant pas nécessairement partagé cette information :

- > 5 mères (sur 19) déclarent avoir accouché par césarienne (20,2 % de césariennes en population générale) ;
- > 2 mères déclarent un baby blues post-partum ;
- > 3 mères déclarent une naissance avant terme (taux de prématurité de 7 % en population générale) ;
- > Enfin, **sans que ces éléments aient une valeur statistique**, le poids moyen de naissance des enfants déclaré par les mères est de 3,07 kg⁸. Deux poids de naissance sont supérieurs à 4 kg, et 5 sont inférieurs à 2,5 kg, soit 25 % de l'échantillon, contre 8,2 %⁹ en population générale.

- **Les manques et soutiens évoqués par les mères à ces moments clés**

L'accouchement et les semaines qui suivent sont ressentis comme des moments de grande solitude familiale et amicale pour la plupart des femmes qui sont géographiquement coupées de leurs attaches (12/19). Une équipe de professionnels souligne également la violence de l'accouchement médicalisé pour les femmes comoriennes.

Plusieurs témoignages illustrent cette réalité :

- > *"J'ai accouché seule, car le père était alcoolisé."*
- > *"C'était dur à la naissance, il fallait tout faire sans l'aide qu'on a en Afrique."*

7 : Agence InterMutualiste, AGNES – **Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le postnatal : quelles exigences et quelles solutions ?** 2008.

8 : Cette moyenne est calculée à partir de 20 poids de naissance cités par les enquêtées.

9 : DREES, INSERM, 2017. Enquête nationale périnatale – Rapport 2016. P.35

> "Le retour à la maison a été difficile, baby blues, le bébé ne dort pas la nuit. Après une semaine j'ai décidé de son placement, car je faisais des crises d'angoisse."

> "Je n'ai personne de la famille, je me suis occupée seule du bébé. J'ai allaité 40 jours et après je n'avais plus de lait."

Seulement 7 femmes parlent des soutiens dont elles ont bénéficié lors de l'accouchement et des premiers jours. Elles citent l'équipe du CHRS (2), la sage-femme de l'hôpital pour l'allaitement, les couches (2), la PMI (1), la mère de la jeune femme (1), ou encore des amis pour la garde de l'aîné (2).

"Après la naissance, les éduc, la PMI m'ont aidée. Ils venaient pour la peser, me donner des conseils."

"Une amie a gardé mon aîné 5 jours après l'accouchement"

• Les leviers mobilisés par les professionnels

Les professionnels soulignent que la préparation de l'accouchement et le retour au centre d'hébergement se passent bien lorsque l'organisation peut être anticipée. Ce sont les situations d'urgence qui posent problème, notamment pour la garde de l'aîné des enfants.

Les équipes se positionnent sur plusieurs dimensions d'accompagnement :

> Logistique : la préparation de la valise pour la maternité, le matériel pour le retour au centre, la garde des aînés. Le réseau amical est privilégié, mais lorsqu'il n'y en a pas, ce peut être une assistante familiale, ou un placement provisoire en pouponnière.

> Le soutien moral : parfois un accompagnement physique lors de l'accouchement ; assurer une présence et une réorientation en cas de baby blues, offrir un cadre sécurisant pour qu'elles puissent déposer leurs peurs, donner des informations/explications sur les démarches.

"La grossesse, c'est préparer l'arrivée de l'enfant, la garde des autres enfants, la valise pour aller à la maternité, les achats du matériel nécessaire."

Équipe 26

Deux équipes ont soulevé trois difficultés rencontrées au cours de cette étape :

> Le frein de la langue et de la culture :

"Beaucoup de femmes enceintes sont anglophones. C'est difficile de comprendre pourquoi elles voient la sage-femme, puis le gynécologue (...) les prises de sang (...) l'anesthésiste. Il faut expliquer comment cela fonctionne. L'hôpital par exemple, c'est très compliqué (...)"

Équipe 26

La langue est ressentie comme un frein possible à la qualité du suivi médical : "Comment peut-on expliquer Rééducation du périnée ?"

> La faible prise en compte du suivi post accouchement : "Sur le suivi post accouchement, on est moins vigilant, c'est moins construit."

Équipe 26

> La question de la contraception après l'accouchement : "Elles n'en parlent pas trop, c'est assez tabou, j'essaie de leur en parler..."

Équipe 69

"Il y a beaucoup de rendez-vous médicaux pendant la grossesse, alors reprendre un rendez-vous pour la contraception, après l'accouchement, pour soi, c'est difficile."

Équipe 26

En conclusion sur

la grossesse et la naissance

> Le contexte de vie difficile des femmes peut être une des causes des difficultés rencontrées pendant la grossesse ("grossesse difficile") et l'accouchement (césarienne, prématurité, petits poids de naissance),

> Une fois au centre d'hébergement, la mise en place d'un suivi de grossesse est facile, en lien avec la PMI,

> Les mères se sentent souvent seules sur le plan familial et amical, mis entourées par les équipes de professionnels,

> L'anticipation de l'accouchement par les professionnels, notamment sur la garde des autres enfants de la fratrie, est un facteur d'amélioration des conditions de l'accouchement ;

> Les professionnels n'expriment pas de difficulté sur la gestion de la période de grossesse et d'accouchement ; mais **sur la période post accouchement** pour certaines équipes.

8. LA PARENTALITÉ

≈ Place de la parentalité : des missions et des moyens différents entre CHRS et AME

On parle communément de soutien à la fonction parentale ou encore de parentalité.

"La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant."

Les projets d'établissement des **AME** enquêtés font directement référence à la parentalité comme l'une des missions centrales de la structure. Des actions sont mises en place pour aider les mères qui se sentent vulnérables, éprouvent des difficultés dans leurs relations à leurs enfants et dans leur éducation. Les profils des professionnels présents (infirmières puéricultrices et auxiliaires de puéricultures) permettent un accompagnement renforcé sur cette dimension.

"La parentalité, c'est tous nos accompagnements : ce sont des conseils sur des soins au maternage. On a des problèmes avec des mamans pas très cocoonantes avec leur bébé et ça impacte le bébé."
Équipe 73

Pour les **CHRS** enquêtés, la place de la parentalité est plus faible qu'en AME, et s'inscrit de façon plus ou moins importante selon les CHRS, qui ont avant tout une mission d'hébergement et d'accompagnement social. Les moyens sont plus faibles et se traduisent clairement dans des profils de professionnels moins spécialisés sur la période de la grossesse, la naissance et les premiers mois de vie.

Les professionnels perçoivent globalement l'importance de travailler la parentalité. Mais les moyens alloués ne sont pas toujours suffisants pour mettre en place des actions spécifiques.

"C'est difficile l'accompagnement à la parentalité : dans les faits, avec le nombre de personnes que l'on accompagne, on est sur du quotidien, on a d'autres préoccupations. On a conscience, on l'observe, mais concrètement on est en difficulté pour mettre en place

des choses. Ça revient à chaque réunion d'équipe, on n'a pas de temps imparti, on est pris par plein d'autres missions..."

Équipe 01

Les professionnels adoptent donc différentes stratégies concernant le champ de la parentalité :

> Ils se recentrent sur leur mission première pour expliquer qu'ils ne mettent pas en place d'action spécifique :

"On n'est pas un centre maternel, on n'est pas missionné pour faire de la parentalité ; mais comme on accompagne aussi les enfants, on aura le souci que ça se passe bien avec la mère."

Équipe 42

> Ils se forment pour avoir les ressources en interne :

"L'idée était de créer un savoir-faire interne sur la parentalité : cela s'est fait de façon empirique, par l'expérience ; puis le projet parentalité financé par l'ARS a permis d'aiguiser notre regard..."

Équipe 26

> Ils mettent en place des partenariats et orientent vers des structures spécialisées :

"On a peu de temps pour travailler la parentalité, car nous sommes en très faible effectif ; donc on travaille avec beaucoup d'acteurs : PMI, CHU, la cité de la famille, le pôle accueil enfance, les interventions à domicile de la sage-femme, crèche, école..."

Équipe 38

≈ Le soutien à la parentalité : pourquoi n'est-il pas exprimé par les mères ?

Lors des entretiens individuels, les mères expriment les difficultés liées à leur rôle de parent :

"Je suis seule, sans le père ; c'est dur la nuit ; la gestion des enfants est difficile, ils sont rapprochés ; avec le psy, je travaille sur comment poser des limites avec la petite ; il y a une vraie fusion avec ma fille..."

Les difficultés sont également liées à l'environnement "collectif" dans lequel elles évoluent au quotidien, au CHRS :

"J'ai des difficultés à être ferme en public, je suis gênée par le regard des autres, car tout le monde parle sur tout le monde."

"Il y a beaucoup d'interdits pour ma fille, ce n'est pas la même autorité que si j'étais seule, je suis obligée de la priver sinon je lui donnerais un deuxième gâteau..."

Une mère souligne qu'elle a été beaucoup aidée par les professionnels :

"J'étais très stressée, seule avec le bébé, mais le soutien des sages-femmes de l'hôpital et des éducateurs m'a permis de savoir comment faire..."

Une autre mère exprime sa réticence à faire appel aux professionnels :

"Pour l'éducation, il y a une assistante sociale, mais j'ai peur d'être jugée."

Ce témoignage est confirmé par les professionnels qui soulignent que les mères demandent rarement de l'aide dans le soin aux enfants, ceci pour 3 raisons : la peur d'être jugée négativement par l'équipe, la peur que l'enfant soit placé dans une structure d'accueil, et enfin parce que les mères n'ont pas toujours conscience de leurs difficultés avec leurs enfants. La question de l'interculturalité dans les méthodes éducatives est également citée par les professionnels, ainsi que la langue parlée.

"La demande, c'est montrer une impuissance ou une incapacité à faire, et c'est souvent ce qui est compliqué pour elles : elles ne veulent pas paraître comme de mauvaises mères (...), il y a aussi le fantasme que l'on peut enlever l'enfant."

Équipe 74

"Au début, l'enfant s'efface, ne crie pas, s'habille tout seul. C'est lorsqu'il reprend sa place que les mères ressentent le besoin d'être aidées."

Équipe 26

"Comme les mères ne peuvent pas utiliser la ceinture (pour punir les enfants), alors elles les laissent tout faire. On cherche des solutions ensemble, qui marchent ou pas."

Équipe 69

≈ La place des pères

La plupart des femmes accueillies en centres d'hébergement ont été victimes de violences conjugales. Le lien avec le père n'est donc pas souhaitable dans de nombreuses situations.

En revanche, dans le cas où le lien avec le père peut s'avérer positif, les conditions d'accueil en structures d'hébergement ne sont généralement pas favorables : la salle des visites n'est pas toujours aménagée ou disponible pour accueillir le père dans de bonnes conditions, et permettre un temps de qualité avec l'enfant ou en famille.

Les professionnels pointent eux-mêmes le fait que la place du père n'est pas pensée par l'institution (même s'il est très présent à l'extérieur pour certaines familles) :

"Les pères ne sont pas très présents physiquement. On met la salle TV à disposition s'ils rendent visite à l'enfant. Ils s'organisent à l'extérieur. S'il y a besoin d'un membre de l'équipe, on est là."

"On se questionne sur la place du père. Le père au CHRS s'efface (...) Même dans l'accueil nous ne parlons pas du père. On se concentre sur la mère ; les enfants et la mère."

"Les hommes ne sont pas toujours les bienvenus. Le fonctionnement de la structure ne permet pas de travailler la place du père. Il est surtout l'objet de craintes. Comment le penser en positif ? L'accueil mère (pas père) enfant est symboliquement exclu pour les pères. On regrette qu'il ne puisse pas y avoir d'accueil de couple. Le travail sur la parentalité n'est parfois possible que si le couple est renforcé."

Le couple, plus encore que la place du père, n'est pas pensé dans les structures. Mais des solutions peuvent être imaginées pour permettre des espaces ou tester des façons de "faire famille".

Certaines équipes de professionnels se questionnent sur "des appartements à imaginer pour que les parents fassent couple, car la salle de visite ne le permet pas !" ; sur le "manque de CHRS familles."

≈ Comment cette dimension est investie par les professionnels ? Quelques exemples d'actions

- **Des actions spécifiques sur la parentalité**
 - > Des temps de parole sur la parentalité sont proposés aux mères. Ces temps sont assurés par une intervenante extérieure (73) ;
 - > Mise en place d'une activité "bébé nageur" pour travailler le lien mère-enfant (69) ;
 - > Une psychomotricienne propose des ateliers avec les mères et les enfants (01) ;
 - > Les éducateurs proposent des ateliers mères-enfants, en s'appuyant sur le jeu pour renforcer le lien mère-enfant (26).
- **Aborder la parentalité dans le quotidien de la structure d'hébergement**
 - > Les accompagnements proposés par l'équipe incluent des conseils sur le soin au maternage (73).
 - > La parentalité est travaillée au fil de l'eau en fonction des observations réalisées par l'équipe, avec notamment la porte d'entrée des *Accidents domestiques* (74).
- **La mise en lien avec d'autres acteurs**
 - > Les mères bénéficient du *Service d'accompagnement familial renforcé* (SAFRen), pour les 6 à 17 ans, qui consiste en un soutien à la parentalité à domicile (01).
 - > Lorsque des mères sont repérées comme fragilisées, elles sont mises en lien avec la PMI, et parfois sont orientées vers les services d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) (26).

• **Des modes de garde pour que les mères puissent "souffler !"**

Plusieurs structures portent une attention particulière au temps de répit accordé aux mères. Le soutien à la parentalité apparaît comme un allègement de la charge parentale pour améliorer la qualité des échanges. Des modes de garde sont donc mis en place, en interne au centre d'hébergement (42) ou en partenariat avec des crèches du quartier.

"Quand elles arrivent, elles sont exténuées, et on leur demande de s'occuper des enfants. Elles s'en occupent tout le temps, mais elles ont besoin de temps pour elles. Elles ont besoin de vivre quelque chose de positif avec l'enfant, pas que les corvées, mais aussi des temps de balade, de jeu. Elles n'ont pas de relais pour les aider. On leur en demande plus qu'à des gens qui vont bien ! Tous les lundis matin, les enfants sont gardés en garderie au CHRS."

Équipe 42

"On encourage la garde à l'extérieur pour qu'elles puissent souffler, et cela permet à l'enfant d'être socialisé. Cela permet aussi de travailler la séparation de la mère et de l'enfant qui est parfois très difficile."

Équipe 73

La prise en compte de la parentalité dans les CHRS et sa mise au travail est très hétérogène d'une structure à l'autre. Certaines équipes ont besoin d'étayage et sont en attente de formations. D'autres ont été formées ou ont trouvé les ressources externes ou en équipe pour travailler cette dimension.

≈ Une ressource professionnelle méconnue : les REAAP

L'offre de soutien à la fonction parentale s'appuie sur de nombreux services, proposés par diverses associations et souvent financés par les conseils départementaux. On peut citer :

- > Les lieux d'accueil enfants/parents ;
- > Les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité ;
- > Le **Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAPP)** ;
- > La médiation familiale et les espaces rencontre.

Les structures enquêtées citent régulièrement les lieux enfants/parents avec lesquels ils sont en lien pour travailler cette question de la parentalité.

"À Bourg-en-Bresse, il manque un lieu mères-enfants ; on a besoin d'un espace pour les mamans prises en charge avec l'enfant."

Équipe 01

En revanche, les REAPP ne sont pas connus des professionnels des structures d'hébergement comme étant une ressource pour eux-mêmes. De même, le REAPP de la Loire constate l'absence des professionnels du social dans les formations qu'il propose.

Un lien est donc à créer entre les structures d'hébergement et les REAPP qui peuvent être ressource en formation et pour l'intervention.

**En conclusion
sur la parentalité**

- > Les équipes des AME sont sur leur cœur de métier.
- > Les équipes des CHRS investissent cette dimension de façon très hétérogène : le besoin de formation est réel pour plusieurs équipes, mais au préalable il y a nécessité de bien redéfinir les missions.
- > Les professionnels sont unanimes sur la pertinence de travailler ce champ, mais il y a un sentiment d'impuissance fort pour les équipes qui ne peuvent s'appuyer sur des ressources. Un besoin de formation s'exprime.
- > La garde des enfants est un levier pour permettre aux mères de souffler, et ensuite des passer des moments de meilleure qualité avec leurs enfants.
- > Les équipes constatent qu'aucune place n'est laissée aux pères dans les structures, et souhaiteraient pouvoir l'impliquer lorsque cela est possible.

IV. PISTES D'ACTION

Sur les questions de santé des mères et enfants de moins de 3 ans accueillies en CHRS et AME, l'enquête a permis d'identifier des besoins (identifiés par les professionnels) et des demandes (exprimées par les mères) qui ne sont pas toujours convergents.

Les pistes d'action qui pourront y répondre devront tenir compte de deux éléments importants, également mis en évidence par l'enquête :

- > **Le soin n'est qu'une réponse parmi d'autres** aux demandes exprimées par les mères. Le sentiment de bien-être, d'épanouissement est renforcé par de petits éléments du quotidien : les conditions d'accueil (locaux, règles de vie en collectif), les liens familiaux et amicaux, la possibilité de travailler...
- > **Il ne peut y avoir de réponse toute faite** si l'on considère l'hétérogénéité de l'offre de services sur les territoires, et l'hétérogénéité des pratiques et des attentes des professionnels enquêtés. **L'enquête n'était pas un audit des pratiques**, et n'avait pas pour objectif d'évaluer les structures. Néanmoins les entretiens ont permis d'identifier l'hétérogénéité des pratiques ; et parfois des structures et/ou professionnels en souffrance. Les actions à mettre en place devront en tenir compte.

Enfin, comme signalé par plusieurs acteurs, la **priorisation des publics** suppose d'être questionnée : il existe d'importants besoins en CADA et en centres d'hébergement d'urgence (CHU) qui disposent de moyens beaucoup plus faibles pour agir sur la santé des femmes et des enfants accueillis.

1. LES BESOINS DES PROFESSIONNELS

≈ Travailler des thématiques de santé ciblées

À partir des besoins perçus, les professionnels souhaiteraient pouvoir sensibiliser les mères sur différentes thématiques : **les addictions, l'hygiène, l'alimentation, la contraception/la sexualité/l'accouchement, l'estime de soi/prendre soin de soi.**

Les équipes expriment, de façon implicite, un besoin de formation sur la façon de travailler ces thématiques :

- > En individuel ou en collectif ?
- > Avec quelles mères en particulier ?
- > À quel moment ?
- > Avec quelle posture : écouter, apporter des solutions ?
- > Avec quels partenaires puis-je travailler, m'informer ?
- > Comment font les autres structures d'hébergement ?
- > Jusqu'où aller dans ce que je propose et à quel moment je passe le relai à un partenaire ?

≈ Se former

La demande de formation est clairement exprimée pour trois thématiques :

- > La **santé mentale** et notamment les urgences psychiatriques ;
- > Les étapes obligatoires du **suivi de grossesse** pour mieux accompagner les mères ; auprès de quels professionnels orienter ? Quelles informations transmettre aux mères ?
- > La **parentalité**, en faisant le lien avec la dimension culturelle. Cette demande concerne principalement les CHRS, les AME étant beaucoup plus outillés sur cette question.

≈ Des professionnels avec un profil "petite enfance"

Enrichir les équipes avec des **profils petite enfance**, est également une proposition pour faire monter les équipes en compétence sur la santé des femmes enceintes et du petit enfant.

"On a des professionnels de l'éducatif, mais pas du médico-social (psychomotricienne, infirmière puéricultrice), alors qu'on en a besoin pour les tous petits. Mais le conseil départemental refuse de financer des professionnels médicaux qui relèvent d'un financement ARS."

Équipe 74 – Les Lauriers

"On a des enfants qui ne marchent pas, mais qui courent tout le temps ! Pourquoi ? On n'a pas toutes les réponses. Enfants témoins de violences conjugales, enfants qui sont passés à la pouponnière, qui ont des blocages de langage, enfants qui se détournent du regard de leur mère, qui se coupent de la relation, qui ne s'endorment pas, qui ne se relâchent pas dans le sommeil, qui se blessent, mais qui ne pleurent pas, qui prennent des risques, qui ne voient aucun obstacle et se blessent partout : tous ces exemples militent en faveur d'un psychomotricien."

Équipe 74 – Les Lauriers

Ces attentes sont en lien direct avec les problématiques de santé des enfants identifiées par les professionnels : troubles du comportement, anxiété...

2. LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES MÈRES

Au fil des entretiens, les mères ont livré leurs préoccupations, leurs sources de stress qui peuvent aller jusqu'à impacter leur bien-être, leur santé. Comment les structures d'hébergement peuvent-elles accueillir au mieux les traumatismes vécus, les angoisses liées au futur (emploi, papier, logement), le manque de liens et l'isolement ?

Ces questions sont déjà pensées en équipes, et sont pour certaines au centre de l'accompagnement :

- > Le retour à l'emploi, la formation,
- > La régularisation de la situation administrative,
- > L'accès au logement autonome,
- > La prise en charge médicale,
- > L'écoute, l'échange,
- > Le lien social par l'amélioration des conditions de visites, amicales ou familiales.

Au-delà, c'est la **posture du professionnel** qui semble centrale pour contribuer au bien-être des mères, et que résume bien une professionnelle :

"On prend du temps d'entretien individuel, un vrai temps d'écoute pour relater l'histoire de la personne, porter un regard de bienveillance pour que la personne soit en confiance pour travailler en alliance avec elle."

3. LES RECOMMANDATIONS À L'ISSUE DE CETTE ENQUÊTE

≈ Un préalable à l'action : un cadre de travail soutenant pour les professionnels des structures d'hébergement

Deux structures enquêtées rencontrent des difficultés structurelles qui empêchent les équipes de poser à plat les missions de la structure, les modalités d'action, les champs à investir.

Pour lever ces freins structurels rencontrés par les professionnels, il semble important :

- > De donner les moyens aux professionnels de remplir les missions dont ils sont investis (moyens en ressources humaines notamment), et de ne pas ajouter d'autres activités sans ce prérequis ;
- > De repenser l'organisation de la structure si elle est en souffrance du fait de différents facteurs (gestion des ressources humaines, pilotage.)

✓ Le public prioritaire : les mères

L'enquête met en évidence une bonne prise en charge de la santé des enfants, comparativement à celle des mères qui passe au second plan alors que des besoins importants existent. **Les actions devraient donc se focaliser sur la santé des mères**, sur les thématiques précisées ci-dessous.

La santé de la mère et celle de l'enfant sont d'ailleurs étroitement liées, ainsi que le soulignent plusieurs équipes de professionnels.

✓ Des thématiques prioritaires

Quatre dimensions apparaissent comme prioritaires, et sur lesquels les **professionnels des structures d'hébergement peuvent agir de leur place** :

- > La réflexion sur les **conditions d'accueil** (structures collectives versus logement autonome ; espaces de vie individuels) qui impactent directement le bien-être des mères et leur sentiment d'autonomie ;
- > La **santé mentale** en lien avec les traumatismes vécus, et notamment les **violences conjugales** ;
- > Les **addictions**, problématique peu fréquente, mais sous-jacente ;
- > Le **soutien à la parentalité**, dimension qui vise le bien-être de la mère comme de l'enfant.

✓ Donner des ressources aux professionnels pour intervenir et penser en équipe

L'enquête a permis d'identifier des dimensions de la santé peu investies par les professionnels (la parentalité en CHRS, la place des pères), des dimensions où des besoins importants sont non satisfaits (la santé des mères, le poids du collectif), des dimensions qui posent problème (l'accès aux soins psychiatriques...), ou encore des dimensions sur lesquels il y a un écart de perception entre les professionnels et les mères (la vie en collectivité, la santé des enfants).

Afin d'outiller les professionnels sur les dimensions à approfondir (spécifiques à leur équipe), deux modalités formatives peuvent être imaginées :

- > **Des formations en équipe**, pour améliorer les connaissances, identifier les ressources et penser les actions en commun ;
- > **Des temps d'échange de pratiques sur les questions de santé entre CHRS et/ou centres maternels, à une échelle départementale ou régionale** : des réponses, des actions pertinentes ont **déjà** été pensées et mises en place par les structures. Les partager avec d'autres structures confrontées aux mêmes problématiques est pertinent, et demandé par les acteurs lors des restitutions de cette enquête.

✓ Favoriser l'intersectorialité institutionnelle entre santé et social

Plusieurs points saillants de la santé des mères sans hébergement ne pourront être traités que par une **réflexion conjointe des acteurs institutionnels de la santé et du social**. Des espaces de travail possiblement communs existent et demandent à être investis (les commissions SIAO, certains CLS...).

Au-delà du recueil des besoins des mères et des professionnels, cette enquête a permis :

- > De mettre en évidence le nombre important d'actions ou de dispositifs imaginés et mis en place au quotidien par les professionnels des structures pour accompagner les mères sur les questions de santé. Dans ce cadre, la santé apparaît véritablement comme un déterminant de l'insertion sociale ;
- > D'associer les mères et de partager leurs témoignages de vie pour pouvoir apporter des réponses adaptées ;
- > D'identifier des extensions possibles à cette enquête en direction des publics migrants des centres d'hébergement d'urgence et des CADA.

Nous remercions l'ensemble des personnes enquêtées dans le cadre de ce travail pour leurs contributions actives, les professionnels pour leur accueil et leur disponibilité, les mères pour leur temps précieux et leur confiance, et les membres du comité de pilotage pour leur aide dans la construction de la démarche d'enquête.



ANNEXES

Annexe 1 : Liste des structures d'hébergement recensées — CHRS et AME — Ex Rhône-Alpes (2017)

DÉPT.	NOMS DES STRUCTURES	ADRESSES/TÉLÉPHONES	PUBLICS	NBR DE PLACES
1	CHRS La Canopée/La Parenthèse	526 rue Paul Verlaine 01960 PERONNAS	Femmes seules avec ou sans enfants	2 services : - 18/25 ans hommes/femmes isolés 26 places. - un service femmes 74 places.
1	CHRS Envol	79, avenue Salengro 01500 Ambérieu en Bugey Tél. : 04 74 38 15 39		18 appartements pour accueil d'urgence ou d'insertion pour les familles.
1	CHRS Le Regain	2, rue Pierre Demangeot 01100 Oyonnax		3 appartements en diffus pour femmes seules avec enfants
1	CHRS Le Regain	32, rue des Lilas BP 159 01200 Bellegarde-sur-Valserine		Très peu de femme; pas d'enfants.
1	CHRS Viviane Bell	75 rue de derde 01170 Gex		Accueil tout public
7	CHRS L'EAU VIVE	07230 PAYZAC Tél. : 04 75 39 48 65	Mères enfants	50
7	CHRS SOLEN	20 bd Jean Mathon 07200 AUBENAS Tél. : 04 75 35 06 74		9 places en collectif (personnes seules) + 30 logements diffus (pas d'accueil spécifique mères/enfants, mais possible néanmoins)
7	CHRSU LE TEIL DIACONAT PROTESTANT ANTENNE ENTRAIDE MONTELMAR-LE TEIL	13, allée du Faisseau Sud ZA Rhône Helvie 07400 LE TEIL		CHRSU Le Teil + appartements diffus/CHRSI Le Teil + appartements diffus
7	CHRS DE PRIVAS	PONT OUVEZE BP 307 07003 PRIVAS CEDEX Tél : 04 75 64 01 03		20 mesures d'accompagnement dans 8 appartements dans Privas ("insertion élargie"). Accueil possible : femmes seules/hommes seuls/couples, <u>mais</u> aussi mères/enfants.
7	FOYER DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE	6 boulevard la Glacière 07000 Privas Tél. : 04 75 66 76 40		40 places (mais en changement avec le dispositif concernant les mineurs non accompagnés); 5 studios pour les femmes et leurs enfants.
7	CHRS ENTRAIDE ET ABRI TOURNON S/RHÔNE-TAIN L'HERMITAGE	20 BOULEVARD MONTGOLFIER 07300 TOURNON SUR RHONE Tél : 09 66 81 80 96		15 places d'urgence tout public sauf mineurs + 1 accueil de jour et 1 accompagnement RSA pour 20 suivis
7	CHRS SAINT-PERAY (Le grand Saint-Jean)	Chemin Combe Roland BP 155 07131 SAINT-PERAY CEDEX Tél : 04 75 81 01 74	Mères enfants	14 places
26	CHRS Foyer du Cœur Arc-en-ciel	95 Rue de la Forêt 26000 VALENCE Tél. : 04 75 84 61 16	Mères enfants	Nombre de place pour les femmes : 15 places dont 3 places pour les mères avec enfants (maximum 3 enfants par mères)
26	CHRS Olivier-Arcade	24 Rue Amblard 26000 VALENCE Tél. : 04 75 78 08 90	Mères enfants	Ce CHRS accueille uniquement des femmes enceintes ou non, avec ou sans enfants de tout âge. Hébergement collectif : 6 places, Accompagnement hors les murs : 6 places, Accueil de jour : 3 places, Accompagnement sur le terrain : 2 places
26	CHRS La Trâme	3 Rue Vincent Auriol 26300 BOURG DE PEAGE Tél. : 04 75 02 54 31	Mères enfants	Nombre de places total : 24 places Accueil mère avec enfants de moins de 3 ans : pas de places limitées, cela dépend des orientations.
26	CHRS L'Oustalet	4 Rue Gambetta 26110 NYONS Tél. : 04 75 26 33 84	Mères enfants	Ce CHRS propose des logements diffus uniquement. Pour les mères avec enfants en bas âge le nombre de places est limité, car il y a 2 appartements T2 destinés uniquement à l'accueil de ses mères.

Annexe 1 (SUITE) :

Liste des structures d'hébergement recensées — CHRS et centres maternels — Ex Rhône-Alpes (2017)

DÉPT.	NOMS DES STRUCTURES	ADRESSES/TÉLÉPHONES	PUBLICS	NBR DE PLACES
26	CHRS Val d'accueil	12 Rue des Auberts 26400 CREST Tél. : 04 75 76 80 40		Logements diffus : 11 appartements d'urgence (T1 au T3) et 17 appartements en insertion (T1 au T5) + un accueil de jour. Il n'y a pas de places limitées pour les mères avec enfants en bas âge.
26	CHRS Entraide Montélimar/ Le Teil	18 Chemin Géry 26200 MONTELMAR Z.A. Helvi 13 Allée du Faisseau Sud 07400 LE TEIL Tél. : 04 75 01 05 52	Peu de femmes	30 places en logements diffus et 18 places en CHRS CHRS situé au Teil (Ardèche) accueille très peu de femmes (hébergement d'urgence, accueil par le 115) Les mères avec enfants sont accueillies dans les logements diffus (urgence ou insertion)
26	ADOMA RESIDENCE LES LAVANDES	RUE PONT DES ANGLAIS 26000 VALENCE Tél. : 04 75 44 04 07		50 places en logements diffus
42	ACARS	22 rue Paillon 42000 ST ETIENNE Mme Nathalie CARROT Tél. : 04 77 42 81 10		
42	AFP (Association Familiale Protestante)	3 rue Louis Soulié 42000 ST ETIENNE M. Habib KORICHI Tél. : 04 77 32 15 24		
42	ANEF	16 rue Jean Baptiste David 42100 ST ETIENNE		
42	ENTRAIDE PIERRE VALDO	25 rue Berthelot BP 70046- 42009 ST ETIENNE cedex 2		
42	FOYER VERS L'AVENIR	337 chemin Martin 42153 RIORGES		10 femmes seules avec enfants dans notre service insertion et 4 femmes seules avec enfants dans notre service urgence.
42	RENAITRE	17 rue Ferdinand BP 50051- 42002 ST ETIENNE cedex 1		
42	SOS VIOLENCES CONJUGALES 42	96 rue Bergson 42000 ST ETIENNE		
69	La Croisée	10, rue Maisiat	Femmes avec enfants (difficultés sociales et familiales)	33
69	L'étoile	31 rue Roger Salengro	Femmes avec Enfants (difficultés sociales et familiales)	15
69	Amicale du Nid	18, rue des Deux Amants	Femmes avec ou sans Enfants en danger de prostitution	
69	CH LE CAP	45 montée de Choulans	Femmes seules en difficulté	40
69	L'Orée	6, rue d'Auvergne	Hommes Femmes couples avec ou sans enfants 18 à 25 ans- Urgence	63
69	Rencontre	15 rue du Dauphiné	Hommes Femmes couples avec ou sans Enfants 18 à 25 ans	73
69	Accueil Cléberg	2 rue Emile Duployé	Tous publics en difficulté (places d'urgence)	70
69	Carteret	21, rue Saint-Jean de Dieu	Hommes seuls et couples, repérés et accompagnés par SAMU social	34
69	Point Nuit	69, rue de Cuire	Femmes isolées	35
69	REGIS	53, rue Dubois Crancé	Tous publics en difficulté	200
69	APUS	7, place du Griffon BP 1111	7 places personnes isolées	7

Annexe 1 (SUITE) :

Liste des structures d'hébergement recensées — CHRS et centres maternels — Ex Rhône-Alpes (2017)

DÉPT.	NOMS DES STRUCTURES	ADRESSES/TÉLÉPHONES	PUBLICS	NBR DE PLACES
69	La Cité de Lyon	131 avenue Thiers	Hommes et Femmes isolés, couples, familles, personnes seules avec enfant	130
69	L'Auberge des Familles	21 avenue Jean François Raclet	Familles en difficulté et/ou femmes isolées	12
69	La Calade	461, rue Robert Schumann	Hommes + 2 Femmes victimes de violence avec ou sans Enfants + 2 Femmes isolées	27
69	Foyer Eugène Pons	105 rue Villon	Hommes 18 à 28 ans	25
69	Maison de Rodolphe	105 rue Villon	Familles, hommes avec chiens	46
69	La Chardonnière	65 Grande Rue	Personnes vieillissantes- Hommes isolés	43
69	CEFR	6 Rue Champ Perrier	Hommes ou Femmes avec ou sans Enfants (Centre pour Français rapatriés)	120
69	Train de Nuit	28 quai Perrache	Hommes isolés + familles monoparentales	54 + 16
69	Accueil et Logement	34, avenue Lacassagne	Familles en difficulté et/ou femmes ou hommes isolés avec Enfants	80
69	La Charade	259, rue Paul Bert	Femmes isolées avec enfants	70
69	Hôtel Social Riboud	24, rue Riboud	Hommes seuls isolés	72
69	CAO	24, rue du Colombier	Accueil de jour Tous publics en difficulté	
69	Centre Francis Feydel (Lyon)	9, rue Wakatsuki	Hommes et Femmes isolés	42
69	Centre Francis Feydel (Villefranche)	554, rue de Belleruche BP 107	Hommes et femmes isolés	28
69	Foyer Maurice Liotard	6, montée du Chemin Neuf	Hommes placés sous main justice	28
69	Ateliers Sésame	25, rue Rochambeau BP 8323		
69	Orloges	19, rue Auguste Comte	Hommes ou femmes avec suivi psychologique	15
69	Relais-Rivages	17 rue Jean Bourgey	Femmes 18 à 25 ans,	18
69	Les Foyers éducatifs	134 route de Vienne	Hommes ou Femmes 18 à 25 ans	40
69	VIFFIL-Sos femmes	156 cours Tolstoï	Femmes seules avec enfants victimes de violence	60
69	Relais SOS	98 rue Marius Berliet	Tous publics en difficulté (accueil jour uniquement)	
73	Le Galoppaz- Gestion par la Soisson	50, route d'Aprémont 73000 Barberaz	Femmes et enfants	25 places en interne 20 places en diffus
73	CHRS Aix-les-Bains- Gestion par la Soisson	98 Avenue de Marlioz 73100 Aix les bains Tél. : 04 79 61 13 22- Appel ok	Tout public	4 d'urgence 2 hommes/2 femmes, 1 studio femmes victimes de violences, 4 places de stabilisation, 19 places CHRS

Annexe 1 (SUITE ET FIN) :

Liste des structures d'hébergement recensées — CHRS et centres maternels — Ex Rhône-Alpes (2017)

DÉPT.	NOMS DES STRUCTURES	ADRESSES/TÉLÉPHONES	PUBLICS	NBR DE PLACES
73	Etablissement le Rosalbert - Gestion par la Soisson	51, rue de Narvik 73 200 Albertville Tél. : 04 79 37 84 08- Appel ok	Unités familiales	11 unités familiales pour l'hôtel maternel 25 places sur le CHRS.
73	Etablissement l'Albertin- Gestion par la Soisson	61, rue de Narvik 73200 Albertville Tél. : 04 79 37 87 43- Appel ok	Couples avec ou sans enfants	25 places + 8 places stabilisation
73	Etablissement Carmintran	Maison de Carmintran	Hommes uniquement	
74	La Passerelle	14 chemin du Martinet BP 158- 74200 THONON-LES-BAINS	Mixte	80
74	Thianty (Association OPPELIA)	Château Folliet 74290 ALEX	Toute personne en difficulté avec une pratique addictive.	
74	Foyer du Léman	5 chemin des Afforets Aubonne BP13 — 74140 DOUVAINE	Femmes ± enfants	80
74	Foyer la Traverse	19 avenue du Stade 74000 ANNECY Tél. : 04.50.46.07.22	Mixte	22
74	Foyer les Bartavelles	419 avenue de la Gare 74130 BONNEVILLE	Mixte	28
38	ADLA La roseaie	Corps Tél. : 04 76 30 02 52	Tout public	32 places
38	CHRS L'accueil	Vienne Tél. : 04 37 02 19 91	Tout public	65 places Dont 38 places d'urgence, 24 places d'insertion et 4 lits halte santé
38	Les foyers de l'oiseau bleu	Gières (agglo Grenoble) Tél. : 04 76 59 16 18	Couples ou parents seuls avec enfants	91 places
38	Oasis 38	Grenoble Tél. : 04 76 54 13 50	Tout public	82 places : 10 d'urgence et 72 places d'insertion
38	Le relais Ozanam	Echirolles (agglo Grenoble) Tél. : 04 76 09 05 47	Tout public	85 places en insertion 16 places d'urgence
38	Association Milena	Grenoble Tél. : 04 76 29 10 21	Accueille uniquement des Femmes victimes de violence.	26 places d'insertion, 8 urgences.
38	CHRS Henri Tarze	Grenoble Tél. : 04 76 87 49 30	Peu d'enfants de moins de 3 ans (organisation historique entre CHRS de Grenoble)	47 places d'insertion
38	Logis des collines	Voiron Tél. : 04 76 67 34 79	Tout public	12 places d'insertion, 22 places urgence
38	ALPA	Bourgoin Jallieu Tél. : 04 74 43 97 67	Tout public dont enfants de moins de 3 ans	66 places d'insertion 29 places d'urgence

Annexe 2 : Caractéristiques des structures enquêtées

	AIN	ARDÈCHE	DRÔME	ISÈRE	LOIRE	RHÔNE	SAVOIE	HAUTE-SAVOIE	HAUTE-SAVOIE
NOM DE LA STRUCTURE	Service Femmes du CHRS Adsea la Parenthèse	CHRS Saint-Péray	CHRS Olivier Arcade	CHRS La halte et LHSS	CHRS Villa Capucine	Centre d'hébergement Le Bordeaux Dispositif Lasoie	Hôtel maternel Le Rosalbert Accolé au CHRS Albertin	Hôtel maternel La parent'elle Accolé au CHRS la Traverse	AME Les Lauriers
STRUCTURE GESTIONNAIRE	Association La Sauvegarde (ADSEA 01)	Association Entraide et abri	Diaconat protestant	Arépi L'étape	ACARS	Foyer Notre-Dame des sans-abris	La Sasson	Gaïa	Maison départementale de l'enfance et de la famille (MDEF)
LOCALITÉ	Bourg-en-Bresse	Saint-Péray	Valence	Grenoble	Saint-Étienne	Lyon	Albertville	Annecy-le-Vieux	Thonon, Annecy, Ambilly, Saint-Julien
SERVICES/ PUBLICS	. Jeunes . Femmes victimes de violences	. Femmes souffrant d'une addiction, isolées ou avec enfants/urgence 115 femmes victimes de violences conjugales	. Logement diffus + AHM (accompagnement hors les murs) + Accueil de jour pour toutes les femmes (50 personnes dans l'année) (Olivier) . Femmes victimes de prostitution (Arcade)	. Lits halte soins santé . CHRS femmes isolées ou avec enfants . 1 atelier d'insertion (assemblage pièces mécaniques)	. Urgence (115) . Urgence femmes victimes de violences . Insertion	Dispositif nouveau, et temporaire (accueil de 6 mois)	. Tout public (Albertin) . Familles (Rosalbert)	. CHRS La traverse . AME la parent'elle . 4 pl d'urgence	. AME : femmes avec enfants de moins de 3 ans
FINANCEMENT	. DDCS . CD pour les femmes enceintes et enfants de moins de 3 ans	. DDCS	90 % DDCS + APL + 7000 € ARS sur la parentalité (prestation, matériel, sortie)	. DDCS . ARS (pour le LHSS)	100 % DDCS+ poste infirmière mutualisée sur 6 structures financées par l'ARS	. DDCS . Métropole de Lyon	. DDCS sur l'Albertin . CD sur le Rosalbert (familles)	. DDCS . CD sur l'AME la Parent'elle	100 % CD
NBR STRUCTURES D'ACCUEIL MÈRES ENFANTS 100 % CD SUR LE DÉPARTEMENT	0	0	1	3	2	5	3	4 (dont AME les Lauriers ci-dessus)	
NOMBRE DE PLACES									
FEMMES SEULES OU AVEC ENFANTS, ENFANTS	74	15	18	30 pl. en CHRS, 9 chambres + 2 studios		La Soie : 27 chambres-54 pers.	11 appartements		
EN LOGEMENTS DIFFUS	60	1	26 places (11 logements dont 7 familles)		4 studios	24	Oui		Appartements
EN HÉBERGEMENT COLLECTIF	40	14	Pas de collectif depuis les années 2000	9 chambres + 2 studios en CHRS et 5 pl.en LHSS	1 collectif + 1 colloc de 4 chambres	27 chambres La soie +36 CHI	23 (11 appartements)	7 appartements	Microcollectifs
TOTAL RESSOURCES HUMAINES	18		3 + chef service 1/2 TP	7 + 3 stagiaires		13			
TECHNICIEN DE L'INFORMATION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)					1	2			
ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS (OU AUTRES TRAVAILLEURS SOCIAUX)	4 (3,1 ETP)	2	2	1			2	2	
ÉDUCATEURS DE JEUNES ENFANTS						1	1		

* Salarié mutualisé entre les 2 services

Annexe 2 (SUITE ET FIN) :
Caractéristiques des structures enquêtées

	AIN	ARDÈCHE	DRÔME	ISÈRE	LOIRE	RHÔNE	SAVOIE	HAUTE-SAVOIE	HAUTE-SAVOIE
MONITEURS ÉDUCATEURS						2	1		
ASSISTANTES SOCIALES	1		1	1	2				
CONSEILLÈRE EN ÉCONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE	2				2	3			
PROFESSIONNELS DE SANTÉ	1 psychologue* (0,5 ETP)	1 fois/15 j : 1 psychologue 1 fois/mois : 1 médecin addicto 1 infirmier psy 1 1 diététicienne		1 médecin en LHSS + IDE*	1 infirmière et 1 psychologue		1 infirmière puer+ 1 aux. Puer	1 aux. Puer + 1 psycho	1 psycho
MAÎTRESSE DE MAISON	2*			1	1	2		0,5	
AGENT D'ENTRETIEN	1*	1		1					
SECRÉTAIRE	1*	4 (roulement)							
COORDINATEUR	1*								
AGENT D'ACCUEIL LE WE ET PERSONNEL DE NUIT				3	3	1		2	
DURÉE MOYENNE D'HÉBERGEMENT									
INSERTION	21 jours renouvelables	6 mois renouvelables		6 mois renouvelables					
URGENCE	Jusqu'à 1 an	Pas de limite de temps	12/13 mois						

* Salarié mutualisé entre les 2 services

Annexe 3 : Liste des personnes enquêtées

DDCS ET CONSEILS DÉPARTEMENTAUX					
DÉPT.	DATE DE L'ENTRETIEN	STRUCTURE	TYPE D'ENTRETIENS	FONCTION DES PROFESSIONNELS PRÉSENTS	NBR DE PERSONNES
1	10/10/2017	Pour la DDCS du 01 : directrice AME maison de l'enfance	Individuel	Mme Platre	1
7	24/07/2017	DDCS 07	Collectif	Mmes Guillaume et Mannevy. Conseillère technique hébergement- Secrétaire administrative	2
26	26/10/2017	DDCS 26	Individuel	Mme Bogelman- Responsable du pôle hébergement, veille sociale et asile	1
38	02/10/2017	DDCS 38	Collectif	Mmes Andrivot et Attal- Conseillère technique service social- inspectrice pôle hébergement	2
42	20/07/2017	DDCS 42	Collectif	Mme Guillot : conseillère technique en travail social Mme Simonin : Directrice adjointe DDCS Loire	2
42	16/11/2017	CD 42	Individuel	Mme Dipoko- Inspectrice de la protection des personnes	1
69	24/11/2017	DDCS 69	Individuel	Mme Hermann : conseillère technique en travail social	1
73	17/07/2017	DDCS 73	Collectif	-	2
74	20/06/2017	CD 74	Collectif	Mmes Lévêque, Lacassie, Bourgeaux- service PMI- directrice protection sociale	3
74	06/20/2017	DDCS 74	Collectif	Mme Wanderoild Responsable du pôle hébergement- Mme Abdeselam resp pôle demandeur d'asile	2
TOTAL					17

MÈRES		
DÉPT.	DATE DE L'ENTRETIEN	STRUCTURE D'ACCUEIL
1	13/10/2017	La Canopée la parenthèse
1	13/10/2017	La Canopée la parenthèse
7	19/09/2017	St Peray
7	19/09/2017	St Peray
26	11/10/2017	Olivier Arcade
26	11/10/2017	Olivier Arcade
38	12/12/2017	La Halte
42	19/10/2017	ACARS
42	20/10/2017	ACARS
42	21/10/2017	ACARS
69	30/11/2017	Le bordeaux
69	30/11/2017	Le bordeaux
73	31/08/2017	Rosalbert/Albertin
73	31/08/2017	Rosalbert/Albertin
73	31/08/2017	Rosalbert/Albertin
74	20/11/2017	La parentelle
74	20/11/2017	La parentelle
74	21/11/2017	Les Lauriers
74	21/11/2017	Les Lauriers
TOTAL		19

Annexe 3 (SUITE ET FIN) :
Liste des personnes enquêtées

STRUCTURES D'HÉBERGEMENT (CHRS ET AME)					
DÉPT.	DATE DE L'ENTRETIEN	STRUCTURE	TYPE D'ENTRETIENS	FONCTION DES PROFESSIONNELS PRÉSENTS	NBR DE PERSONNES
73	31/08/2017	La Sasson, dont services Rosalbert (Centre maternel et CHRS femmes) et Albertin (CHRS)	Collectif	Chef de service pour partie, EJE, AMP, Infirmière, 3 Educatrices et Éducatrices spécialisées et 1 assistante sociale	7
73	31/08/2017		Individuel	M. Balmont : chef de service	1
73	31/08/2017		Informel	Assistante administrative (Rosalbert)	1
73	31/08/2017		Informel	Responsable banque alimentaire	1
74	05/09/2017	La Traverse	Collectif	Professionnels : Chef de service, 1 auxiliaire puéricultrice, 2 éducatrices spécialisées, 1 psychologue vacataire	5
74	05/09/2017		Individuel	Mme Lubrani : Directrice sur le départ	1
7	19/09/2017	CHRS Saint Peray	Collectif	Professionnels : 2 éducatrices spécialisées	2
7	19/09/2017		Individuel	Directrice par interim : Mme Chambet	1
7	19/09/2017		Informel	1 éducatrice animatrice	1
7	19/09/2017		Informel	1 AMP	1
42	05/10/2017	Acars	Individuel	Mme Carrot- directrice	1
42	09/10/2017		Collectif	1 conseillère en économie sociale et familiale et 1 éducatrice spécialisée	2
1	23/10/2017	La canopée la parenthèse	Collectif	1 éducatrice spécialisée et 1 assistante sociale	2
1	23/10/2017		Individuel	Mme Lacouture- Chef de service	1
74	24/10/2017	Les Lauriers	Individuel	Mme Bernard- chef de service	1
74	24/10/2017		informel	Mme Angelloz- Directrice adjointe	2
74	24/10/2017		Collectif	5 professionnels + 1 directrice + 1 adjointe	7
26	27/10/2017	Olivier Arcade	Collectif	Educateurs spécialisés et assistante sociale	4
26	27/10/2017		Collectif	Chef de service et directeur	2
69	07/12/2017	Le Bordeaux	Collectif	2 professionnels + 1 stagiaire	3
38	12/12/2017	La Halte	Collectif	2 professionnels + 3 stagiaires	5
TOTAL					51

DIVERS	
Coordination PASS	Mme Piegay
SIAO de Lyon	M. Pilot
PMI Lyon	Mme Chaverondier- Mme Capgras
Réseau périnatalité de Saint Etienne	Mme Delmas
CAF/REAAP de Saint Etienne	Mme Rousseau- Mme Delorme
TOTAL	7

Annexe 4 : Guide d'entretien Direction de centres d'hébergement

DATE :	STRUCTURE :	PRÉNOM ET NOM :
<p>Public accueilli : autre que des femmes enceintes et/ou avec enfants de moins de 3 ans ? Salariés de la structure : nombre de salariés du CHRS. Quels sont les profils des professionnels ? Est-ce une équipe stable ou y a-t-il beaucoup de turn-overs ?</p> <p><u>Documents à collecter</u> : l'organigramme + le projet d'établissement</p> <p>Quels sont les financeurs du dispositif ?</p> <p><u>Articulation des associations avec les structures institutionnelles du territoire</u> : Est-ce que le CHRS est associé au CODAJE (Comité départemental de l'accueil des jeunes enfants) ?</p> <p>Combien de places d'hébergement y a-t-il dans votre structure ? Combien de femmes sont aujourd'hui hébergées par votre structure ? Quels sont les grands profils des familles accueillies par le dispositif ? Y a-t-il des Hommes seuls avec enfant ?</p> <p>Y a-t-il une politique de non-séparation des familles ? Comment est-elle appliquée dans les faits, avec les contraintes de structure ?</p> <p>Quels sont les critères de sélection des personnes accueillies ? Est-il nécessaire d'avoir des papiers qui justifient votre droit à être sur le territoire français ? Le public accueilli aujourd'hui est-il celui pour lequel le dispositif a été conçu ou y a-t-il des adaptations dues à des contraintes ? Quelles sont ces contraintes ?</p> <p>Pour les femmes accueillies, comment se passe une journée type au CH ? Notamment : quels temps collectifs ? Quelle place pour la participation des femmes à la vie de la structure ?</p> <p>De quelles ressources financières disposent-elles ? Comment la santé est-elle prise en compte dans la prise en charge de ces femmes ? Y a-t-il un document qui recueille de façon systématique les éléments en rapport avec leur santé ? Qui en a la responsabilité et la gestion au sein de l'équipe ? Pourquoi ?</p>		
CONCLUSION		
<p>> Est-ce que les questions de santé psychique ou physique font partie des préoccupations premières des professionnels de la structure ou s'agit-il d'éléments secondaires face à des difficultés qui apparaissent comme plus importantes ?</p> <p>> Quels sont les projets que vous avez qui peuvent concerner la santé psychique ou physique des femmes accueillies ?</p> <p>> Quels sont les points sur lesquels vous souhaiteriez voir des améliorations dans la prise en compte de la santé de ces femmes ?</p>		

Annexe 5 : Guide d'entretien Institutions (DDCS et Conseils départementaux)

RÔLE DES DDCS – SERVICE LOGEMENT/HÉBERGEMENT

Missions
Structures qui dépendent des DDCS
Mode de financement des structures
Publics cibles des structures

L'OFFRE D'HÉBERGEMENT

Modalités d'accès : acteurs de la domiciliation sur le département
Nbr et type (collectif/diffus, urgence/insertion) de structures d'hébergement financées par la DDCS
Nbr de places
Nbr de mères et enfants de moins de 3 ans en 2016
Adaptation de l'hébergement aux mères et enfants de moins de 3 ans
Nbr et types de professionnels
Les + du dispositif d'hébergement
Les limites/difficultés du dispositif du point de vue des professionnels/des publics
Les évolutions/perspectives du secteur

ARTICULATION DE L'OFFRE D'HÉBERGEMENT AVEC LES AUTRES ACTEURS DE L'HÉBERGEMENT

Conseil départemental
Autres

L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSÉ EN CHRS

Objectif général
Description générale des actions réalisées

LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DANS L'ACCOMPAGNEMENT

Les statistiques de santé disponibles
Les problématiques de santé rencontrées
La santé est une dimension qui fait systématiquement partie du projet personnalisé
Plus précisément, qu'en est-il du suivi de grossesse, de la santé du petit enfant de moins de 3 ans et des questions liées à la parentalité
Y a-t-il une personne au sein du CH qui est plus précisément en charge de ce volet santé
Quels partenaires sont plus particulièrement sollicités sur ces 3 dimensions

MODALITÉS OPÉRATIONNELLES POUR L'ENQUÊTE

Finaliser le choix de la structure à enquêter sur le département (critères : taille de la structure, ville d'implantation, hébergement collectif ou diffus, prise en compte de la dimension santé)
Quel interlocuteur solliciter : organisme gestionnaire, directeur, responsable de site ?
Les partenaires, en lien avec les CHRS, à rencontrer sur le département sur les thématiques.

Annexe 6 : Guide d'entretien auprès des mères

DATE :

STRUCTURE :

PRÉNOM :

INTRODUCTION

Présentation : "je travaille dans une association qui travaille dans le secteur de la santé. **Je n'appartiens pas à la structure** dans laquelle vous êtes hébergée.

Je suis chargée de questionner les mamans et futures mamans accueillies en centre d'hébergement pour améliorer le déroulement de leur grossesse et la santé de leurs enfants.

Votre témoignage restera totalement **anonyme** et sera présenté au milieu de témoignages d'autres femmes, de ce centre, mais aussi issus d'autres centres de la région. Dans le document qui sera rédigé à l'issue de ce travail, il ne sera pas possible de retrouver qui a dit quoi, afin de protéger votre parole.

Il n'y a **pas de bonne ou mauvaise réponse**, c'est votre expérience, votre parcours qui compte dans le cadre de ce témoignage.

L'analyse qui sera produite permettra aux professionnels qui accompagnent des femmes dans votre situation d'adapter leur prise en charge, donc votre témoignage permettra d'aider.

Je vais prendre des notes sur ce que vous allez me dire, mais pour être sûre de bien pouvoir vous écouter et de ne rien oublier, **j'enregistre également l'entretien**. Ça vous convient comme ça ? "

1. PARCOURS DES MÈRES EN AMONT DE L'HÉBERGEMENT ET ACCÈS À L'HÉBERGEMENT ACTUEL

Facteurs de risque/facteurs de protection dans la trajectoire de vie : hébergement, liens sociaux/isolement, activité professionnelle, circuit et interlocuteurs rencontrés, difficultés, adhésion/choix du dispositif.

"Est-ce que vous pouvez me décrire votre parcours avant d'arriver au centre d'hébergement/dans votre logement ? D'où vous venez, où vous habitez, ce qui s'est passé pour vous avant d'arriver au CH/dans votre logement ?"

Relances :

"Où habitiez-vous auparavant ? Est-ce qu'il y a des gens qui vont ont aidée ? Est-ce que vous aviez un travail ? Est-ce qu'il y a des gens de votre famille avec qui vous avez encore des liens ?"

"Comment êtes-vous arrivée dans ce centre/logement précisément ?"

Relances :

"Est-ce que vous aviez déjà été dans un centre d'hébergement ? Est-ce que cela correspond à ce que vous attendiez ? Qui vous en a parlé au départ ? Est-ce que la démarche pour accéder au CH/logement a pris du temps ? Cela vous a-t-il paru compliqué ? Est-ce qu'on vous avait présenté le CH/le logement tel que vous le connaissez aujourd'hui ?"

2. LA VIE QUOTIDIENNE DANS LE CENTRE

L'organisation de la vie quotidienne, notamment sur l'hygiène, l'alimentation, les addictions ; règles collectives et marge de liberté, intimité, place de parent.

"Pouvez-vous me décrire une journée type au centre/dans votre logement, votre journée d'hier par exemple ?"

Relances :

"Comment se passe un repas ? Est-ce que vous pouvez cuisiner ? Si non, cela vous manque-t-il ? Est-ce que la nourriture vous convient ?
Comment cela se passe-t-il pour se laver ? Comment se passe l'accès aux douches ? Sont-elles individuelles ?
Est-ce que vous avez accès aux chambres, douches... à tout moment de la journée ?
L'entrée et la sortie du CH sont-elles possibles à toute heure ?
Quels sont les avantages et les inconvénients de la vie en collectivité ? Qu'est-ce qui est le plus difficile ?
Y a-t-il des espaces fumeurs ?
Lorsque vous êtes arrivée au centre, est-ce que l'on vous a expliqué le fonctionnement général de la vie dans la structure ? Où avez-vous appris au fur et à mesure ?
Y a-t-il des dépenses qui sont à votre charge dans le centre ? Si oui, de quel argent disposez-vous ?"

3. L'ACCOMPAGNEMENT AU SENS LARGE DONT LES MÈRES BÉNÉFICIENT

Pouvoir d'agir (expression et participation des mamans), compréhension de l'accompagnement (littératie, sens), interlocuteurs, sentiment de trouver des réponses à ses questions/demande.

"Qui sont les professionnels du centre avec lesquels vous êtes en relation ?"

Relances pour chacun d'entre eux : "Qu'est-ce que vous faites avec lui/elle ? De quoi il/elle s'occupe ?"

"Si vous avez un problème, à qui est-ce que vous pouvez vous adresser ? Est-ce que c'est facile de le/les voir ?

Est-ce que vous arrivez à trouver des solutions qui vous conviennent ?"

Relances :

"Est-ce que c'est facile de comprendre les professionnels que vous rencontrez ? Est-ce que le vocabulaire utilisé est accessible ou trop compliqué ?
Quels sont les sujets sur lesquels vous vous êtes sentie très soutenue ? Sur quel autre sujet aimeriez-vous être davantage soutenue ?
Est-ce facile de savoir qui fait quoi ?
Est-ce que vous avez l'impression que vos demandes, vos préférences sont prises en compte ?"

"Quels sont les professionnels extérieurs au centre que vous avez été amenée à rencontrer ?"

Relances pour chacun d'entre eux : "Qu'est-ce que vous avez fait avec lui/elle ? Comment ça s'est passé ? Est-ce que quelqu'un du centre vous a accompagné ?"

4. LA PLACE DE LA SANTÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT DONT LES MÈRES BÉNÉFICIENT

Problèmes de santé rencontrés (addictions : alcool, tabac ; problèmes psychologiques ou psychiatriques, alimentation), interlocuteurs, accès aux droits, rupture de soins.

"On va maintenant plus particulièrement parler de votre santé. Aujourd'hui, comment vous allez ? Comment vous sentez vous ? Est-ce que vous êtes en bonne santé ?"

Relances :

"Est-ce que vous avez mal quelque part ?

Si vous avez des douleurs, avec qui en parlez-vous ?

Est-ce que vous **fumez** ? Est-ce que les professionnels vous en parlent ? Qu'est-ce que cela vous fait qu'on vous en parle ?

Est-ce que vous prenez des médicaments ? Est-ce que vous avez déjà été hospitalisée ? "

"Et au niveau du moral, comment ça va ? Est-ce que parfois vous ressentez un grand découragement ?"

"Que ce soit physiquement ou au niveau du moral, est-ce qu'il y a des choses dont vous auriez besoin pour aller mieux ?

Est-ce que vous pouvez en parler à l'équipe ?

Comment est-ce que c'est pris en compte dans votre projet ?"

5. LE SUIVI DE GROSSESSE/LA NAISSANCE

Pour les femmes enceintes ou ayant passé une partie de leur grossesse dans le CH, ou dans un logement indépendant

Suivi de grossesse : Peur/questions autour de la grossesse, de l'accueil de l'enfant, addictions et pb psy pendant la grossesse.

"Pouvez-vous me parler de votre grossesse ?"

Relances :

"Comment avez-vous appris votre grossesse ? Quel était le climat familial à ce moment-là ? Viviez-vous seule ou en couple ?

Comment se passe/s'est passée la grossesse (actuellement) ? Est-ce qu'un médecin ou une autre personne du corps médical vous a suivi ? L'avez-vous vu souvent ? A partir de combien de mois de grossesse ?

Êtes-vous/étiez-vous inscrite dans une maternité ? Avez/aviez-vous réalisé des prises de sang et des échographies pendant la grossesse ?

Qui a gardé vos autres enfants lors des rdv médicaux du suivi de grossesse ?"

"Pouvez-vous me parler de la naissance et des premières semaines avec votre enfant ?"

Relances :

"Comment se sont passés l'accouchement et les jours qui ont suivi ? Est-ce que vous vous êtes sentie seule, soutenue ?

Qui a gardé vos autres enfants lors de l'accouchement ?

Est-ce que votre enfant est né à la date prévue ? Si prématuré, bénéficie-t-il d'un suivi particulier ? Auprès de qui ?

Si c'était le premier enfant : est-ce que vous vous êtes sentie à l'aise au début pour prendre soin de votre bébé ?

6. LE LIEN D'ATTACHEMENT PARENT-ENFANT/SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Après l'accouchement : projection dans l'avenir après l'accouchement, la réalité du quotidien avec le bébé, lien d'attachement...

"Pourriez-vous me décrire votre quotidien avec votre bébé ? Qu'est-ce que son arrivée a changé ?"

Relances :

"Qu'est-ce qui vous paraît facile/difficile dans votre (nouveau) rôle de parent ? Comment se passent les actes de la vie quotidienne (change, repas, bain, sommeil, pleurs...) avec votre bébé ? Vous sentez-vous seule parfois, dépassée ? Est-ce que parfois vous vous sentez abattue/triste ?

Est-ce qu'il y a une personne en particulier (professionnel ou ami) avec laquelle vous pourriez en parler, qui pourra vous aider ? (Si pas évoqué précédemment)"

Si le père est présent dans le quotidien : "et pour le papa, comment se passe l'arrivée de votre bébé ?

Est-ce que le fait de vivre avec d'autres familles a une conséquence sur votre relation avec votre enfant ? Est-ce que cela aide ? Ou pas ?"

Pour les mères dont l'enfant est âgé de plus de 1 an, à adapter : **"Pourriez-vous me décrire votre quotidien avec votre enfant ?"**... etc.

7. LE SUIVI DE LA SANTÉ DE L'ENFANT

La santé de l'enfant : prématurité, obésité, développement psychomoteur

"Pouvez-vous me parler de la santé de votre/vos enfant(s) (moins de 3 ans) ?"

Relance :

"Y a-t-il un élément en lien avec sa santé qui vous préoccupe ?

> Prématurité, poids, langage, sommeil, hyperactivité, anxiété, agressivité...

En avez-vous déjà parlé avec un professionnel ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?

A-t-il un suivi médical particulier ?

En cas de besoin (maladie, vaccination), vers qui vous tournez-vous pour la santé de vos enfants ?"

"C'était quand la dernière fois qu'il a vu un médecin ? C'était pour quelle raison ? Qu'est-ce que le médecin a fait ? Comment ça s'est passé ?"

Relance : "est-ce qu'il a noté des choses dans le carnet de santé ? Est-ce qu'il a pesé, mesuré, ausculté l'enfant ? Est-ce que vous étiez en confiance avec ce médecin ? Pourquoi ?"

CONCLUSION

"Avec votre expérience de la vie au centre d'hébergement/dans votre logement, diriez-vous que c'est un cadre qui vous convient, ou souhaitez-vous le quitter le plus rapidement possible ?

Comment envisagez-vous la suite, votre sortie du centre/de ce logement ?"

Relance : "Y a-t-il quelque chose qui vous inquiète lorsque vous pensez à la sortie du centre/de ce logement ? Avec qui en parlez-vous ? Avec l'équipe ? Si non, pourquoi ? Qu'est-ce qui vous rassurerait ?"

"Pour finir, avez-vous quelque chose à conseiller aux femmes qui arriveraient dans un centre comme celui-ci, pour les préparer au mieux à cette situation ?"

Annexe 6 (SUITE ET FIN) :
Guide d'entretien auprès des mères

Renseignements généraux si non évoqués au cours de l'entretien

Âge :
Date d'accouchement :
Nombre d'enfants :
Date d'entrée au centre :
Conjoint :

Annexe 7 : Guide d'entretien auprès des professionnels

DATE : STRUCTURE : PROFIL DES PROFESSIONNELS :

8. PARCOURS DES MÈRES EN AMONT DE L'HÉBERGEMENT
ET ACCÈS À L'HÉBERGEMENT ACTUEL

Facteurs de risque/facteurs de protection dans la trajectoire de vie : hébergement, liens sociaux/isolement, activité professionnelle, circuit et interlocuteurs rencontrés, difficultés, adhésion/choix du dispositif.

- > Comment les femmes que vous accueillez vous ont-elles été adressées ?
- > Quelles sont les grandes difficultés que vous pouvez identifier dans le parcours ?
 - Emploi
 - Logement
 - Entourage
 - Complexité administrative
- > Globalement, est-ce que les femmes accueillies adhèrent à cette proposition d'hébergement ?

9. LA VIE QUOTIDIENNE DANS LE CENTRE

L'organisation de la vie quotidienne, notamment sur l'hygiène, l'alimentation, les addictions ; règles collectives et marge de liberté, intimité, place de parent.

- > Pouvez-vous nous raconter une journée type pour vous au CH ?
- > Dans ce quotidien, quel moment en particulier ou situation vous semble le plus difficile à gérer ?
- > Et pour les mères ?

10. L'ACCOMPAGNEMENT AU SENS LARGE PROPOSÉ AUX MÈRES

Pouvoir d'agir (expression et participation des mamans), compréhension de l'accompagnement (littératie, sens), interlocuteurs, sentiment de trouver des réponses à ses questions/demande.

Annexe 7 (SUITE) :
Guide d'entretien auprès des professionnels

- > Pouvez-vous nous expliquer les modalités d'accueil des femmes qui arrivent au CH ?
 - Comment les mères sont-elles informées du règlement de fonctionnement de la structure ?
 - Quelles informations sont recueillies (santé de la mère et de l'enfant ? Lien d'attachement ? Quels sont les outils de recueil ?)
 - Y a-t-il un Contrat de séjour ? en quoi consiste-t-il ? Est-ce spécifique au centre ou un document national ?
 - Est-ce qu'il y a un accueil spécifique de prévu ? Comment les autres résidentes sont-elles présentées à la nouvelle arrivante ?
- > En quoi consiste l'accompagnement des femmes ?
 - Comment définiriez-vous votre rôle dans l'accompagnement des femmes ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
 - Quels sont les professionnels impliqués sur l'accompagnement ? En dehors du centre, quels types de professionnels sont associés ?
 - Comment vous coordonnez-vous dans le suivi, et l'ajustement du projet d'insertion ?
 - Y a-t-il une spécificité de la PEC femmes suivant si elles sont sans enfants, avec enfants ou enceinte ?
- > Comment les femmes sont-elles associées à la construction du parcours d'insertion ?
 - Quelles sont les possibilités des femmes de modifier le contenu du contrat de séjour ?
 - Quel positionnement souhaiteriez-vous les voir adopter ? Quels sont les freins ?
- > Êtes-vous généralement très sollicités par les mères et sur quoi ?
 - Y a-t-il des attentes auxquelles vous ne donnez pas suite ? Si oui lesquelles et pourquoi ?
- > Peut-on considérer que les femmes accueillies constituent un collectif ? Si oui, comment s'organise-t-il ? (de façon spontanée ou sous l'impulsion des professionnels ?)
- > La communication avec les mères accueillies est-elle parfois difficile ?
 - Problème de langue ?
 - Différence dans le rapport au temps ?
 - Faible mobilité ?

11. LA PLACE DE LA SANTÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSÉ AUX MÈRES

Problèmes de santé rencontrés (addictions : alcool, tabac ; problèmes psychologiques ou psychiatriques, alimentation), interlocuteurs, accès aux droits, rupture de soins.

- > Pour vous, vous occuper de la santé des femmes, c'est vous occuper de quoi ?
- > Selon vous, la santé fait-elle partie de votre rôle, avec quel degré de priorité ?
 - La santé est incluse dans le contrat de séjour

12. LE SUIVI DE GROSSESSE

. Est-ce que les femmes que vous prenez en charge ont généralement un suivi de grossesse adapté avant leur arrivée ?

Annexe 7 (SUITE) :
Guide d'entretien auprès des professionnels

- > En quoi consiste en général le suivi de grossesse proposé ? Que mettez-vous spécifiquement en place pour les femmes enceintes à leur arrivée ?
 - Comment faites-vous pour repérer les situations de fragilités somatiques, sociales, psychoaffectives ?
 - Quelles réponses apportez-vous en cas de repérages de difficultés ?
 - Vous arrive-t-il de mobiliser des relais parentaux pendant l'accouchement ou à d'autres moments de la prise en charge ? comment procédez-vous ?
- > Comment se passe le moment de l'accouchement ?
 - Qui gère les entrées/sorties de maternité ?
 - S'il y a d'autres enfants, comment se passe la garde des aînés ?
- > En matière de suivi de grossesse, quelles sont les situations particulièrement difficiles à accompagner ?
- > Comment repérez-vous les besoins en santé et d'accompagnement aux soins ?
 - Avez-vous une vigilance particulière sur d'éventuels problèmes d'addictions ? Est-ce une vigilance renforcée lors de la grossesse ? Comment abordez-vous cette question avec les femmes concernées ?
 - Avez-vous une vigilance particulière sur d'éventuels problèmes psychologiques/psychiatriques ? Est-ce une vigilance renforcée lors de la grossesse ? comment abordez-vous cette question avec les femmes ?
 - Idem/Violences conjugales
 - Idem/Denis de grossesse
 - Idem/Maladies chroniques
 - Hospitalisation
- > Faites-vous un travail spécifique sur l'accès aux droits ?
- > Certaines mamans ont-elles des difficultés ou des réticences à utiliser les services de santé ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - Comment les accompagnez-vous ? Comment les mobilisez-vous/appropriation du traitement... (Posture).
- > Le suivi de grossesse est-il une dimension sur laquelle vous vous sentez à l'aise ?
- > Avec quels partenaires travaillez-vous ? Et sur quelles dimensions ?
 - Comment le choix de se partenaire s'est-il fait ?

13. LE LIEN D'ATTACHEMENT PARENT-ENFANT/SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Après l'accouchement : projection dans l'avenir après l'accouchement, la réalité du quotidien avec le bébé, lien d'attachement...

- > Mettez-vous en place un accompagnement spécifique pour les femmes qui viennent d'accoucher ? En quoi cela consiste-t-il ?
 - Quels objectifs poursuivez-vous prioritairement ?
 - Quels sont les plus grands risques auxquels sont exposées ces femmes ?
- > Comment définiriez-vous le soutien à la parentalité ?

Annexe 7 (SUITE) :
Guide d'entretien auprès des professionnels

- > Le soutien à la parentalité fait-il partie de l'accompagnement proposé en CHRS ? Si oui en quoi consiste-t-il ?
 - Quelles sont les activités spécifiques proposées aux mères isolées ?
 - Quelles sont les activités spécifiques proposées aux couples ? y a-t-il des actions autour de la conjugalité ?
 - Y a-t-il une mise à disposition d'espace de vie spécifique : lieu de rencontre parent-enfant, crèche, ludothèque... ?
 - Communication d'information sur les aides possibles est-elle mise à disposition ? Sous quelle forme ?
 - Favorisez-vous la mise en relation avec des ressources/partenaires du quartier ? Si oui, lesquelles ? comment procédez-vous ? Accompagnement physique pour réaliser des démarches administratives ?
 - Ciblez-vous certaines mères en particulier sur le soutien à la parentalité ? Si oui, comment les sélectionnez-vous ? Qu'est-ce que vous regardez dans leur comportement pour identifier les besoins ?
 - Y a-t-il des espaces d'écoute thérapeutique et d'expression autour des difficultés psychiques et affectives liées à la maternité/parentalité ?
 - Y a-t-il des actions déployées en direction du père ?
 - Y a-t-il des actions déployées de conseil conjugal ou de médiation familiale ?
- > Comment le soutien parental est-il porté institutionnellement ?
 - Le soutien à la parentalité est-il intégré au projet d'établissement ?
 - Comment sont présentées les actions de soutien à la parentalité aux parents ? (Livret d'accueil, contrat de séjour, dès l'admission...)
- > En matière de lien d'attachement, quelles sont les situations particulièrement difficiles à accompagner ?
- > Le soutien à la parentalité est-elle une dimension sur laquelle vous vous sentez à l'aise ?

14. LE SUIVI DE LA SANTÉ DE L'ENFANT DE MOINS DE 3 ANS

La santé de l'enfant : prématurité, obésité, soutien développement psychomoteur

- > Quel est le cadre d'accueil et d'accompagnement de l'enfant au sein de la structure ?
- > A-t-il un référent propre à partir d'un certain âge ?
- > Quelles sont les actions mises en œuvre pour contribuer au développement de l'enfant dans ses problématiques propres ? Plus particulièrement sa santé ? (Accès aux soins, suivi psychologique...)
 - Ciblez-vous certains enfants en particulier pour leur proposer une prise en charge plus intense ? Qu'est-ce que vous regardez dans leur comportement pour identifier les besoins ?
- > Comment accompagnez-vous les parents sur le suivi de la santé de leur enfant ?
- > Avec quelles partenaires travaillez-vous sur le suivi des enfants ? Pourquoi ces professionnels-là en particulier ?
 - Modalités de suivi à la PMI

Annexe 7 (SUITE ET FIN) :
Guide d'entretien auprès des professionnels

- > En matière de santé de l'enfant, quelles sont les situations problématiques que vous repérez le plus ?
- > Quelles sont celles qui sont les plus difficiles à accompagner et pourquoi ?
- > La santé de l'enfant est-elle une dimension sur laquelle vous vous sentez à l'aise ? Y a-t-il une différence pour vous entre le nourrisson et le petit enfant (entre 6 mois et 3 ans) ?

CONCLUSION

- > D'après vous, quels sont les avantages et les limites de l'accompagnement que l'on peut proposer au CH en matière de santé et de parentalité ?

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

Les inégalités sociales de santé

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Poids à la naissance et origines sociales : Qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ?. Etudes & résultats, n° 1045. 2017.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1045.pdf>
2. Institut national d'éducation et de promotion de la santé. Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. La Santé en action, n° 426. 2013.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2013-n-426-reduire-les-inegalites-sociales-de-sante-des-la-petite-enfance>

Les structures d'hébergement

3. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux. **Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.** 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-prise_en_compte_de_la_sante_en_chrs-pdf_interactif.pdf
4. Vovard A. **Réponse sur l'ASE et les mères isolées d'enfants de moins de 3 ans.** Lagazettedescommunes.com. 2010.
<https://www.lagazettedescommunes.com/45445/reponse-sur-l%E2%80%99ase-et-les-meres-isolees-avec-enfants-de-moins-de-trois-ans/>

Parentalité

5. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. **Guide de bonnes pratiques de soutien à la parentalité.** 2009
<http://www.federationsolidarite.org/images/stories/publics/enfance-famille/publications/00-Guide-parentalite-complet.pdf>

6. Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale. **Enquête : Accueil des familles, accompagnements à la parentalité, lieux d'accueil des enfants.** 2016.

http://www.federationsolidarite.org/images/stories/3_les_publics/enfance_famille/EnqueteEnfance-Famille-bd.pdf

7. Nozay C. **La place du père dans l'action sociale : L'exemple des centres maternels.** Enfances & Psy, n° 41. 2008.

<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-4-page-140.htm>

8. Société française de santé publique. **Rapport d'enquête : Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé, faites connaître vos actions !.** 2016.

http://www.sfsp.fr/activites/file/rf_capitalisation_parentalite.pdf

9. Thiery N. **L'hébergement de femmes accompagnées d'enfants en CHRS : Quelle incidence sur l'identité parentale ?.** Sociétés et jeunesse en difficulté, n° 5. 2008.

<https://journals.openedition.org/sejed/2992>

10. Thiery N. **Femmes hébergées et professionnels. Regards croisés sur la parentalité en CHRS : Quelles interventions socio-éducatives ?.** Vie sociale, n°2. 2008.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2008-2-page-45.htm>

11. Caisse d'allocations familiales de Haute-Savoie, Préfet de Haute-Savoie, Union départementale des associations familiales de Haute-Savoie, et al. **Schéma départemental des services aux familles : 2017-2019.** [sans date].

http://www.udaf74.fr/upload/content/doc/doc16_790.pdf

Santé de l'enfant

12. Inspection générale des affaires sociales. **Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.** 2011.

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000581.pdf>

13. Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. **La santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes**. 2016. http://wd043.lerelaisinternet.com/pdf/Sante_enfants_0_6_ans_RA.pdf

La grossesse

14. Agence Inter-Mutualiste. **AGNES : Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le postnatal : Quelles exigences et quelles solutions ?**. 2008. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/rech2008n_2/AGNES_Profil_des_meres_accouchees.pdf
15. Rico Berrocal R., Le Méner E., Observatoire du Samu social de Paris. **La grossesse et ses malentendus : Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis)**. 2015.
16. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. **Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité**. 2014. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_prekarite_ou_de_vulnerabilite.pdf
17. Blondel B., Gonzalez L., Raynaud P., et al. **Enquête nationale périnatale : Rapport 2016. Les naissances et les établissements : Situation et evolution depuis 2010**. 2017. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
18. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. **Etude qualitative sur le parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la métropole lyonnaise**. 2019. http://wd043.lerelaisinternet.com/pdf/Rapport_Femmes_enceintes_precaires_Metropole_Lyon.pdf

Tabagisme

19. Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé. **La prévention du tabagisme en milieu précaire : Quelle légitimité en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale ?**. 2005. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi-5YHZ-qbfAhUrgM4BHfKIBfkQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fireps-ara.org%2Factualite%2Faction_d ASP%3Faction%3D999%26idz%3D4add4b6b955ce60cab093829678c4437&usq=AOvVaw0U8JmNpYXQWFMg41qNKI5c

Santé mentale

20. Laboratoire de recherche de l'Établissement public de santé Maison Blanche. **Recherche-action visant à l'évaluation de la prévalence des troubles psychiques dans la population des femmes accueillies en centre maternel : Rapport de recherche**. 2006. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/cemat_def-mai06.pdf
21. Doré I., Caron J. **Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants**. Santé mentale au Québec, n° 1, vol. 42. 2017. <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040247ar/>

RAPPORT D'ENQUÊTE

EXPLORATOIRE



IREPS Auvergne-Rhône-Alpes

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

www.ireps-ara.org

Rédaction : Émilie Sauvignet.

Appui methodologique : Chloé Hamant.

Février 2020.