

Féminité,
Accès aux soins,
Maternité,
Et Risques vécus
par les
**FEMMES EN GRANDE
PRÉCARITÉ**
*Une contribution à l'amélioration
de leur santé gynécologique*

Lola Brunet
Sandrine Carpentier
Anne Laporte
Dolorès Pourette
et Bernard Guillon

Juin 2005
**RAPPORT A LA DIRECTION
GÉNÉRALE DE LA SANTÉ**

Remerciements

Aux femmes, qui ont accepté de nous donner de leur temps pour participer à cette étude.

Aux équipes de terrain, pour leur accueil.

Aux membres du Comité de Pilotage de l'étude sur la vie affective et sexuelle des personnes sans abri, pour leurs précieux conseils.

A Marie Jauffret-Roustide (Sociologue) pour sa relecture attentive du rapport et ses remarques judicieuses.

A Georges Nauleau (Psychiatre) pour ses questions pertinentes.

Synthèse

Les femmes privées de logement représentent une faible part de la population des personnes sans domicile, une personne sur cinq à Paris en 2004, mais cette part est en progression depuis plusieurs années. Ainsi, le dispositif d'hébergement d'urgence, organisé sur les besoins à minima des hommes, est très faiblement adapté aux femmes. Malgré le vaste programme de recherches développé depuis la fin des années quatre-vingt-dix, en sciences sociales et en santé publique sur la question des « sans-domiciles » et sur les problèmes de recours aux soins des personnes précaires, peu d'études ont été consacrées aux femmes. Or les femmes privées de logement doivent faire face, aussi, à la gestion de leur vie sexuelle et reproductive. Pour tenter d'améliorer leur accès aux soins, des consultations rapprochées de gynécologie ont été mises en place dans des centres d'hébergement du samu social de Paris. Le faible recours à ces consultations, malgré le travail de sensibilisation conduit par les gynécologues, a été le point de départ de ce projet. Une étude qualitative a donc été menée avec comme objectif principal de comprendre les déterminants du recours passé et présent aux soins gynécologiques et obstétricaux, les besoins ressentis et les difficultés d'accès des femmes sans domicile. L'objectif secondaire consistait en l'élaboration de recommandations afin d'adapter l'offre de soins dans les centres d'hébergement et les associations qui procurent des services aux personnes sans domicile, et d'inciter les femmes à fréquenter des lieux qui leur seraient spécifiquement dédiés.

La méthodologie de l'étude a reposé sur la réalisation de 30 entretiens semi-directifs réalisés auprès de femmes prises en charge par le Samu social de Paris. L'analyse du matériel a été réalisée dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (anthropologique, sociologique, psychosociale).

Le résultat principal de cette étude est que les femmes sans domicile ont les mêmes désirs, comportements et besoins que les femmes de la population générale concernant leur vie affective, sexuelle et reproductive. Elles doivent néanmoins faire face à plus de difficultés du fait de leurs conditions de vie et de leurs trajectoires pour pouvoir continuer d'assumer leur identité de femme. Elles vivent un quotidien rempli d'incertitudes dans lequel elles doivent gérer de multiples risques (violences physiques, sexuelles, risques sanitaires, ...).

Être une femme dans la rue

Les femmes rencontrées témoignent d'une bonne connaissance des lieux où elles peuvent se rendre et des services auxquels elles peuvent recourir pour parer à leurs besoins les plus immédiats : manger, dormir, se laver, aller aux toilettes, se procurer des vêtements propres. L'enquête souligne également les compétences développées par les femmes pour s'adapter aux conditions de vie dans la rue, pour tenter de préserver leur estime d'elles-mêmes, pour jouer de leur féminité en la voilant dans un souci de protection ou au contraire en la montrant pour paraître « normale » ou pour susciter la pitié.

Cependant, l'enquête a mis en évidence que les lieux et services à la disposition des femmes sans domicile présentent certains manques ou inconvénients et demanderaient à être réaménagés. En outre, il apparaît au regard des entretiens que si la prise en charge sociale des besoins primordiaux est assurée, tout un pan des besoins perçus comme étant moins légitimes et qui ne relèvent pas de l'urgence est laissé de côté. Il en est ainsi de ce

qui concerne les soins apportés au bien-être du corps (toilette intime, hydratation de la peau, soins des cheveux, épilation...) et à la présentation de soi (maquillage, vêtements, coiffure, manucure...). Il en est de même en ce qui concerne la culture, la lecture, ces « petits plaisirs simples ». La sexualité et le bien-être des couples sont également totalement ignorés.

Par ailleurs, l'enquête montre la multiplicité des violences auxquelles les femmes sans domicile sont exposées et la diversité des acteurs à l'origine de ces violences, et la manière dont des pratiques quotidiennes sont mises en œuvre pour tenter d'y échapper. La stigmatisation sociale et le regard dépréciatif des autres (personnes insérées, acteurs sociaux, famille...) constituent une première violence. Un second type de violence vient de l'omniprésence du regard masculin et des pressions constantes exercées par des hommes (sans domicile ou insérés) qui tirent parti de la vulnérabilité de ces femmes en obtenant d'elles de la sexualité contre un hébergement, une protection ou simplement l'espoir d'un avenir meilleur ou d'une normalité sociale (avoir un conjoint et des enfants). Les violences conjugales infligées aux femmes rencontrées, dans la situation d'exclusion ou en amont ; les risques d'agression dans la rue et les espaces publics ; l'agressivité des personnes hébergées dans les centres ; les violences institutionnelles sont autant de violences auxquelles les femmes sans domicile sont quotidiennement confrontées, qui s'ajoutent parfois à des situations de violences physiques, sexuelles et psychologiques vécues dans l'enfance et au cours de leur vie.

Le recours aux soins

Concernant leur santé, la moitié des femmes rencontrées se sentaient en mauvais état de santé.

Un premier groupe de femmes a montré une *attitude préventive* dans son utilisation du système de soins. Certaines n'avaient aucun problème de santé en cours et déclaraient réaliser des bilans de santé annuels, d'autres plus jeunes étaient fidélisées dans des centres de soins gratuits privilégiant une approche humanitaire. D'autres femmes, encore, ayant vécu une rupture sociale à l'âge adulte, et privées de logement depuis peu de temps, déclaraient des maladies chroniques ou des handicaps avec un suivi régulier dans des services hospitaliers spécialisés. Elles bénéficiaient de ressources personnelles leur permettant de faire face à leur situation, et d'un soutien social composé notamment de personnes de leur famille ou d'amis insérés.

Un second groupe de femmes avait un *recours curatif* aux soins. Il s'agissait de femmes ayant passé de nombreuses années en situation de grande précarité, où de jeunes femmes ayant des vécus d'errance. Elles avaient des antécédents médicaux lourds liés aux conditions de vie à l'extérieur, à des addictions (alcool ou drogues), à des troubles psychiatriques, à des violences physiques ou sexuelles subies. Ces femmes cumulaient ainsi tous les risques liés à l'exclusion sociale. Elles avaient néanmoins acquis antérieurement des savoir-faire dans la gestion de leur santé et utilisaient le système de soins en cas de symptômes. Le mode de recours aux soins en général était l'hôpital. Pour les plus jeunes, le recours se faisait aussi volontiers par le biais des centres de soins gratuits. Ces femmes bénéficiaient d'un soutien social centré sur leur compagnon et des personnes insérées.

Un troisième groupe était caractérisé par un *recours tardif* aux soins. Il se différenciait du groupe précédent par la persistance d'une addiction à l'alcool chez des femmes depuis longtemps privées de logement. Ces femmes cumulaient de nombreux risques vis-à-vis de leur santé, avec une sous-estimation de leurs besoins de soins. Elles recouraient aux soins

le plus tard possible, dans le cadre des urgences hospitalières. Leur support social était composé essentiellement de personnes sans domiciles qui partageaient les mêmes comportements de santé (addiction à l'alcool, recours tardif aux soins).

Le recours aux soins gynécologiques

Le recours aux soins en général n'explique pas complètement le recours aux soins gynécologiques chez les femmes que nous avons rencontrées. La dimension préventive des soins gynécologiques ne favorise pas le recours dans un contexte de déstructuration du rapport au temps. Un autre élément accentuant la tendance au non recours est la mise à mal de la féminité chez ces femmes, que ce soit pour se protéger des hommes ou par abandon au cours du temps du « souci de soi ».

Malgré ces difficultés, un certain nombre de femmes avaient *un recours préventif* aux soins gynécologiques. Il concernait, d'une part, des femmes ayant vécu une rupture sociale à l'âge adulte, depuis peu de temps sans domicile, qui avaient un suivi gynécologique régulier auparavant et présentaient au moment de l'entretien un recours préventif aux soins médicaux ; d'autre part, des jeunes femmes qui avaient vécu des placements en foyer ou une expérience de vie à la rue très jeune, sans antécédents de comportements addictifs. Ces jeunes femmes avaient bénéficié du travail actif d'éducation à la santé gynécologique des acteurs de soins oeuvrant dans les associations.

Un autre mode de recours *actif mais seulement curatif* concernait des femmes qui avaient un recours actuel préventif aux soins médicaux, avaient été suivies régulièrement sur le plan gynécologique avant leur rupture sociale, mais qui placées dans ce nouveau contexte social, avaient perdu leur attitude préventive face à leur santé sexuelle. Elles consultaient néanmoins rapidement au premier symptôme. Ce même type de recours était observé chez des jeunes femmes ayant subi des violences sexuelles et qui avaient du mal à supporter l'examen gynécologique, en particulier lorsqu'il était réalisé par un gynécologue de sexe masculin. Elles portaient généralement beaucoup d'attention à leur santé, ce qui générait une consultation en cas de symptôme.

Parmi les femmes ayant des recours gynécologiques, nous avons isolé un troisième type de recours, *préventif ou curatif, mais passif*. Il s'agissait de femmes qui participent aux campagnes publiques de dépistage ou de celles qui sont la cible des acteurs de soins des associations. Ce dernier groupe était composé de femmes en errance depuis longtemps, chez lesquelles un travail de restauration de la féminité et donc de l'identité peut être réalisé, ou des plus jeunes qui sont les plus en danger par rapport aux risques infectieux ou de grossesse car plus actives sexuellement.

Enfin, certaines femmes n'avaient *pas recours* aux soins gynécologiques. Elles formaient un ensemble plus hétérogène. On retrouvait les femmes sans domicile depuis plusieurs années, qui n'avaient accès aux soins que par le biais des urgences hospitalières et qui ne voyaient pas la nécessité de consulter même en présence de symptomatologie. Certaines femmes qui montraient une démarche préventive du fait du suivi d'une pathologie chronique « pensaient » que leur médecin les suivait aussi sur le pan gynécologique. Ceci concernait des femmes qui n'avaient pas de suivi avant le diagnostic de leur maladie ou des femmes ménopausées. Et enfin des femmes, victimes de traumatisme sexuel et/ou psychologique, présentaient un rapport au corps, ou à la pénétration sexuelle, perturbé pouvant engendrer une résistance à l'examen gynécologique.

Fertilité

Concernant le contrôle de leur fertilité, les femmes que nous avons rencontrées paraissent avoir toutes été socialisées *a minima* à l'usage de contraceptifs type pilule et/ou préservatif. Si leur perception des effets potentiellement dissuasifs à l'adoption d'un contraceptif (effets secondaires somatiques et psychologiques) ne semble pas se distinguer de celle des femmes en population générale, la contrainte temporelle, associée à la prise quotidienne de la pilule, a été évoquée comme particulièrement pesante dans le contexte de vie d'une personne sans domicile.

Les femmes « sexuellement actives » et souhaitant contrôler leur fertilité au moment de l'interview, citaient les méthodes contraceptives préférentiellement utilisées en population générale : pilule, et préservatif. L'implant était par ailleurs évoqué et bien perçu par celles qui l'avaient adopté.

Toutefois, le discours de certaines mettait en exergue une difficulté à réguler, maîtriser sa fertilité de façon prolongée. Elle faisait partie de ces femmes qui, consommant des produits psycho-actifs et/ou de l'alcool se retrouvent fréquemment, sinon constamment, dans un état psychiquement altéré et ne seraient pas en capacité d'utiliser un contraceptif à usage quotidien ou lors de chaque rapport sexuel.

Par ailleurs, si les femmes interviewées ont eu tendance à se présenter comme maîtrisant leur fertilité, elles sont nombreuses toutefois à avoir évoqué au moins un recours à l'IVG. Pour la majorité, ces grossesses interrompues n'étaient pas prévues, et sont survenues en amont de leur phase « d'errance ».

Concernant le désir d'enfant de ces femmes, en dehors des éléments similaires à ceux évoqués par les femmes en population générale, une dimension semblait toutefois être plus caractéristique de ces femmes considérées comme « exclues », « en marge » : celle renvoyant à cette volonté de rentrer dans la « norme » véhiculée par notre société, et donc d'échapper à la stigmatisation.

Grossesse

Les femmes ayant mené à terme une grossesse dans un contexte d'hébergement d'urgence n'ont pas fait référence à d'éventuelles difficultés inhérentes à leurs conditions de vie. Elles avaient la particularité d'avoir vécu l'expérience de structures collectives (notamment foyer Ddass) et de la rue avant leur grossesse. Elles paraissaient avoir développé des *tactiques* de survie dans la rue, et avoir appris à se « débrouiller » dans cet environnement, y développant de nombreux savoirs et savoir-faire. Cependant, celles qui se sont dites enceintes au moment de l'entretien ont évoqué des difficultés, notamment : les *carences en matière de prise en charge* de femmes gestantes.

Des femmes ont rapporté avoir « découvert » leur grossesse au-delà du délai légal d'avortement. Il est probable qu'elles aient dénié partiellement leur grossesse, et alors pu ainsi la mener à terme. Cet enfantement venant alors répéter un élément supplémentaire de l'histoire de leur mère. Cette perception d'une *répétition transgénérationnelle* d'une problématique parentale est évoquée par plusieurs d'entre elles. Parfois même cette répétition se joue au niveau de leur descendance, lorsque leurs enfants sont placés comme elles ont été placées auparavant.

Enfin, il semblerait que la grossesse apporte un *bénéfice* à ces femmes, les nourrissant, les soutenant à différents niveaux. Elle réduirait un sentiment de solitude ressenti par certaines, apporterait une « motivation », une force de vie et de combativité et la possibilité de se

projeter dans un avenir heureux, ainsi qu'elle favoriserait l'accès à de nouveaux services offerts aux femmes enceintes et/ou accompagnées d'enfants.

Maternité

Elles sont nombreuses à avoir eu des enfants avant de se retrouver dans le contexte d'hébergement d'urgence. Pour certaines dont les enfants sont gardés par un proche, leur quotidien était rythmé notamment par la visite à leurs enfants. Ces derniers représenteraient alors pour elles « le projet », « la raison » de retrouver rapidement une situation stable ; elles sembleraient alors bénéficier d'une force de vie, et de combativité. D'autres femmes de notre échantillon, plus désocialisées, cumulant parfois difficultés socio-économiques et psychiatriques, se sont vues séparées de leurs enfants quelques mois après l'accouchement. Elles n'ont que très peu verbalisé leurs sentiments à l'égard de ce placement. Il semble que cela soit mis de côté, à distance, mais la culpabilité et la honte de ce placement (parfois réactualisant le souvenir de leur propre placement) ainsi que la souffrance de leur absence paraissent être bien présentes.

Elles sont par ailleurs quelques-unes à avoir investi affectivement un animal de compagnie, dont elles s'occupent comme de leur propre enfant, et qui leur apporte cette nourriture affective dont elles semblent tant manquer.

Risques vécus

La plupart des femmes interrogées ayant une activité sexuelle au moment de l'entretien n'utilisaient pas de préservatif ou du moins pas systématiquement. Parmi celles-ci, certaines étaient en couple et avaient fait un test de dépistage, d'autres ne l'utilisaient pas se basant sur la confiance qu'elles portaient à leur partenaire. D'autres enfin, justifiaient parfois cette absence d'utilisation par des contre-indications médicales ou ne le justifiaient pas clairement.

Ces femmes, bien qu'ayant des connaissances réelles sur les mesures de prévention des IST, ne les mettaient pas forcément en application. Certaines utilisaient des mécanismes de « protection imaginaire », comme la propreté, ou la connaissance de leur partenaire pour justifier cette absence de protection. Ainsi elles préféraient s'attacher aux risques qu'elles pouvaient représenter pour leur partenaire plutôt que de remettre en cause la relation par des exigences de protection.

Ceci n'était pas indépendant de la quête affective dans laquelle certaines se trouvaient, liée à un fort désir d'accès à la normalité. Cela les poussait à s'engager rapidement dans des relations amoureuses, qu'elles n'avaient souvent pas choisies, et dans lesquelles elles plaçaient tous leurs espoirs. Dans cette situation d'absence de maîtrise de la relation, il était difficile pour elles de négocier l'utilisation du préservatif.

Quelques femmes, présentant des troubles psychiatriques, montraient des comportements sexuels à risques avec des partenaires multiples, des conduites suicidaires et addictives. Les femmes, chez qui ces troubles étaient apparemment très anciens, souffraient d'un rapport au corps et à la sexualité très perturbé. La plupart déclaraient avoir subi des viols et des maltraitements dans l'enfance. Une sexualisation traumatisante, comme l'a décrit A. Zemp¹ chez des femmes handicapées mentales, entraîne un conditionnement dans lequel l'activité

¹ Zemp A., 1995, *Violences sexuelles à l'encontre des femmes et des petites filles handicapées*, in Femmes et violences dans le monde, sous la direction de M. Dayras, l'Harmattan.

sexuelle est associée à des souvenirs d'affects négatifs. Ceci peut entraîner une aversion à l'égard de l'intimité et de la stimulation sexuelle ou exactement l'inverse, des femmes qui s'offrent sans réticence et se prostituent quasiment.

De manière générale, ces femmes nous ont exposé de multiples scénarii de violences. Elles présentaient un vécu de maltraitance particulièrement important et diversifié. Dans de nombreux cas, elles cumulaient des maltraitances dans l'enfance, des agressions sexuelles et des violences conjugales à l'âge adulte. A la honte et la culpabilité liées aux viols et aux maltraitances subies s'ajoutait la vulnérabilité entraînée par leurs conditions de vie. Ainsi, certaines montraient de grandes failles dans leurs assises narcissiques, induisant un manque de représentation positive d'elles-mêmes, ne pouvant que les freiner dans l'adoption d'un comportement préventif ou dans la protection de soi de manière générale.

Recommandations

Les modalités d'hébergement des femmes

Les **centres d'hébergements et les lieux d'accueil** sont perçus par les femmes sans domicile comme des lieux non sécurisants : elles s'y sentent en danger physique (risque de vol) et moral (agressivité des hébergé(e)s, fait de côtoyer des personnes « différentes » : « clochards », « alcooliques »...). La **sécurité** des femmes qui fréquentent ces centres devrait davantage être assurée. Par ailleurs, la **propreté** de ces lieux (chambres ou dortoirs, salles communes, toilettes et douches) doit être assurée, non seulement dans un souci d'hygiène, mais aussi dans le souci du respect de ces personnes et de leur intégrité.

Des **lieux d'accueil de jour et d'hébergement spécifiquement dédiés aux femmes** seraient souhaitables. En effet, les entretiens soulignent la rareté des endroits et des moments où les femmes peuvent se soustraire au regard des hommes, aux menaces masculines et aux dangers de la rue. Des lieux réservés aux femmes, accessibles le jour et/ou la nuit, devraient leur permettre, d'une part, d'échapper pour un moment à ces pressions masculines et, d'autre part, de prendre soin d'elles et de s'extraire de cette pression environnante. Alors que l'accueil indifférencié des femmes et des hommes peut être considéré comme un moyen de ne pas enfermer les unes et les autres dans leurs rôles sociaux respectifs, dans un souci de neutralité à l'égard des sexes, l'expérience montre que la cohabitation désavantage parfois les plus faibles. « Les femmes isolées sont l'objet de sollicitations et d'agressions diverses, le plus souvent verbales. Dans les locaux, elles ne peuvent trouver aucune zone de repli. »² En outre, « l'entre-soi » féminin, loin de contribuer à réinscrire les femmes dans leur rôle social de femmes sans leur donner la possibilité d'accéder à des activités ou des emplois masculins, peut leur permettre de se retrouver, de se réapproprier leur corps et de reprendre confiance en elles. « L'entre-soi féminin est alors considéré comme un lieu de ressourcement et de reconstruction de l'intégrité de la personne. »³

Dans les centres d'accueil et dans les centres d'hébergement mixtes, **les douches et les toilettes** devraient être systématiquement **non mixtes** et elles devraient toujours pouvoir être **fermées à clé**, pour assurer aux femmes un plus grand sentiment de sécurité. Elles devraient être accessibles pendant des **plages horaires plus larges** afin d'éviter l'affluence et de permettre aux femmes sans domicile de prendre mieux soin de leur hygiène et de leur corps. Elles devraient également être **plus propres**, et éventuellement **plus spacieuses** et **en plus grand nombre**.

En ce qui concerne plus précisément les périodes de règles, des **protections hygiéniques** (serviettes et tampons) ainsi que des **lingettes** destinées à la toilette intime devraient être mises à disposition des femmes dans les centres d'accueil et dans les centres

² Vidal-Naquet P. A., 2003, « L'accueil des personnes sans domicile : la place des femmes », in PUCA, *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques* : 172.

³ *Ibid.* : 176.

d'hébergement (sans qu'elles aient à les demander car cela peut les gêner, lorsque le personnel est masculin notamment).

La vie affective et sexuelle des personnes sans domicile ne doit pas être déniée, ces dimensions de leur vie continuent d'exister malgré la difficulté de la situation qu'elles peuvent vivre. Mettre **des préservatifs** à disposition des personnes hébergées dans les centres ne revient pas à leur donner l'autorisation d'avoir des rapports sexuels dans ces lieux mais simplement à reconnaître que, comme tout un chacun, elles ont des désirs sexuels et sont parfois amenées à les mettre en acte.

Davantage d'**hébergements pour couple** sont également à prévoir. Trop peu de choses sont faites pour aider les couples à se maintenir. Or, le couple peut être le lieu d'une reconstruction de soi et il peut être le moteur d'une réinsertion sociale.

À l'image des centres d'hébergement avec lits infirmiers, pensés et élaborés pour des personnes sans logement dont l'état sanitaire nécessite une convalescence et non une hospitalisation, nous pourrions imaginer des **offres d'hébergement prolongé pour des femmes sans abri qui mènent une grossesse difficile**.

Par ailleurs, il semble nécessaire d'augmenter le nombre de **centres maternels** accueillant les femmes sans abri enceintes et les hébergeant avec leurs nouveau-nés après l'accouchement, dans un cadre stable et rassurant les aidant à se socialiser à la parentalité.

Il serait important de pouvoir **socialiser des femmes ayant passé de nombreuses années** sans domicile dans des **communautés positives** par le biais d'activité (formation, petit travail, autre) leur permettant de retrouver le souci de soi et l'engagement dans des actes de santé. La diversification de leur support social, exclusivement composé de personnes ayant le même vécu et partageant les mêmes comportements de santé (recours tardif aux soins, alcoolisme), pourrait leur permettre de changer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et de retrouver une estime de soi préalable à la possibilité d'un changement de comportement.

Les soins gynécologiques

Il faut augmenter le nombre de lieux associatifs où des **consultations de gynécologie** sont proposées aux femmes. La **démarche active des acteurs de soins** dans ces lieux, c'est-à-dire le fait d'aller au devant de ces femmes pour les inciter à participer à la consultation, est fondamentale dans un contexte où les problèmes gynécologiques ne sont pas considérés comme des événements de santé et où le recours aux soins médicaux peut être, pour certaines, limité. Il faudrait aussi prévoir des **équipes mobiles** pour aller au devant de ces femmes qui fréquentent rarement les hébergements d'urgence ou de façon furtive (dorment dans des lieux non prévus pour l'habitation) et qui ont le plus de besoins en matière de santé.

Par ailleurs, il est important que les femmes puissent être **fidélisées** dans des lieux de consultation, le fait d'avoir un lieu stable où l'on est « connu » est un élément favorisant le recours aux soins de façon préventive ou curative. Par ailleurs, il est important que les **gynécologues soient de sexe féminin** pour favoriser des processus d'identification permettant aux femmes de se sentir en confiance, ce d'autant qu'elles sont nombreuses à avoir subi dans leur passé des violences sexuelles.

Il serait aussi souhaitable de constituer un véritable réseau de prise en charge qui inclut les **centres de planning familial**, peu fréquentés jusqu'alors par ces femmes, et de parfaire la formation des personnels, afin de proposer une prise en charge adaptée à leurs différents profils (jeunes errantes, addictions, grande désocialisation, etc.) avec plus de tolérance pour des comportements qui ne sont pas dans la « norme ».

Par ailleurs, il serait souhaitable que les données médicales d'une personne puissent être partagées entre les différents praticiens (médecine générale, gynécologie, etc) de façon à améliorer la cohérence de leur rapport aux soins.

Le champ de ces consultations doit être ouvert aux questions plus générales ayant trait notamment à **leur sexualité**. Des **actions d'information et de prévention concernant la sexualité, les risques sexuels, les abus sexuels** dont elles ont pu être victimes au cours de leur vie et auxquels elles peuvent être exposées dans la rue, seraient souhaitables, d'une part, dans un souci de prévention, d'autre part dans un souci de mieux-être individuel. Des gynécologues, mais également des psychologues devraient être impliqués dans de telles actions.

Les femmes présentant, ou ayant des antécédents d'**addictions** (alcool, drogue) ou présentant des **troubles psychologiques ou psychiatriques** sont les plus à risque en terme de grossesses non désirées, d'infections sexuellement transmissibles et de violences sexuelles. Elles doivent donc être **des cibles prioritaires** des acteurs de soins dans ces consultations.

Le soutien psychologique

Il est nécessaire d'intégrer dans la prise en charge sanitaire de ces femmes une offre en terme de **soutien psychologique**. Une approche psychologique est nécessaire pour qu'elles puissent élaborer leur vécu difficile en lien avec leur situation actuelle afin de les aider à ne pas répéter leurs expériences. De nombreuses femmes l'ont exprimé, leur priorité est de faire évoluer leur situation sociale. Cependant la souffrance est alors souvent cachée et dissimulée derrière des demandes d'ordre économique. Le logement étant une priorité, ces femmes sont prises en charge au niveau social mais plus rarement au niveau psychologique.

En outre, comme nous avons pu le remarquer chez certaines femmes interviewées, le placement de leurs enfants vient répéter leur propre placement et dans leur relation à leurs descendants se rejoue « quelque chose » de leur propre filiation. Dans ce contexte, il serait nécessaire de mettre en place un cadre thérapeutique permettant, autant que faire se peut, d'aider ces femmes à **casser cette répétition transgénérationnelle**.

Il semble important de développer des actions auprès de ces femmes sans abri qui se sont vues séparées de leur progéniture, afin de **rétablir une relation mère-enfant** « suffisamment bonne ». Ces actions pourraient prendre la forme d'une **médiation** au cours de laquelle elles pourraient être au contact de leurs enfants et développer la qualité de leurs échanges avec ces derniers. Ce pourrait être un « espace-temps » au sein de la structure dans laquelle les enfants sont placés. Elles (ré)apprendraient, à l'aide d'un éducateur, à s'occuper de leurs enfants et à développer un lien avec eux. Dans ce cadre, il serait envisageable que ces femmes bénéficient d'un soutien psychologique leur

permettant, outre de restaurer leur image d'elle-même, de se réconcilier avec « la mère » qu'elles ont en elles ou d' « accomplir » leur rôle de mère.

Des **consultations pour couples** devraient également être proposées. Prendre en charge la pathologie de la conjugalité aiderait ces personnes à surmonter les difficultés de la rue, permettrait de limiter les conflits qui pourraient dégénérer en violences conjugales ou de résoudre des situations de violences, d'alcoolisme... Par ailleurs, la résolution de relations conflictuelles permet de rendre au couple son action bénéfique de support social en améliorant le bien-être, l'estime de soi et en rendant leur cohérence aux actes de santé.

Une **prise en charge psychologique des violences** physiques, sexuelles et psychologiques subies dans la rue, les centres, les espaces publics devrait être systématiquement proposée aux femmes qui fréquentent les lieux d'accueil. Les violences subies dans l'enfance et au cours de la vie devraient également faire l'objet d'une prise en charge psychologique.

Pour finir, la forte proportion de femmes sans domicile rencontrées atteintes de troubles psychiatriques, nous rappelle encore **l'insuffisance de la prise en charge psychiatrique** chez ces personnes.

Sommaire

Introduction.....	15
I. <i>L'objet de l'étude.....</i>	15
II. <i>La méthodologie.....</i>	18
II.1. <i>Le rapport au terrain.....</i>	18
II.2. Le contenu des entretiens.....	20
II.3. L'analyse du matériel.....	21
II.4. Les caractéristiques de la population de l'étude.....	22
II.5. Les aspects éthiques.....	23
Chapitre 1. Etre une femme dans la rue.....	25
<i>Introduction : Quand l'intimité est absente.....</i>	25
I. <i>Les stratégies d'adaptation à la rue.....</i>	25
II. <i>Le corps exposé.....</i>	26
II. 1. La propreté.....	26
II. 2. L'hygiène intime et pendant les règles.....	28
III. <i>L'image de soi et le regard des autres.....</i>	30
III. 1. L'estime de soi et la présentation de soi.....	30
III. 2. Le regard des autres.....	31
III. 3. Le corps altéré.....	31
IV. <i>Moduler sa féminité.....</i>	32
IV. 1. Nier sa féminité.....	32
IV. 2. Mettre en valeur sa féminité.....	33
V. <i>Le rapport aux hommes.....</i>	34
V. 1. Les pressions masculines.....	34
V. 2. Etre en couple dans la rue.....	35
VI. <i>Les centres d'hébergement, un environnement violent.....</i>	38
VII. <i>Conclusion.....</i>	39
Chapitre 2. Les recours aux soins.....	40
<i>Introduction.....</i>	40
I. <i>Le recours aux soins (hors gynécologie).....</i>	41
I.1. Un recours préventif aux soins.....	42
I.2. Un recours curatif aux soins.....	45
I.3. Un recours tardif aux soins.....	47
I.4. Recours aux soins et expérience de soins psychiatriques.....	48
II. <i>Le recours aux soins gynécologiques.....</i>	50
II.1. Celles qui ont un recours aux soins gynécologiques.....	51
II.2. Celles qui n'ont pas recours aux soins gynécologiques.....	56
III. <i>Conclusion.....</i>	59

Chapitre 3. Fertilité, grossesses et maternité	61
<i>Introduction.....</i>	<i>61</i>
I. <i>Le contrôle de la fertilité.....</i>	<i>61</i>
I.1. Au cours de la vie.....	61
I.2. La contraception actuelle	65
I.3. Le statut de nos données en matière de contraception, et de recours à l’IVG	67
II. <i>Le rapport à la maternité</i>	<i>68</i>
II.1. Quand le rapport à la maternité est perturbé.....	68
II.2. Désir, projet ou besoin d’enfants	69
II.3. Grossesse et « sans abrisme ».....	70
III. <i>Relations aux enfants et relations de substitution</i>	<i>74</i>
III.1. Relation aux enfants et structuration du quotidien.....	74
III.2. Placement des enfants.....	75
III.3. L’animal de compagnie	77
IV. <i>Conclusion.....</i>	<i>78</i>
Chapitre 4. Rapport aux risques et protection de soi	80
<i>Introduction.....</i>	<i>80</i>
I. <i>Connaissances et croyances sur les moyens de protection et la transmission de MST.....</i>	<i>80</i>
I.1. Se sentir protégée.....	81
I.2. La fidélité comme moyen de protection	82
II. <i>Opinions et comportements liés à l’utilisation du préservatif.....</i>	<i>83</i>
II.1. Les opinions relatives à l’image du préservatif.....	85
II.2. L’utilisation du préservatif en fonction de la nature de la relation.....	86
II.3. Le préservatif, une responsabilité masculine	89
III. <i>La prise de risque</i>	<i>90</i>
III.1. Le multipartenariat chez les femmes psychologiquement fragiles.....	90
III.2. La prise de risque récurrente	92
IV. <i>Le risque de violences sexuelles.....</i>	<i>93</i>
V. <i>Conclusion.....</i>	<i>95</i>
Bibliographie	97
Annexe : Caractéristiques des personnes interviewées.....	102

Introduction

I. L'objet de l'étude

Les femmes en situation de grande précarité représentent une faible part de la population des personnes sans domicile⁴. Un sans domicile sur 5 à Paris est une femme en 2004. Cette proportion a augmenté au cours du temps, les femmes ne représentaient qu'un demandeur d'hébergement d'urgence sur 10 à Paris en 1999⁵. Par ailleurs, le nombre de femmes privées de domicile est plus important en Île-de-France que dans les autres régions françaises, comme l'a montré l'enquête nationale de l'Insee auprès des personnes sans domicile⁶.

Pourquoi les femmes auraient-elles un risque moindre de se trouver sans abri, alors qu'elles sont plus représentées parmi les pauvres disposant d'un logement ? M. Marpsat a tenté de donner des réponses à cette question qu'elle résume par « un avantage sous contrainte »⁷. S'il y a moins de femmes qui dorment dans la rue ou dans les centres d'hébergement ce n'est pas parce qu'elles ont moins de problèmes. Les jeunes femmes et les femmes seules avec enfants sont davantage prises en charge par la collectivité et en complément par leur famille et leurs amis. Les femmes resteraient sans logement moins longtemps, leur statut de mère leur permettrait de sortir rapidement de leur situation de sans domicile. Par ailleurs, elles accèderaient plus facilement que les hommes à des structures non spécifiquement destinées aux sans domicile. Enfin, les femmes qui ont de faibles ressources hésiteraient davantage à affronter les dangers de la rue et supporteraient donc plus longtemps des situations familiales conflictuelles.

Néanmoins, un nombre croissant de femmes échappent aux mailles du filet et se retrouvent sans domicile chaque année. Le dispositif d'urgence tel qu'il existe actuellement est très faiblement adapté aux femmes, il a été pensé pour répondre à minima aux besoins des hommes. Il existe très peu de centres dédiés aux femmes seules et prenant en charge des problèmes relatifs à leur identité de genre, en particulier les problèmes de santé. Cependant, si les hommes aussi rencontrent des barrières dans leur accès aux soins, les femmes doivent continuer à gérer leur vie sexuelle et reproductive. C'est dans ce contexte que des consultations de gynécologie ont été mises en place dans deux centres mixtes du Samu social de Paris. Ces consultations constituent une prise en charge de proximité, permettant d'évaluer les besoins en matière de soins et de prévention. Elles reposent sur le principe d'une orientation vers des lieux de prise en charge de droit commun. Cependant, la participation à la consultation ne va pas de soi. Les gynécologues, depuis la mise en place de ce projet, consacrent beaucoup de temps à la sensibilisation des femmes. Par

⁴ On considère ici comme sans domicile les personnes hébergées dans les centres d'urgence ou dormant dans des lieux non prévus pour l'habitation (rue, hall d'immeuble, parking, gare, etc.), dans un hôtel, un squat, ou hébergées de manière non stable par leur famille ou leurs amis.

⁵ Agier I., 2005, *Activité du 115 de Paris et évolution 1999-2004 de la population des usagers du 115 et des EMA*. Rapport d'activité du Samu social de Paris. <http://www.samusocial-75.fr>

⁶ INSEE- Les sans-domiciles usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne. Insee Île-de-France à la page. octobre 2002.

⁷ Marpsat M., 1999, *Un avantage sous contrainte - Le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri*. Population, 54 (6) :885-932.

ailleurs, l'appréhension du passage sur la table d'examen fait qu'il n'est pas toujours possible de réaliser un examen gynécologique. En revanche, le dialogue entamé durant la consultation permet de répondre aux questions relatives à la vie génitale mais aussi de créer des liens privilégiés participant à la reconstruction de l'identité de ces femmes.

Un vaste programme de recherche en sciences sociales sur les sans domicile fixe a été organisé depuis la fin des années quatre-vingt-dix, en particulier grâce au Plan Urbain Construction Architecture du Ministère de l'Équipement. Parmi les travaux statistiques, sociologiques, ethnographiques, peu portaient sur les femmes. P. Pichon soulignait au début des années deux-mille que « quasiment aucune étude qualitative n'opérait de distinction entre les hommes et les femmes » et qu'il « serait pourtant utile de saisir plus finement les parcours de ces dernières qui, si elles sont moins nombreuses à devenir sans domicile fixe, paraissent plus soumises aux actes de violences comme aux effets de dégradation de leur image »⁸.

Dans le champ de la santé publique, parallèlement, de nombreux travaux pluridisciplinaires se sont intéressés aux modalités de recours aux soins des populations vulnérables. Cependant, la santé des femmes n'y a eu qu'une faible place. Les données disponibles mettaient en évidence un recours faible aux soins gynécologiques et aux examens de prévention chez ces femmes.

Le manque de travaux qualitatifs consacrés à la santé des femmes sans domicile et les difficultés de recrutement pour les consultations de gynécologie du Samu social ont été le point départ d'un projet d'étude sur les déterminants de l'accès aux soins gynécologiques chez ces femmes.

Ainsi, ce projet a pour objectif principal de comprendre les déterminants du recours passé et présent aux soins gynécologiques et obstétricaux, les besoins ressentis et les difficultés d'accès des femmes sans domicile. Cette étude, qualitative, fait partie d'un projet de recherche plus large sur la vie affective et sexuelle des personnes sans domicile, projet satellite de l'enquête sur le Contexte de la Sexualité en France en 2005. Elle a été suivie par deux comités de pilotage. L'un encadrait le projet sur la vie affective et sexuelle et était composé de dix membres essentiellement chercheurs en sciences sociales⁹. L'autre spécifique à la gynécologie, plus restreint, incluait un gynécologue travaillant plus particulièrement auprès de femmes en grande précarité¹⁰.

Analyser les déterminants du recours aux soins gynécologiques et obstétricaux chez des femmes sans domicile nécessite de prendre en compte de nombreuses dimensions de la vie de ces femmes. Ainsi, il est important d'apprécier les conditions dans lesquelles elles vivent, en particulier les stratégies d'adaptation à la rue, les compétences qu'elles mobilisent ou non pour accéder aux différents services qui leur sont offerts. Le rapport

⁸ Pichon P., 2000, Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe. In Marpsat M. et Firdion JM. La rue et le foyer – Une recherche sur les sans domiciles et les mal logés dans les années 1990. Paris, Editions Ined- PUF.

⁹ P. Pichon (CRESAL), G. Paicheler (CERMES), J-M. Firdion (INED), S. Levinson (U 569), D. Pourette (Laboratoire d'anthropologie sociale – Ined/Inserm U 569), E. Le Mener (ENS-Cachan), G. Nauleau (H. Esquirol), C. Sellier (SSP), S. Carpentier (SSP), A. Laporte (SSP).

¹⁰ S. Carpentier (SSP), L. Brunet (DESS Psychologie - Paris V), B. Guillon (Association pour la santé des femmes), D Pourette (Laboratoire d'anthropologie sociale – Ined/Inserm U 569), A. Laporte (SSP).

qu'elles entretiennent à leur corps, c'est-à-dire l'hygiène en général, l'hygiène intime en particulier pendant les règles, l'image et l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes constituent des éléments importants de maintien de leur identité de femme. L'expression de leur féminité reflète le « souci de soi » de chacune et détermine directement l'intérêt qu'elles vont porter à leur santé. Ceci sera analysé dans le chapitre 1 dans le cadre d'une approche socio-anthropologique.

Analyser leur recours aux soins passe aussi par l'appréciation de l'état de santé ressentie et du rapport à la maladie, qui sont en interaction avec les dimensions citées dans le paragraphe précédent. L'analyse du recours aux soins gynécologiques ne peut se faire sans avoir étudié au préalable le recours aux soins en général. Ceci fera l'objet du chapitre 2 dans le cadre d'une approche sociologique et de santé publique.

Le contrôle de la fertilité est une composante essentielle de la consultation de gynécologie. Le chapitre 3 sera consacré à son étude, ainsi qu'au rapport que ces femmes entretiennent à la maternité et à leur relation à leurs enfants, dans le cadre d'une approche psychologique.

Enfin, dans la mesure où la consultation de gynécologie est un moment privilégié pour aborder le traitement et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, le chapitre 4 aura pour objectif de traiter la question de la protection et les risques encourus par ces femmes, par le biais d'une approche sociologique et psychosociale.

Pour finir, des recommandations seront proposées, pour une amélioration de la prise en charge de la santé des femmes, issues des éléments ressortant de l'analyse des ces différents thèmes.

L'objectif secondaire de cette étude est opérationnel. Il s'agit d'adapter l'offre de soins dans les centres d'hébergement et les associations qui procurent des services aux personnes sans domicile, par l'élaboration de mesures ou actions qui devraient inciter les femmes à fréquenter des lieux qui leur seront spécifiquement dédiés.

La définition de nouveaux lieux de consultation devra intégrer la mise en place d'un recueil quantitatif et systématique d'informations permettant de décrire les problèmes spécifiques de ces femmes concernant la contraception, les Infections sexuellement Transmissibles (IST), le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et les violences sexuelles subies.

Les résultats de ce recueil permettront d'évaluer les besoins de ces femmes relatifs à la contraception, d'améliorer la prévention des risques infectieux et sexuels et des cancers féminins. Ils permettront aussi d'améliorer le suivi des grossesses, par une prise en charge plus précoce avant et après la naissance.

L'ambition de ce projet est de construire un modèle applicable dans les différentes agglomérations françaises. Ceci se justifie par l'importance de la population de femmes en situation de grande précarité en agglomération parisienne et par sa diversité, les populations migrantes y étant fortement représentées.

II. La méthodologie

La méthodologie de l'étude repose sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de femmes prises en charge par le Samu social de Paris. Cette étude constituait une sous partie de l'étude sur la vie affective et sexuelle des personnes sans domicile. Ainsi, pour les femmes, un module spécifique sur la santé gynécologique a été ajouté aux thèmes de l'entretien centré sur une biographie affective et sexuelle. Le choix de la méthode qualitative était guidé par le caractère *compréhensif* de la démarche.

La vie affective et sexuelle est un sujet intime, qui n'est pas abordé habituellement entre les personnes sans domicile et celles qui les accueillent. Compte tenu du caractère sensible du sujet d'étude, le projet a été discuté avec l'ensemble du personnel des équipes de terrain sur chacun des sites. Il a été très bien accueilli et a permis de libérer une parole sur ces questions, considérées comme importantes. Le projet a aussi été présenté à un certain nombre de personnes sans domicile. Il a été aussi en général bien perçu et a permis aux femmes d'exprimer leurs attentes concernant l'hébergement des couples.

II.1. Le rapport au terrain

Présentation de l'étude sur le terrain

Le sujet de l'entretien, de l'ordre de l'intime, ne facilitait pas un recrutement rapide des personnes. Celles-ci n'ont pas été indemnisées, selon la volonté des équipes, par souci d'équité entre les hébergées, toutes ne pouvant y participer, et pour éviter des biais de recrutement liés à l'intéressement. Cependant, la présentation des retombées de l'étude (une amélioration de la prise en charge en particulier sur les questions affectives et sexuelles) aux personnes susceptibles d'être enquêtées, constituait certainement un motif de participation.

Les enquêteurs étaient présents dans les centres d'hébergement plusieurs jours (soirs) par semaine afin d'établir des contacts avec les personnes hébergées avant de leur proposer de réaliser un entretien. L'étude a été présentée individuellement, et non collectivement, aux hébergées. Les sites de l'étude étaient deux centres d'hébergement de nuit¹¹ accueillant un public mixte, et un accueil de jour¹² fréquenté notamment par des personnes dormant dans la rue ou d'autres lieux non prévus pour l'habitation.

La prise de contact

Malgré la volonté de standardisation, des différences interindividuelles entre enquêteurs sont inmanquablement intervenues dans la prise de contact. Chaque enquêteur a « choisi » les hébergées auxquelles il présentait l'étude selon ses propres capacités à entrer en relation avec autrui (l'âge, l'état psychique et/ou physique de la personne ressentis, l'état émotionnel perçu sont autant de critères qui ont pu intervenir dans son choix).

Par ailleurs, certaines femmes ont pu s'adresser spontanément à l'enquêteur, soit par curiosité (« vous êtes nouveau ? C'est quoi un sociologue ? »), soit parce qu'une autre femme qui avait déjà participé à l'étude lui suggérait d'en faire autant. Les personnes qui

¹¹ Capacités respectives en lits pour les 2 centres d'hébergement : 38 femmes, 70 hommes ; 26 femmes, 84 hommes, 2 hommes avec chien. Pour l'accueil de jour : 50 à 80 places sans distinction de sexe, mais les femmes sont plus rares encore.

¹² Ces structures dépendent du Samu social de Paris.

avaient déjà participé à l'étude présentait parfois l'enquêteur à leur réseau amical, ce qui donnait lieu à d'autres possibilités de participation.

Le temps nécessaire à la réalisation d'un entretien variait d'une interviewée à l'autre et d'un enquêteur à l'autre. Il a fallu parfois plusieurs jours, semaines ou mois pour réaliser l'entretien avec une personne ce qui semblait permettre l'installation d'une relation de confiance.

La présentation de soi dans la situation d'entretien

L'entretien ethnographique ou sociologique est une situation d'interaction, productrice de sens en elle-même. Le discours produit lors de l'entretien sera fortement influencé par l'interaction entre l'intervieweur(euse) et l'interviewé(e) d'une part et par les conditions de réalisation de l'entretien (lieu, moment, environnement extérieur, éléments perturbateurs : bruit, présence d'autrui...) d'autre part. L'âge, le sexe, l'appartenance sociale et ethnique des deux acteurs de l'entretien ont une incidence importante sur la production du discours. La manière dont l'intervieweur(euse) se présente et s'exprime, sa personnalité, son attitude et ses réactions au cours de l'entretien jouent un rôle primordial sur la parole de l'interviewé(e). Ces différents éléments sont à prendre en compte dans l'analyse des entretiens, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'interviews menés avec des personnes socialement discriminées d'une part, sur des sujets comme l'intimité et la sexualité d'autre part. La situation d'entretien est l'occasion pour la personne enquêtée d'une mise en scène de soi et de sa biographie. Comme toute interaction sociale, elle donne lieu à une présentation de soi en accord avec l'image que l'on veut donner au chercheur et avec l'idée que l'on se fait de ses attentes¹³. Les personnes sans domicile ont tendance soit à « enjoliver » leur situation pour atteindre une certaine « normalité » aux yeux de l'enquêteur(trice), soit à lui exposer au contraire leurs difficultés, éventuellement en les dramatisant, pour susciter compassion ou empathie. Ces personnes sont habituées à présenter leurs difficultés aux travailleurs sociaux dans une relation d'aide et à relater leur histoire ou plutôt une histoire reconstituée à partir d'éléments biographiques, qui trouvera un écho favorable à la prise en charge sociale. Ces « fictions biographiques » sont aisément repérables dans le récit de certaines interlocutrices. Cependant, le caractère inhabituel du questionnement sur la vie affective et sexuelle a pu limiter ces reconstructions biographiques sur ces thèmes.

Les enquêteurs étaient principalement de sexe féminin¹⁴. Ils étaient dotés d'un badge comprenant leur prénom ainsi que leur statut de « sociologue » dans le but d'être distingué de l'équipe encadrante et soignante (psychologue). En effet, afin qu'une parole soit libérée, il était important qu'ils ne soient pas confondus avec les membres du personnel. Dans le cadre spécifique de cette étude -comprenant un module sur la gynécologie- on peut penser que la concordance entre le sexe de l'enquêteur et celui de l'enquêtée a entraîné une empathie particulière qui a permis aux femmes de s'exprimer plus librement d'une part, ainsi qu'un *biais de désirabilité sociale* d'autre part (cf infra). De plus, un rapport de séduction était aussi présent dans les quelques entretiens menés par des hommes. L'analyse des récits montre combien il était important pour certaines femmes de se mettre en valeur et de présenter une bonne image d'elles-mêmes, féminine et séductrice.

¹³ Goffman E., 1959, *The Presentation of Self in Every Day Life*, New York, Doubleday Anchor.

¹⁴ Lola Brunet, Sandrine Carpentier, Anne Laporte, Erwan Le Mener, Olivia Lelong, Nicolas Oppenheim, Dolorès Pourrette.

Constitution de l'échantillon

S'agissant d'une enquête qualitative, le critère de représentativité de la population ne s'appliquait pas. On a toutefois tenté de prendre en compte, dans le recrutement des femmes, un certain nombre d'éléments comme l'âge, le temps d'errance (durée de vie sans domicile), la nationalité. Certaines femmes très désocialisées qui se trouvaient dans un état confus n'ont pas pu être interrogées. D'une part, il était difficile d'entrer en contact avec elles (elles se couchaient en arrivant dans les centres partant très tôt le matin) et d'autre part, quand cela a été possible, la confusion de leur propos (du fait de leur état d'alcoolisation) n'a pas permis l'utilisation du matériel recueilli. Néanmoins, quelques femmes de notre échantillon présentent ce profil, ce qui a permis de prendre en compte la particularité de leur situation.

II.2. Le contenu des entretiens

Un seul entretien a été mené avec chaque personne interviewée. Il a été enregistré avec son accord. Les entretiens ont été réalisés pour la plupart le soir dans les centres d'hébergement, quelques-uns ont été faits en journée avec prise de rendez-vous. Dans les centres d'hébergement, ils se sont déroulés dans une pièce (bureau) fermée permettant de maintenir la confidentialité des propos. Les enquêteurs étaient sociologue, anthropologue ou psychologue de formation. Ces différentes approches ont certainement induit de légères différences dans le déroulement des entretiens. Cependant, l'application d'une grille d'entretien a permis d'obtenir un matériel relativement homogène.

La grille d'entretien

Cette grille explorait différents axes. Dans un premier temps, les femmes étaient interrogées sur leur biographie affective puis sexuelle, antérieure et au cours de la période de rupture sociale. Ensuite, étaient explorés les rapports sociaux de sexe dans la société en général et parmi les personnes privées de domicile, le rapport au corps (hygiène, image de soi), le rapport à la santé (santé ressentie, modes de recours aux soins), les questions gynécologiques (cf. plus bas), les relations familiales passées et présentes, les conditions de vie actuelles (type d'hébergement, la perception de sa situation générale, de son avenir proche) et la rencontre imaginée attendue.

Le module gynécologique investiguait différents thèmes, comme la manière avec laquelle les femmes arrivaient à gérer la période des règles et l'hygiène intime, les moyens de contraception qu'elles utilisaient et les modalités de leur recours aux soins gynécologiques. Étaient aussi abordés les antécédents de maladies sexuellement transmissibles, les vécus de grossesses (qu'elles soient désirées ou non prévues), les interruptions volontaires de grossesse et le désir d'enfant. Le module gynécologie de la grille a été retravaillé, en cours de recueil du matériel, de façon à mieux faire parler les femmes sur cette question car elles étaient peu loquaces lors des premiers entretiens réalisés. Elles évacuaient rapidement le sujet avec l'argument selon lequel tout allait bien de ce côté là.

Une fiche standardisée a été renseignée à la fin de chaque entretien afin de recueillir pour chaque femme des caractéristiques sociodémographiques précises.

La durée moyenne des entretiens était de 1 heure 15 (étendue 40 mn, 2 h 20). Tous les thèmes de la grille n'ont pas été systématiquement renseignés, cela dépendait de la volonté de la personne d'aborder certains sujets et de son état de fatigue.

Le retour des enquêtés

A la fin de l'entretien, il était demandé à chaque interviewée comment elle avait vécu l'entretien. La majorité des femmes ont déclaré avoir apprécié la discussion sur ces sujets intimes. Certaines ont révélé se ressentir « allégées » d'avoir pu verbaliser, et partager certaines expériences avec l'enquêteur. D'autres, ont été valorisées du fait que leur expérience personnelle pourrait servir à faire changer la situation de toutes ces femmes. D'autres ont eu du plaisir simplement par le fait que « pour les autres » elles existaient. Ce que ces femmes ont exprimé à propos de ces entretiens, qui n'avaient pas un horizon utilitaire immédiat contrairement à ceux qu'elles ont régulièrement avec des travailleurs sociaux, médecins ou autres, est bien résumé par J-M Firdion (et al)¹⁵ : « Parler de soi, même dans un cadre structuré, permet d'avoir un regard sur soi, d'échapper quelque peu à la tyrannie du quotidien et de faire reculer le sentiment d'invisibilité sociale ».

II.3. L'analyse du matériel

Statut des données

Parmi les personnes qui se retrouvent sans abri, certaines sont stigmatisées socialement (sans-domiciles, sortants de prisons), d'autres souffrent de pathologies mentales ou d'addictions. Ce sont autant de situations sociales pouvant réduire la qualité des données recueillies. La stigmatisation sociale peut venir, en effet, accentuer le biais de désirabilité sociale, et, une pathologie mentale ou l'emprise de produits psycho-actifs (alcool, drogues) peut produire des incohérences dans le discours. Certains comportements addictifs (ou des prises en charge en lien avec ces comportements) peuvent par ailleurs être sous-déclarés. Aussi, une autre particularité de cette population résidant dans la désorganisation temporo-spatiale vécue, et donc la difficulté de replacer dans le temps certains événements de la vie, participe à une certaine confusion du discours.

Différentes études ont tenté d'évaluer la qualité des données recueillies auprès de personnes sans domicile en comparant différentes sources sur les mêmes personnes¹⁶. Il s'avère que certains événements sont sous-déclarés : affaires criminelles et emprisonnement, consommation d'alcool ou de drogues, maladies mentales, nombre de consultations médicales ou de prises en charges dans l'année écoulée. Les auteurs ne concluent pas à une impossibilité d'analyser ce type de données. Ils conseillent aux chercheurs de simplifier les questions, de s'intéresser à des périodes récentes et de s'entretenir avec ces personnes dans un cadre rassurant.

Si la précision des données revêt un caractère fondamental pour les enquêtes quantitatives, le problème est moins prégnant s'agissant d'entretiens qualitatifs. En effet, il est possible d'anticiper ce type de difficulté et de revenir ou d'insister sur des sujets qui semblent évacués un peu vite.

Concernant le matériel recueilli pour cette étude, nous n'avons pas cherché à en établir la véracité. Néanmoins, lors de son interprétation, leurs limites sont restées présentes à notre

¹⁵ Firdion J-M., Marpsat M., Bozon M., 1995, Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domiciles ? Revue Française des Affaires sociales, N°2.

¹⁶ Gelberg L., Siecke N., 1997, Accuracy of homeless adult's self reports. Medical care; 35(3):287-290.

esprit et en particulier nous nous sommes attachées à prendre en compte le biais de désirabilité sociale.

Analyse

Une double lecture des entretiens a été réalisée. Dans un premier temps une analyse thématique a été conduite visant à découper transversalement tout le matériel recueilli par thèmes. Ce premier découpage a permis de faire apparaître des thématiques récurrentes d'un entretien à l'autre en fonction d'autres caractéristiques des femmes. Par exemple, le type de recours aux soins médicaux a été analysé en fonction du rapport au corps, de l'estime de soi, du rapport à la maladie, de la durée de vie sans domicile, du soutien social, du moment de la rupture sociale, etc. Dans un second temps, chaque entretien a été analysé dans sa globalité, en particulier, la manière dont les différents thèmes étaient abordés par les femmes, arrangés dans leur récit de façon à comprendre comment chaque histoire singulière permettait de rendre compte du rapport des femmes sans domicile à leur santé gynécologique.

Les personnes qui ont analysé le matériel se sont appuyées sur des orientations théoriques diverses (anthropologique, sociologique, santé publique, psychologique). La mise en commun régulière des interprétations a permis d'obtenir un consensus réduisant les divergences potentielles liées à la pluralité des approches et à la subjectivité inhérente à la méthode qualitative.

II.4. Les caractéristiques de la population de l'étude

Trente femmes ont été interviewées entre janvier 2004 et février 2005. Leurs principales caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau en annexe.

Age

Leur moyenne d'âge est de 37 ans. L'âge de ces femmes oscille entre un minimum de 20 ans et un maximum de 60 ans. Elles sont 27% à avoir moins de 30 ans; 43 % ont entre 30 et 40 ans, un tiers a plus de 40 ans.

Durée de vie sans domicile

La moitié des femmes de l'échantillon a au moment de l'interview une durée de vie sans domicile inférieure à un an. Six étaient sans domicile depuis une période allant de un à quatre ans, 5 entre cinq et sept ans, et 4 autres connaissaient des phases d'errance par intermittence depuis plus de 10 ans¹⁷.

Pays de naissance

Les femmes interviewées étaient majoritairement originaires d'Europe (76 %), 10% étaient d'Afrique sub-saharienne, 10% du Maghreb et 3% (1) d'Asie du sud-est.

¹⁷ Lorsque ces quatre femmes ont été rencontrées, elles étaient hébergées en CHUS depuis peu. Toutefois toutes les trois connaissent ces centres depuis des années et ont eu un parcours d'insertion fait de ruptures et de retours multiples dans le circuit de l'urgence. Le délai a donc été calculé depuis leur premier épisode « d'errance ». Il s'agit alors pour elles d'une « errance par intermittences ».

Descendance

Plus de la moitié des femmes (17) ont eu des enfants, avec une répartition égale dans les 3 classes d'âge. Trois se sont déclarées enceintes au moment de l'entretien.

Vécu de placement

Sept femmes ont évoqué un vécu de placement durant l'enfance, pour d'autres cette situation est suggérée par d'autres éléments du discours (une mère adoptive, etc.)

Troubles psychiatriques

Près de la moitié des femmes (12) semblent souffrir de troubles d'ordre psychiatriques. La moitié de ces femmes évoquent clairement leur prise en charge dans des institutions spécialisées ou par un psychiatre. En ce qui concerne l'autre moitié, les troubles ont été déduits de l'incohérence de leur discours ou d'allusions faites à une prise en charge en psychiatrie.

Violences sexuelles

Onze femmes ont évoqué durant l'entretien avoir subi des violences sexuelles. Celles-ci peuvent avoir eu lieu dans l'enfance (viol ou attouchements par une personne de la famille ou un adolescent du même âge), ou à l'âge adulte (rapports forcés au sein d'un couple ou viol subi dans l'espace public). Deux femmes ont laissé entendre que leur premier rapport sexuel était un viol, en refusant de répondre à la question ou en acceptant uniquement de spécifier l'âge lors de ce rapport (sept ans).

Contraception médicale

Au moment de l'entretien, six femmes utilisent la pilule, et neuf l'ayant prise à un moment de leur histoire contraceptive ne la prennent plus. L'implant contraceptif est utilisé par deux autres personnes. Certaines (deux femmes) n'ont jamais utilisé de contraceptif médical (l'une d'elle est encore vierge sexuellement). Pour quatre femmes, nous ne disposons d'aucun élément d'information sur leur contraception. Une femme a subi une ligature des trompes, deux autres une hystérectomie, et deux autres sont ménopausées.

II.5. Les aspects éthiques

Légitimité d'une enquête chez des femmes sans domicile

La question du caractère éthique d'une étude chez des personnes privées de logement, donc vulnérables car ne disposant pas d'espace privé, a été longuement débattue dans les années 1990 au moment de la mise en place du programme de recherche de l'Ined. Le débat était centré sur le thème de l'atteinte à la vie privée de ces personnes. Notre sujet d'étude sur l'intime peut poser le même type de question. J-M Firdion (et *al.*) a donné 3 types de légitimité à ces études¹⁸. Une légitimité *scientifique*, pour ébranler les stéréotypes et caricatures qui dominent les représentations des sans-domiciles et montrer qu'on a davantage à faire à une situation temporaire ou transitoire qu'à une population homogène. Une légitimité *démocratique*, ne pas être enquêté revient à être exclu de la *cit*é, donc de la citoyenneté. Ceci renforce l'exclusion sociale. Participer à une étude donne un statut de personne à l'individu, il peut avoir la parole, exprimer ses besoins ou revendiquer ses

¹⁸ Firdion J-M., Marpsat M., Bozon M., 1995, *op. cit.*

droits. Enfin, une légitimité *humaine ou humaniste*, participer à une étude permet de ne pas être réduit à la singularité de son parcours et de percevoir la dimension collective de ses problèmes rencontrés. Cela permet de se situer comme faisant partie, avec d'autres, du monde social.

Le volontariat

Si les femmes sollicitées acceptaient de s'entretenir avec l'enquêteur, elles avaient le choix de participer à l'entretien le jour même de la rencontre ou de prendre rendez-vous et de différer l'entretien. De plus, la consigne de l'entretien spécifiait que les personnes interrogées pouvaient refuser de développer certains thèmes de l'entretien si cela leur paraissait gênant et décider d'arrêter l'entretien lorsqu'elles le souhaitaient.

La confidentialité

Afin de respecter la *confidentialité* des données, les entretiens dans leur intégralité ne sont accessibles qu'aux membres du comité de pilotage, ces derniers s'étant engagés à ne pas les diffuser. Les prénoms des interviewés et des personnes qu'ils ont cités au cours de l'entretien ont été modifiés, ainsi que d'autres données à caractère nominatif (lieux, dates, etc.).

La fragilité psychologique de certaines personnes

Les personnes qui ont paru trop fragiles pour ce type d'entretien n'ont pas été sollicitées. Cependant, il a été envisagé que l'entretien puisse induire d'éventuels effets déstabilisants (réminiscence de moments douloureux) chez des personnes déjà fragiles sur le plan psychologique. A la fin de chaque entretien, l'intervieweur s'attachait à évaluer l'effet de l'entretien sur la personne. Dans le cas où une personne paraissait troublée, il était prévu que les animateurs soient prévenus et qu'une consultation avec l'équipe « souffrance psychique et précarité » soit organisée si la personne le souhaitait. De telles configurations ne se sont toutefois pas présentées. Le retour fréquent sur le terrain nous a permis de nous enquérir de l'état psychique d'une grande partie des personnes interviewées, directement auprès d'elles ou par l'intermédiaire des intervenants.

Chapitre 1. Etre une femme dans la rue¹⁹

Introduction : Quand l'intimité est absente

Parenthèses ou « coulisses » de la « scène » sociale²⁰, les lieux et les moments de l'intimité constituent des refuges sécurisants où l'individu n'est plus soumis au regard des autres, et où il se sent protégé des différents dangers que peuvent représenter la rue, les lieux publics, les espaces de socialisation, les espaces professionnels. L'absence de lieux intimes est fortement ressentie par les femmes qui vivent dans la précarité. Elle a de multiples répercussions sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur corps, sur leurs rapports aux autres (entourage familial, personnes insérées, personnes sans domicile, personnels des institutions...), sur la prise en charge de leur santé et de leurs besoins vitaux.

I. Les stratégies d'adaptation à la rue

L'adaptation aux conditions de vie dans la rue donne lieu à un apprentissage personnel de compétences spécifiques pour y survivre. Les individus ont recours aux ressources qui sont à leur disposition (système social, centres d'accueil, foyers d'hébergement, associations, institutions...) et aux personnes qui peuvent les renseigner ou les aider (autres personnes sans domicile, travailleurs sociaux...) pour répondre à leurs besoins vitaux (se nourrir, dormir, se vêtir, se soigner...) et améliorer leurs conditions d'existence. La mobilisation de ces ressources s'apparente à des « tactiques »²¹. Les « tactiques » renvoient à l'« art du faible »²², du « dominé » qui, loin d'être « passif » ou « docile »²³ détourne et se réapproprie en sa faveur les contraintes qui s'imposent à lui. L'aménagement des différents recours est propre à chacun et dépend d'un certain nombre de facteurs : les connaissances du système social et des aides proposées, l'habitude et la capacité d'y avoir recours, les relations sociales, l'état psychologique, les perspectives d'avenir et les motivations personnelles – et éventuellement celles du groupe.

Pour les femmes, l'apprentissage des compétences nécessaires à la vie à la rue comprend l'acquisition de connaissances spécifiques : celles des consultations de gynécologie, des lieux où elles peuvent se procurer des contraceptifs, des protections hygiéniques, des conseils en ce qui concerne la santé gynécologique et la protection contre les MST, et des lieux où elles peuvent se changer, faire leur toilette intime ou simplement aller aux toilettes.

Les compétences déployées concernent également les divers lieux d'aide sociale destinés à la recherche d'un emploi, d'un logement, à la constitution de dossiers pour demander des droits sociaux (AME, RMI, Cotorep...), des papiers d'identité (en cas de perte ou de vol) ou pour régulariser sa situation administrative... La connaissance de ces lieux et les démarches entreprises nécessitent un véritable apprentissage des codes qui y sont utilisés.

¹⁹ Ce chapitre a été rédigé par Dolorès Pourette, dans une perspective socio-anthropologique.

²⁰ Goffman E., 1959, *The Presentation of Self in Every Day Life*, New York, Doubleday Anchor.

²¹ De Certeau M., 1980, *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard.

²² *Ibid.* : 61.

²³ *Ibid.* : Introduction, p. XXXVI.

Quand elle évoque le samu social par exemple, le discours de *Jane* (37 ans) montre qu'elle s'est appropriée les codes langagiers de l'institution et qu'elle connaît son fonctionnement.

« Ils ont des places qui s'appellent des 'places maraudes'. Donc dès qu'on voit un camion, il faut lui faire signe d'arrêter, lui dire : voilà, j'ai appelé, y a pas de place, est-ce que vous pouvez me prendre ? Donc eux appellent la régule pour savoir si vraiment on a appelé et ils décident de nous prendre ou pas, mais les camions faut savoir où les trouver. »

Le recours aux diverses institutions d'aide sociale nécessite, pour maximiser ses chances de réussite, d'incarner différents rôles, d'adapter son histoire en fonction de l'aide souhaitée, de mettre en avant l'un ou l'autre de ses handicaps ou de ses difficultés. Ainsi, une femme qui tente d'obtenir un hébergement pourra mettre en avant tour à tour son statut de femme seule, son statut de femme en couple, son statut de mère ou de future mère pour mettre en concurrence les possibilités dont elle peut bénéficier et pour obtenir un logement le plus rapidement possible.

« Moi, comme je veux pas qu'ils soient au courant que je suis enceinte, je vais pas leur dire parce que ça va poser des complications. Ils vont vouloir me mettre dans un foyer pour mère et, ça, je veux pas parce que j'aurais pas la même liberté que j'ai maintenant. Ici, on sort le matin, on revient le soir et moi, l'après-midi, je peux aller voir mon mari. Par contre s'ils me mettent dans un foyer pour jeunes mères, je sors pas de là-bas, donc ça sert à rien. Moi je veux avoir ma liberté aussi. » (*Solange*, 23 ans)

Le recours aux services d'aide sociale ou médicale implique une mise en scène de soi, de son histoire, de son corps. Pour obtenir un emploi, ses handicaps ou ses difficultés physiques et sociales seront dissimulés sous une apparence « normale ». Pour obtenir une aide médicale ou psychologique, les maux du corps et les souffrances intérieures seront au contraire mis en avant. « L'organisation de la survie se réalise autour d'un jeu de visibilité/invisibilité. »²⁴

II. Le corps exposé

II. 1. La propreté

La notion de propreté est une notion subjective, appréhendée différemment selon les individus et les groupes sociaux. Pour les personnes sans domicile, elle peut prendre des sens différents. Pour les unes, maintenir son corps propre correspond au désir de normalité et de ne pas être confondue avec un ou une « clochard(e) ». D'autres au contraire utilisent la saleté comme repoussoir et comme protection, contre les agressions sexuelles notamment.

La majorité des femmes interviewées disent accorder une grande importance au fait de pouvoir se laver quotidiennement, de se sentir propre. Le corps et le visage doivent être propres mais également les vêtements. Plusieurs femmes qui ne possèdent qu'une ou deux tenues affirment les laver chaque soir afin qu'elles soient propres le lendemain.

Dans les discours recueillis, le souci de se maintenir propre renvoie davantage à la recherche d'un bien-être personnel (se sentir bien dans son corps, sentir bon) qu'à la volonté de préserver sa santé ou qu'à la prévention d'éventuelles maladies. Pour des femmes qui passent une grande partie de leur journée dans des lieux publics comme la rue

²⁴ Lanzarini C., 2001, « Les usages du corps des sous-prolétaires à la rue », in M. Joubert *et all.* (ed.), *Précarisation, risque et santé*, Paris, Inserm : 217-227.

ou le métro parisien, lieux sales, bruyants et grouillants, il importe de se défaire de cette saleté accumulée au cours de la journée, saleté physique et aussi morale. Pour certaines, il importe aussi de sentir bon, pour soi et pour les autres. Il s'agit de renvoyer aux autres des effluves agréables et valorisants dans un contexte où le corps, son image et ses émanations peuvent renvoyer une identité stigmatisée et stigmatisante.

Si la propreté est recherchée pour le bien-être qu'elle procure, elle est également recherchée dans un souci d'invisibilité et de « normalité ». Le propre renvoyant au « bien » et au « normal »²⁵, les personnes qui ne souhaitent pas être reconnues et stigmatisées en tant que personnes marginales, sans domicile, accordent une grande importance à la propreté et à leur apparence physique. Ainsi, *Marion* (55 ans) se réjouit du fait que son médecin ne l'assimile pas à une personne sans abri : « même les docteurs m'ont félicitée partout où je suis passée : « on dirait pas que vous êtes à la rue, Madame, vous dites la vérité ? » ».

La majorité des femmes ont une bonne connaissance des lieux où elles peuvent prendre une douche, faire leur toilette et éventuellement laver leurs vêtements ou encore se procurer des vêtements propres et neufs (douches municipales, centres d'accueil, associations, hôpitaux, gares...). Elles déplorent cependant un certain nombre de désagréments. Dans les centres d'hébergement, les douches sont en nombre très limité, elles sont systématiquement encombrées et les femmes disent ne pas disposer de suffisamment de temps pour se laver. En outre, les douches sont souvent sales car elles sont utilisées par un grand nombre de personnes aux heures d'ouverture. Quelques femmes disent devoir les laver ou les désinfecter avant de les utiliser. Dans certains endroits, les douches ne ferment pas à clé ou sont mixtes. Alors qu'elles sont quotidiennement tenues de côtoyer des hommes, les femmes rencontrées souffrent de ne pas pouvoir échapper un moment au regard des hommes et à la peur de l'agression.

« y a toujours cette promiscuité avec les hommes parce que partout où on va, y en a.

Ça fait du bien de vous retrouver entre femmes ?

Ah ouais, ouais, ouais, parce qu'on peut se permettre de sortir de la douche en petite tenue pour aller se sécher les cheveux, tandis que quand y a des hommes, c'est pas pareil, on est devant la glace, on se maquille et puis on sent le regard du mec à côté. » (*Jane, 37 ans*)

Par ailleurs, les cabines de douches sont souvent exigües alors que les femmes doivent s'y rendre avec leurs affaires de toilette et leurs vêtements de rechange mais aussi avec tous leurs effets personnels (sacs, chaussures...) pour éviter les vols. De manière générale, les centres qui proposent un accès à des douches fournissent des serviettes en papier à usage unique, et parfois du savon, du shampoing et du dentifrice. Le fait de fournir ce type de serviettes peut d'ailleurs être perçu comme un élément dégradant, comme l'exprime *Julie* (28 ans) :

« C'était trop sale. Les douches, elles étaient en bas, je devais descendre en bas prendre la douche et remonter **avec les petits chiffons qu'ils nous donnent, soi-disant des serviettes !** Tu montes là-haut, non, c'est trop, c'est trop. C'était trop. »

²⁵ Douglas M., 1992 [1967], *De la souillure. Etudes sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte.

II. 2. L'hygiène intime et pendant les règles

L'une des hypothèses de cette recherche est qu'il est plus difficile pour les femmes sans domicile que pour les femmes insérées de maintenir une hygiène intime satisfaisante en dehors et pendant leurs règles en raison de leurs conditions de vie. Il a donc été demandé à une partie des femmes interviewées²⁶ si elles rencontraient de telles difficultés.

Dans les centres d'hébergement, les douches sont généralement accessibles le soir à l'ouverture du centre (19 heures) et le matin (jusqu'à 10 heures). A cause de ces contraintes, les femmes n'ont pas le temps de se consacrer à leur hygiène corporelle et intime comme elles le feraient si elles en avaient la possibilité.

« Moi j'ai l'habitude de faire une hygiène intime, sincèrement je ne l'ai pas fait depuis que je suis là parce que j'ai pas le temps. Quand on peut le faire, c'est à partir de 10 heures, mais en même temps, faut pas gêner les gens qui dorment. (...) moi je sais, surtout après les règles, faire une toilette intime, c'est important. Là, j'avoue que je l'ai pas fait. (...) Ici j'ai pas du tout trouvé... C'est pour ça que je me sens sale, je me sens pas... » (*Carine, 40 ans*)

Les personnes passent souvent leurs journées à l'extérieur, sans nécessairement se rendre dans des centres d'accueil ou des structures associatives. Aller aux toilettes, pour une femme, représente une difficulté. Les toilettes publiques sont généralement payantes et toutes n'ont pas les moyens de payer 40 centimes pour aller aux toilettes plusieurs fois par jour. Reste la possibilité d'utiliser les toilettes des cafés (mais on accepte rarement que les personnes sans domicile utilisent ces toilettes si elles ne consomment pas), celles des gares ou encore d'uriner dehors. Cette dernière solution peut être vécue comme dégradante et elle expose au danger.

Certaines périodes nécessitent de se rendre aux toilettes plus fréquemment (en cas de maladie : diarrhée, vomissements...) et d'avoir une hygiène particulière (pendant les règles notamment²⁷). Ces périodes peuvent être difficilement vécues par des femmes qui n'ont pas de domicile ni d'endroits où se reposer, s'aliter en cas de règles douloureuses ou de maladies. Lorsqu'elles sont souffrantes, elles doivent passer plusieurs jours d'affilés dans la rue alors qu'elles auraient besoin de repos. Quand leurs vêtements sont souillés (traces de vomi, de sang menstruel...), elles doivent trouver les moyens d'en changer ou de les nettoyer pour éviter d'avoir à les garder sur elles. Elles ont en outre à affronter le regard des autres. Elles ont donc à gérer un ensemble de difficultés pendant leurs règles : se procurer des protections périodiques, en changer, se laver, nettoyer ou changer les vêtements souillés, supporter les douleurs, affronter le regard extérieur. *Yasmina* (41 ans) développe des compétences personnelles spécifiques pour assurer son hygiène intime pendant la période menstruelle :

« Quand on change de serviette, au moins c'est se laver déjà. Moi je prends une douche, quand je suis dans un lieu, je prends de l'eau, je m'achète une bouteille d'Evian, je la vide, je remets de l'eau ou je me sers carrément de l'eau, je prends ma serviette, je vais aux toilettes, je me lave à la rebeu. Comme je suis rebeu, donc j'ai des facilités, donc je me lave et je me change (...) Mais ça peut poser problèmes effectivement. Mais ça peut s'arranger, c'est pas un gros problème, ça peut s'arranger, il suffit de s'organiser et puis c'est bon. »

²⁶ Cette question a pu être abordée avec douze femmes.

²⁷ Sur l'ensemble des femmes interviewées, deux sont ménopausées, trois n'ont pas de règles en raison de problèmes médicaux ou psychologiques, cinq ont des cycles menstruels irréguliers.

II. 2. 1. Les lieux

Les femmes qui sont sans domicile depuis plusieurs mois ou plusieurs années affirment ne pas rencontrer de difficultés liées à l'hygiène intime pendant les règles. Le plus souvent, il leur importe de trouver des lieux sûrs et propres afin de se changer et se laver. Néanmoins, il n'existe pas de lieux spécifiques ouverts toute la journée et dédiés aux femmes pour qu'elles puissent se reposer et prendre soin d'elles et de leur corps au cours de cette période notamment.²⁸ Elles ont recours à des lieux publics ou semi-publics comme les toilettes publiques, celles du Mac Donald (mentionnées par quatre femmes) ou d'un café. Si les toilettes du Mac Donald sont souvent utilisées, c'est parce qu'elles sont perçues comme des lieux sécurisés, sûrs et propres. En effet, leur accès nécessite un code qui se trouve sur le ticket de caisse (qu'il suffit de récupérer ou de demander à un consommateur si on ne consomme pas) et elles sont régulièrement nettoyées, l'heure du dernier nettoyage et le nom de la personne qui s'en est chargé étant mentionnés sur un panneau.

II. 2. 2. Les protections utilisées

Pour les femmes dont on dispose de l'information, la majorité préfèrent utiliser des serviettes hygiéniques plutôt que des tampons (certaines utilisent les deux) pour des raisons d'hygiène, pour une meilleure « évacuation » du sang ou encore parce qu'elles trouvent que l'utilisation des tampons est douloureuse. L'utilisation préférentielle des serviettes hygiéniques est à mettre en parallèle avec la conception des règles et du sang menstruel partagée par un grand nombre des femmes rencontrées : il s'agit de « mauvais sang » qui doit être évacué pour « nettoyer » et faire sortir les « déchets », les « crasses », « tout ce qui était mauvais dans la femme ». Cette perception de l'écoulement du sang menstruel comme purification du corps féminin n'est pas spécifique de la population d'étude²⁹. Dans cette optique, l'utilisation du tampon est parfois perçue comme moins appropriée pour faire sortir le sang menstruel et ce qu'il contient.

Quelques-unes des femmes rencontrées affirment acheter elles-mêmes leurs protections périodiques, en dépit de leur coût élevé. Si plusieurs femmes disent avoir été « dépannées » par une association ou dans un centre d'hébergement, nos observations suggèrent qu'elles préfèrent s'organiser pour avoir leurs propres protections et pour ne pas avoir à en demander aux personnels des centres.

Les lieux et les services auxquels les femmes ont recours pour leur hygiène corporelle et intime leur permettent donc de parer à leurs besoins les plus immédiats : aller aux toilettes, changer de protections périodiques, prendre une douche, se procurer des vêtements propres. Cependant, pour tout ce qui concerne les soins apportés au bien-être du corps (toilette intime en dehors des règles, hydratation de la peau, soins des cheveux, épilation...) et à la présentation de soi (maquillage, vêtements, coiffure, manucure...), les centres d'hébergement et d'accueil sont loin de répondre aux attentes féminines. Il ne s'agit pas de dire que les centres devraient proposer de tels services spécifiquement aux

²⁸ Il existe cependant un Espace hygiène du Samu Social accessible un seul après-midi par semaine à certaines femmes très désocialisées.

²⁹ Durif-Bruckert C., 1994, *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, Editions Métailié : 70.

femmes³⁰, mais plutôt de souligner que l'aménagement des douches, leur exigüité, leur nombre et leurs horaires restreints ne leur permettent pas de prendre soin d'elles comme elles le souhaiteraient.

III. L'image de soi et le regard des autres

III. 1. L'estime de soi et la présentation de soi

On distingue l'estime de soi et la présentation de soi. La première peut être décrite comme « l'importance qu'un individu s'accorde par rapport aux autres, grâce à laquelle il se situe dans la structure sociale »³¹. Elle est déterminée par ses ambitions, par l'approbation sociale provenant de l'opinion des autres, et par la confiance en son propre pouvoir et sa capacité à maîtriser ce qui lui arrive. L'estime de soi influence l'image que l'individu se fait de lui-même. La présentation de soi est l'image que l'individu renvoie aux autres.

Être sans domicile, vivre à la rue, fréquenter des foyers d'hébergement, côtoyer au quotidien d'autres personnes sans domicile – principalement des hommes – mettent à rude épreuve l'estime et l'image que les femmes ont d'elles-mêmes. Des expériences vécues avant le passage à la rue peuvent également être à l'origine d'une dévalorisation de soi (atteintes sexuelles, violences dans l'enfance, violences conjugales, perte d'un enfant).

Une partie des femmes rencontrées présente à l'enquêteur ou à l'enquêtrice une image particulièrement négative d'elles-mêmes. Le corps et le physique sont fréquemment l'objet de discours dégradants. Et l'entretien est souvent l'occasion d'exprimer des complexes liés à un handicap ou simplement à un défaut physique subjectivement perçu. Certaines femmes expriment également une mésestime d'elles-mêmes d'ordre psychologique ou social : quelques-unes affirment manquer de confiance en elles-mêmes, se sentir « différentes » et être rejetées de ce fait par leur famille ; d'autres se dévalorisent socialement, en soulignant le fait qu'elles sont dans l'incapacité de s'occuper de leurs enfants par exemple.

Cependant, une partie des femmes rencontrées présentent une bonne image d'elles-mêmes et semblent maintenir une bonne estime d'elles-mêmes en dépit de leur situation. Parmi elles, certaines sont sans domicile depuis peu et ont des perspectives de réinsertion rapide. D'autres ont un enfant en bas âge dont elles peuvent s'occuper et l'une est enceinte, ce qui les valorise et leur donne des perspectives d'avenir.

Pour plusieurs femmes, le fait de se cultiver et d'avoir des activités « normales » représente un moyen de valorisation : *Catherine* et *Jane* fréquentent des bibliothèques, dont celle de Beaubourg, où elles lisent, consultent la presse ou Internet, se documentent et se cultivent. *Jane* (37 ans) apprend la langue espagnole, fait des dictées en anglais et réapprend le Code de la route en vue de repasser son permis de conduire. *Catherine* (44 ans) perfectionne son niveau d'anglais et d'informatique. Chercher un emploi, faire des démarches

³⁰ D'une part, ce serait les « assigner » à leur « nature » féminine et à leur « rôle » féminin (Lanzarini, 2003, « Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale », *Cahiers du Genre*, n° 35 : 95-115). D'autre part, un réaménagement des douches et de leurs horaires serait tout autant profitable aux hommes car ils ont aussi besoin de prendre soin de leur corps et de leur apparence physique, même si on accepte davantage d'un homme qu'il se « laisse aller ».

³¹ Fischer G.-N., 1996, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod : 185.

administratives, s'occuper la journée représentent aussi une façon de lutter contre une perte d'estime de soi, et cela permet de faire des rencontres parmi des personnes insérées.

III. 2. Le regard des autres

Dans un contexte de grande précarité, le corps constamment exposé aux regards des autres peut être vécu comme un lieu de valorisation ou au contraire comme une source de dépréciation. Plusieurs interlocutrices expriment des complexes physiques mais le regard et le jugement que les autres portent sur leur apparence les rassurent et participent d'une certaine valorisation de soi. Ainsi, *Chantal* est complexée par sa dentition, mais elle se plaît et le regard que lui renvoient les autres la rassure puisqu'à 53 ans, il « y en a encore qui [lui] courent après ». Plusieurs femmes ne se trouvent pas jolies, mais le fait qu'elles attirent le regard des hommes les rassure. Une faible estime de soi peut donc être réévaluée positivement par le regard des autres.

Cependant, le regard extérieur – principalement celui des hommes – peut aussi être perçu de manière négative. Par exemple, si *Barbara* (21 ans) affirme se plaire et ne pas avoir de complexe physique, c'est davantage le regard que les hommes portent sur elle qui, en l'assimilant à une « pute », la stigmatise.

Nier le regard des autres peut être un moyen de ne pas en être atteinte. Encore faut-il avoir une expérience suffisamment longue de l'errance pour parvenir à ne pas s'en soucier. *Samantha* (30 ans) dit « avoir appris à ignorer le regard des gens » sur elle et être « bien dans sa peau ».

III. 3. Le corps altéré

Le passage à la rue entraîne certaines transformations physiques. Le changement d'alimentation et d'hygiène de vie, la prise d'alcool, le tabac, le fait de rester à l'extérieur sous le soleil l'été ou au froid l'hiver impliquent certaines modifications physiques : prise de poids, amaigrissement, vieillissement de la peau et des dents... Les femmes, socialisées pour prendre soin d'elles et pour renvoyer une image soignée d'elles-mêmes, sont particulièrement sensibles à ces transformations, surtout celles qui ont perdu leur domicile depuis peu de temps. Par exemple, *Christelle* (34 ans, sans domicile depuis 7 mois) se trouve moins « bien » qu'avant la perte de son domicile, elle prend moins soin d'elle-même (elle se maquille moins et elle ne s'achète plus de vêtements – on lui a volé les siens – alors qu'elle attachait une grande importance à sa garde-robe) et elle pense avoir grossi. En ce qui concerne *Chloé* (38 ans), qui a quitté son domicile depuis 3 mois et demi au moment de l'entretien, c'est avec émotion qu'elle constate avoir « pris un coup de vieux », selon ses termes. *Carine* (40 ans) constate qu'elle essayait de « se maintenir » la première semaine passée sans domicile, mais que les difficultés liées à la vie à la rue vont à l'encontre de ce « maintien ». Elle appréhende de « vraiment tomber » :

« j'ai l'impression d'avoir perdu beaucoup de choses, je me maquille plus, j'ai plus de fond de teint, je suis même plus coiffée et ce qui est un tort d'ailleurs. Au début, la première semaine, c'est vrai que j'essayais de me maintenir, de rester dans ce que j'ai toujours été. Bon après, je commençais à me dire : à quoi ça sert ? (...) Et là, j'ai pas fait de nettoyage de peau depuis deux mois, j'ai pas mon maquillage habituel. (...) Je commence à me laisser aller et c'est ça qui me fait peur. J'ai peur vraiment de tomber »

IV. Moduler sa féminité

La féminité renvoie aux attributs sociaux assignés au sexe féminin. Elle a des dimensions morales (discrétion, dévouement, respectabilité, pudeur, retenue), physiologiques (santé et aptitude à la reproduction), esthétiques (beauté) et sociales. La maternité et la capacité à prendre en charge un foyer et ses habitants font partie des dimensions sociales de la féminité. Les femmes sont socialisées pour adhérer à ces normes de la féminité et pour les reproduire.

La vie à la rue n'entraîne pas une perte des attributs de la féminité, mais plutôt une mise sous tension de ces attributs : il est en effet plus difficile pour les femmes sans domicile de maintenir une apparence « féminine » et d'assumer leur rôle social de mères de famille responsables de leur foyer. Ainsi, *Noëlle* (46 ans) dit se sentir moins femme et de plus en plus masculine.

« J'ai l'impression que je ressemble de plus en plus à l'homme et que, inconsciemment, je suis avec un homme, avec mon mari, et parce que j'ai des vêtements d'homme, j'ai une vie d'homme, j'ai une voix un peu masculine. J'ai envie de travailler comme un homme, de gagner ma vie et d'avoir une relation solide et stable, un chez-moi et j'y arrive pas. Je n'ai plus envie d'être une femme. (...) le fait de ne plus rien avoir du tout, c'est insatisfaisant, de plus avoir de relations sexuelles, je me masculine et je suis tout le temps en train de porter des sacs et d'avoir des charges sur les épaules, des responsabilités, à me planquer. »

Tout en mettant en évidence comment la vie à la rue (le fait de porter des sacs, de vivre avec des hommes, de se débrouiller...) implique une mise sous tension des attributs sociaux liés à la féminité et l'acquisition de certains attributs habituellement associés à la masculinité, *Noëlle* souligne que nier sa féminité constitue une stratégie pour se protéger des agressions qu'une femme est susceptible de subir dans la rue. Comme le note Joan Passaro, les femmes sans domicile sont contraintes à un « double jeu » : « devant dissimuler leur féminité pour se protéger, elles doivent aussi la mettre en avant lorsqu'elles 'font la manche', afin de susciter la pitié ». ³²

IV. 1. Nier sa féminité

Dissimuler sa féminité peut être une « tactique » de protection dans un contexte où les risques d'agression sont nombreux, et où les femmes sont exposées quotidiennement au regard extérieur et notamment au regard des hommes. Ainsi, la vie à la rue mène *Noëlle* à occulter sa féminité : elle porte des habits amples et sombres pour cacher son corps, pour le rendre le moins désirable possible dans un souci de protection. Elle ne se maquille pas et ne se met pas en valeur.

« Je me masculine un peu des fois physiquement parce que je suis en danger dehors, pour la sécurité. J'ai peur des viols, des maltraitances. Je veux pas montrer trop mon corps parce que je suis presque tout le temps avec des hommes. (...) Après j'ai dit : je vais m'habiller très mal, on me draguera plus, j'ai horreur qu'on me drague et on essaiera plus de mettre la main sur moi, de me forcer ou de me maltraiter parce que j'ai des beaux seins (...) Je mets un truc épais, je mets un blouson. »

³² Marpsat M., 1999, « Un avantage sous contrainte. Le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri », *Population* 54 (6) : 911.

Avoir un chien, rester en groupe ou en couple, adopter un « look » particulier (vêtements noirs, en cuir, bagues et pointes³³...), porter une arme (couteau, bombe lacrymogène), adopter un langage ordurier et une gestuelle assurée et masculine font aussi partie des « tactiques » destinées à dissuader d'éventuels agresseurs.

L'habillement et la présentation de soi sont adaptés en fonction des possibilités de chacune et en fonction de l'image que l'on veut donner de soi. Ainsi, *Jane* (37 ans) ne cache pas sa féminité, mais elle la module et l'ajuste en fonction de l'image qu'elle veut renvoyer d'elle, notamment à l'égard des autres hébergés. En effet, elle ne veut pas qu'ils pensent qu'elle « n'est pas à sa place » – pour cela, elle fait « moins attention » à elle – mais en même temps, elle ne veut pas paraître trop « négligée ».

« j'ai pas à plaire ici et je veux pas qu'ici aussi ils aient une mauvaise image de moi. Je veux pas que les accueillis pensent que j'ai pas ma place ici parce que je m'habille de telle façon, parce que je fais mon brushing tous les jours. C'est pour ça qu'ici, je vais pas dire que je me néglige, mais je fais moins attention à moi. Je me fais plus la manucure, je fais plus rien ici »

Coller à l'image de la personne sans domicile est aussi une nécessité pour celles qui font la manche. Ainsi, *Samantha* (30 ans) explique qu'elle ne peut pas s'habiller de manière trop soignée lorsqu'elle fait la manche. Elle est donc contrainte de jouer un rôle, d'incarner un personnage.

« je fais la manche, donc je peux pas trop bien m'habiller non plus parce que si je m'habille trop bien, style pantalon à pince, petites chaussures, pour faire la manche, c'est pas évident quoi, donc il vaut mieux que je sois en survêt, baskets. J'évite de me maquiller. »

IV. 2. Mettre en valeur sa féminité

Si voiler les signes de féminité constitue pour certaines femmes un moyen de protection et de survie à la rue, d'autres femmes réinvestissent au contraire leur féminité dans une stratégie de (re)valorisation. Il s'agit pour elles de rester féminines, coquettes, de continuer à se maquiller afin de se sentir bien dans leur corps et de paraître agréables, voire attirantes dans le regard des autres. Cette attitude vise aussi à éviter d'être reconnue comme SDF et à éviter la stigmatisation.

Ainsi, *Catherine* (44 ans) porte généralement un tailleur et des escarpins. Ses cheveux courts sont bien coiffés et elle est légèrement maquillée. Elle passe une grande partie de ses journées à la recherche d'un emploi et à sa culture personnelle, dans une bibliothèque. Elle adopte donc l'image d'une femme active, qui ne stagne pas dans l'espace public mais qui le traverse pour se rendre à ses activités.

Pour *Fatima* (39 ans), cette valorisation de la féminité est poussée à l'extrême puisqu'il s'agit pour elle d'user de toutes les armes qu'elle lui procure afin de lutter contre les rapports de pouvoir auxquels elle est quotidiennement confrontée. Elle se trouve belle, elle sait qu'elle plaît aux hommes, elle revendique sa féminité et la met en valeur par son habillement, son maquillage, sa coiffure, ses postures...

« je m'habille hyper moulant. Depuis l'âge de 16 ans, je fais taille 38, j'ai pas de ventre, j'ai des plaques de chocolat ». « moi je suis habillée, sexy, hyper sexy : pantalon noir, ici, on voyait mes jambes, je mets quand même des collants par respect pour les musulmans. »

³³ Nous avons rencontré une femme (qui n'a pas fait d'entretien) vêtue de cuir noir et qui portait des bagues recouvrant tous ses doigts et munies de pointes en formes de griffes, destinées, selon à elle, à se défendre en cas d'agression.

Fatima se présente par ailleurs comme une femme « dominatrice » et « masculine » dans ses relations aux hommes : c'est elle qui prend les initiatives, qui « domine » les relations sexuelles, et elle se valorise d'apprendre les pratiques sexuelles à ses partenaires... Elle joue ainsi de sa féminité pour renverser à son profit les rapports de domination entre hommes et femmes : elle domine les hommes pour ne pas être soumise elle-même. Il faut signaler que *Fatima* a subi dès son jeune âge viols, attouchements, prostitution et tentative de mariage forcé, et que son corps, qu'elle met en scène et instrumentalise, a fait l'objet de nombreuses violences.

Pour plusieurs des femmes rencontrées, féminité se conjugue avec maternité et c'est à travers une maternité, réelle ou symbolique, qu'elles se valorisent. Le fait d'être mère ou d'être enceinte (que la grossesse soit réelle ou fantasmée) et de mettre en avant ce statut plutôt qu'un autre peut constituer un moyen de revaloriser une situation précarisée et de redorer une estime de soi dégradée. Pour les femmes qui n'ont pas d'enfant ou qui ne peuvent pas s'en occuper, investir des liens affectifs de substitution auprès d'animaux ou encore d'objets transitionnels est également une attitude courante de revalorisation de soi³⁴.

V. Le rapport aux hommes

V. 1. Les pressions masculines

Toutes les femmes rencontrées s'accordent pour affirmer qu'elles sont très régulièrement sollicitées par des hommes, qu'il s'agisse de ceux qui fréquentent les centres d'hébergement ou des autres. Parmi les femmes rencontrées, nous distinguerons celles qui ne cherchent pas à avoir de relations et qui doivent esquiver les avances masculines et celles qui au contraire sont prêtes à lier connaissance et à aller plus loin.

Les femmes qui ne désirent pas nouer de relations (les plus nombreuses) sont célibataires ou en couple. Elles ont affaire à des hommes dans la rue, les parcs, les gares, les lieux publics, les centres d'hébergement, et les institutions. Ces endroits sont autant de lieux de rencontre et de drague. Comme l'exprime *Chloé* (38 ans), « on peut bien se marier cinquante fois dans la journée ! » De la même manière, *Carine* (40 ans) est « effarée de voir à quel point les gens peuvent tomber amoureux en cinq minutes ». Les femmes doivent mettre en œuvre diverses tactiques pour déjouer ou éviter ces sollicitations.

L'insistance et la répétitivité des propositions soulignent la vulnérabilité des femmes seules sans abri. Étant en nombre très inférieur parmi la population des sans-domiciles, chaque femme a plusieurs « prétendants » potentiels au sein de cette population. Dans ces conditions, courtiser une dame et parvenir à nouer une relation et avoir des rapports sexuels avec elle fait l'objet d'un enjeu entre les hommes qui fréquentent le même centre d'hébergement ou le même groupe. Celui qui y parviendra gagnera en réputation mais suscitera aussi la jalousie, et ses concurrents n'hésiteront pas à tenter de séparer le nouveau couple. Les observations dans les centres et les discussions avec les hébergé(e)s montrent combien la formation d'un couple entraîne la mobilisation du groupe pour le séparer. Des propos et des éléments du passé de l'homme ou de la femme sont rapportés au partenaire dans le but de nuire à l'entente du couple.

³⁴ Vaneuville M.-C., 2005, *Femmes en errance. De la survie à l'existence*, Lyon, Chronique Sociale.

Les femmes qui souhaitent nouer des relations sont très sollicitées, mais les entretiens montrent qu'elles sont souvent abusées et déçues. Ainsi *Julie* (28 ans) a été très déçue par sa dernière relation. Elle a consenti à avoir des relations sexuelles avec un garçon inséré, ce qu'elle regrette. En effet, elle ne l'aimait pas particulièrement mais elle a « tout misé sur lui », elle s'est donnée à lui en espérant que leur relation serait sérieuse, qu'il l'épouserait et qu'il la sortirait de la rue. La situation sociale et économique des femmes rencontrées mène certaines à espérer une relation avec un homme inséré qui les sortirait de la rue. Plusieurs femmes se mettent ainsi dans une situation de disponibilité affective et sexuelle. Elles sont prêtes à nouer des relations et à avoir des rapports sexuels avec des hommes, quels que soient les sentiments qu'elles éprouvent à leur égard. On imagine bien la vulnérabilité de ces femmes face à des partenaires masculins qui peuvent profiter de la situation pour les courtiser, leur faire croire au grand amour, puis les délaisser ensuite. C'est aussi une vulnérabilité face aux MST et au sida lorsqu'une femme consent à des rapports non protégés pour prouver son engagement affectif par exemple.

Le fait de constamment être l'objet de demandes sexuelles renforce chez certaines femmes un sentiment de dévalorisation de soi et leur renvoie l'image dépréciée de la prostituée. Une femme seule qui passe ses journées dans l'espace public peut facilement être assimilée à une prostituée.³⁵ Du moins, elle passe pour une femme disponible et disposée à faire une rencontre. Cela induit une modification de l'usage de l'espace public : les femmes sans abri savent qu'elles doivent éviter de stationner dans la rue, surtout la nuit.

V. 2. Etre en couple dans la rue

La moitié des femmes que nous avons rencontrées se déclarent en couple au moment de l'entretien. Pour quatre femmes, le conjoint a un logement et elles fréquentent les foyers d'hébergement de manière ponctuelle, à la suite d'une dispute par exemple, ou parce que le petit ami ignore la situation. Deux femmes attendent la sortie de prison de leur compagnon. Trois femmes ont connu leur conjoint lorsqu'elles avaient encore un logement et la perte de ce dernier a suivi la mise en couple. Six femmes ont débuté leur relation de couple dans la rue.

Une étude sur les liens entre les relations intimes des femmes sans domicile et leur bien-être physique et mental souligne que les femmes qui connaissent des relations de couple non violentes ont une meilleure estime d'elles-mêmes et se sentent en meilleure santé physique et psychologique que les femmes victimes de violences conjugales et que celles qui ne sont pas en couple³⁶.

V. 2. 1. Les couples non conflictuels

Parmi les femmes en couple avec des hommes sans domicile, plusieurs connaissent des relations qu'elles disent satisfaisantes. La plupart d'entre elles affirment qu'il est plus facile de vivre la rue à deux que de la vivre seule en raison du soutien que chacun apporte à l'autre. Cependant, elles témoignent surtout du fait que la vie à la rue met les couples à rude épreuve et que les lieux d'accueil et d'hébergement sont trop rarement conçus pour les couples. Ainsi, l'absence d'intimité va à l'encontre de la construction du couple, de

³⁵ Handman M.-E. et Mossu-Lavau J., 2005, *La prostitution à Paris*, Paris, La Martinière.

³⁶ Nyamathi A., Wenzel S., Keenan C., Leake B. et Gelberg L., 1999, « Associations Between Homeless Women's Intimate Relationships and their Health and Well-Being », *Research in Nursing and Health*, 22 : 486-495.

l'entente conjugale, et des relations, tant affectives que sexuelles. Plusieurs femmes disent que ce n'est pas tant le fait de pouvoir faire l'amour dans un endroit intime qui pèse sur les relations conjugales, que le fait de pouvoir parler en toute intimité. Ne pas ou ne plus pouvoir échanger de mots intimes, se toucher, s'embrasser constitue un obstacle à la constitution du couple et conduit souvent à l'effritement du lien amoureux. L'impossibilité d'avoir des relations sexuelles lorsque l'on en a envie mène aussi à l'éloignement des conjoints, même si quelques femmes affirment que leur relation conjugale n'est pas fondée sur la sexualité. Les récits soulignent que les relations sexuelles sont rares, voire exceptionnelles et qu'elles ont uniquement lieu lorsque le couple a un hébergement pour couple, type « hôtel social », ou lorsqu'il peut payer exceptionnellement une chambre d'hôtel. La sexualité se faisant plus rare, les désirs et les plaisirs « s'émoussent » et les liens amoureux se distendent.

Cependant, certains couples parviennent à se construire et à durer, comme celui de *Solange* : à 23 ans, elle est avec le même homme depuis dix ans (il a dix ans de plus qu'elle). Mais son récit montre que si la relation conjugale a pu se construire et se maintenir, c'est parce que les épisodes d'errance ont alterné avec des périodes de plus grande stabilité où ils avaient un hébergement et où au moins l'un des deux avait un emploi.

La majorité des femmes en couple déplorent la rareté des hébergements pour couple. La prise en charge sociale des personnes sans domicile et les aides qui leur sont apportées ne prennent pas en compte leur droit à avoir une intimité et une sexualité. Le problème de la sexualité des personnes sans abri est le plus souvent dénié. C'est notamment ce que dénonce *Juliette* (27 ans) :

« moi, on m'a jamais posé ce que vous me dites là, jamais on m'a parlé de sexualité et tout ça dans les centres, à part 'protégez-vous', vous voyez ce que je veux dire ? A part ça, rien d'autre, aucun entretien ou des trucs comme ça, rien. Je trouve que c'est, que ça aurait pu, ça m'aurait aidée, moi, auparavant. »

C'est aussi ce que dénonce *Noëlle*, 46 ans, lorsqu'elle dit : « on a l'impression d'être frustré, puni et qu'on n'a pas droit, on n'a pas droit alors on n'y fait plus attention. » La sexualité serait donc réservée aux personnes socialement insérées. Or, un tel déni de la sexualité des personnes sans domicile³⁷ est incompatible avec une prévention efficace des risques liés à l'activité sexuelle (grossesses non désirées, MST, violences sexuelles...). Et la simple injonction de protection (« Protégez-vous ») est loin de suffire à se prémunir contre tous ces risques.

V. 2. 2. Les conjoints violents

Parmi les femmes en couple que nous avons rencontrées, trois dénoncent subir des violences de la part de leur conjoint. Cependant, les récits soulignent la fréquence des violences conjugales dont les femmes rencontrées ont été victimes à un moment de leur vie. Pour certaines, ces atteintes ont précédé et entraîné le passage à la rue. Comme l'enquête sur les violences envers les femmes en France (Enveff) l'a montré, ces violences

³⁷ De la même manière, la sexualité des personnes handicapées a longtemps été déniée (Giami A., Humbert C., Laval D., 2001 [1983], *L'ange et la bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, Paris, Editions du CTNERHI).

sont caractérisées par des atteintes physiques, psychologiques, verbales et par des abus sexuels³⁸.

Deux femmes (34 et 50 ans) déclarent subir des violences conjugales au moment de l'entretien, de la part de conjoints qui sont, comme elles, sans domicile. Ces violences sont d'ordre physique et verbal uniquement (ils n'ont jamais de relations sexuelles). En outre, s'ils se présentent comme des « couples » dans les centres, ces deux femmes précisent qu'elles ne se considèrent pas comme étant en couple avec ces hommes avec lesquels elles passent leurs journées. Dans les deux cas, ces compagnons se montrent très agressifs, très insultants et physiquement violents, surtout lorsqu'ils sont alcoolisés (ce qui est quotidien). On peut supposer que ces deux femmes restent avec des compagnons aussi violents pour lesquels elles n'éprouvent pas de réel attachement affectif pour ne pas rester seules dans la rue. Une protection, même illusoire (toutes deux relatent des agressions au cours desquelles leur compagnon n'a pas été d'un grand secours), semble légitimer le fait de subir des atteintes physiques, verbales et psychologiques. Dans ces circonstances, ne pas obtenir d'hébergement pour couple est un avantage puisque cela évite de passer la nuit avec un compagnon violent.

« Il est violent avec vous ?

Très. C'est pour ça que j'en veux pas moi d'un hôtel. Qu'il reste ici. Au moins on est séparés les femmes des hommes.

En fait ça vous arrange...

Ca m'arrange d'être ici. Au moins je suis avec des dames, elles sont ce qu'elles sont, elles ronflent, elles ronflent pas... Je veux pas retourner à l'hôtel avec lui hein, ah non ! » (*Emmanuelle*, 50 ans)

Une autre femme (21 ans) affirme subir des violences physiques et sexuelles de son petit ami, qui, lui, a un logement. Leur relation, relativement récente, semble basée sur l'échange : il lui donne de la drogue, l'héberge ponctuellement et lui fait espérer qu'il l'aidera à quitter la précarité. En échange, elle « cède »³⁹ à des rapports sexuels violents, des pratiques non désirées et des brutalités physiques. Malgré la gravité de ces atteintes (qui ont notamment provoqué une fausse-couche), elle affirme vouloir rester avec lui et avoir un enfant avec lui. Elle a si peu de perspectives d'avenir qu'elle se raccroche à l'image du couple et de la famille comme moyen d'« oublier ses problèmes ». On mesure combien être en couple avec un homme inséré peut représenter une situation de domination et de soumission pour une femme sans domicile. L'hébergement et l'espoir d'une vie meilleure ou du moins « normale » peuvent mener à de nombreux abus de la part de conjoints qui profitent de la vulnérabilité de ces femmes, abus auxquels elles ont rarement les moyens d'échapper.

³⁸ Jaspard J. *et al.*, 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, La Documentation française.

³⁹ Mathieu N.-C., 1985, « Quand céder n'est pas consentir », in Mathieu N.-C., *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Editions de l'EHESS, 169-245.

VI. Les centres d'hébergement, un environnement violent

Les entretiens montrent que les femmes perçoivent les centres d'hébergement comme des endroits où elles sont susceptibles d'être victimes d'agressions verbales, voire physiques, et de vols, de la part d'hommes ou de femmes. Les relations entre hébergé(e)s sont présentées dans les récits comme des relations souvent tendues et agressives, cette agressivité étant notamment liée à la consommation d'alcool⁴⁰. La peur de se faire insulter ou voler ses affaires, ou encore la crainte d'assister à des rixes ou des bagarres conduisent plusieurs femmes à éviter tout contact avec les autres hébergé(e)s et à demeurer isolées autant que possible. D'autres femmes préfèrent au contraire nouer des liens avec quelques autres femmes hébergées qu'elles tentent de retrouver chaque soir. Le groupe forme alors un noyau sécurisant. Pour d'autres, il s'agira davantage de nouer une relation affective avec un homme hébergé qui jouera un rôle de protecteur. La jalousie et les rivalités entre les hébergé(e)s sont aussi évoquées dans les récits comme source de tensions et de conflits. Par ailleurs, la plupart des femmes rencontrées ne s'identifient pas à des « clochardes » ni à certaines autres femmes hébergées. Le fait de se trouver au contact d'individus perçus comme différents et de devoir dormir près d'eux est source de malaise qui peut conduire certaines femmes à éviter de dormir dans les centres.

Enfin, un autre type de violence perçu dans les centres d'hébergement vient de l'institution elle-même. Le fait de dormir dans des endroits perçus comme sales et malsains, de devoir se laver dans des lieux parfois souillés et d'être au contact d'individus perçus comme sales, malades ou alcooliques engendre des peurs et est vécu comme une atteinte à sa propre humanité. Plusieurs femmes témoignent avoir été choquées par la présence de rats dans les centres ou dans leur dortoir. Mais plus encore que la présence de ces bêtes, c'est la réaction d'une hébergée qui a surpris *Julie* (28 ans) :

« En fait, j'entendais des trucs dans ma chambre. Y avait une femme à côté, elle était éveillée, je lui fais : 'Madame, Madame, vous êtes réveillée ?', elle me fait : 'oui, pourquoi ?', je lui fais : 'y a un rat ici', 'ben laisse-le, laisse-le, dors, dors', normal comme si y a rien, comme si y avait rien. Mon Dieu, j'aurais jamais imaginé. »

La voisine de chambre de *Julie* semble considérer comme normale la présence de rats dans sa chambre. Une telle banalisation de la violence institutionnelle montre combien certaines personnes sans domicile depuis plusieurs années ont intégré l'idée selon laquelle elles ne mériteraient pas mieux que de dormir près de rats.

⁴⁰ Si la consommation d'alcool est interdite dans les centres, certain(e)s hébergé(e)s se présentent à l'accueil en étant déjà alcoolisé(e)s.

VII. Conclusion

Les femmes rencontrées témoignent d'une bonne connaissance des lieux où elles peuvent se rendre et des services auxquels elles peuvent recourir pour parer à leurs besoins les plus immédiats : manger, dormir, se laver, aller aux toilettes, se procurer des vêtements propres. Elles développent des compétences pour s'adapter aux conditions de vie dans la rue, pour tenter de préserver leur estime d'elles-mêmes, pour jouer de leur féminité en la voilant dans un souci de protection ou au contraire en la montrant pour paraître « normale ».

Cependant, l'enquête a mis en évidence que les lieux et services à la disposition des femmes sans domicile présentent certains manques ou inconvénients et demanderaient à être réaménagés. En outre, il apparaît au regard des entretiens que si la prise en charge sociale des besoins primordiaux est assurée, tout un pan des besoins perçus comme étant moins légitimes et qui ne relèvent pas de l'urgence est laissé de côté. Il en est ainsi de ce qui concerne les soins apportés au bien-être du corps (toilette intime, hydratation de la peau, soins des cheveux, épilation...) et à la présentation de soi (maquillage, vêtements, coiffure, manucure...). Il en est de même en ce qui concerne la culture ou la lecture. La sexualité et le bien-être des couples sont également totalement ignorés. Les lieux d'accueil et d'hébergement et les institutions dans leur ensemble devraient davantage proposer des services qui ne relèvent pas exclusivement de l'urgence et de la réinsertion sociale, et prendre en considération ces aspects, qui participent du maintien de l'estime de soi.

Par ailleurs, l'enquête montre la multiplicité des violences auxquelles les femmes sans domicile sont exposées et la diversité des acteurs à l'origine de ces violences. La stigmatisation sociale et le regard dépréciatif des autres (personnes insérées, acteurs sociaux, famille...) constituent une première violence. Un second type de violences vient de l'omniprésence du regard masculin et des pressions constantes exercées par des hommes (sans domicile ou insérés) qui tirent parti de la vulnérabilité de ces femmes en obtenant d'elles de la sexualité contre un hébergement, une protection ou simplement l'espoir d'un avenir meilleur ou d'une normalité sociale (avoir un conjoint et des enfants). Les violences conjugales infligées aux femmes rencontrées dans la situation d'exclusion ou en amont ; les risques d'agression dans la rue et les espaces publics ; l'agressivité des personnes hébergées dans les centres ; les violences institutionnelles sont autant de violences auxquelles les femmes sans domicile sont quotidiennement confrontées, qui s'ajoutent parfois à des situations de violences physiques, sexuelles et psychologiques vécues dans l'enfance et au cours de leur vie.

Chapitre 2. Les recours aux soins⁴¹

Introduction

Différents travaux français ont été consacrés aux modalités de recours aux soins chez les personnes sans domicile, à Paris⁴² (1995), au niveau national⁴³ (2000), chez celles en situation précaire consultant dans les centres gratuits⁴⁴ (1996) ou dans cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France⁴⁵ (2001). La fréquentation de médecins dans les 12 derniers mois, retrouvée dans chaque étude, était peu différente de celle de la population générale alors que les pathologies déclarées étaient plus nombreuses. S'il semble exister un accès aux soins des personnes sans domicile, celui-ci ne semble pas adapté au niveau de morbidité ressentie. Le taux d'hospitalisation dans l'année, 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population ayant un logement³, s'interprète comme la conséquence d'un recours tardif aux soins c'est-à-dire à un stade aggravé de la maladie. Les femmes étaient plus souvent hospitalisées que les hommes sans que les grossesses et accouchements puissent expliquer cette différence^{43, 46}.

Les lieux de recours aux soins, dans l'étude parisienne, étaient des structures de soins collectives non spécifiques (hôpitaux, dispensaires), et dans 12% des cas des cabinets médicaux privés. Les centres de soins gratuits représentaient 17% des recours (Médecins du Monde 11% des cas, autres associations 6%)⁴³.

Pour comprendre les modalités de recours aux soins des femmes que nous avons rencontrées, nous nous sommes inspirés du modèle des déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins proposé par le réseau de recherche SIRS (Santé, Inégalités, et Ruptures Sociales)⁴⁶.

Les chercheurs du réseau SIRS considèrent que les individus sont à la fois soumis aux contraintes et au poids de leur environnement mais aussi sujets de leurs comportements liés à la santé. Ils soulignent que « le rapport à la santé et au système de soins, les comportements et habitudes de vie ainsi que les recours (non recours) au système médical, parce qu'ils renvoient à des processus sociaux, s'inscrivent dans des enjeux qui débordent évidemment du cadre thérapeutique »⁴⁷.

⁴¹ Ce chapitre a été rédigé par Anne Laporte, dans une perspective sociologique et de santé publique.

⁴² Lecomte T., Mizrahi An., Mizrahi Ar., 2000, Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris. In Marpsat M. et Firdion JM., La rue et le foyer. Paris, PUF-INED.

⁴³ B de la Rochère, 2003, La santé des sans-domiciles usagers des services d'aide. INSEE Première, n°893.

⁴⁴ P Chauvin, I Parizot, J Lebas, 2001, Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet *PRECAR*. In : M Joubert, P Chauvin, F Facy, V Ringa. Précarisation, risque et santé. Paris : Editions de Inserm., p.99-117.

⁴⁵ I Parizot, P Chauvin, JM Firdion, S Paugam. Santé, Inégalités, ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Île-de-France. In : Collectif. Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004. Paris : La documentation française ; 2004. p. 367-414.

⁴⁶ P Chauvin, I Parizot, 2005, Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire. In : P Chauvin, I Parizot & S Revet. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris : Editions de l'Inserm, p.1-15.

⁴⁷ P Chauvin, I Parizot, 2005, op. cit. p.8.

Les « déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins » sont nombreux. Ils peuvent être définis comme les caractéristiques comportementales des individus, leurs représentations de la santé et de la maladie, l'attention portée à leur santé et la hiérarchisation de leurs besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux. Ces déterminants renvoient aussi à des caractéristiques « psychosociales » -comme l'estime de soi, les capacités individuelles d'adaptation, la perception de sa propre efficacité à faire face-, à l'intériorisation des normes médicales et aux expériences antérieures personnelles et familiales de la maladie et du recours aux soins. L'insertion sociale, comprise comme le niveau d'insertion, l'identité sociale et le support social, et les conditions de vie (travail, mode de vie) comptent aussi parmi ces déterminants. Enfin, l'accès aux soins et la consommation médicale dépendent des circuits d'accès, de l'orientation des malades par les intervenants médico-sociaux, des niveaux de couverture sociale, de la nature de la relation thérapeutique avec les médecins, des cadres d'engagement de ces derniers ou de la manière dont les patients sont traités.

De nombreux travaux nord-américains sur lesquels nous nous sommes appuyés aussi, sont basés sur le même type de modèle, appliqué et adapté à une population de personnes sans domicile⁴⁸.

Notre objet d'étude est le recours aux soins gynécologiques, nous allons cependant dans une première partie nous intéresser au recours aux soins en général, faisant l'hypothèse que le recours aux soins gynécologiques est un comportement de santé dépendant d'une attitude plus générale vis à vis des soins. Dans une seconde partie nous nous intéresserons plus particulièrement au recours aux soins gynécologiques des femmes rencontrées.

I. Le recours aux soins (hors gynécologie)

Les barrières d'accès aux soins ne sont pas liées, pour les femmes de l'étude, à des problèmes d'accessibilité géographique ou financiers. Elles bénéficiaient dans les lieux où nous les avons rencontrées de consultations médicales quotidiennes gratuites, générales ou spécialisées, que ce soit dans les centres d'hébergement ou à l'accueil de jour. Comme nous l'avons vu plus haut de nombreux autres facteurs peuvent venir limiter l'accès aux soins.

Nous avons séparé les femmes interviewées selon leurs modalités de recours aux soins. Pour chaque type de recours (préventif, curatif ou tardif) nous avons mis en regard leur rapport à la maladie (santé ressentie, attention portée à la santé), leur estime de soi, leur identité sociale (par rapport au groupe de sans domicile), leur type de support (soutien) social, leur mode de vie (addictions), leurs expériences (placements, violences).

Les femmes rencontrées se sont présentées à l'intervieweur en bonne ou mauvaise santé. Se déclarer en bon ou mauvais état de santé ne dépend pas uniquement de données biologiques. La maladie est aussi socialement définie comme l'ont montré de nombreux sociologues à partir des années cinquante à la suite de Talcott Parsons⁴⁹. La maladie constitue toujours un état pourvu de significations sociales : être malade ou bien portant

⁴⁸ Gelberg L, Andersen R, Leake B., 2000, The behavioural model for vulnerable populations : application to medical care use and outcomes. *Health Service Research*; 34 (6): 1273-1302.

⁴⁹ T Parsons, 1948, *Illness and the role of the physician*. In: C Kluckhohn & HA Murray, *Personality in Nature, Society and culture*, New York, AA Knopf.

n'est jamais socialement équivalent. En général, la bonne santé s'identifie à la norme – être en bonne santé c'est être « normal »- et être malade c'est être « anormal ». La norme de santé ne renvoie pas qu'à l'état organique individuel, comme l'a montré G. Canguilhem⁵⁰. Pour lui la santé se définit par la capacité pour l'homme de maîtriser son environnement physique mais aussi social. La maladie et la santé se définissent donc en fonction des attentes et des exigences liées à l'environnement, aux relations familiales et professionnelles et aux autres réseaux sociaux.

Les personnes en situation de grande précarité expriment plus souvent que le reste de la population un mauvais état de santé. En effet, 16% d'entre eux se déclaraient en mauvaise santé comparé à 3% de la population ayant un logement⁵¹. L'état de santé, bien que se dégradant avec la situation sociale et proportionnellement à la durée de vie passée dans la rue, n'est pas uniquement lié aux conditions socio-économiques. L'étude dans cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France réalisée par le réseau SIRS, à partir de leur modèle sus décrit, a montré que la santé ressentie, physique et psychologique, était significativement liée notamment au fait d'avoir vécu des ruptures sociales, à l'estime de soi ou à la priorité accordée à la santé⁵². Le nombre de maladies chroniques apparaissait corrélé à l'état de santé ressenti : chaque maladie déclarée multipliait par 1,8 le risque de ne pas se déclarer en très bonne ou excellente santé. Une mauvaise estime de soi correspondait à un risque 2,8 fois plus élevé de déclarer un moins bon état de santé. La santé physique perçue était significativement plus faible chez les femmes et décroissait avec l'âge, de même la santé psychique perçue était moins bonne chez les femmes (elles répondaient par l'affirmative 2,4 fois plus que les hommes sur l'existence de troubles émotionnels). Les variables sociales ou psychosociales qui apparaissaient très corrélées à la santé mentale étaient : l'existence de ruptures sociales dans l'enfance, l'existence passée ou actuelle de violences intra-familiales, un faible sentiment de cohérence, des expériences de racisme ou de discrimination dans la vie professionnelle et/ou une plus grande préoccupation de santé que la plupart des gens.

Parmi les femmes interviewées plus de la moitié (17/30) se sont présentées en mauvaise santé.

I.1. Un recours préventif aux soins

Nous avons inclus dans ce groupe les femmes sans problème de santé qui déclaraient recourir aux soins régulièrement pour faire un bilan de santé (prévention primaire) et celles qui avaient un recours régulier du fait du suivi d'une pathologie ou d'un handicap (prévention secondaire).

Chez certaines femmes, qui ont perdu leur domicile, qui n'ont plus de ressources financières, la santé peut être le dernier bien à protéger. Ainsi des femmes, qui se sont présentées en bonne santé, ne mentionnant aucun problème de santé en cours ou d'antécédents notables, déclaraient faire des bilans de santé annuel de leur propre initiative. Il s'agissait de femmes depuis moins d'un an dans la rue, qui possédaient une bonne estime

⁵⁰ G Canguilhem, 1966, *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF.

⁵¹ B de la Rochère, 2003, op. cit.

⁵² I Parizot, P Chauvin, JM Firdion, S Paugam., 2004, op. cit.

d'elles-mêmes, un soutien social composé de personnes de leur famille (à distance), des ressources propres leur permettant de faire face.

Ainsi *Catherine* (44 ans), est une femme qui fait très attention à son allure et à sa santé qu'elle préserve comme un capital. Elle préfère utiliser ses ressources pour s'alimenter correctement plutôt que d'aller à l'hôtel.

« *Vous vous intéressez à votre santé ?*

Oui, oui, si vous voulez, je suis très soigneuse, j'aime bien, j'aime bien l'être parce que je sais qu'un jour ou l'autre si je tombe vraiment malade, là, je verrais ce que c'est l'enfer parce que je supporte mal à être en place, sans bouger, souffrir et tout. C'est pour ça, je dois faire attention à ma santé. (...) Je lui ai montré le résultat parce que moi j'ai fait le bilan de santé tous les ans. »

Ces femmes ont peu de relations avec les autres femmes qu'elles côtoient dans les centres et se rapprochent plus des encadrants. Malgré leur isolement, elles ont réussi à maintenir l'engagement et la cohérence de leurs actes de santé.

Chez d'autres femmes, cet état de bonne santé ressentie était déclaré malgré la présence de maladie chronique (cancer, troubles psychiatriques, asthme, ...) ou de handicap (moteur). Pour certaines, le fait de se présenter en bonne santé (physique) permettait d'éloigner le handicap (*Julie*) ou la maladie (*Hélène*). Pour *Solange*, une maladie chronique héréditaire n'était pas vécue comme un problème car elle représentait le lien de filiation. Ces femmes étaient suivies régulièrement dans le cadre de consultations hospitalières spécialisées. Elles avaient une bonne estime d'elles-mêmes avec une forte capacité à faire face. Leur support social était composé de personnes de leur famille, d'amis insérés et de travailleurs sociaux. Elles fréquentaient peu les autres personnes sans domicile, qu'elle que soit leur âge et leur durée de vie sans domicile.

Ainsi *Solange* (23 ans), dans la rue depuis l'âge de 13 ans, est soutenue par son mari, « Nous, c'est surtout le dialogue, le soutien », sa marraine qui a la garde de sa fille, sa meilleure amie qui la soutient psychologiquement et financièrement et une assistante sociale qui la suit depuis longtemps. Elle fréquente peu les jeunes en errance. Dans les centres d'hébergement, elle fréquente plutôt « les éducateurs ».

Parmi les femmes qui se sont présentées en mauvaise santé, quelques-unes sont atteintes de maladies chroniques graves qui nécessitent un suivi hospitalier avec des bilans réguliers (*Jane, Sofia, Isabelle, Marion*). Ces femmes ont connu la rupture sociale à l'âge adulte et sont pour la majorité depuis moins d'un an dans cette situation. Ainsi, leur maladie n'est pas en relation avec une dégradation de leur santé du fait d'une longue période de vie dans la rue. Ces femmes parlent volontiers de leur problème de santé à l'exclusion d'une qui préfère rester « évasive ». Elles ont un recours actif aux soins (prévention secondaire) dans des services hospitaliers spécialisés.

Ces femmes ne se présentent pas pour autant avec une identité de malade, elles ont une bonne estime d'elles-mêmes et certaines comptent sur la résolution de leur problème de santé pour s'en sortir; retrouver du travail et un logement (*Jane, Isabelle*). D'autres ne se projettent pas bien dans l'avenir et invoquent la volonté de Dieu (*Marion*). Être sans domicile constitue une contrainte supplémentaire dans la gestion de la maladie, mais celle-ci peut représenter aussi un bénéfice secondaire par rapport à l'hébergement et faciliter les demandes de prolongations ou le choix des chambres.

« Depuis ce moment-là et depuis que tu es dans les centres, tu accèdes facilement aux soins ?

Ah oui, oui, mais c'était dur. Le 115 a été informé par fax [par l'hôpital] comme quoi on doit me laisser dans les chambres seules ou à deux, de malades, parce que j'ai un traitement à longue durée. Donc, le début ça a été vachement dur... » (*Marion*)

Parmi les plus jeunes femmes rencontrées, certaines (*Nadia, Aude, Myriam*) mentionnent des éléments somatiques peu graves (anémie, fatigue, courbatures, maux de tête) qui semblent en lien avec leurs inquiétudes sur la situation sociale qu'elles sont en train de vivre. Ces jeunes femmes, qui ont des parcours de vie chaotiques du fait de placement dans l'enfance, de migration ou d'errance adolescente, consultent volontiers dans les centres de soins gratuits des associations.

Les centres de soins gratuits, dans le dispositif sanitaire français, peuvent être intégrés à l'hôpital⁵³ ou relever d'une association. I. Parizot⁵⁴ a montré que si ces centres partageaient la même référence à l'éthique médicale et au principe d'égalité des soins, leur intervention auprès des personnes relevait de conceptions différentes. Elle distingue deux univers symboliques de la prise en charge socio-médicale, l'univers symbolique *humaniste* (associations) caractérisé par la prise en compte de la personne dans sa spécificité et la création d'une relation affective entre les patients et le personnel favorisant la création de liens sociaux ; l'univers symbolique *médical* (hôpital) qui renvoie plus à la compétence médicale et à l'égalité des soins pour tous, sans distinction entre patients selon leurs difficultés sociales. Il est associé à un lien social de citoyenneté.

Ainsi *Nadia* (25 ans), qui a été placée à l'adolescence dans des familles d'accueils et foyers, est fatiguée de cette vie collective et de cette promiscuité avec des personnes sans domicile. Elle a une bonne estime d'elle-même, elle est sûre de s'en sortir - « Je sais que je vais réussir ma formation parce que j'ai envie de ce métier. Je sais qu'un jour j'aurais mon appartement... » - et attend que ses problèmes dentaires soient réglés pour trouver du travail. Elle a rencontré dans une association une femme médecin qu'elle appelle par son prénom, avec laquelle elle a noué une relation qui comprend, outre la gestion des problèmes médicaux, une dimension affective. Ce lieu constitue pour elle un repère, lui donne un peu de stabilité dans cette vie mouvementée, de l'écoute et une disponibilité dont elle a manqué.

« Tu la vois tous les combien à peu près ?

Ben quand moi j'ai envie de la voir, en fait. Elle me prend sur rendez-vous. (...) Pour lui parler de tout, de ma santé. Comme elle a un dossier sur moi... Là, je suis suivie par le docteur P. et là, elle veut le bilan de santé qu'ils ont fait en photocopie. Comme ça, elle sait ce que j'ai.

Tu peux discuter avec elle ?

Oui, avec elle, je parle tranquille.

Dans une année, tu vas la voir tous les combien ?

Ben j'ai été la voir aujourd'hui, mais je la vois tous les jours parce qu'elle accueille des femmes, mais elle m'a dit : « quand tu veux ». J'ai été la voir aujourd'hui pour lui parler de mon problème de ventre parce que j'ai un peu la gastro. Et puis elle m'a redonné une autre plaquette de pilules et puis c'est tout. »

Le cas de *Nadia* illustre bien l'importance d'avoir un lieu fixe pour le recours aux soins, qui prendrait la place du médecin de famille des personnes insérées. Ce facteur a été retrouvé

⁵³ Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), mises en place par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

⁵⁴ Parizot I., 2003, Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits. Paris : PUF.

dans la plupart des études nord-américaines sur les barrières d'accès aux soins des femmes sans domicile comme élément d'explication d'une absence de recours lors de besoins de soins ressentis^{55,56}.

I.2. Un recours curatif aux soins

Nous retrouvons dans ce groupe les femmes qui ont passé de nombreuses années en situation de grande précarité ou de jeunes femmes qui ont des vécus d'errance. Elles ont des antécédents médicaux lourds liés aux conditions de vie à l'extérieur, à des addictions (alcool ou drogue –*Yasmina, Barbara, Juliette*), à des troubles psychiatrique (*Noëlle*), ou à des violences physiques ou sexuelles subies (*Yasmina, Noëlle, Barbara, Juliette*). Ces femmes cumulent ainsi tous les risques liés à l'exclusion sociale.

Une étude chez des femmes sans domicile de Los Angeles a mis en évidence l'association entre un certain nombre de facteurs et le fait d'avoir des besoins de santé ressentis non couverts⁵⁷. Ces facteurs étaient un antécédent de viol avant 18 ans, une dépression majeure, une addiction à l'alcool, aux drogues, une durée de vie passée dans la rue supérieure à 1 an, un nombre de symptômes élevé, l'absence d'un lieu régulier de consultation pour les soins.

Dans la mesure où l'état somatique ou psychique des femmes rencontrées a nécessité des soins, elles ont acquis des savoir-faire dans le recours au système de soins et l'utilisent en cas de besoin.

Noëlle (46 ans), sans domicile fixe depuis plus de 10 ans, montrera à l'enquêteur une utilisation rationnelle de l'offre de soins.

« Est-ce que vous êtes suivie par un médecin ?

Euh... Quand j'ai quelque chose de trop grave, je vais dans un dispensaire, c'est pas cher. Par exemple, j'ai des ennuis avec les articulations, je vais faire une radio, je demande un rendez-vous. Je prends rendez-vous pour les articulations ou pour la gastro, mais en ce moment j'ai plus de problèmes du tout, j'ai plus besoin. Je vois pas pourquoi j'irai. »

Le mode de recours en général est l'hôpital. Un événement de santé grave a pu fidéliser la personne à un hôpital en particulier. Il semble que chez ces femmes plus marginalisées (longue période d'errance, addictions) et sans doute stigmatisées, le biais de désirabilité sociale ait particulièrement fonctionné.

Yasmina (41 ans), sans domicile fixe depuis 7 ans, ancienne usagère de drogue, présente à l'enquêteur, vis-à-vis de son comportement de santé, une attitude en opposition à celle qu'elle avait antérieurement, avec un recours aux soins et une attention excessive portée à sa santé. Bien que décrivant un recours à l'hôpital, presque tardif, *Yasmina* évoquera plusieurs fois au cours de l'entretien son médecin de famille.

« Vous fréquentez un médecin quand vous avez un problème de santé ? Vous venez de me dire que vous alliez à Saint-Joseph.

A Saint-Joseph, sinon j'ai mon médecin de famille. Je tombe pas souvent malade, mais quand je tombe malade, je retourne, c'est clair.

Quand vous tombez malade, vous allez directement voir un médecin ou vous attendez ?

⁵⁵ Heslin K.C., Andersen R.M., Gelberg L., 2003, Case management and access to services for homeless women. *J health care Poor Underserved*; 14(1): 34-51.

⁵⁶ Lewis JH., Andersen RM., Gelberg L., 2003, Health care for homeless women- Unmet needs and barriers to care. *J Gen Intern Med* ; 18 :921-928.

⁵⁷ Heslin K.C., Andersen R.M., Gelberg L., 2003, op. cit.

Non, j'attends déjà, j'attends d'avoir beaucoup de fièvre, si je vois... J'attends que je sois fiévreuse, si je vois que ça va vraiment pas, c'est l'hôpital, les urgences, direct, direct. »

Ces femmes depuis longtemps dans une situation d'errance ont un réseau social centré sur leur compagnon. *Noëlle* se reconnaît comme « SDF » mais a très peu de relations avec les autres sans-domiciles et ne projette pas de les approfondir. *Yasmina* ne se démarque pas des autres sans-domiciles, elle a ses habitudes dans les centres d'hébergement, mais ne semble pas intégrée pour autant dans un groupe.

Pour les plus jeunes femmes, le recours se fait volontiers par le biais des centres de soins gratuits. La majorité d'entre elles ont vécu des ruptures sociales jeunes, elles ont été placées ou ont quitté le domicile familial à l'adolescence. Elles ont ainsi vécu déjà un certain nombre d'années dans la rue. Ce qui différencie celles qui ont un recours curatif aux soins des autres (recours préventif), ce ne sont ni les événements traumatiques de l'enfance (séparations, pertes de proches, placements), ni les violences physiques et sexuelles, qu'elles partagent, mais la consommation de drogues.

Ces jeunes (*Barbara*, *Juliette*), comme les femmes adultes que nous venons de présenter, cumulent aussi tous les risques. Compte tenu de leurs expériences y compris la prison, elles ont déjà eu à faire au système de soins hospitalier (Tuberculose, désintoxication, tentative de suicide). Les recours aux soins qu'elles vont pourtant évoquer au cours de l'entretien sont les services gratuits des associations. Il semble qu'elles aient trouvé là une approche plus « humaine », plus adaptée à leur parcours marginal, plus tolérante vis-à-vis de leur comportement « déviant ». On retrouve là l'importance du cadre d'engagement des médecins comme facteur de recours aux soins, ici « humanitaire », décrit par I. Parizot⁵⁸.

Par ailleurs, ces jeunes sont en couple. Leur réseau social est essentiellement centré sur le compagnon, sans relations avec les autres jeunes sans domicile.

Ainsi *Barbara* (21 ans), est une jeune consommatrice de drogue en situation d'errance, ayant subi de multiples violences sexuelles, physiques, qui vit dans la prise de risque permanente et consciente mais sans pouvoir modifier son comportement. Du fait de sa mobilité géographique, elle consulte dans différents lieux et différents types de structures de soins. Pour la tuberculose qu'elle a développée l'année passée, elle dit s'être faite soigner à Dunkerque (à l'hôpital) ville où vit sa mère ; elle voit un médecin à Paris : « c'est le docteur qui me donne des cachets pour le manque », elle a eu recours à l'hôpital 2 jours avant l'entretien : « Ouais, j'ai été à l'hôpital [pour mes kystes aux ovaires] y a deux jours parce que j'avais mal. ». Dans ce nomadisme médical, un seul lieu sort de l'anonymat : la consultation de gynécologie de l'association Cœur des Femmes.

De même *Juliette* (27 ans) est en errance depuis 7 ans. Elle dira faire plus attention à elle depuis qu'elle a eu son bébé, phénomène observé chez les femmes sans domicile durant la grossesse ou dans les périodes l'entourant (cf. chapitre 3). Ceci peut être rapporté aussi à la situation d'entretien (désirabilité sociale) ou à un rapport particulier à la maladie du fait du problème grave de santé de son compagnon, dont elle ne veut pas parler, ou du handicap physique dont elle est atteinte (observation de l'enquêteur). Elle justifiera un recours irrégulier par une relation non satisfaisante avec les médecins généralistes qu'elle opposera aux médecins plus « humains » des centres de soins gratuits.

⁵⁸ Parizot I., 2003, op. cit.

« Est-ce que vous fréquentez un médecin ou un dispensaire quand vous avez un problème de santé ?

Non, mais ça va se faire, c'est en train de se faire. Voir quelqu'un pour un suivi.

Avant, pourquoi vous n'allez pas voir de médecin ?

Euh, parce que... Tous les médecins sont compétents, je dis pas le contraire, mais je sais pas comment dire ? Les médecins que j'ai souvent eus sont un peu..., je vais dire un petit peu... C'est comme s'ils s'en foutent de la personne, de la personne elle-même, qui pense juste à l'ordonnance, tac, tac, tac. Y a pas d'humanité et moi je trouve ça un peu... C'est pas... c'est comme si la maladie, de pas expliquer la maladie qu'à la personne, voilà, c'est un peu comme ça.

Comment vous faisiez quand vous étiez malade ?

Ben je prenais l'annuaire, non, je plaisante. J'allais à Saint-Mandé de Tourelle, parce que là-bas, y a des médecins que je connais, y en a trois. »

I.3. Un recours tardif aux soins

Les femmes déclarant un recours tardif aux soins sont aussi celles qui ont passé de longues années en errance, en général à partir de l'adolescence, alternant les centres d'urgence avec des habitats précaires (rue, squats, etc.) et cumulant de nombreux antécédents médicaux. Elles ont aussi subi des violences physiques et sexuelles. Elles diffèrent des femmes présentées dans la section précédente (*Noëlle, Yasmina*) par la persistance d'une addiction à l'alcool. L'alcool représente à la fois le besoin très prioritaire qui leur impose de partir tôt chaque matin, empêchant ainsi le recours aux soins ou aux services (sociaux) et le produit partagé qui définit l'appartenance au groupe de sans-domiciles qu'elles fréquentent.

L'hypothèse de la compétition des besoins vitaux (se nourrir, s'abriter, se protéger des dangers) avec des besoins de santé a été vérifiée. Une étude chez des sans-domiciles de Los Angeles⁵⁹ a montré que les personnes ayant le plus de difficultés pour assurer leurs besoins vitaux, ressentaient trois fois plus souvent, que ceux n'ayant pas de difficulté, aucun besoin de soins durant l'année écoulée et disposaient moins fréquemment d'un lieu de soins régulier. Ceci contribue à une absence de recours préventif aux soins et donc à un recours tardif nécessitant une hospitalisation du fait du stade avancé de la maladie. L'alcool fait partie des priorités qui tendent, en plus de ses effets propres (« anesthésiant »), à faire passer au second plan les questions de santé.

Bénédictte (38 ans) et *Samantha* (30 ans) présentent les caractéristiques décrites plus haut, cumulant de nombreux risques pour leur santé. Elles se présentent à l'enquêteur comme essayant de faire attention à leur santé. Si elles disent arriver à contrôler leur façon de s'alimenter, il n'en est pas de même pour le tabac et l'alcool. Leur recours aux soins est caractérisé par un recours tardif aux urgences hospitalières, il n'est pas fait mention de fréquentation de centres de soins gratuits dans des associations.

« Quand vous avez besoin de vous faire soigner, vous allez où ?

Ben je vais soit à Bichât ou à Lariboisière, je vais aux urgences. (...) Ouais, voilà. Quand j'ai une gastro ou des trucs comme ça, je vais carrément à l'hôpital. J'appelle pas les pompiers, mais j'y vais directement. » (*Bénédictte*)

⁵⁹ Gelberg L., Gallagher TC., Andersen RM., Koegel P., 1997, Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health*; 87:217-220.

« Est-ce que vous fréquentez un médecin ou un dispensaire quand vous avez un problème de santé ?

Ouais, y a un hôpital où je vais à chaque fois que j'ai quelque chose, c'est Cochin. Cochin ou Sainte Anne. J'ai pas de médecin attiré, je vais en urgence quoi. J'attends toujours l'urgence pour y aller, j'aime pas trop l'hôpital. Quand faut y aller, faut y aller.

Vous attendez le dernier moment ?

Ouais, malheureusement. » (*Samantha*)

Une autre caractéristique spécifique à ces femmes est le type de support social dont elles bénéficient. Contrairement à la majorité des femmes rencontrées on ne retrouve pas de distanciation par rapport aux autres sans-domiciles. Le soutien social est composé exclusivement de personnes rencontrées dans les centres d'hébergement ou la rue, les compagnons sont aussi des personnes rencontrées dans ces circonstances (*Bénédicte* a rencontré son mari au centre de Nanterre il y a 10 ans). Le support social est une source d'encouragement pour l'engagement et la cohérence des actes de santé. Or le type de support social peut avoir un effet négatif sur les comportements de santé en particulier lorsqu'il est uniquement constitué d'individus qui présentent des comportements à risque pour leur santé, en particulier des addictions.

Une étude chez des femmes sans domicile de Los Angeles a comparé les effets sur la santé (psychologique et physique), sur les comportements de santé et sur l'utilisation des services de soins, de différents types de supports sociaux (aucun usager de drogue, uniquement des usagers, mixte, pas de support) ⁶⁰. Les femmes qui bénéficiaient de support social sans usagers de drogues étaient celles qui exprimaient les meilleures ressources psychosociales (estime de soi, capacité à faire face, satisfaction,...), présentaient moins souvent des addictions, des comportements sexuels à risque, et plus souvent des comportements préventifs de santé (dépistage de l'infection VIH, de la tuberculose, frottis du col).

Ainsi, *Bénédicte* et *Samantha* se disent entourées de nombreux amis. Ce réseau social n'est pourtant pas celui qui leur permettra de sortir de cette situation. Il contribue sans doute à renforcer leur addiction à l'alcool qui aggrave les problèmes de gestion du temps et anéantit toute possibilité de démarche.

« (...) Oui, j'en ai beaucoup d'amis à la rue.(...) Malheureusement comme j'ai toujours dit, comme on m'a toujours dit : ma famille, c'est la rue.» (*Bénédicte*)

Leur projection dans l'avenir reste un peu floue. *Bénédicte* attend de régler ses problèmes de santé et *Samantha* exprime le souhait de s'en sortir sans vraiment évoquer les moyens par lesquels elle compte y arriver.

I.4. Recours aux soins et expérience de soins psychiatriques

Un nombre important des femmes de l'étude souffrent de troubles « psychiatriques » (12/30). Une partie d'entre elles évoquent ouvertement leur suivi en psychiatrie (*Sylvie*, *Fatima*, *Alice*, *Virginie*, *Aude*), d'autres mentionnent des institutions psychiatriques en précisant que ce n'était pas leur place (*Thérèse*) ; une autre une pression de la famille à consulter un psychiatre, qui n'a pas lieu d'être selon elle (*Noëlle*) ; enfin d'autres présentent

⁶⁰ Nyamathi A., Leake B., Keenan C., Gelberg L., 2000, Type of social support among homeless women : its impact on psychosocial resources, health and health behaviors, and use of health services. *Nursing research*, 46(6):318-326.

un discours, avec parfois des incohérences suggérant un trouble, sans jamais faire référence à la psychiatrie (*Agathe, Fleur, Marion, Catherine, Juliette*).

Parmi les femmes qui n'ont pas été présentées dans les groupes précédents, certaines évoquent leur rapport aux soins en général et à la psychiatrie en particulier (*Sylvie, Fatima, Thérèse, Alice, Virginie*). Elles ont des trajectoires de vie marquées par de nombreux traumatismes : placements dans l'enfance, perte de proches, violences sexuelles ou physiques subies. Elles ont déjà passé un nombre conséquent d'années à la rue (10 ans pour *Thérèse*, 5 ans pour *Sylvie* qui n'a que 23 ans). Les événements somatiques antérieurs décrits sont d'autant plus nombreux qu'une addiction est présente (*Fatima*). Les comportements vis-à-vis de la santé sont marqués par des prises de risque, antérieures ou actuelles, liées à des addictions ou un multi-partenariat sexuel non protégé (cf. chapitre 4).

La particularité d'une partie de ces femmes est d'avoir vécu une prise en charge dans des hôpitaux psychiatriques. Il semble que pour la majorité d'entre elles, cette identité de malade psychiatrique pose problème. La façon de gérer cette identité stigmatisée sera différente pour chacune d'elles. Le fait que ces femmes soient privées de logement suggère une rupture de leur prise en charge thérapeutique. En fait, leur discours est ambigu à ce sujet, « leur » psychiatre restant une personne à laquelle elles se réfèrent même lorsqu'elles déclarent ne plus vouloir être prises en charge.

Ainsi *Virginie* (34 ans) se trouve sans domicile depuis 1 mois car elle aurait quitté un appartement thérapeutique. Elle ne veut plus avoir de contacts avec les hôpitaux, lieux où elle a été étiquetée « arriérée mentale » ou « débile » et où elle dit avoir beaucoup souffert. Elle dit vouloir s'en sortir seule. *Virginie* compte cependant sur son psychiatre dans les personnes ressources pour l'aider dans sa « réussite » future.

Chez d'autres femmes, qui n'ont pas de discours critique sur les psychiatres ou l'institution psychiatrique, la relation thérapeutique psychiatrique ne semble pas totalement rompue. *Sylvie* (23 ans) se sent stigmatisée par sa maladie. Elle attribue la rupture avec son dernier partenaire au fait qu'il aurait compris qu'elle était suivie en psychiatrie. Par ailleurs, elle ne prend pas son traitement car se sent diminuée par son action sédatrice. Cependant, elle utilise son stigmate pour négocier la Cotorep. *Sylvie* aimerait augmenter ses revenus pour bénéficier d'un appartement thérapeutique et retrouver son fils de 2 ans placé.

Certaines femmes sont dans le déni de la maladie et vont se présenter à l'enquêteur comme membres du corps médical (Sage-femme pour *Alice*, soignant pour toxicomanes, alcoolique et malades psychiatriques pour *Thérèse*). Cependant, *Alice* qui justifie sa situation de sans domicile parce que son mari est violent avec elle, revendique aussi son droit à la Cotorep pour bénéficier de ressources.

La représentation qu'elles ont des soignants est très spécifique à ces femmes. Mis à part celles qui dénie leur problème psychiatrique (*Thérèse, Alice*), elles sont les seules parmi l'ensemble des femmes rencontrées à disqualifier les médecins « d'urgence » oeuvrant dans les centres de soins gratuits des associations.

Il est possible qu'elles aient à faire avec eux plus qu'elles ne le désireraient et qu'ils ne répondent pas à leur demande (hébergement pour *Sylvie*, psychotropes pour *Fatima*). Elles

ont leurs propres spécialistes, du fait sans doute d'une grande fréquentation du corps médical en lien avec des différents problèmes de santé auxquels elles ont dû faire face.

Le second stigmatisme porté par ces femmes est leur statut de sans domicile. Alors, que certaines d'entre elles sont dans la rue depuis un certain temps, elles ne s'identifient pas aux autres sans-domiciles et se démarquent d'eux fortement. Il n'y a pas d'explication en terme d'origine sociale, ni de modalités de rupture sociale. Certaines ont connu la rue très jeunes (« Après elle [ma mère] a été foutue dehors dans la rue, elle avait 20 centimes en poche et elle était dehors avec moi, j'étais bébé. » *Sylvie*). En revanche, se démarquer du groupe des sans-domiciles permettrait à celles qui ont été stigmatisées comme malade psychiatrique de retrouver une autre identité sociale, plus « normale ».

II. Le recours aux soins gynécologiques

Le recours aux soins gynécologiques (en dehors du suivi de grossesse) comporte une dimension préventive plus importante que le recours aux soins en général. En effet, l'augmentation importante du recours à la contraception médicalisée depuis sa légalisation en 1967⁶¹, et en particulier l'utilisation de la pilule, a amené un nombre de plus en plus important de femmes à consulter un médecin (généraliste ou gynécologue) pour des questions gynécologiques. Si la prescription d'un contraceptif constitue déjà une démarche préventive puisqu'il s'agit de *prévenir* une grossesse non désirée et donc les risques pour la femme d'une éventuelle interruption de grossesse, la véritable démarche préventive réside dans le suivi de la contraception⁶². En effet, la consultation pour le renouvellement d'une prescription de contraceptifs a permis de proposer, au fur et à mesure de leur disponibilité (et remboursement), un certain nombre d'examens de dépistage de cancers (col de l'utérus, sein) voire d'infections (*Chlamydiae*, *Papilloma virus*).

Ainsi le premier recours d'une femme aux soins gynécologiques correspond généralement à la prescription d'une pilule après, voire avant, le premier rapport sexuel. Les données de l'enquête Cocon 2000 montrent que la très grande majorité des femmes en France (88%) consultent régulièrement un médecin pour la contraception ou d'autres raisons gynécologiques. Cette fréquence augmente avec l'âge et le niveau de diplôme. De même le type de praticien consulté (généraliste/gynécologue) varie selon le niveau de diplôme [N. Bajos, communication personnelle].

L'hypothèse selon laquelle les soins de prévention (interrogatoire médical ou tests biologiques de dépistage) seraient moins fréquemment offerts aux personnes en situation de précarité ne se vérifiait pas dans les données de l'enquête PRECAR⁶³ réalisée auprès de personnes consultant dans les centres de soins gratuits en 1996.

Cependant, les chercheurs du projet PRECAR avaient trouvé un important déficit de prévention sur la santé des femmes. La comparaison des taux de réalisation d'un frottis au

⁶¹ Bajos N, Oustry P, Léridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D et l'équipe Cocon, 2003, Les inégalités sociales d'accès à la contraception. *Population*, 59(3-4) : 479-502.

⁶² Les contraceptifs nécessitent une ordonnance pour se les procurer.

⁶³ P Chauvin, I Parizot, J Lebas, 2001, Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet PRECAR. In : M Joubert, P Chauvin, F Facy, V Ringa. Précarisation, risque et santé. Paris : Editions de Inserm., p.99-117.

cours des 24 derniers mois montrait que les femmes interrogées accédaient en proportion moindre que la population générale à cet examen, en particulier entre 30 et 40 ans où, les taux étaient respectivement de 37,8% et 91%. Elles accédaient aussi en moindre proportion à la mammographie : respectivement 18,8% et 71,7% des femmes entre 40 et 49 ans et 31,3% et 59,7% chez les plus de 50 ans, au cours des 3 dernières années. Ces proportions ont dû néanmoins augmenter depuis. Les seules données récentes disponibles sont celles de l'enquête SIRS⁶⁴ menée en population dans cinq zones urbaines sensibles d'Île-de-France en 2001. Elles montraient que seulement un peu plus de la moitié des femmes étaient suivie régulièrement par un gynécologue. Les femmes les plus jeunes et les plus âgées étaient le moins suivies. Par ailleurs, dans cette population de femmes insérées 76,8% des 40 -70 ans avaient eu recours au moins une fois à la mammographie. Il est aussi à noter dans cette étude, comme illustration des inégalités sociales d'accès à la contraception, la faible proportion de femmes utilisant un moyen de contraception (30%).

Les femmes que nous avons interrogées, sans domicile à Paris, bénéficient d'une offre de soins gynécologiques par l'association Cœur des Femmes et par l'intermédiaire des centres d'hébergement du Samu social de Paris où des gynécologues sont présents une matinée par semaine⁶⁵. Elles fréquentent très peu les centres de planning familiaux. Cependant, l'offre de soins est une condition nécessaire mais pas suffisante pour y accéder, comme nous l'avons vu plus haut.

Le caractère préventif des soins gynécologiques vient accentuer la tendance au non-recours dans un contexte où la vie à la rue produit une déstructuration du rapport au temps. Quelle peut être la place de la prévention qui demande justement de se projeter dans le temps ? Les capacités individuelles de gestion et d'organisation du quotidien sont aussi perturbées par la nécessité première de s'assurer un hébergement pour la nuit suivante et par d'autres problèmes qui repoussent au second plan « le souci de soi »⁶⁶. Pour analyser leur recours ou non-recours aux soins gynécologiques nous avons rapproché chez chacune les dimensions de la sexualité, du rapport au corps, et à la santé, les expériences de violences sexuelles et enfin les pathologies gynécologiques déclarées.

Nous allons présenter dans un premier temps les femmes qui ont un recours actif ou passif aux soins gynécologiques et dans un second temps celles qui n'y ont pas recours de façon à comprendre les barrières qu'elles peuvent rencontrer.

II.1. Celles qui ont un recours aux soins gynécologiques

Peu de femmes interrogées ont évoqué un suivi régulier gynécologique précédant leur situation actuelle. Parmi celles ayant eu une rupture sociale à l'âge adulte, on retrouve : *Isabelle, Jane, Carine, Chloé, Fleur*, et parmi les jeunes ayant un vécu de placement : *Solange, Nadia*. Elles ont toutes un recours actuel, mais dans ce nouveau contexte social, sa dimension préventive a pu faire place pour certaines à un recours curatif.

⁶⁴ I Parizot, P Chauvin, JM Firdion, S Paugam.; 2004, op. cit.

⁶⁵ Rapport d'activité 2004 - Consultations de gynécologie dans les centres d'accueil du Samu Social de Paris. Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF), Paris, www.adsfasso.org

⁶⁶ Joubert M., 2005, Lien social et santé : des approches sociologiques et épidémiologiques. In : Chauvin P., Parizot I., & Revet S., Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Paris : Editions de Inserm., p.61-71.

II.1.1. Un recours actif dans une démarche de prévention

Il n'est pas étonnant de constater que les femmes qui réussissent à maintenir un rapport préventif aux soins gynécologiques se recrutent parmi les femmes qui maintiennent un recours préventif aux soins médicaux en général malgré leur situation d'urgence sociale.

Parmi celles ayant connu la rupture sociale à l'âge adulte (*Jane, Isabelle, Julie*), un suivi gynécologique antérieur, l'expérience de la maladie ou du handicap et le rapport au système de soins, constituent des compétences et des savoir-faire qui les ont guidées dans leur démarche.

Julie (28 ans), est allée consulter un gynécologue, dans un dispensaire, pour se faire prescrire la pilule, après avoir rencontré un jeune homme qui montrait des signes d'engagement pour l'avenir. La démarche de *Julie*, pourtant un peu « précipitée », est remarquable dans la capacité d'anticipation qu'elle démontre, malgré la situation d'instabilité dans laquelle elle se trouve.

Par ailleurs, ces femmes disposent de ressources personnelles (bonne image et estime de soi, réseau social, projets concrets dans l'avenir) qui leur ont permis de maintenir le souci d'elles-mêmes. Elles sont depuis peu de temps dans la rue et n'imaginent pas que cette situation perdure.

Isabelle (36 ans), enceinte de 5 mois, sans domicile depuis 3 mois suite à des problèmes financiers, avait un suivi régulier chez un gynécologue. Toute son énergie est centrée sur la préservation de sa grossesse à risque.

« Comment vous envisagez les mois qui vont venir ?

J'ai envie de sortir de là parce que, à partir du septième mois, je dois revoir... Ma gynéco prévoit un écho cardiogramme au quotidien, 7 jours sur 7, pour moi. Ah oui, oui et je dois être alitée, enfin pas alitée, à la maison. Donc il m'est impossible de rester au centre et donc je dois me bouger pour trouver quelque chose. »

Parmi celles qui ont un recours actif, on retrouve aussi des jeunes femmes ayant un vécu de placement, donc une socialisation à la vie reproductive dans des familles d'accueils et des foyers (*Nadia*) ou dans la rue (*Solange*).

Une femme socialisée dans la rue depuis l'adolescence, peut aussi acquérir des compétences et savoir-faire, qui associés à des ressources personnelles peuvent permettre une démarche préventive vis-à-vis de sa santé gynécologique.

Ainsi *Solange* (23 ans), qui a subi de nombreux traumatismes depuis sa naissance (séparée de sa mère, placée, violée à l'âge de 10 ans) se « débrouille » seule depuis l'âge de 13 ans. Après une première grossesse à 14 ans dont l'issue, après 6 mois de grossesse, sera un mort né, elle présente des kystes ovariens qui nécessiteront des opérations itératives, et un suivi régulier. Elle a aussi vécu l'expérience de la maternité dans des centres d'hébergement lors de sa dernière grossesse durant 3 mois. Elle a ainsi acquis, du fait de sa maladie kystique et des grossesses, des compétences et un savoir-faire dans le recours aux soins gynécologiques dans cette situation de grande précarité. Elle dit devoir faire des échographies en fin et début de cycle. Sur le plan médical, elle est suivie à l'hôpital, pour ses kystes ovariens. *Solange* possède, comme nous l'avons vu auparavant, un soutien social diversifié, une bonne image et estime d'elle-même, et des projets pour l'avenir.

Le travail de lien social réalisé par les associations qui œuvrent notamment dans le secteur de l'urgence sociale - basé sur l'écoute, le respect de la personne et le recouvrement de ses

droits de citoyen (à la santé, aux aides sociales) - a pour objectif d'aider ces personnes à retrouver une identité sociale et des ressources personnelles pour faire face à leur situation. Si en matière de santé en général, l'approche des acteurs de soins est passive- les personnes consultent le médecin si elles en ressentent le besoin ou quelques fois sur les conseils des animateurs des centres-, en matière de santé gynécologique leur approche est plus active. Que ce soit, par exemple, dans le cadre du Samu social de Paris ou de l'association Cœur des femmes, les gynécologues vont au devant des femmes pour tenter de les convaincre de participer à la consultation. Ceci peut conduire à créer un lien fort et redonner à ces femmes le sens de la féminité et du rapport au corps et ainsi leur permettre de retrouver une cohérence dans leurs actes de santé⁶⁷.

Nadia (25 ans), qui a été présentée en détail plus haut, est un exemple de l'efficacité de ce type d'approche. Elle a établi une relation de confiance et un lien affectif avec une femme gynécologue à l'association Cœur des femmes, qui lui apporte l'écoute dont elle a besoin en tant que jeune femme ayant souffert de ses relations avec sa mère biologique. *Nadia*, qui est sous pilule bien que n'ayant pas actuellement de partenaire sexuel, consulte fréquemment « Aline » (sa gynécologue) permettant une approche préventive pour sa santé gynécologique ainsi que pour sa santé en général.

Le cas de *Nadia* s'accorde parfaitement avec les besoins exprimés par de jeunes femmes sans domiciles (14-24 ans) nord-américaines qui interrogées sur les barrières d'accès aux soins gynécologiques mentionnaient des relations avec des praticiens qui les jugeaient (lesbiennes, prostituées, consommatrices de drogues), dans lesquels elles n'avaient pas confiance, qui ne respectaient pas leurs propres notions de santé et la connaissance de leur corps ; des lieux de consultation non adaptés aux jeunes (culture du risque)⁶⁸. Elles avaient besoin de relations thérapeutiques avec des femmes, d'être accompagnées à la consultation par d'autres jeunes, de recevoir des explications sur leurs problèmes de santé, et que les praticiens abandonnent les stéréotypes sur les sans-domiciles et les comportements des adolescents.

II.1.2. Un recours actif dans une démarche curative

La déstabilisation produite par l'intégration d'un nouveau cadre social, très éloigné du précédent, peut amener des femmes, connaissant une rupture sociale à l'âge adulte, à abandonner des attitudes préventives face à leur santé, pourtant acquises durablement. Cependant, la « reconnaissance » d'un symptôme va les conduire à consulter rapidement.

Carine (40 ans) est arrivée à Paris depuis 1 ans ½, mais sans domicile depuis 1 mois. Elle a rencontré quelqu'un à Paris, avait un suivi régulier auparavant, du fait notamment d'antécédents gynécologiques (« fibrome » au sein et à l'utérus opérés). Elle a consulté le jour de l'entretien car son cycle menstruel s'était raccourci.

« Vous n'en éprouviez pas le besoin [de consulter] ? »

Non, j'avais pas éprouvé le besoin. Non, j'avais un cycle normal, j'avais pas de problèmes gynécologiques particuliers. (...) J'éprouvais pas, enfin, je voyais pas l'intérêt tant que j'allais bien. Bon c'est vrai que j'ai pas fait, mais j'ai fait une erreur. C'est vrai que je savais que je devais me faire suivre, du moins au niveau de l'utérus et toujours des seins, mais je me disais... C'est vrai que j'ai appris à me palper moi-même, donc je ne sentais rien. Je ne suis pas médecin pour autant, mais comme je suis un petit peu curieuse, donc on m'avait appris à palper et à sentir s'il y

⁶⁷ Joubert M, op. cit.

⁶⁸ Ensign J., Panke A., 2002, Barriers and bridges to care : voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA. *Journal of advanced nursing*; 37(2):166-172.

avait quelque chose. Donc je sais que j'ai ce réflexe-là de faire au niveau des seins. Bon comme je voyais que tout allait bien et puis je n'avais pas mal, j'avais pas de... »

Il peut exister des barrières au suivi gynécologique liées à des événements traumatiques, sexuels ou non, qui se caractérisent par la peur de l'examen gynécologique c'est-à-dire l'introduction du spéculum, en particulier par un médecin de sexe masculin. Cependant, cette résistance à l'examen gynécologique n'empêche pas un recours aux soins en cas de symptômes. Ce type de recours se rencontre chez des femmes qui portent une attention particulière à leur santé.

Aude (22 ans) a vécu de nombreux événements traumatiques au cours de sa vie : placement, viol à 13 ans, violences sexuelles de la part du père de son enfant, perte de proches. Lorsque l'enquêteur évoque avec elle le suivi gynécologique, elle va d'emblée annoncer qu'elle ne se fait pas suivre, puis qu'elle consulte en cas de problème. *Aude* associe sa résistance à l'examen gynécologique, réalisé par un médecin de sexe masculin, au viol qu'elle a subi à 13 ans et qui a nécessité une thérapie.

« *Au niveau de la gynécologie ?*

Je me fais pas suivre.

Pourquoi ?

J'aime pas. J'aime pas, le truc qui met dedans, ça me fait mal.

Le spéculum ?

Ouais, j'aime pas, donc j'y vais jamais sauf si j'ai vraiment quelque chose de très grave. J'ai été là, il y a un mois et demi, deux mois. En fait je saignais alors que j'avais déjà eu mes machins. Il m'a dit que c'était juste parce que j'avais oublié ma pilule alors moi je lui ai gueulé dessus, je lui ai dit : « alors pourquoi vous m'avez mis ça alors ? » Je supporte pas le truc et surtout quand c'est un homme. Je supporte pas quand on me touche ou qu'on me regarde. J'ai demandé une femme, on m'a dit : « vous êtes musulmane ? » J'ai dit « non ». On m'a dit : « ben, vous aurez un homme. » (...) Il faudrait que je leur dise : « oui, j'ai été violée, je supporte pas les hommes. » C'est chiant, devant tout le monde. Mais à R., c'est que des femmes les gynécos, c'est ça qu'est bien. »

En réalité, *Aude* a un recours préventif aux soins gynécologiques malgré sa façon de se présenter à l'enquêteur comme non observante au suivi. Elle compte aller à l'hôpital R. pour se faire mettre un implant car elle oublie fréquemment sa pilule.

Une autre forme de résistance peut se rencontrer chez une femme qui n'a jamais eu de rapport sexuel et qui a sans doute subi un traumatisme. L'examen gynécologique constitue une intrusion dans le corps surtout si elle est le fait d'un gynécologue de sexe masculin.

Catherine (44 ans), en France depuis plus de 10 ans et privée de logement depuis 10 mois, a vécu la guerre (travail forcé, pertes de proches) mais déclare à l'enquêteur n'avoir subi aucune violence, « ni physique, ni sexuelle, ni morale ». Il semble que *Catherine* soit vierge, bien qu'elle ne l'ait pas dit explicitement. *Catherine* porte beaucoup d'attention à elle-même et à sa santé. Elle a très mal vécu sa première consultation chez un gynécologue alors qu'elle venait d'arriver en France. Elle ne peut toujours pas se laisser examiner par la gynécologue.

« (...) Justement j'ai été déçue une fois par un médecin aussi, quand je suis allée en France, il y a quelques mois. J'ai été déçue parce que je ne lui ai pas permis de me pénétrer et elle, elle s'est permis de rentrer ses doigts dans ma...

Dans le vagin.

Dans le vagin, oui, parce que je ne comprenais pas qu'est-ce qu'il disait et heureusement c'était une femme. (...) J'ai pensé peut-être qu'il y a des microbes, je sais pas. Et moi je m'attendais pas, je m'attendais pas à ce qu'on me pénètre. Je croyais qu'on devait tout simplement écarter les jambes et regarder avec une petite lampe et tout ça. (...) Je sentais son doigt et tout. Je sentais son doigt, mais je dis : « ça me fait mal. » Je criais comme ça : « ah ça me fait mal. » »

Si l'examen gynécologique n'est plaisant pour aucune femme en général, il l'est d'autant moins chez des personnes ayant vécu des violences sexuelles. Différentes études sur les barrières aux soins gynécologiques rencontrées par les femmes sans domicile soulignent l'insistance des femmes à être examinées par d'autres femmes⁶⁹. Une jeune femme américaine résume très bien la situation : « Généralement, je me sens plus à l'aise avec une femme m'enfonçant ce gros morceau de métal à l'intérieur. On lui a déjà fait avant, elle sait combien ça fait mal »⁷⁰.

II.1.3. Un recours passif aux soins gynécologiques

Certaines femmes ont un recours aux soins gynécologiques dans un contexte préventif ou curatif mais de façon passive, en lien avec des actions gratuites de dépistage ou grâce à l'incitation des animateurs ou acteurs de soins des associations. Cette dernière configuration concerne surtout les femmes qui sont depuis plus longtemps dans une situation d'errance et qui ont tendance à perdre le souci d'elles-mêmes. Cette démarche active des acteurs de soins permet le suivi de la santé gynécologique de ces femmes, lorsqu'elles acceptent leur offre de se faire examiner, mais aussi d'aborder différentes questions ayant trait à leur féminité.

Chantal (53 ans) est sans domicile depuis 1 mois mais a eu à différents moments de sa vie des périodes de rupture sociale (centre maternel, ...). Ses modalités de recours aux soins médicaux y compris gynécologiques sont curatifs, elle va à l'hôpital où elle a un dossier « depuis des années ». Cependant, elle profite des bilans de santé gratuits offerts dans les lieux publics. Elle a subi une hystérectomie à 38 ans en urgence et considère ainsi que le suivi gynécologique ne la concerne plus. Cependant, devant une relance de l'enquêteur sur l'intérêt des dépistages elle évoquera une offre de dépistage du cancer du sein à laquelle elle a répondu.

« *Après* [quand on est moins jeune], *vous pensez que c'est plus nécessaire* [le dépistage] ?

Si, on peut le faire, même moi j'ai été voir gratuitement, faire la mammographie, tout ça. C'est marqué en ce moment sur les trucs, les gens de plus de 50 ans, on a le droit. Voilà, c'est pour ça que je l'ai fait y a pas longtemps. »

De longues années dans une situation de grande précarité avec la fatigue de ne pas retrouver de travail et de situation stable peuvent entraîner un sentiment d'inutilité, de perte de place et de rôle social et conduire à une perte de l'estime de soi. Pour une femme, qui doit en plus se protéger du regard des hommes (cf. chapitre 1) et masquer ses attributs extérieurs de féminité cela peut induire un désinvestissement du corps et de la santé en général, et de la sphère génitale en particulier.

Noëlle (46 ans), en situation d'errance depuis plus de 10 ans, vit en couple depuis 8 ans mais s'inquiète de l'impact des conditions de vie à la rue sur la relation avec son partenaire

⁶⁹ Gelberg L, Browner CH, Lejano E, Arangua L, 2004, Access to women's health care : a qualitative study of barriers perceived by homeless women. *Women & health*, 40(2):87-100.

Ensign J., Panke A., 2002, op. Cit.

⁷⁰ Ensign J., Panke A., 2002, op. Cit.: "Generally, I feel more comfortable with a woman sticking that big metal inside me. She's had it done to her before, so she knows how it hurts".

(cf. chapitre 1). Elle se sent moins aimée et désirée par son compagnon et très diminuée. Elle déclare «Je ne vais jamais par moi-même voir un gynécologue». Elle utilise les consultations de gynécologie des associations et se laisse convaincre par le personnel pour se faire examiner. *Noëlle* évoque son corps avec beaucoup de détachement et décrit l'intérieur de son vagin comme elle décrit les lieux «insalubres» dans lesquels elle a été hébergée.

« La dernière fois que j'ai vu un gynécologue, c'est..., il me semble que c'est dans un foyer, y a deux mois peut-être, deux mois. Il a regardé s'il voyait pas des saletés dans mon vagin. »

Cette démarche active des acteurs de soins dans les associations permet aussi à de jeunes femmes, qui ont vécu des placements et se retrouvent dans la rue à 18 ans, d'être suivies sur le plan gynécologique. Elles peuvent avoir une vie sexuelle très active et sont donc exposées au risque de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses.

Sylvie (23 ans) a vécu dans un foyer maternel avec sa mère, puis a été placée dans une institution médicale jusqu'à sa majorité (elle souffre de troubles psychiatriques). Elle dispose actuellement d'une contraception médicale de type implant. *Sylvie* a un suivi gynécologique grâce à l'action incitative des acteurs de soins des associations. Elle accepte cette sollicitation et laisse les professionnels gérer cette question pour elle. Elle a actuellement une autre priorité d'ordre médical (chirurgie réparatrice), qui n'est pas vitale, mais qui conditionne sa santé psychique.

« Et votre suivi gynécologique parce que vous disiez vous aviez été voir quelqu'un ?

Gynécologique, c'est ... c'est une infirmière qui était au lieu de vie, avant, qui m'a fait voir la gynécologue. En fait, le problème, c'est que le gynécologue m'a fait un frottis. Le papier, les résultats sont au lieu de vie comme mon dossier médical. Ca, je m'en occupe pas, c'est bien. Ca, je ne peux pas vous dire comment ça s'est passé, quand même c'est que je crois que je vais reprendre rendez-vous, pas chez le gynéco, je vais voir un médecin, un vrai médecin, pas un médecin d'urgence. »

II.2. Celles qui n'ont pas recours aux soins gynécologiques

La grande majorité des femmes que nous avons rencontrées avaient un recours aux soins gynécologiques de façon active ou passive. Cependant, certaines femmes ne consultaient jamais pour leur santé gynécologique. Celles qui avaient un recours tardif aux soins et se préoccupaient peu de leur santé en général, du fait de leur mode de vie à la rue, n'investissaient pas plus la sphère gynécologique. On retrouve aussi dans cette catégorie des femmes qui ont subi des violences sexuelles ayant eu des répercussions sur leur vie sexuelle. La difficulté de la pénétration vaginale qui en résulte ainsi que la répulsion à se laisser «toucher», font que l'examen gynécologique ne va pas de soi. Par ailleurs, un recours préventif aux soins pour une maladie chronique n'entraîne pas obligatoirement un suivi des questions gynécologiques. Pour certaines femmes l'absence de suivi gynécologique précédait la prise en charge d'une maladie grave. Pour d'autres, plus âgées voire ménopausées, leur suivi gynécologique serait «compris» dans le suivi de leur maladie.

II.2.1. Le désintérêt pour la sphère gynécologique

Comme nous l'avons vu précédemment, certaines femmes qui ont passé de longues années dans la rue, socialisées essentiellement avec des personnes sans domicile ayant des comportements addictifs (alcool), ne recourent aux soins que par l'intermédiaire des

urgences et le plus tard possible. Ces femmes déclarent franchement ne pas se faire suivre sur le plan gynécologique, malgré des symptômes (kystes). Elles ont eu des enfants, vivent en couple et sont sexuellement actives.

Samantha (30 ans), foraine, a beaucoup voyagé et explique à l'enquêteur qu'elle ne pouvait avoir un gynécologue dans chaque ville. Ses quatre grossesses représentent les seuls moments où elle a rencontré un gynécologue. Elle relate un épisode de sa vie où elle a été jusqu'à refuser des soins malgré le caractère de gravité de ses symptômes. Elle rend les médecins responsables de son refus du fait de leur retard à sa prise en charge. On peut imaginer la contrainte que représente une hospitalisation longue pour Samantha, alors que son métier de foraine l'obligeait à voyager et qu'elle était peut-être déjà consommatrice de drogue⁷¹ à cette époque.

« J'ai dû, enfin je devais me faire opérer de l'utérus pour des kystes, chose que j'ai pas fait parce que les médecins ont retardé trois fois, ce qui m'a valu deux mois d'hôpital et qu'au bout de deux mois, au moment où je devais me faire opérer, j'ai craqué, j'en ai eu marre, j'ai quitté l'hôpital, ce qui fait que je me suis pas fait opérer. Bon, ce qu'avait engendré quand même une hémorragie. »

Bénédicte (38 ans), sans domicile depuis 14 ans, déclare ne pas avoir consulté depuis longtemps en gynécologie. Elle donne à l'enquêteur un certain nombre de justifications, - ne pas avoir de relations sexuelles ou de problèmes gynécologiques-, contradictoires avec d'autres parties de l'entretien. En effet, *Bénédicte*, qui vient de se séparer de son mari il y a une semaine, a décrit un dernier rapport sexuel datant de cette période. Par ailleurs, elle évoquera différents problèmes gynécologiques mais donnera des raisons de ne pas consulter indépendantes de sa volonté.

« Ce sont les gynécologues...[qui dépistent le cancer du sein]

Ouais, qui décèlent ça. Pour l'instant, j'ai jamais eu de problèmes là-dessus. Comme j'avais entendu parler d'un truc aussi, mais bon, c'est à partir de 55 ans pour les gens, c'est la mammologie ou je sais pas quoi.

La mammographie.

Voilà, ça, c'est à partir de 55 ans, j'y ai pas le droit. Parce que je sais que j'ai un kyste au sein, ça, j'y ai pas le droit pour savoir s'il a évolué ou pas, je le sais même pas. »

Le dernier examen de dépistage subi par Bénédicte est très ancien. Elle évoquera alors des kystes aux ovaires, mais elle se rassurera quant à leur évolution en invoquant son éventration qui bloque sa fonction reproductive : « Mes intestins me bloquent les trompes, donc les grossesses, pour l'instant y en a pas ».

II.2.2. Le suivi médical tout compris

Une attitude préventive en lien avec le suivi d'une pathologie chronique ne s'accompagne pas obligatoirement d'un suivi gynécologique, en particulier lorsque le problème de santé résulte de comportements à risque antérieurs. Mais ce suivi régulier peut servir de justification à une absence de recours aux soins gynécologiques.

Ainsi, *Sofia* (39 ans), ancienne consommatrice de drogue, est atteinte d'une maladie chronique qu'elle ne veut pas révéler, mais qui nécessite deux bilans mensuels hospitaliers. Elle a consulté un gynécologue, il y a quelques années à deux reprises, pour une IVG et pour « une espèce de kystes ». Mais elle a finalement refusé l'intervention que lui proposait

⁷¹ Elle est passée de la drogue à l'alcool.

le gynécologue pour ce dernier problème. Sofia dit dans un premier temps ne pas avoir fait de bilan depuis longtemps, puis que son médecin la suit aussi « par rapport à ça ».

D'autres femmes, qui n'ont pas un long parcours de vie sans domicile, et qui ont un suivi régulier pour une pathologie chronique déclarent être suivies sur le plan gynécologique dans le cadre de leur suivi médical. Il s'agit en général de femmes ménopausées, qui ont eu un suivi régulier gynécologique, mais qui ont pu laisser tomber les problèmes gynécologiques moins prioritaires par rapport aux autres préoccupations (logement).

Ainsi *Hélène* (56 ans), en fin de traitement pour un cancer, dit être suivie régulièrement par un gynécologue, mais le suivi qu'elle décrit ressemble plutôt à un bilan médical général. Elle affirme par ailleurs qu'en cas de problème gynécologique elle consulterait le gynécologue de l'association.

II.2.3. Un rapport au corps perturbé

Parmi les femmes rencontrées, nombreuses sont celles qui ont subi des violences sexuelles. Dans la plupart des cas, elles évoquent des répercussions de ces traumatismes sur leur sexualité. Rares sont celles qui associent violence sexuelle et difficulté de suivi gynécologique (*Aude*). Parmi les femmes qui déclarent ne pas se faire suivre, certaines montrent des difficultés dans leur rapport au corps (*Virginie, Juliette*). Ceci peut conduire à supporter difficilement l'examen gynécologique et donc représenter un élément d'explication d'une moindre fréquentation des consultations de gynécologie. Ces femmes ont par ailleurs un recours aux soins médicaux de type curatif.

Virginie (34 ans) a quitté, depuis peu de temps, un appartement thérapeutique dans le cadre du suivi de troubles psychiatriques. Elle dit avoir subi des attouchements sexuels par son père nourricier à l'âge de 10 ans, puis l'avoir dragué ensuite. Elle dit aussi avoir été abusée par d'autres personnes. *Virginie* évoque ses difficultés lors des rapports sexuels, qu'elle associe aux attouchements.

Par ailleurs, elle donne comme explication à sa difficulté à consulter « son » gynécologue le fait d'avoir « honte » de son corps. Cette honte semble associée dans son discours à la sexualité. Elle associe cette honte au fait de se masturber. Cette honte est aussi ce qui l'empêche d'imaginer des rapports sexuels actuellement car son corps la répugnerait. Le discours de *Virginie* suggère un rapport érotisé à son gynécologue. La situation de l'examen gynécologique pourrait la mettre dans une position délicate dans laquelle elle ne saurait pas comment gérer son désir.

Juliette (27 ans), dans la rue depuis l'âge de 20 ans, ne veut pas parler de son premier rapport sexuel, suggérant une violence subie. Elle vient d'avoir un enfant avec son compagnon, qui a une maladie grave, et n'a été suivie qu'au septième mois de grossesse. Juliette n'a eu que cinq rapports sexuels en 5 ans avec son compagnon, dont le premier au bout d'un an. Elle explique qu'il « n'y a pas besoin de sexe pour faire l'amour. »

Il est difficile d'interpréter cette rareté de l'acte sexuel, deux hypothèses peuvent être évoquées, un traumatisme sexuel lors du premier rapport ou la maladie de son compagnon. *Juliette*, qui a un antécédent de kyste à l'ovaire opéré lorsqu'elle avait 15 ans, dit ne pas être suivie par un gynécologue. Elle dit n'avoir jamais eu de frottis.

Son absence de suivi gynécologique, alors qu'elle fréquente les médecins généralistes des centres de soins gratuits, qu'elle apprécie pour leur humanité, peut être rapprochée de son parcours caractérisé par des prises de risque (usage de drogue, tentative de suicide). On ne peut pas écarter une résistance vis-à-vis de l'examen gynécologique compte tenu de son

rapport à la sexualité caractérisé par une quasi-absence de pénétration vaginale. Par ailleurs, *Juliette* évoque une seule consultation de gynécologie dans sa vie, lorsque sa mère a demandé un certificat de virginité. Ainsi le gynécologue pourrait aussi être associé au contrôle de la sexualité.

III. Conclusion

La moitié des femmes rencontrées pour cette étude se sentaient en mauvais état de santé. L'état de santé ressenti est indépendant des conditions organiques, ainsi des femmes ont choisi de se présenter à nous en bonne santé malgré des problèmes manifestes. Cette présentation de soi n'était pas l'élément déterminant de leur recours aux soins.

Un premier groupe de femmes a montré une *attitude préventive* dans son utilisation du système de soins. Certaines n'avaient aucun problème de santé en cours et déclaraient réaliser des bilans de santé annuels, d'autres plus jeunes étaient fidélisées dans des centres de soins gratuits privilégiant une approche humanitaire. D'autres femmes encore ayant vécu une rupture sociale à l'âge adulte, et privées de logement depuis peu de temps, déclaraient des maladies chroniques ou des handicaps avec un suivi régulier dans des services hospitaliers spécialisés. Elles bénéficiaient de ressources personnelles leur permettant de faire face à leur situation et d'un soutien social composé notamment de personnes de leur famille ou d'amis insérés.

Un second groupe de femmes avait un *recours curatif* aux soins. Nous retrouvons des femmes qui ont passé de nombreuses années en situation de grande précarité, où de jeunes femmes qui ont des vécus d'errance. Elles ont des antécédents médicaux lourds liés aux conditions de vie à l'extérieur, à des addictions (alcool ou drogue), à des troubles psychiatriques, à des violences physiques ou sexuelles subies. Ces femmes cumulent ainsi tous les risques liés à l'exclusion sociale. Dans la mesure où leur état somatique ou psychique a nécessité des recours aux soins, elles ont acquis des savoir-faire et utilisent le système de soins en cas de symptômes. Le mode de recours en général est l'hôpital. Pour les plus jeunes, le recours se fait volontiers aussi par le biais des centres de soins gratuits. Ces femmes bénéficient d'un soutien social centré sur leur compagnon et des personnes insérées.

Le troisième groupe concerne le *recours tardif* aux soins. Il se différencie du groupe précédent par la persistance d'une addiction à l'alcool chez des femmes depuis longtemps privées de logement. Ces femmes cumulent de nombreux risques vis-à-vis de leur santé, avec une sous-estimation de leurs besoins de soins. Elles recourent aux soins le plus tard possible, dans le cadre des urgences hospitalières. Leur support social est composé essentiellement de personnes sans domiciles qui partagent les mêmes comportements de santé (addiction à l'alcool, recours tardif aux soins).

Le recours aux soins en général n'explique pas complètement le recours aux soins gynécologiques chez les femmes que nous avons rencontrées. La dimension préventive des soins gynécologiques ne favorise pas le recours dans un contexte de déstructuration du rapport au temps. Un autre élément accentuant la tendance au non recours est la mise à

mal de la féminité chez ces femmes, que ce soit pour se protéger des hommes ou par abandon au cours du temps du « souci de soi ».

Malgré ces difficultés, un certain nombre de femmes ont *un recours préventif* aux soins gynécologiques. Il concerne, d'une part, des femmes ayant vécu une rupture sociale à l'âge adulte, depuis peu de temps sans domicile, qui avaient un suivi régulier auparavant et ont actuellement un recours préventif aux soins médicaux ; d'autre part, des jeunes femmes qui ont un vécu de placement en foyer ou de vie à la rue très jeune, sans antécédents de comportements addictifs. Ces jeunes femmes ont bénéficié du travail actif d'éducation à la santé gynécologique des acteurs de soins oeuvrant dans les associations.

Un autre mode de recours *actif mais seulement curatif* concerne des femmes qui ont un recours préventif aux soins médicaux, suivies régulièrement sur le plan gynécologique avant leur rupture sociale, mais qui placées dans ce nouveau contexte social ont perdu leur attitude préventive face à leur santé. Elles consultent néanmoins rapidement au premier symptôme. Ce même type de recours est observé chez des jeunes femmes ayant subi des violences sexuelles et qui ont du mal à supporter l'examen gynécologique, c'est-à-dire l'introduction du spéculum, en particulier par un gynécologue de sexe masculin. Elles portent généralement beaucoup d'attention à leur santé, ce qui génère une consultation en cas de symptômes.

Parmi les femmes ayant des recours gynécologiques, nous avons isolé un troisième type de recours, préventif ou curatif, mais *passif*. Il s'agit de femmes qui participent aux campagnes publiques de dépistage ou de celles qui sont la cible des acteurs de soins des associations. Dans ce dernier groupe, on peut rencontrer des femmes en errance depuis longtemps, chez lesquelles un travail de restauration de la féminité et donc de l'identité peut être réalisé, ou des plus jeunes qui sont les plus en danger par rapport aux risques infectieux ou de grossesse car plus actives sexuellement.

Enfin, certaines femmes n'ont *pas recours* aux soins gynécologiques. Elles forment un ensemble plus hétérogène. On retrouve les femmes sans domicile depuis plusieurs années, qui n'ont accès aux soins que par le biais des urgences hospitalières et qui ne voient pas la nécessité de consulter même en présence de symptomatologie. Certaines femmes qui sont suivies pour une pathologie chronique « pensent » que leur médecin les suit aussi sur le plan gynécologique. Ceci concerne des femmes qui n'avaient pas de suivi avant le diagnostic de leur maladie ou des femmes ménopausées. Et enfin des femmes, victimes de traumatisme sexuel et/ou psychologique, présentent un rapport au corps ou à la pénétration sexuelle perturbé pouvant engendrer une résistance à l'examen gynécologique.

Chapitre 3. Fertilité, grossesses et maternité⁷²

Introduction

Nombre d'acteurs de terrain évoquent une fréquence non négligeable de femmes enceintes parmi les personnes accueillies dans les centres d'urgence parisiens. M-C. Vaneuville⁷³ fait référence à ces femmes sans domicile fixe qui répètent les grossesses et tente d'expliquer leur désir sous-jacent de la sorte : « *enceintes, elles sont reconnues, elles n'ont plus rien à prouver, elles n'ont jamais eu autant de travailleurs sociaux autour d'elles. Pour des personnes qui ont des difficultés existentielles, c'est extrêmement valorisant. Tout se passe sans combat, sans preuve à donner et indépendamment de soi, la grossesse évolue.* » Ceci rejoint les résultats de recherches menées aux USA indiquant une prévalence de grossesses chez les Américaines sans hébergement fixe quatre fois supérieure à celle en population générale (25% contre 6%)⁷⁴.

Partant de ces constats, nous avons tenté de comprendre auprès des femmes que nous avons rencontrées le sens qu'avait pu avoir la (les) *grossesse(s)* qu'elles ont menée(s) en étant dans les centres d'hébergement d'urgence et si celles-ci étaient souhaitées ou non prévues. Nous avons alors cherché à déterminer si ces événements étaient liés à un défaut de *connaissance et/ou d'accessibilité des modes de contraception* d'une part, et s'ils avaient un sens plus profond pour elles d'autre part. Dans cet ordre d'idées, il nous a semblé important d'interroger l'existence d'un *désir d'enfant* chez ces femmes ainsi que l'influence de leur contexte de vie sur la qualité de ce désir, fortement encouragé par nos sociétés. Enfin, même si ces femmes se retrouvaient hébergées en tant que « femmes seules sans enfants » par les structures d'urgence, certaines d'entre elles étaient mères. Nous avons alors cherché à comprendre comment se vivaient-elles mères alors qu'elles étaient séparées de leur progéniture ; ainsi que la nature de leur attachement à celle-ci.

I. Le contrôle de la fertilité

I.1. Au cours de la vie

La majeure partie des femmes que nous avons interviewées semble avoir acquis une connaissance minimale en matière de contrôle de leur fertilité (connaissance de la pilule, et du préservatif) même si parfois quelques croyances erronées concernant la période durant laquelle elles sont fécondes demeurent dans l'esprit de certaines et participent au risque de survenue d'une grossesse non désirée.

Elles auraient toutes débuté leur « histoire contraceptive »⁷⁵ à l'aide de la pilule hormis quatre d'entre elles qui ont recouru au préservatif (*Solange, Bénédicte, Sylvie, Jane*). Pour les premières, cette socialisation à la contraception s'est faite par l'intermédiaire du médecin

⁷² Ce chapitre a été rédigé par S. Carpentier, dans une perspective psychologique.

⁷³ Vaneuville, M-C., 2005, *Femmes en errance : de la survie au mieux être*, Lyon, Chronique sociale, coll. Comprendre les personnes, p 57.

⁷⁴ Wenzel S.L., Andersen R.A., Gifford D., Gelberg L., 2001, Homeless Women's Gynecological symptoms and Use of Medical care. *Journal of health care for the poor and underserved*, Vol.12, n° 3, p.323-341.

⁷⁵ Au sens de biographie contraceptive. Son début pouvant être décalé dans le temps par rapport à celui de la biographie sexuelle, lorsque par exemple, la personne n'a utilisé aucun contraceptif lors de son premier rapport sexuel.

généraliste (de famille) et/ou spécialiste. Pour les autres, il semblerait qu'elles aient appris à utiliser le préservatif au cours de leurs premiers rapports sexuels si tant est que le partenaire ait souhaité en utiliser (voir Chapitre 4).

I.1.1. Les facteurs dissuasifs à l'observance d'un contraceptif

Au cours de leur histoire contraceptive, elles sont plusieurs à avoir substitué un mode contraceptif à un autre à cause d'effets qu'elles jugeaient indésirables. Sur ce thème, différents travaux en sciences sociales ont tenté de comprendre les éléments empêchant la bonne observance d'un contraceptif.

Une étude réalisée auprès de femmes sans domicile dans la région de Los Angeles avait pour objectif d'étudier leur opinion sur 9 facteurs potentiellement dissuasifs associés à l'observance d'une méthode de contraception⁷⁶. Les facteurs leur posant le plus de « gros problèmes » étaient : les effets secondaires du contraceptif (27%), le risque d'atteinte sur le corps (26%), le fait d'avoir un partenaire refusant la contraception (26%) et le coût de cette méthode contraceptive (20%). Les facteurs considérés comme les plus dissuasifs variaient selon les caractéristiques de ces femmes. Ainsi, les femmes en cours d'études secondaires ont révélé ne pas disposer des connaissances nécessaires au bon usage des contraceptifs, ainsi que la réticence de leur partenaire à en utiliser. Les femmes de moins de 25 ans, quant à elles, ne savaient pas quelle méthode utiliser. Celles qui consommaient des drogues, ne savaient ni choisir la méthode, ni comment s'en servir et d'autres qui avaient connu une expérience récente de dépression, ont indiqué leur absence de connaissance en matière de lieux où elles pouvaient s'en procurer.

A. Bachelot ⁷⁷ dans une étude qualitative, menée auprès de femmes françaises en population générale, visant à analyser les aspects psychologiques liés à la grossesse non prévue, catégorise les difficultés qu'elles associent à l'observance de la contraception en quatre types. Le premier type de contrainte est de nature somatique, il s'agit alors des effets secondaires associés à la prise du contraceptif sur la morphologie et/ou le métabolisme de la personne. Le deuxième, de nature psychologique renvoie à la perception du contraceptif en tant que perturbateur de l'acte amoureux (préservatif) ou objet pathogène immergé dans son corps propre (stérilet). L'auteur décèle en outre deux autres difficultés : l'une d'ordre culturel et déontologique, liée à une éthique personnelle et à des croyances religieuses (anti-IVG par exemple), l'autre, relative à la peur sous-jacente d'une stérilité associée à la prise prolongée du contraceptif (type pilule).

Nous avons alors étudié si les femmes que nous avons rencontrées évoquaient les mêmes difficultés liées à l'observance d'un contraceptif que les femmes françaises en population générale, ou si elles mettaient en avant des éléments plus contextuels liés à leurs conditions

⁷⁶ Gelberg L., Leake B., Lu MC., Nyamathi AM., Morgenstern H., Browner C., 2002, Chronically homeless women's perceived deterrents to contraception . *Perspect Sex Reprod Health* ; 34(6) : 278-285.

⁷⁷ Bachelot, A., 2002, Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. *De la contraception à l'avortement*, Paris, Inserm coll. Questions en Santé Publique : 77-114.

de vie précaires et à l'urgence de leur situation⁷⁸ à l'image de ceux évoqués dans l'étude Américaine⁷⁹.

Nous retrouvons a posteriori dans leur discours les contraintes précitées de type somatique (vomissements, hémorragies⁸⁰ (*Barbara, Marion*), irritations vaginales⁸¹ (*Bénédicte*)), et psychologique (prise de poids vécue difficilement ⁸⁰ (*Bénédicte*)), avec en outre une dimension cette fois *temporelle* évoquée par l'une d'entre elles (*Aude*). Pour cette dernière la prise quotidienne de la pilule semble être une charge, une contrainte dont elle cherche à se dispenser en se faisant poser un implant. En effet, la pilule oblige la personne qui l'emploie à être suffisamment rigoureuse dans sa gestion du temps (la prise est quotidienne et doit se faire à heure fixe plus ou moins quelques heures). Elle implique qu'elle ait une capacité suffisante à se projeter dans un futur proche afin d'anticiper le moment où il lui faudra s'en re-procurer.

Ces astreintes somatiques, psychologiques et temporelles concernent une méthode de contraception employée par la personne *à un moment donné de sa biographie contraceptive* qui n'est plus forcément celle utilisée au moment de l'interview. Ce type de contraception perçu comme trop contraignant a été abandonné. Certaines ont alors substitué un autre mode de contraception à ce dernier, parfois risqué (méthode Ogino⁸² (*Marion*)). D'autres n'ont plus eu ensuite recours à aucune méthode de contrôle de leur fertilité parfois, notamment, du fait de leur infertilité acquise.

Ainsi, les perceptions des femmes de notre enquête relatives à la prise d'un contraceptif ne se distinguent pas de celles des femmes en population générale. L'hypothèse selon laquelle les femmes de notre échantillon évoqueraient leurs conditions de vie actuelles comme empêchant l'observance d'un contraceptif n'a pas été validée. Des contraintes matérielles et contextuelles⁸³ n'ont été abordées d'emblée que par une seule d'entre elles.

Par ailleurs, une contrainte temporelle a toutefois émergé du discours de l'une d'entre elle. Si celle-ci peut être soulevée par n'importe quelle femme, elle est particulièrement pesante lorsque la personne « contraceptée » évolue dans un univers instable spatialement⁸⁴ et désorganisé temporellement⁸⁵. La prise de la pilule est alors plus difficile pour celles qui n'ont un contrôle minimum ni sur leur rythme quotidien ni sur leur environnement. De plus, prendre un contraceptif quotidiennement (ou/et à chaque rapport sexuel) suggère

⁷⁸ Contraignant certaines à hiérarchiser leurs besoins. L'urgence pour elles consistant en premier lieu à trouver un hébergement, manger suffisamment, et se laver. Ce n'est qu'une fois ces besoins comblés qu'elles pourraient alors tenter de répondre à d'autres besoins « jugés » secondaires. En ces termes, nous pouvons nous demander si la contraception fait alors partie des priorités de ces dernières.

⁷⁹ Une précision méthodologique est à apporter relativement à l'étude Américaine : Les femmes devaient se positionner sur une échelle comprenant les items « pas de problème », « petit problème », « gros problème » pour chacun des 9 facteurs potentiellement dissuasifs associés à l'observance d'une méthode de contraception **construits à priori**. Il s'agissait alors pour nous de vérifier si ces facteurs apparaissaient d'emblée dans le discours des femmes que nous avons interviewées lorsqu'ils ne leur étaient pas suggérés.

⁸⁰ Associés à la prise de la pilule.

⁸¹ Associées à l'usage du préservatif.

⁸² Cette méthode consiste à évaluer par calcul la période de fécondabilité (période du cycle menstruel féminin pendant laquelle une relation sexuelle peut être fécondante) et à éviter les rapports sexuels durant celle-ci.

⁸³ Liées à des difficultés économiques, difficultés d'accès aux contraceptifs, notamment du fait d'un manque de connaissance et d'information en matière de lieux de distribution gratuite.

⁸⁴ Passant d'un hébergement à l'autre, à la rue...

⁸⁵ Lorsque le quotidien de la personne n'est plus rythmé par les repères du type emploi, loisirs, enfants... et qu'elle n'a que très peu pu s'en approprier d'autres. Cette désorganisation pouvant, dans certains cas, être d'autant plus importante que la personne vit l'errance depuis un certain temps.

une capacité minimale à prendre soin de soi et d'être dans un état de conscience non altéré par la prise de substances psycho-actives, ce qui n'est pas le cas de toutes les enquêtées (cf. chapitre 2).

I.1.2. Le recours à l'IVG

Même si bon nombre d'entre elles se présentent comme ayant bénéficié a minima d'une socialisation à la contraception, elles seraient nombreuses à avoir eu des difficultés à contrôler de façon constante leur fertilité. Neuf (sur trente femmes interrogées) révèlent avoir déjà eu recours au moins une fois à l'IVG. Cependant, il est fort probable que cette proportion soit sous-estimée. La question n'ayant pas été posée systématiquement au cours des entretiens, il est envisageable que certaines n'aient pas tenu à en parler d'emblée, sans une sollicitation de la part de l'intervieweur.

Parmi ces femmes dont on sait qu'elles ont eu au moins un recours, sept l'ont eu alors qu'elles avaient encore leur logement autonome (*Samantha, Christelle, Jane, Sofia, Yasmina, Noëlle, Alice*). Les deux autres femmes (*Aude, Nadia*) ont cette spécificité d'avoir un vécu de placement en foyer de l'ASE⁸⁶ depuis l'enfance (*Aude*) ou l'adolescence (*Nadia*) ; placement auquel s'est succédé l'hébergement en centre d'urgence.

La grossesse que *Nadia* (25 ans) a interrompue serait survenue en amont de sa fréquentation des centres d'urgence. *Aude* (22 ans) quant à elle date ses IVG au moment où elle était déjà avec le père de son enfant. Dans la mesure où celui-ci était un « homme de la rue », nous pouvons supposer qu'elle fréquentait déjà les structures d'hébergement d'urgence. Ces deux femmes évoquent leur(s) interruption(s) volontaire(s) de grossesse(s) en soulignant leur indépendance à l'égard de leur conjoint, voire leur ascendant sur celui-ci. *Aude* considérait que la décision lui incombait compte tenu de l'engagement de son corps-propre dans cette expérience. Le comportement de *Nadia*, quant à lui, paraîtrait s'inscrire dans son rapport de domination envers les hommes. Cette domination semblant être à l'image de celle qu'elle aurait subie durant son enfance et son adolescence avec son frère et son oncle notamment.

Elles ne justifieront par ailleurs aucunement leur(s) acte(s) en invoquant leurs conditions de vie, ou la qualité de la relation avec leur conjoint de l'époque alors que cette dernière serait mentionnée comme premier motif de recours à l'interruption volontaire de grossesse selon les résultats de différentes enquêtes françaises sur ce thème⁸⁷. Trois femmes de notre échantillon étaient toutefois dans une relation conjugale qu'elles jugeaient instable (*Samantha*) et/ou subissaient les comportements violents de leur conjoint (*Yasmina, Jane*) au moment où elles ont eu recours à l'avortement. Ce contexte est d'ailleurs convoqué comme justification de ce recours par *Samantha* et *Yasmina*.

Deux femmes (*Samantha, Noëlle*) avaient alors 17 et 18 ans. *Christelle* et *Jane* auraient interrompu leur grossesse plus tardivement dans leur cycle de vie : aux alentours de 30 ans, alors qu'elles auraient toutes deux souhaité la mener à terme. *Jane* avait déjà un enfant à l'époque, et *Christelle*, quant à elle, n'en avait pas et ressentait un fort désir d'enfant ; elle se serait alors pliée à la volonté de son conjoint et payerait encore le coût psychologique de cet acte qu'elle aurait subi.

⁸⁶ Aide Sociale à l'Enfance.

⁸⁷ Voir : Garel, M., Crost, M., Kaminski, M., 2001, *IVG répétées, précarité sociale, précarité affective*. In : M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa. Précarisation, risque et santé. Paris : Editions de Inserm :229-240.

Ces femmes nous indiquent une seule interruption volontaire de grossesse hormis deux d'entre elles qui ont évoqué un recours à l'IVG par trois fois (*Aude, Yasmina*). *Aude* nous indique que pour elle il s'est agi d'un même scénario qu'elle a répété parce qu'« [elle] n'en voulait pas encore ». La fréquence de ses oublis de pilule, ses grossesses non prévues et ses avortements nous indiquent toute sa difficulté à contrôler sa fertilité dans la continuité, et laissent à penser à cette ambivalence relative à un désir d'enfant, retrouvée dans la littérature étrangère citée par M. Garel, M. Crost, & M. Kaminski, (2001) ⁸⁸.

I.2. La contraception actuelle

Elles sont un quart à s'être présentées comme infertiles au moment de l'entretien. Deux d'entre elles se disent stériles depuis qu'elles ont été opérées d'une hystérectomie (*Chantal, Noëlle*). Une autre aurait subi une stérilisation à son insu (*Agathe*), deux autres seraient ménopausées (*Hélène, Fleur*) et une dernière aurait un problème de santé lui bloquant l'ovulation (*Bénédicté*). Elles sont 14 à s'être présentées au moment de l'entretien comme fertiles, ne cherchant pas à procréer et sexuellement actives⁸⁹. Nous avons alors cherché à déterminer, à partir de leur discours, l'existence et la nature du contrôle que ces femmes exerçaient sur leur fertilité afin toujours de tester l'hypothèse selon laquelle leurs conditions de vie agiraient sur leur choix contraceptif.

I.2.1. Le préservatif comme méthode de contrôle de la fertilité

Une enquête américaine menée auprès de femmes sans domicile fixe ⁹⁰ a révélé que le préservatif était le mode de contraception préféré à tous les autres par la population interviewée. L'usage du préservatif serait privilégié par ces femmes pour plusieurs raisons : sa facilité d'accès (il n'est pas utile pour s'en procurer ni d'avoir une ordonnance médicale ni d'être suivi par un gynécologue) et le fait qu'il permette aussi de se protéger des IST⁹¹. A contrario, dans notre échantillon, elles ne sont que deux (*Christelle, 34 ans et Jane, 37 ans*) à avoir indiqué le préservatif comme mode de protection à l'égard des grossesses et des IST. Pour l'une d'elles (*Christelle*), son utilisation semble être associée au degré de connaissance du partenaire (cf. Chapitre 4). Trois autres (*Myriam, 20 ans et Sofia, Marie, 39 ans*) qui disent l'avoir utilisé au cours de leurs derniers rapports sexuels ne l'associent toutefois pas au contrôle de leur fertilité.

I.2.2. L'implant

L'implant lorsqu'il est porté, n'est associé à aucune contrainte contrairement aux autres modes contraceptifs. Il est adopté par deux d'entre elles (*Solange et Sylvie, 23 ans*) et une troisième souhaite se le faire poser (*Aude, 22 ans*). Selon les praticiens spécialistes, cette méthode semble pourtant être proposée peu fréquemment compte tenu de problèmes de tolérance. Nous pouvons nous demander alors si le bénéfice apporté par ce type de contraception (à savoir le fait d'être dispensée d'une prise quotidienne ou à chaque rapport

⁸⁸ Garel, M., Crost, M., Kaminski, M., 2001, *op cit.* p233.

⁸⁹ Sont considérées comme sexuellement actives les femmes ayant au moment de l'entretien un partenaire sexuel et/ou dont le dernier rapport sexuel date de moins d'un an.

⁹⁰ Gelberg L., Leake BD., Lu MC., & al, 2001, Use of contraceptive methods among homeless women for protection against unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases : prior use and willingness to use in the future. *Contraception*; 63 : 277-281.

⁹¹ Infections Sexuellement Transmissibles.

sexuel) n'est pas pour elles supérieur au coût que représentent ses effets secondaires. Ceci pourrait alors expliquer que ces derniers n'auraient pas été évoqués.

I.2.3. La pilule

La pilule serait le mode contraceptif adopté par cinq femmes de notre échantillon (*Juliette, Aude, Samantha, Nadia, Chloé*). Le discours des trois premières laisse toutefois supposer une observance difficile : absence de recours aux soins gynécologiques de *Juliette* (27 ans) (cf. Chapitre 2), difficulté verbalisée par *Aude* (22 ans) à la prendre quotidiennement, et réponse stéréotypée de *Samantha* (30 ans) à la question de la protection lors du dernier rapport sexuel (« tout a été fait dans les règles »). Les deux autres, quant à elles, sembleraient avoir fait leur ce contraceptif depuis quelques années et continueraient à l'employer même si ces dernières n'ont actuellement pas de relations sexuelles. *Nadia* (25 ans) serait ainsi disponible psychologiquement et physiquement à une nouvelle rencontre. Et, même si *Chloé* (38 ans) envisage de pouvoir rencontrer quelqu'un dans le futur, il semble que pour elle la prise de ce contraceptif soit d'avantage liée à une habitude ancrée dans son quotidien depuis 20 ans.

I.2.4. La rupture dans la contraception

Deux autres femmes identifiées en qualité de « sexuellement actives » n'ont recours à aucune méthode de contraception actuellement (*Julie, Barbara*). Il semble que cette rupture dans le contrôle de leur fertilité ait des significations distinctes pour chacune d'elles. Ainsi, si pour l'une (*Julie*, 28 ans), cette rupture contraceptive signifierait la mise en place d'une véritable stratégie, pour l'autre (*Barbara*, 21 ans), elle traduirait plutôt une grande difficulté à prendre soin de soi.

L'arrêt de la prise de la pilule garantirait à *Julie* l'abstinence ; cette dernière culpabilisant encore d'avoir eu des rapports sexuels avec un homme dans une relation qui n'a pas perduré. Pour *Barbara*, il s'agirait là plutôt d'une prise de risque récurrente. Elle ne se protégerait ni d'une grossesse ni des MST au cours de ses rapports. Il lui arriverait d'avoir des rapports sexuels « avec des toxico » sous l'emprise de drogues et/ou d'alcool. Nous pouvons nous demander si cette dernière n'est pas dans un état de conscience altéré du fait de la prise consécutive de produits. Son psychisme semble être atteint par ses prises de drogues et d'alcool, et son discours très confus. Il paraît difficile pour elle d'adopter un comportement préventif. (voir chapitre 4)

Ainsi, en matière de contrôle actuel de la fertilité, les femmes fertiles ne cherchant pas à procréer et sexuellement actives se sont présentées pour la majorité (9/14) comme contrôlant leur fertilité : par le biais du préservatif (*Christelle, Jane*), de l'implant (*Solange, Sylvie*), ou de la pilule (*Aude, Juliette, Samantha, Nadia, Chloé*).

Trois autres femmes disent, elles, ne pas se protéger de la survenue de grossesse (*Barbara, Myriam, Sofia*), même s'il semblerait que deux d'entre elles (*Sofia, Myriam*) aient eu toutefois recours au préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel. Ce dernier point nous amène à nous demander si ces dernières, à l'image d'autres femmes de notre échantillon⁹², ne partageraient pas la représentation du préservatif en tant qu'objet exclusivement masculin et de ce fait ne seraient que très peu actives dans la négociation de son utilisation,

⁹² Cf chapitre 4.

contrairement à celles l'ayant associé au contrôle de leur fertilité, plus investies dans son utilisation.

I.3. Le statut de nos données en matière de contraception, et de recours à l'IVG

La majorité des femmes interviewées se sont présentées comme maîtrisant leur fertilité même si plus tard dans l'entretien, un recours à l'IVG venait indiquer le caractère non systématique de ce contrôle. Ce résultat est à mettre en lien avec le *biais* inhérent à toute enquête basée sur un recueil de données déclaratives. Le comportement recueilli « déclaré » serait susceptible de s'éloigner du comportement réel. Cet écart pourrait provenir alors d'une recherche par l'individu interviewé de rendre cohérents ses comportements entre eux (recherche de *congruence*), de défaillances mnésiques, ou d'un souhait de se montrer « désirable » aux yeux de l'intervieweur⁹³ et donc comme ayant intégré les normes sociales en vigueur dans la société. Il est probable que les femmes interviewées aient cherché à se présenter comme ayant intégré les normes publiques de prévention et aient gommé des pratiques « déviant » de la norme. (*désirabilité sociale*). (voir méthodologie)

Parfois la question de la contraception n'a été que survolée. Il aurait été intéressant que nous invitons la personne à élaborer d'avantage sur ce sujet ; ceci aurait peut-être apporté des indications supplémentaires sur sa perception du risque de grossesse, ses intentions comportementales ainsi que son comportement déclaré. Par ailleurs, parmi ces femmes, une seule a évoqué avoir recours à la méthode Ogino, et aucune n'a évoqué la pratique du « coït interrompu ». Ceci est à mettre en lien avec la formulation des questions posées aux femmes et le vocable employé⁹⁴.

En outre, le matériel discursif recueilli relatif au thème de l'avortement est pauvre. Lorsque nous disposons de l'information sur l'occurrence de cet événement (ou expérience), elle n'est que très peu étayée, voire pas du tout. Ainsi, ce sujet n'est que rapidement évoqué, survolé.

A ce propos, L. Boltanski, dans son livre *La condition fœtale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*⁹⁵, évoque la position « ambiguë » de l'avortement, notamment dans notre société contemporaine, entre le « permis » et « l'interdit », le « dicible » et « l'indicible », acte à la fois réprouvé et pratiqué. L'interruption volontaire de grossesse est selon lui « *laissée dans l'ombre (...) le plus souvent dissimulée (...) c'est précisément cette discrétion qui rend l'étude de l'avortement difficile, non seulement parce que les sources anthropologiques et historiques sont rares et lacunaires, mais aussi parce que, dans la société contemporaine où l'avortement est pourtant légalisé, les*

⁹³ Qui, dans la situation dissymétrique de l'entretien de recherche, peut représenter aux yeux de l'enquêtée la personne insérée dans la société, et dans ce contexte particulier de l'entretien de recherche sur « la vie affective et sexuelle », représenter l'expert en matière de prévention des risques sexuels. Ceci d'autant que dans la consigne de présentation de l'étude ont été évoqués le fait que cette étude était commanditée par le Ministère de la santé ainsi que les objectifs secondaires de cette recherche visant à améliorer les actions de prévention.

⁹⁴ Nous avons usé d'un vocable scientifique : « contraception », « méthode contraceptive » et avons omis de reformuler nos questions de manière à recueillir aussi les pratiques dites « naturelles » de type méthode Ogino.

⁹⁵ Boltanski L., 2004, *La condition fœtale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Gallimard coll. nrf essais.

personnes qui en ont fait l'expérience se montrent fréquemment réticentes à en parler, même à un « sociologue » leur garantissant l'anonymat. ».⁹⁶

II. Le rapport à la maternité

Dans la mesure où c'est dans cette relation à la mère (ou à un substitut maternel) qu'une femme trouve les bases de sa construction identitaire de femme et de mère potentielle, il nous a semblé important d'étudier lorsque le matériel discursif nous le permettait, la relation que ces femmes entretenaient à leur mère en regard de leur rapport à la maternité.

II.1. Quand le rapport à la maternité est perturbé

G. Mondière⁹⁷ décèle dans le discours de la majorité des femmes sans abri qu'elle a interviewées une défaillance de l'imaginaire⁹⁸ maternelle. Ces femmes auraient perçu leur mère comme menaçante alors que leur grand-mère aurait plutôt été idéalisée. La toxicité de cette image maternelle serait d'autant plus importante selon P. Declerck (1990)⁹⁹ que les personnes sans abri auraient eu des carences affectives précoces.

D'autres études sur les personnes sans abri ont mis en évidence une très forte proportion de placements¹⁰⁰, faisant souvent suite à des maltraitements psychiques, physiques, sexuelles et (ou) morales. Selon ce même ordre d'idées, G-M. Lequin & S. Ionescu (1997)¹⁰¹ dans leur recherche visant à étudier les histoires de vie et le fonctionnement psychique de femmes SDF constatent que ces dernières « ont vécu de nombreux placements et n'ont pas eu de figure d'attachement stable (...) un enchaînement d'événements de vie à caractère potentiellement pathogène, de nombreux changements de milieux de vie et l'absence d'un cadre thérapeutique stable. »

C'est autour de ces carences affectives qu'elle a vécues précocement et des « grands malheurs » subis au cours de son existence qu'Agathe (38 ans) « construit » tout son discours. Elle nous offre ainsi à l'aide de notions de psychologie qu'elle s'est réappropriées, un discours stéréotypé, affiné au fur et à mesure des multiples entretiens avec différents acteurs de terrain dans le but de légitimer l'aide qu'elle réclamait. Celle-ci se présente à l'enquêtrice comme une personne qui manque d'affection et qui a subi de nombreux traumatismes. Outre cet aspect de l'entretien, son discours révèle quelques aspects de sa relation difficile qu'elle avait à sa propre mère, et de sa représentation menaçante et toute puissante. Sa mère nous apparaît comme régissant tout, contrôlant tout, au point de

⁹⁶ Boltanski L., 2004, *Op cit.* p39.

⁹⁷ Mondière G., 2003, Être une femme SDF, est-ce différent ? *Rhizome*, 11, avril : 7.

⁹⁸ Déf : PSYCHAN. Représentation des personnes de son entourage premier (père, mère, etc.) qui se fixe dans l'inconscient du sujet et oriente son mode d'appréhension d'autrui. (notion due à C. G. Jung). *In Le Petit Larousse*.

⁹⁹ Declerck P., 1990, Apragmatisme et clochardisation, *Synapse*, décembre, 19-25 Cité par G., Mondière.

¹⁰⁰ Notamment celle de M. Marpsat et J-M. Firdion sur les caractéristiques des personnes sans domicile à Paris qui révèle que près de 1 personne sur 10 aurait été en institution spécialisée, foyer de la Ddass ou famille d'accueil à l'âge de 16 ans. *In Marpsat M. & Firdion J-M.*, 1990, Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie. *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. PUF, INED.

¹⁰¹ Lequin G-M. & Ionescu S., 1997, Les femmes SDF : pour une clinique individualisée. *Psychologie Française*, 1997, n°42-3.

contrôler sa vie d'amante et de mère. *Agathe* vit sa génitrice comme particulièrement toxique et ayant tout pouvoir sur elle jusque dans le contrôle de sa fertilité.

« Ma sœur et ma mère m'ont fait faire sans ma connaissance, parce qu'à un moment donné j'avais un problème d'estomac, je devais passer sur le billard, ils ont profité de ce moment opportun pour me faire faire une ligature des trompes. Je l'ai su deux ans après. »

S'il est probable que sa stérilisation ait été fantasmée, son discours soulève toute la violence effective ou symbolique commise envers des femmes dont on juge qu'elles sont en incapacité de maîtriser leur fertilité.

Par ailleurs, il paraîtrait que ce lien toxique à sa mère vienne parasiter ses relations à ses filles. En effet, selon *Agathe*, entre une mère et sa fille il n'y aurait pas d'amour réciproque et heureux possible.

« *Elles vous apportent du bonheur [vos filles] ?*

Du bonheur, mais c'est pas pareil que le bonheur d'un homme. C'est pas du tout pareil. Bien sûr, c'est enrichissant mais c'est pas pareil du tout. On a besoin, je sais pas moi, d'aimer mais d'être aimé aussi parce que si c'est aimer, mais en retour ne pas être aimé, ben, ça vaut pas la peine du tout même, je pense. Pour moi, c'est comme ça. Donner, donner, mais... J'aime bien... C'est comme ça. Voilà. »

Elle semble s'être construit un monde dans lequel sa féminité et son envie de mater sont mis à mal par sa marâtre ; cultivant le doux rêve qu'un homme vienne « la réveiller », à l'image de la belle au bois dormant. *Agathe* rêve d'absolu : d'« 'amour avec un grand A ».

Une autre femme (*Thérèse*, 30 ans) se vit enceinte depuis des années au point de mimer les symptômes de la grossesse et d'amener toute personne nouvellement rencontrée dans son délire. Celle-ci fait aussi référence à la violence symbolique qu'elle a perçue lorsque certaines personnes de son entourage (notamment du centre médical où elle était suivie) auraient évoqué l'avortement. Lui suggérer l'avortement alors qu'elle s'identifie à une femme enceinte reviendrait à lui demander de s'amputer d'une partie d'elle-même.

II.2. Désir, projet ou besoin d'enfants

Nous avons distingué projet, besoin et désir d'enfant dans notre analyse des éléments discursifs. Le « projet » d'enfant constitue une activité rationnelle consciente de projection dans un futur. Le « désir » d'enfant (ou de maternité), lui, s'origine dans l'inconscient de l'individu et peut chercher à se satisfaire à son insu sans que ce dernier en ait conscience. Tous deux ne sont par conséquent pas toujours corrélés : l'individu peut être mû par un désir qu'il n'a pas encore conscientisé ou « vouloir » mener à bien un projet qui toutefois n'est pas sous-tendu par un investissement libidinal. Dans cet ordre d'idées, des difficultés à procréer rencontrées par certaines femmes pourraient être liées à la faiblesse d'un désir sous-tendant la volonté. Enfin, lorsqu'une femme se vit en incapacité de procréer, le projet d'enfant peut devenir si tenu et saillant qu'il prend alors la forme d'un réel « besoin ».

Elles sont nombreuses à verbaliser si ce n'est un désir d'enfant, un projet d'enfant. Pour deux d'entre elles (*Bénédictte*, 38 ans et *Yasmina*, 41 ans), le projet d'enfant n'aboutit pas malgré maintes tentatives. Il est fort probable que cette incapacité actuelle à être féconde soit en lien avec un manque de désir sous-tendant ce projet. Toutes deux semblent adhérer, en surface, au projet de leur conjoint sans qu'il soit sous-tendu par une réelle motivation de leur part. Ceci serait à mettre en lien avec le fait que ces deux femmes ont

déjà des enfants dont elles sont séparées et avec lesquels elles ne semblent avoir que peu (voire pas) de contact.

Deux autres femmes (*Jane, Samantha*) mères de famille par ailleurs, mettent clairement en avant la précarité de leur situation de vie actuelle pour rationaliser leur désir d'enfant. Toutes deux semblent hiérarchiser leurs désirs et besoins. Trouver un toit est la priorité de *Samantha* (30 ans) et *Jane* (37 ans). La motivation principale de cette dernière étant de reconstruire un cadre structurant pour ses enfants. Celle-ci ne semble d'ailleurs pas s'autoriser à penser un nouvel enfantement compte tenu de l'impact que sa situation a sur sa famille (celle-ci ayant dû confier ses enfants à sa mère depuis qu'elle s'est retrouvée sans hébergement).

Pour certaines de celles qui disent souhaiter un enfant, l'enfantement permettrait un accès à la normalité (*Barbara, Julie, Sylvie, Carine*). Tantôt cette normalité renverrait à leur identité sociale : identité de femme accomplie, « réalisée » (*Carine*, 40 ans) ou responsable, et adulte (*Sylvie*, 23 ans¹⁰²), tantôt au statut de leur couple : l'enfant étant présenté comme la suite logique à un couple s'installant dans la durée (*Barbara*, 21 ans et *Julie*, 28 ans). Dans ce même esprit, *Christelle* (34 ans) verbalise son désir d'enfant comme une volonté de « fonder une famille » et semble éprouver un fort besoin de mater. Elle semble avoir internalisé la norme traditionnelle conjugale. Par ailleurs, son désir d'enfant participe à sa représentation romantique de la relation amoureuse. Elle fait partie de ces femmes interrogées qui mettent beaucoup d'espoir dans la relation de couple. En effet, pour elles, l'« entrée » dans une relation sérieuse serait une « porte de sortie » de la rue¹⁰³.

II.3. Grossesse et « sans abrisme »

Dans son ouvrage, M-C Vaneuville¹⁰⁴ fait référence à ces femmes « errantes » qui se retrouvent enceintes de manière répétitive ; ces grossesses multiples et successives leur apportant le sentiment d'exister, et d'être reconnues. La demande d'assistance n'a alors plus besoin d'être légitimée (par une histoire de vie, des actions, des projets), voire verbalisée. Le seul fait « d'être » enceinte, d'exister en tant que femme enceinte leur donne accès à cette assistance.

Dans une étude américaine qualitative¹⁰⁵, menée auprès de femmes sans abri, visant à étudier leurs barrières d'accès aux soins gynécologiques, 47 femmes ont été interviewées dont huit femmes enceintes. Parmi ces dernières, nombreuses sont celles qui semblaient espérer et vivre avec bonheur leur grossesse. L'une d'entre elles, mère de 10 enfants, a révélé qu'elle se sentait bien quand elle était enceinte. Cette femme a évoqué le plaisir associé au sentiment de sentir vivre et croître en elle un petit d'homme. Une autre évoquera la permanence du lien à cet enfant, qui « restera » dans son ventre tout le temps de la gestation. Elle opposera à cela le sentiment récurrent d'être abandonnée par ses partenaires sexuels.

¹⁰² L'action d'enfanter et de s'occuper d'un enfant permettrait à cette femme de prouver aux autres son adaptation et de ne plus être identifiée à sa maladie psychiatrique. D'autant que celle-ci, est déjà mère d'un enfant, qu'elle a vu placé parce qu'elle a été jugée incapable de subvenir seule aux besoins de ce dernier.

¹⁰³ Cf. chapitre 4.

¹⁰⁴ Vaneuville, M-C., 2005, *Ibid.* p57.

¹⁰⁵ Gelberg L., Browner, C.H., Lejano E, Arangua L., 2004, Access to Women's Health Care : A Qualitative Study of Barriers Perceived by Homeless Women. *Women & Health*, vol.40(2) : 87-100.

Il nous apparaît alors que, contrairement aux présupposés que nous serions tentés d'avoir, vivre une grossesse lorsque l'on se retrouve sans abri peut être un réel support. Il s'est donc agi pour nous d'étudier la manière dont les femmes que nous avons interviewées, ayant mené à terme une grossesse alors qu'elles se retrouvaient sans logement, ont vécu leur grossesse.

II.3.1. Les bénéfiques de la grossesse

Elles sont cinq (*Sylvie, Bénédicte, Solange, Juliette, Aude*) à évoquer avoir mené à terme une grossesse à un moment donné de leur phase d'errance. Même si toutes ces grossesses n'étaient pas initialement prévues, elles semblent avoir été vécues pour la majorité d'entre elles, à l'instar de celles des femmes américaines précédemment citées, avec un certain plaisir. En effet, lorsqu'elles verbalisent leur état interne au moment de leur grossesse, toutes mettent en avant des états psychiques, émotionnels positifs si ce n'est en cours de grossesses, au moment de leur accouchement.

Deux d'entre elles évoquent par ailleurs avoir découvert qu'elles étaient enceintes au-delà du délai légal d'avortement (*Sylvie, Juliette*). *Juliette* (27 ans) l'a découvert à sept mois de grossesse. Si *Juliette* doutait de sa fertilité, elle semble toutefois avoir gommé les éventuels signes corporels lui indiquant qu'elle était féconde et les avoir mis de côté. Dans la mesure où *Juliette* paraît avoir eu peur d'être rejetée par son compagnon à la naissance de son enfant, nous pouvons nous demander si ce déni partiel de sa grossesse (jusqu'au moment de la consultation médicale la diagnostiquant) ne lui a pas permis de la mener à terme, en levant cette angoisse d'être abandonnée, et d'éviter de courir le risque que son compagnon lui demande d'avorter. C'est ainsi qu'elle a pu vivre ses derniers mois de grossesse « comme sur un nuage » et les jours succédant son accouchement comme un état de grâce dans lequel son bébé et elle ne faisaient alors qu'un. *Juliette* « baigna » alors dans un état proche de ce que M. Bydlowski qualifie de « *pause nirvanique, instant fugitif d'envahissement narcissique et de retour à une béatitude originelle* »¹⁰⁶, lié à ce désir de certaines femmes de faire renaître l'enfant qu'elles ont été elles-mêmes. Dans ce contexte, « *être grosse c'est moins avoir un enfant, qu'être l'enfant soi-même, nourri dans l'ivresse de la satisfaction* »¹⁰⁷.

Parmi les trois à s'être dites enceintes au moment de l'interview (*Isabelle, Thérèse, Solange*) seule une semble l'être effectivement (*Isabelle*, 36 ans). Les deux autres se présentent comme telles à l'enquêtrice (*Solange*, 23 ans) et aux autres acteurs sociaux (*Thérèse*, 30 ans). Si nous ne pouvons savoir jusqu'à quel point la grossesse de *Solange* est fantasmée ; celle de *Thérèse* paraît faire partie de « sa » réalité ; elle semble s'être construit tout un monde autour de cette grossesse qu'elle mène, aux dires des équipes accueillantes, depuis des années.

Au cours de nos observations dans les centres et de discussions avec les intervenants sociaux nous avons pu constater que ce cas était loin d'être isolé. M-C Vaneuille dit à ce propos : « *certaines femmes font croire qu'elles sont enceintes : elles ont l'air d'y croire aussi, elles en sont persuadées. Elles ne fournissent pas de certificat médical, elles en sont sûres, avec une conviction indiscutable, une certitude tellement forte qu'elle ébranle l'évidence. Est-ce un désir ? Une demande d'attention ou la course imaginaire vers un rêve de petite fille, un rêve d'amour à donner ? Difficile à*

¹⁰⁶ Bydlowski, M., 1997, *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. PUF, coll. le fil rouge.

¹⁰⁷ Bydlowski, M., 1997, *Op cit.*

déterminer, mais ce fait interroge car il est récurrent chez plusieurs femmes ayant la trentaine, et qui n'avaient pas de problèmes psychiatriques notoires. »¹⁰⁸

La grossesse vécue, qu'elle soit fantasmée ou réelle semble être un apport, un soutien pour certaines femmes. Celle-ci empêcherait ou réduirait le sentiment de solitude ressenti (*Isabelle*), participerait à l'envie de se dépasser et de se projeter dans l'avenir d'autre (*Juliette*) tout en leur donnant un nouveau statut (celui de « femmes enceintes ») ouvrant l'accès à de nouveaux services spécifiquement dédiés à l'accueil et l'hébergement des femmes¹⁰⁹ et leur permettant de bénéficier d'une attention toute particulière de la part des acteurs sociaux (travailleurs sociaux et paires). Le statut de « femmes enceintes », à l'instar de celui de « femmes en couple »¹¹⁰ rendrait possible l'accès à l'hébergement en hôtel et non plus uniquement aux centres d'hébergement collectifs, la plupart du temps mixtes et perçus comme un environnement « insécure », dans lequel elles se sentent entassées et se retrouvent dans l'incapacité de se retrouver dans leur intimité, et de pouvoir prendre soin d'elles-mêmes (cf. chapitre 1).

Par ailleurs, ceci est à mettre en parallèle avec le fait que pour la majorité des femmes ayant évoqué avoir eu recours au moins une fois à l'IVG, l'avortement a été pratiqué en amont de la situation « de rue ». Nous pouvons faire l'hypothèse que les femmes se retrouvant sans domicile fixe auraient moins souvent recours à l'avortement que celles en population générale. L'enfant à venir permettrait alors à ces femmes de retrouver un sens à leur vie, ainsi qu'une force de combativité et de créativité qu'elles avaient peut-être alors du mal à percevoir.

II.3.2. Adaptation et ajustement

Avoir mené une grossesse à terme dans le contexte d'hébergement d'urgence (*Sylvie, Bénédicte, Solange, Juliette, Aude*) n'a aucunement été associé à des difficultés hormis par l'une d'elle (*Bénédicte*, 38 ans) qui s'est séparée de son conjoint alors qu'elle était en cours de grossesse et dit avoir mal vécu cette séparation.

Il est dès à présent important de souligner que ces femmes qui ont mené à terme des grossesses bien avant la situation d'entretien aient, du fait du délai qui s'est écoulé entre leur grossesse et la situation d'interview, quelque peu oublié, gommé certains aspects de leur vécu. Parce que la mémoire humaine est sélective, il est probable que certains éléments aient été oubliés au profit d'autres plus prégnants pour elles. Relativement à ce *biais de mémorisation*, Delhomme P. & Meyer T.¹¹¹ indiquent que « *la mémoire des événements est peu fiable. Seuls les événements à caractère inhabituel ou émotionnel sont retenus avec des détails. Le souvenir des activités routinières est difficilement accessible sous forme chronologique au bout d'une dizaine de jours. Les événements sont alors associés à des classes d'événements typiques.* » Même si des éléments ont ainsi pu « passer aux oubliettes », nous pouvons penser que les sentiments associés par ces femmes à leur grossesse, ainsi que des difficultés majeures rencontrées au cours de cette période ont pu être, eux, réactualisés au cours de l'entretien.

Par ailleurs, en deçà du *biais de désirabilité sociale* inhérent à chaque situation d'interview (cf. Méthodologie), et de la probabilité que certaines femmes aient pu souhaiter se présenter positivement à l'enquêteur(trice), il émerge clairement de leur discours qu'elles

¹⁰⁸ Vaneuville, M-C., 2005, *Ibid.* p57.

¹⁰⁹ Sous réserve qu'elles remplissent certains critères d'éligibilité (âge, temps de la grossesse...).

¹¹⁰ Si seulement ce dernier est officialisé par une union maritale ou légitimé par une certaine durée.

¹¹¹ Delhomme P., & Meyer T., 1997, *Les projets de recherche en psychologie sociale : Méthodes et techniques*. Paris, Armand Colin et Masson : 82.

paraissent s'être adaptées à leurs conditions de vie. Notamment lorsqu'elles étaient enceintes. Trois d'entre elles (*Solange*, *Sylvie* et *Aude*) ont la spécificité d'avoir un long vécu en structures collectives. Elles ont au cours de leur enfance et/ou adolescence connu des placements en foyer (Ddass, foyer jeunes travailleurs, foyer maternel...) et se sont donc socialisées à la vie dans ces structures collectives. En outre, *Solange*, *Sylvie*, *Aude*, et *Juliette* ont connu des périodes antérieures à leur grossesse où elles ont dû trouver une solution alternative d'hébergement et parfois dormir dehors (*Sylvie*, 23 ans) ou dans leur voiture (*Solange*, 23 ans). Elles se sont alors ajustées¹¹² à ces conditions et ont développé des compétences environnementales (telles que trouver un hébergement de fortune, connaître et utiliser les services sanitaires et sociaux proposés aux personnes dans la grande précarité, développer leur réseau social avec des pairs, avec les acteurs des institutions...). Aussi, il semble important de souligner que ces trois femmes, contrairement à *Solange*, n'ont que très peu (voire pas du tout) connu de phases durant lesquelles elles ont eu un logement autonome.

II.3.3. Nouveau statut et carence d'alternatives

Lorsque des difficultés sont soulevées, elles le sont par ces femmes se disant enceintes au moment de l'entretien. Il est alors fait référence dans leur discours à la pénurie de services d'accueil et d'hébergement offerts aux femmes enceintes sans abri. Elles sont deux parmi elles à revendiquer leur état et la prise en compte de celui-ci dans les offres qu'on leur propose. L'une d'elle (*Isabelle*, 36 ans) qui a présenté sa grossesse comme étant à risque a mis en avant des manquements relatifs à la prise en charge sanitaire et sociale des femmes gestantes. En effet, il semble que cette femme soit contrainte à vivre sa grossesse dans les centres d'hébergement alors que sa gestation est potentiellement risquée. Son état nécessiterait une surveillance sans toutefois être jugé suffisamment alarmant pour nécessiter une hospitalisation. Elle se voit alors obligée de dormir dans les centres collectifs la nuit et de marcher parfois de longs moments pour trouver un endroit en journée où se « poser » tel qu'un accueil de jour. Son discours révèle ainsi tout l'arbitraire des critères de sélection des publics concernés par les offres d'hébergement et d'accueil. Les hôteliers s'opposent à accueillir une femme enceinte célibataire et ce d'autant plus que sa grossesse est à risque. Plus particulièrement, l'accueil et l'hébergement spécifiquement dédiés aux femmes enceintes concernent les femmes en fin de grossesse ; la femme se retrouvant sans hébergement fixe alors qu'elle débute sa gestation a alors pour unique solution l'hébergement d'urgence (collectif ou en hôtel). La femme enceinte ne semble donc pas avoir actuellement accès à des services particuliers. En effet, les services actuellement proposés seraient offerts aux femmes souffrant d'une pathologie (associée à sa gestation) ou aux femmes sur le point d'accoucher alors que nombre de femmes avec logements peuvent bénéficier, elles, d'un congé maternité prolongé, et ce dès leur premier trimestre de grossesse.

A l'image des centres d'hébergement avec lits infirmiers, pensés et élaborés pour des personnes sans logement dont l'état sanitaire nécessite une convalescence et non une hospitalisation, nous pourrions imaginer des offres d'hébergement prolongé pour des femmes sans abri qui mènent une grossesse difficile.

¹¹² Ajustement : processus transactionnel entre l'individu et son environnement (physique, social, spatial) se caractérisant par un double mouvement : par une action de l'individu sur l'environnement pour en modifier certaines de ses caractéristiques d'une part, et par une transformation de l'individu lui-même (son niveau d'aspiration, ses buts et attentes et sa manière d'agir) d'autre part.

III. Relations aux enfants et relations de substitution

Parmi les femmes de notre étude à avoir eu des enfants (elles sont un peu plus de la moitié), certaines ont vu leurs enfants placés dans un foyer de la Ddass (*Aude, Yasmîna, Sylvie, Noëlle, Thérèse*). D'autres ont fait la démarche d'en confier la garde à un membre de leur famille ; certaines ont d'ailleurs saisi un juge (*Jane, Solange*) afin d'éviter un placement. Une autre a dû quitter le domicile conjugal, se séparant alors de sa progéniture (*Chloé*). Nous voyons là que la séparation familiale vécue par ces femmes renvoie à des expériences diverses, tantôt maîtrisées autant que faire ce peut, tantôt totalement subies. Nous avons alors tenté de voir comment ces femmes ont vécu le placement de leurs enfants, plus ou moins souhaité, et l'absence de ces derniers dans leur quotidien.

III.1. Relation aux enfants et structuration du quotidien

Si le rapport à la maternité, et l'investissement du rôle de mère sont particuliers à chacune et dépendent de leur histoire ainsi que de leur filiation propre, il n'en demeure pas moins que remplir son rôle de mère quand on est sans hébergement fixe n'est pas chose aisée. Les femmes mères de famille qui se retrouvent sans abri sont confrontées au manque d'offres en matière d'hébergement (manque de places en foyer maternel, ne remplissant pas les critères d'accueil...). Dans ce contexte de pénurie d'offres, elles doivent parfois confier pour un temps la garde de leur(s) enfant(s) à un tiers membre ou ami de la famille, lorsqu'elles ne sont pas en rupture affective totale et que leur réseau social le leur permet. Elles se retrouvent alors hébergées seules en Centres d'Hébergement d'Urgence, éloignées de leur(s) enfant(s), avec parfois le poids de la culpabilité et de la honte d'avoir « échoué » dans leur rôle de mère. Marie-Claire Vaneuville¹¹³ évoque à ce propos les stratégies mises en œuvre par certaines femmes « errantes » en vue de se rendre invisibles au regard d'autrui et à son jugement réprobateur : *« Les femmes sont habitées par la honte. Elles ressentent tout le poids du regard extérieur, tout le poids du regard qu'elles portent sur elles-mêmes. Elles ont fait leurs les représentations de la société sur la femme et elles savent qu'elles n'ont pas répondu aux attentes de cette société envers elles. Elles n'ont pas réussi. Elles ne sont pas conformes, elles sont loin de tous les archétypes, de tous les rôles traditionnels : elles n'ont pas de « foyer », rôle essentiel dévolu à la femme ; elles n'ont pas su être mère – autre rôle fondamental, leurs enfants sont placés, deuxième rôle fondamental ; la souffrance les pousse souvent vers les toxiques, et l'alcool représente pour les femmes la déchéance... »*

Le discours des femmes que nous avons interviewées ayant dû se séparer récemment de leurs enfants se retrouvant sans solution d'hébergement révèle cette angoisse (corollaire du sentiment de culpabilité) d'être jugées de « mères insuffisamment bonnes » et de se voir retirer leur garde. Elles sont deux à avoir saisi un juge afin de placer provisoirement leurs enfants chez un membre de leur famille (*Solange, 23 ans et Jane, 37 ans*), ceci dans le but de se préserver du risque de leur placement en foyer de la Ddass. L'Aide Sociale à l'Enfance étant alors perçue par ces femmes comme l'Épée de Damoclès dont il fallait se préserver afin d'éviter qu'elle ne vienne briser des liens familiaux.

« Comme je ne voulais pas qu'elles soient placées à la Ddass, je les ai mises chez ma mère, j'ai saisi un juge des enfants, j'ai fait tout le nécessaire pour un placement provisoire, donc c'est juste administratif et la Ddass, elle a pas son nez là-dedans, l'ASE n'a pas son nez là-dedans et je

¹¹³ Vaneuville, M.-C., 2005, *Ibid.*, p47.

renouvelle le placement chez maman tous les ans, tant que je n'ai pas retrouvé une situation stable. » (*Jane, 37 ans*)

Le quotidien de ces dernières ainsi que celui de *Myriam* (20 ans) est organisé autour des visites journalières ou hebdomadaires qu'elles rendent à leurs enfants. Trouver une alternative d'hébergement plus stable est moins une nécessité qu'un devoir qu'elles se font. La volonté de réunir le noyau familial sous un même toit les amène toutes trois à déployer des ressources diverses (psychiques, physiques, cognitives et comportementales) afin de mener à bien leur projet. Leur discours tout comme leur quotidien est centré sur leurs progénitures et non pas sur elles-mêmes. Préserver le bien-être de ceux-ci est leur principale priorité. Ces trois femmes, par ailleurs, se présentent comme mères avant tout.

Bénédictte (38 ans) et *Chantal* (53 ans) ont, elles aussi, placé leurs enfants chez leurs parents mais la relation à leurs enfants ne semble pas participer à structurer leur quotidien. Par ailleurs, le discours de celles-ci révèle une position ambiguë dans la filiation et un lien plus fraternel que maternel. Nous retrouvons dans leur discours cette « immaturité » évoquée par A. Bachelot¹¹⁴ chez certaines femmes retournant vivre chez leurs parents après l'accouchement : « *Ces femmes, en quelque sorte immatures, se reposent sur leurs parents. Elles sont souvent retournées chez eux, et ont vécu avec plaisir et soulagement cette régression qui les place au rang de sœur plus que de mère.* »

Ces deux femmes, contrairement aux précédentes, ne semblent pas en recherche d'un foyer pour elles et leurs enfants, ces derniers semblant être « chez eux » chez leurs grands-parents.

III.2. Placement des enfants

La décision judiciaire de placer les enfants en foyer de la Ddass intervient quand l'enfant est jugé être en danger, dans le milieu dans lequel il vit, et courir le risque de subir des maltraitements, pouvant être divers (physiques, psychiques, morales, sexuelles). L'enfant est alors extrait de cet environnement empêchant son bon développement et parfois dangereux pour lui, pour être placé par l'Aide Sociale à l'Enfance dans un foyer collectif et/ou dans une famille d'accueil.

Une femme qui se retrouve dans ce contexte d'hébergement d'urgence, et qui ne dispose pas d'un parent ou ami, personne de confiance, à qui confier temporairement son (ses) enfant(s), le(s) voit placé(s). Nombre d'acteurs de terrain évoquent les placements répétitifs d'enfants de femmes n'ayant pas d'hébergement fixe. Afin de faire face à la souffrance engendrée par le placement de leur progéniture, elles vont mener une deuxième grossesse qui va, lorsqu'elle est menée à terme, aboutir à un autre placement. Elles répètent ainsi le même scénario : grossesses multiples qui ne sont pas toujours menées à terme et enfants placés « remplacés » par d'autres enfants eux-mêmes placés à leur tour...

Pour les personnes que nous avons interviewées, il ne semble pas qu'il y ait ce scénario de placement se répétant indéfiniment. Toutefois, elles sont cinq¹¹⁵ parmi les trente femmes interviewées à avoir évoqué le placement de leur(s) enfant(s) par les services sociaux¹¹⁶. La

¹¹⁴ Bachelot A., 2002, *Ibid.* p77-114.

¹¹⁵ *Yasmina* (41 ans, 1 enfant), *Noëlle* (46 ans, 2 enfants), *Sylvie* (23 ans, 1 enfant), *Aude* (22 ans, 1 enfant), *Thérèse* (30 ans, 9 enfants).

¹¹⁶ Il est fort probable que la proportion d'enfants placés des femmes interviewées soit sous-estimée, certaines femmes n'ayant fait qu'évoquer le nombre de leurs descendants sans donner plus d'informations ni

majorité d'entre elles (4/5) n'auraient pas eu d'hébergement fixe au moment où elles auraient vu leur(s) enfant(s) placé(s) en foyer. Cependant pour aucune nous ne disposons d'informations précises relatives au contexte de ce placement. Il semble que ce sujet soit tu, « mis de côté », « à distance » par certaines peut-être parce que trop douloureux. *Yasmina* (41 ans) ne fera qu'évoquer son enfant au cours de l'entretien. Pour d'autres (*Thérèse*, 30 ans, et *Noëlle*, 46 ans), qui semblent s'être coupées de la réalité et vivre dans leur monde, ce sujet, s'il a été abordé, l'était très superficiellement, et parfois avec beaucoup de confusions.

Sylvie (23 ans) a évoqué souvent « son fils » au cours de l'entretien, mais ce sujet n'était qu'effleuré. Si elle tire une certaine fierté à « être mère célibataire »- mère célibataire fait partie de son identité - elle semble toutefois culpabiliser du placement de ce dernier.

« Mais je suis bête. Je m'en veux, je m'en veux, J'aurais dû écouter ma mère... Je m'en veux beaucoup parce que maintenant si j'ai écouté ma mère, j'étais chez ma mère avec le petit, tout ça et je l'aurais encore avec moi. J'étais pas dehors comme ça. »

Cette culpabilité a été aussi verbalisée par *Aude* (22 ans) qui s'est alors retrouvée dans l'impossibilité de décider seule de placer son enfant. Son discours révèle en outre sa fragilité et son ambivalence à l'égard du placement de ce dernier. Elle semblait tiraillée entre la culpabilité de le placer et la conscience de ne pas disposer des ressources nécessaires au bon développement de celui-ci. Ce tiraillement inhibait alors toute prise de décision.

« Il a fait placer mon fils. C'est le premier truc qu'il a trouvé devant le juge, c'est mes problèmes de psychiatrie. C'est lui qui a tout balancé, les problèmes psychiatriques et puis il a dit que j'étais à la rue. (...) C'est ça mon souci dans ma tête parce que, moi en fait, je voulais pas que mon fils soit malheureux. Et puis moi, je voulais pas aussi que mon fils m'en veuille parce que je l'ai mis là-bas, donc je savais pas comment faire. On m'a aidée quoi. »

Il est à noter par ailleurs qu'*Aude*, *Sylvie* et *Thérèse* ont elles-mêmes un vécu de placement. Nous pouvons supposer que le placement de leur enfant les renvoie à leur propre vécu. Par ce placement, leur enfant vient alors à vivre une expérience similaire à celle de leurs ascendants, l'histoire se répétant... Il nous semble important de souligner cette *répétition transgénérationnelle*¹¹⁷ évoquée par plusieurs d'entre elles sans aucune sollicitation de la part de l'intervieweur. Elles ont conscience que dans leur histoire se répète une problématique qui se joue sur plusieurs générations. Parfois, d'ailleurs, c'est dans leur descendance que se produit une répétition, lorsque celle-ci vient à être placée comme elles l'ont été au même âge.

concernant la fréquence des contacts qu'elles ont avec eux, ni sur l'endroit où ils vivent au moment de l'entretien.

¹¹⁷ C'est à Serge Lebovici que l'on doit la théorie de la *transmission intergénérationnelle* et du *mandat transgénérationnel*. Selon lui l'enfant se voit transmettre par ses parents différents héritages. Héritages qui vont dépendre des successives représentations que se fait la mère de son enfant : celle de l'enfant imaginaire (l'enfant que la mère s' imagine donner à son compagnon ; lui est transmis alors l'héritage du couple parental), l'enfant fantasmatique (phase au cours de laquelle seront transmis à l'enfant les conflits oedipiens de chacun des parents) et l'enfant narcissique (les parents transmettent alors à l'enfant leur narcissisme primaire en lui donnant le sentiment d'être désiré et l'enfant quant à lui aide ses parents à la construction de leur parentalité en les « reconnaissant » et en recherchant leur contact). C'est alors ces éléments transmis sur trois générations (grands-parents, parents et enfants) qui vont constituer le mandat de l'enfant. Le mandat d'un individu s'inscrit donc dans sa généalogie ascendante et descendante. Il « définit un destin ». Celui-ci pouvant être modifiable dans le temps si les problématiques et conflits qui lui ont été transmis ne sont pas trop rigidifiés, dans le cas contraire il risquera de reproduire les conflits infantiles de ses propres parents.

III.3. L'animal de compagnie

Lorsqu'un animal « ac-compagne » une femme (*Samantha, Juliette, Bénédicte*), il peut apporter, en deçà d'un étayage affectif dans un isolement perçu, une présence bienveillante, rassurante, et protectrice dans la rue vécue parfois comme menaçante, une raison de faire face à la rudesse de ses conditions de vie, et venir se substituer à l'enfant, du couple notamment (*Samantha, Juliette, Bénédicte*). Le chien de *Samantha* (30 ans) semble à la fois combler un vide affectif laissé par l'absence de ses enfants mais aussi remplacer l'enfant qu'elle aurait désiré mais qu'elle ne s'est pas autorisée à « avoir » compte tenu des conditions extrêmes dans lesquelles elle et son ami vivent actuellement. Le chien qu'elle a eu « tout bébé », cadeau de son bien-aimé, prend là la place de l'enfant désiré. La vie de ce dernier lui importe alors plus que la sienne.

« Je veux dire, naturellement j'aimerais avoir un enfant avec lui mais pas en étant à la rue quoi, c'est clair.

C'est la situation qui fait que...

Ben je suis pas inconsciente non plus... Par contre, j'ai un chien.

(...), ça fait plus d'une semaine que je suis sans elle, je l'ai eu tout bébé, c'est la personne qui m'accompagne qui me l'a offert.

Donc ça lui fait un an ?

9 mois. Il est jeune. Ouais (...) C'est seulement quand une patrouille est venue et m'a menacée. ça m'est arrivée une fois carrément, ils m'ont dit : enfin, écoutez, Madame, si vous êtes là dans 10 minutes, on prend votre chien, on le met en fourrière et, vous, on vous met à la BAPSA. (...) Tant qu'ils me touchent moi, je m'en fous, mais pas le chien. Ah ouais, ouais. » (*Samantha*)

M-C. Vaneuville¹¹⁸ retrouve auprès de certaines femmes errantes qu'elle a rencontrées ce rôle assigné à leur « compagnon » à poils et les soins de maternage qui lui sont prodigués : « *Le chien peut jouer un grand rôle. Il protège, et c'est déjà beaucoup (...)* Mais pour certaines femmes en errance, il représente beaucoup plus que cela. Il est leur compagnon de solitude. La vie est dure, les manques affectifs importants. C'est leur enfant, « leur bébé d'amour », elles sont « leur maman ». La tendresse maternelle énorme qu'elles leur manifestent contraste avec la dureté du monde dans lequel elles vivent... ».

Le dispositif d'hébergement d'urgence global tel qu'il est conçu actuellement¹¹⁹ amène à proposer implicitement aux personnes accompagnées d'animaux de se séparer d'eux afin de bénéficier d'un hébergement. On voit là tout le paradoxe d'un dispositif qui se veut venir en aide aux personnes qu'il qualifie de « plus démunies » qu'il catégorise comme « dés-insérées », « dé-socialisées » tout en participant à cette apparente « désaffiliation ».

¹¹⁸ Vaneuville, M-C., 2005, *Ibid.* : p 83.

¹¹⁹ Du fait d'un manque criant d'hébergements pour personnes accompagnées d'animaux.

IV. Conclusion

Les femmes que nous avons rencontrées paraissent avoir toutes été socialisées au contrôle de leur fertilité, ayant une connaissance minimale commune de l'existence et de l'usage de contraceptifs type pilule et/ou préservatif. Leur perception des effets potentiellement dissuasifs à l'adoption d'un contraceptif (effets secondaires somatiques et psychologiques) ne semble pas se distinguer de celle des femmes en population générale. Cependant, une contrainte temporelle, associée à la prise de la pilule a été également évoquée. Si elle peut être verbalisée par n'importe quelle femme, dans le contexte de vie d'une personne sans domicile, elle peut être particulièrement pesante.

Concernant la contraception des femmes « sexuellement actives » et souhaitant contrôler leur fertilité au moment de l'interview, nous retrouvons les méthodes contraceptives préférentiellement utilisées en population générale : pilule, et préservatif. L'implant est par ailleurs évoqué et bien perçu par celles qui l'ont adopté. Cependant, le matériel discursif recueilli est parfois lacunaire et stéréotypé : Certaines d'entre elles auraient cherché à se présenter comme ayant intégré les « normes » de prévention, et contrôlant globalement leur fertilité.

Toutefois, le discours de certaine a mis en exergue une difficulté à réguler, maîtriser sa fertilité de façon prolongée. Elle fait partie de ces femmes qui, consommant des produits psycho-actifs et/ou de l'alcool, se retrouvent fréquemment, sinon constamment, dans un état psychiquement altéré empêchant la prise d'un contraceptif à usage quotidien ou lors de chaque rapport sexuel.

Si les femmes interviewées ont eu tendance à se présenter comme maîtrisant leur fertilité, elles sont nombreuses toutefois à avoir évoqué au moins un recours à l'IVG. Pour la majorité, ces grossesses interrompues n'étaient pas prévues, et sont survenues en amont de leur phase « d'errance ».

Nous retrouvons, dans le discours de ces femmes associé au désir d'enfant, des éléments similaires à ceux évoqués par les femmes en population générale, même si une dimension semble toutefois être plus caractéristique de ces femmes considérées comme « exclues », « en marge » : celle renvoyant à cette volonté de rentrer dans la « norme » véhiculée par notre société, et donc d'échapper à la stigmatisation.

Les femmes qui ont mené à terme une grossesse dans un contexte d'hébergement d'urgence n'ont pas fait référence à d'éventuelles difficultés inhérentes à leurs conditions de vie. A contrario, celles qui se sont dites enceintes au moment de l'entretien ont évoqué des difficultés, notamment : les *carences en matière de prise en charge* de femmes gestantes lorsque la grossesse est difficile. Il est probable que celles qui ont mené à terme leur grossesse en situation d'hébergement d'urgence quelque temps auparavant auraient, elles aussi, fait référence à des difficultés quotidiennes si nous les avions interviewées alors qu'elles étaient enceintes. Toutefois, il est possible aussi que, ces difficultés ayant été surmontées, elles n'aient plus été prégnantes pour elles. De plus, ces dernières avaient la particularité d'avoir l'expérience de structures collectives (notamment foyer Ddass) et de la rue avant leur grossesse. Elles paraissent avoir développé des *tactiques* de survie dans la rue, et avoir appris à se « débrouiller » dans cet environnement, y développant nombreux

savoirs et savoir-faire. Il est envisageable que, s'étant ajustées à leur environnement en amont de leur grossesse, elles aient eu le sentiment de vivre leur gestation dans un environnement connu. La grossesse apporterait un *bénéfice* aux femmes interviewées, les nourrissant, les soutenant à différents niveaux : elle réduirait un sentiment de solitude ressenti par certaines, apporterait une « motivation », une force motrice et la possibilité de se projeter dans un avenir heureux, ainsi qu'elle favoriserait l'accès à de nouveaux services offerts aux femmes enceintes¹²⁰ et/ou accompagnées d'enfants.

La perception d'une *répétition transgénérationnelle* d'une problématique parentale est évoquée par plusieurs femmes. Parfois cette répétition se joue au niveau de leurs descendants, lorsque leurs enfants sont placés comme elles l'ont été auparavant.

Elles sont nombreuses à avoir eu des enfants avant de se retrouver dans le contexte d'hébergement d'urgence. Certaines d'entre elles ont alors anticipé l'éventuel placement de leurs enfants en mettant en place une véritable procédure judiciaire et en donnant la garde de leur enfant à un parent, proche de la famille le temps de retrouver un hébergement stable. Le quotidien de ces femmes paraît rythmé notamment par la visite à leurs enfants. Ces derniers représenteraient alors pour elles « le projet », « la raison » de retrouver rapidement une situation stable ; elles sembleraient alors bénéficier d'une force de vie, et de combativité. D'autres disent avoir « laissé » la garde de leurs enfants à leurs parents. Ces femmes ne paraîtraient pas tant entretenir une relation mère-enfants avec leurs enfants qu'une relation fraternelle. Leur place dans la filiation semble, en effet, ambiguë.

Certaines, plus désocialisées, cumulent parfois difficultés socio-économiques et psychiatriques. Elles se sont vues séparées de leurs enfants quelques mois après l'accouchement. Elles n'ont que très peu verbalisé leurs sentiments à l'égard de ce placement. Cela serait mis de côté, à distance, mais la culpabilité et la honte de ce placement ainsi que la souffrance de leur absence semblent être bien présentes.

Parfois elles ont un animal de compagnie dont elles s'occupent comme de leur propre enfant ; celui-ci leur apportant la nourriture affective dont elles semblent tant manquer.

¹²⁰ Sous réserve que ces femmes répondent aux critères d'éligibilité de ces structures.

Chapitre 4. Rapport aux risques et protection de soi¹²¹

Introduction

L'adoption d'un comportement préventif est liée à la perception subjective du risque. Un individu ne cherchera à se protéger que s'il a l'impression d'être en danger. La perception du risque ne dépend donc pas seulement du risque réel mais aussi des caractéristiques socio-psychologiques de l'individu qui le perçoit. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, une démarche préventive est compliquée dans un contexte où il paraît difficile d'anticiper et où différentes priorités entrent en compétition avec la santé y compris dans le domaine des relations sexuelles. La vulnérabilité des femmes sans domicile, évoquée au premier chapitre, laisse imaginer leur faible marge d'action concernant la protection des risques sexuels, infectieux ou autres.

Nous ne disposons pas de données sur la prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les femmes sans domicile en France, cependant une étude américaine, portant sur des femmes sans domicile de Los Angeles¹²², faisait état de 48% de femmes ayant déclaré avoir eu une MST ou une infection pelvienne dans les 12 derniers mois ce qui est très largement supérieur aux données de la population générale.

Dans ce chapitre nous nous intéresserons donc aux connaissances et croyances de ces femmes sur les moyens de protection contre les MST et sur leurs opinions et comportements relatifs à l'utilisation du préservatif. Nous aborderons aussi les prises de risque sexuelles. L'enquête française Envef a montré que le risque de violences sexuelles à l'âge adulte augmente considérablement chez les personnes ayant subi des maltraitances et/ou des abus sexuels dans l'enfance. Or la fréquence de ces maltraitances est particulièrement importante chez les femmes en situation de grande précarité. Nous tenterons d'utiliser le matériel dont nous disposons pour illustrer brièvement ce problème.

I. Connaissances et croyances sur les moyens de protection et la transmission de MST

Il est difficile de déterminer scientifiquement l'exposition au risque car celle-ci dépend de facteurs multiples tels que les caractéristiques de la relation (récente/ancienne, mono/multipartenariat) ou les pratiques sexuelles (type de pratique, protection). Il est communément admis, suite à l'enquête ACSF que l'adoption de comportements préventifs est liée à la catégorie socioprofessionnelle des partenaires. Ainsi, dans la population générale, 28,8 % des femmes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ont utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois contre 17% des femmes non diplômées. De la même façon, les femmes cadres supérieurs ont beaucoup plus modifié leur comportement sexuel depuis le début de l'épidémie de sida que les inactives¹²³.

¹²¹ Ce chapitre a été rédigé par Lola Brunet, dans une perspective sociologique et psychosociologique.

¹²² Wenzel S.L., Andersen R.A., Gifford D., Gelberg L., 2001, Homeless Women's Gynecological symptoms and Use of Medical care. *Journal of health care for the poor and underserved*, Vol.12, n° 3, p.323-341.

¹²³ Bajos N., Spira A., et le groupe ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, La documentation française, Paris, Tableau 7.4 p.243.

D'après ces données, l'utilisation du préservatif est moins fréquente chez les personnes d'un niveau social défavorisé. Cependant, il faut préciser que les femmes interrogées dans cette étude, bien que se trouvant toutes dans la même situation d'exclusion sociale, ne sont pas homogènes en terme d'origine sociale ou culturelle, d'itinéraire de vie et par conséquent n'ont pas les mêmes connaissances des mesures de protection vis-à-vis des MST.

Nous analyserons les différentes raisons données par les femmes sexuellement actives qui n'utilisent pas le préservatif ou ne l'ont pas utilisé au cours de leur vie sexuelle passée et leurs liens avec la situation de précarité dans laquelle elles se trouvent. Elles fournissent pour se justifier des raisonnements issus des normes publiques de prévention tels que la réalisation d'un test de dépistage suivi de fidélité dans le couple (*Solange, Samantha, Yasmina, Christelle*) ou des raisonnements fondés sur des mécanismes de protection imaginaires tels que l'importance de la propreté (*Bénédicte, Sylvie, Hélène, Yasmina*).

I.1. Se sentir protégée

Comme l'a montré R. Mendes-Leite chez les hommes ayant des pratiques homosexuelles, les individus sont parfois amenés à mettre en place des stratégies cognitives grâce auxquelles ils se réapproprient les consignes de prévention et les adaptent à leur comportement pour avoir l'impression de ne pas prendre de risque. Il a nommé ces stratégies les « protections imaginaires »¹²⁴.

Ainsi le choix sélectif du partenaire selon son âge, son style de vie socio-sexuelle, ses pratiques sexuelles ou son origine sociale ou géographique est perçu comme un moyen de protection efficace contre la transmission du VIH. Cette méthode désigne l'autre comme étant responsable de la menace : « l'autre représente directement ou indirectement le danger »¹²⁵.

Cet élément se retrouve dans la recherche de T. Apostolidis menée en France et en Grèce. Il montre qu'« une relation considérée comme protégée n'est pas forcément une relation avec préservatif et que cette considération varie culturellement »¹²⁶. Il rejoint l'idée selon laquelle la perception du risque est subjective et dépend de facteurs psychosociaux complexes. Le contexte social tient un rôle important dans la perception du risque, selon M. Calvez « les contextes sociaux qui organisent l'expérience des individus ont un rôle déterminant dans la formation d'un biais de perception des risques et, par là, dans la formation des conduites de prévention »¹²⁷.

Pour la population que nous avons interrogée, contrairement aux études citées ci-dessus, le risque est omniprésent, il n'est plus situé essentiellement à l'extérieur de soi, les femmes se considèrent elles-mêmes comme porteuses du danger. Elles semblent plus exigeantes vis-à-vis d'elles-mêmes qu'en ce qui concerne leur partenaire. C'est-à-dire que lorsqu'elles

¹²⁴ Mendes-Leite R., 1996, Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique, in *Les homosexuels face au sida Rationalités et gestions des risques*, ANRS, p.65.

¹²⁵ Mendes-Leite R., 1996, *Ibid*, p.72.

¹²⁶ Apostolidis T., 1994, Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif : la logique relationnelle des comportements sexuels, in *Connaissances, représentations, comportements sciences sociales et prévention du sida*, ANRS, , p.82.

¹²⁷ Calvez M., 1995, La sélection culturelle des risques du sida in *Sexualité et sida, Recherches en sciences sociales*, ANRS, coll. Sciences sociales et sida.

évoquent le risque de transmission de MST, elles parlent plus volontiers de leurs caractéristiques plutôt que de celles de leur partenaire.

Ainsi, parmi les femmes interrogées ayant une activité sexuelle, certaines n'utilisent pas de préservatif considérant qu'elles ne prennent aucun risque grâce à la mise en place de quelques unes de ces « protections imaginaires ».

Certaines femmes interrogées parlent de la propreté comme d'un garant contre la transmission de maladies. Cette notion est rattachée à la fois au rapport sexuel et à la relation. Ainsi, le fait de se laver avant et après un rapport sexuel leur donne l'impression de ne pas prendre de risque, ou bien le fait d'être une personne « propre » pourrait garantir une certaine sécurité. Vivant dans un contexte social où la propreté est valorisée (cf. chapitre I), celle-ci est souvent utilisée dans leur discours pour se différencier des autres sans domicile, ces femmes ont tendance à l'investir de manière très forte, presque magique. Avoir un rapport avec quelqu'un de perçu comme propre ou faire attention à la propreté pourrait donc avoir un rôle protecteur.

Bénédictte (38 ans) dit ne pas pouvoir utiliser de préservatif à cause d'irritations vaginales. Cela ne l'inquiète pas puisqu'elle se lave, tout comme son partenaire, avant le rapport. Cependant on voit que ce choix est lié aussi à la manière dont elle perçoit son partenaire, c'est parce qu'elle le connaît qu'elle a l'impression que cette solution est fiable.

« ...vu qu'on se connaissait et qu'il était propre, lui, il prenait une douche avant, moi je prenais une douche aussi avant, donc les maladies... Parce que moi je prends du produit exprès, un genre d'antiseptique, donc on se lavait avec ça parce que comme j'ai eu pas mal de problèmes d'ulcères et tout ça, aux jambes et sous le ventre, ça fait qu'on se lavait avec ça et l'un comme l'autre. On était très propres avant et après comme ça on était tranquilles.»

Dans une autre mesure c'est le cas pour *Hélène* (56 ans) qui fait référence à la propreté dès qu'elle évoque le risque de MST. Pour elle, le sida est lié aux relations homosexuelles et au manque de propreté. Elle n'emploie jamais le terme « préservatif », comme s'il était tabou. Il semble qu'elle ait gardé comme référence l'éducation stricte et catholique qu'elle a reçue étant jeune en Espagne. Dans la suite de l'entretien, lorsqu'elle parle du père de sa fille, elle évoque sa « propreté » comme garant de la valeur de cette personne : « c'était une personne très propre, très respectable. »

I.2. La fidélité comme moyen de protection

La plupart des femmes qui n'utilisent pas de préservatif le justifient par le fait qu'elles sont fidèles. Pour elles, ne pas avoir plusieurs partenaires assure une protection contre la transmission de MST. L'analyse de B. Spencer sur les données de l'enquête ACSF¹²⁸, montre que le choix des stratégies de prévention que les individus peuvent adopter est influencé par l'existence d'un cadre normatif de la sexualité. Dans ce contexte, la fidélité est la plus citée des stratégies proposées pour éviter le sida. Néanmoins, pour que la prévention conçue sur cet élément soit fiable, il faut qu'elle prenne en compte les biographies affectives et sexuelles des individus car « l'évitement du risque se fondant sur

¹²⁸ B. Spencer, 1993, Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention, *Population*, 5,1411-1436.

un engagement de fidélité ou de protection à l'extérieur du couple ne peut s'établir qu'entre partenaires stables et fiables »¹²⁹.

Dans notre étude, il semble que la fidélité du partenaire ne soit pas toujours prise en compte par les femmes. A partir du moment où elles-mêmes sont fidèles, elles semblent penser qu'il n'y a pas de raison de se protéger. Cette idée est à rapprocher de l'importance, pour les femmes, de l'affectivité et de la confiance envers le partenaire dans les relations amoureuses.

Fleur (60 ans), lorsqu'elle parle de son dernier rapport sexuel, dit que la question de la protection ne s'est pas posée. N'ayant pas d'autre partenaire, il est évident pour elle qu'elle n'avait pas besoin d'utiliser de préservatif, elle ne parle pas de la fidélité de son partenaire qui semble être une évidence pour elle.

« Vous vous protégez à l'époque contre les maladies sexuelles ?

Ce n'était absolument pas nécessaire.

Ca ne faisait pas partie de...

Oh non. Non, non pas du tout, ce n'était pas du tout nécessaire, pas du tout nécessaire. Je ne couchais avec personne. »

C'est aussi le cas pour *Noëlle* (46 ans). Elle a des doutes sur la fidélité de son partenaire mais elle n'évoque que la tristesse que cela engendre chez elle. Elle se questionne sur sa responsabilité, elle se demande ce qui, chez elle, pousse son compagnon à se tourner vers d'autres partenaires.

Cependant quand elle parle de protection contre les MST, elle dit ne pas utiliser de préservatif parce qu'elle est fidèle et qu'elle croit son compagnon quand il lui dit qu'il l'est aussi. Ses peurs concernant ses infidélités ne font pas partie de ce qu'elle pourrait prendre en considération pour adopter un comportement préventif.

« Non, j'aime pas les préservatifs, j'ai horreur de ça. Pour moi, c'est pas ça qui empêche la maladie. Non, j'ai confiance, il me dit qu'il a personne d'autre que moi quand il est avec moi. Et moi je lui dis pareil. »

II. Opinions et comportements liés à l'utilisation du préservatif

La plupart des femmes interrogées ayant une activité sexuelle au moment de l'entretien n'utilisent pas de préservatif ou du moins pas systématiquement (9 femmes). Parmi celles-ci, certaines sont en couple et ont fait un test de dépistage (*Solange, Samantha, Yasmina, Christelle*), d'autres ne l'utilisent pas se basant sur la confiance qu'elles portent à leur partenaire (*Noëlle*), d'autres enfin le justifient parfois par des problèmes gynécologiques (*Bénédicte, Sylvie*) ou, ne le justifient pas clairement (*Barbara, Juliette*).

Si l'on considère les femmes qui ne sont plus en couple au moment de l'entretien, ou qui évoquent le préservatif à propos de rapports sexuels antérieurs, on retrouve à peu près le même type de regroupement. Certaines étaient en couple de manière stable et avaient fait un test de dépistage (*Myriam, Chloé*). D'autres considéraient que ce n'était pas nécessaire partant de leur fidélité dans le couple (*Fleur*). D'autres encore, semblaient ne pas avoir de

¹²⁹ Schiltz M.-A., 2004, Les autres et la protection de soi, in *l'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes*, Paris, Inserm, coll. Question en santé publique.

notions sur l'importance de l'utilisation du préservatif (*Sylvie, Agathe, Virginie*). Ces dernières, par ailleurs présentaient des troubles psychiatriques.

Il faut aussi noter que certaines femmes ont affirmé utiliser le préservatif de manière systématique, qu'elles soient en couple (*Jane*) ou qu'elles aient des rapports occasionnels (*Marie, Sofia, Nadia, Aude*).

L'utilisation du préservatif correspondant à la norme publique de prévention, les femmes interrogées ont pu vouloir donner à l'enquêteur, dans un but de désirabilité sociale, une réponse qui serait conforme à l'image positive d'une femme « comme il faut ». De ce fait, on remarque dans certains entretiens que les réponses relèvent parfois du stéréotype. C'est ainsi que les propos recueillis sont parfois trop catégoriques et même incohérents.

C'est le cas de *Yasmina* (41 ans) qui fournit à l'enquêtrice un discours catégorique et stéréotypé selon lequel elle n'a jamais de rapport sexuel sans préservatif à moins d'avoir vu le test de dépistage de son partenaire. Cependant elle se contredira : « on n'a pas fait de test », et emploiera l'expression « tout est nickel » montrant un attachement fort à ce qu'elle pense être la norme.

Une autre femme, *Samantha* (30 ans), emploie au sujet de la protection durant le rapport l'expression : « tout à été fait dans les règles », sans plus de précision, voulant montrer par là qu'elle connaît les normes et s'y tient.

Dans les données de l'enquête ACSF, qui porte sur les comportements sexuels en France, une différence importante a été mise en évidence entre les déclarations des hommes et des femmes sur le recours au préservatif lors du dernier rapport sexuel : 18,2 % des hommes et 10,9 % des femmes l'auraient utilisé¹³⁰. Il a été montré que l'écart de déclarations est particulièrement grand quand il s'agit de relations récentes. L'hypothèse est alors émise que certaines femmes taisent l'utilisation du préservatif pour être en accord avec la représentation socialement valorisée de la sexualité féminine qui relève de relations stables dans lesquelles on trouve l'engagement et les sentiments amoureux.¹³¹

Au sein de notre population, il semble que lorsque certaines femmes s'engagent dans une nouvelle relation elles n'utilisent pas systématiquement le préservatif. On peut faire l'hypothèse que cela leur permet d'inscrire l'acte sexuel dans un projet de relation durable en référence à cette image de la sexualité féminine sus-citée. Il semble qu'elles aient une tendance à s'engager plus rapidement et donc à abandonner le préservatif ou à ne pas l'utiliser. L'investissement dans une relation stable avec un partenaire inséré entraînerait souvent un sentiment de sécurité faisant défaut chez ces femmes, comme cela est décrit dans le chapitre 1.

Nous verrons tout d'abord les opinions que ces femmes nous ont fournies sur le préservatif en lui-même avant de considérer les autres facteurs qui régissent son utilisation tels que les caractéristiques de la relation ou la responsabilité de son emploi souvent reléguée à l'homme.

¹³⁰ Bajos N., Spira A., et le groupe ACSF, 1993, op. cit., p.248.

¹³¹ Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (Sous la dir. de), 1998, *La sexualité aux temps du sida*, sociologie d'aujourd'hui, PUF, p.330.

II.1. Les opinions relatives à l'image du préservatif

II.1.1. La dévalorisation du préservatif

Certaines femmes interrogées dévalorisent le préservatif afin d'expliquer qu'elles ne l'emploient pas. Il y a une remise en cause de son efficacité et parfois des critiques portant sur les difficultés qu'il peut entraîner.

Noëlle (46 ans) commence par invoquer le manque de fiabilité du préservatif pour finir par expliquer que ça limite les pratiques sexuelles. On peut appliquer au discours de *Noëlle* la théorie de « l'utilité espérée ». Ce modèle stipule qu'« un individu adoptera tel comportement si- et seulement si- l'utilité espérée (la satisfaction attendue) de ce comportement est supérieure à celle de la non-adoption de ce comportement »¹³². Comme elle n'est pas sûre de la fiabilité du préservatif et que l'utilisation de celui-ci entraîne des modifications dans ses rapports sexuels, ça ne vaut pas la peine de « tuer la moitié du plaisir » pour une faible protection.

La position de *Barbara* (21 ans) est plus floue. Elle semble ne pas savoir réellement pourquoi elle ne se protège pas. Elle essaye tout de même de dévaloriser le préservatif pour se justifier mais elle finit par dire qu'elle ne sait pas, elle n'est pas en mesure d'expliquer pourquoi elle ne se protège pas malgré sa peur d'être contaminée.

« En général, tu utilises des préservatifs ?

Non, jamais, j'aime pas.

Pourquoi t'aimes pas ?

Non, c'est gluant, je sais pas. »

Dans le discours de *Noëlle* la justification se fonde sur une véritable construction argumentaire visant les défauts du préservatif tandis que chez *Barbara*, un simple rejet suffit à expliquer qu'elle n'en utilise pas.

Cependant dans le cas de *Barbara* la prise de risque est un élément récurrent dans l'entretien et on peut penser que le rejet du préservatif en fait partie.

II.1.2. La non utilisation du préservatif justifiée par des « contre-indications médicales »

Les problèmes d'ordre gynécologique arrivent parfois dans le discours des femmes interrogées comme une justification imparable pour ne pas utiliser de préservatif. On peut faire ici référence de nouveau à la théorie de l'utilité espérée car ces femmes comparent les désagréments entraînés par l'utilisation du préservatif et les bénéfices qu'elles en retirent au niveau de la protection. Comme elles n'ont pas l'impression de prendre des risques (connaissance du partenaire, relation amoureuse...) cela ne vaut pas la peine d'endurer des désagréments.

Bénédictte (38 ans) explique qu'elle n'utilise jamais de préservatif parce que cela lui « donne une infection urinaire ». Cette non utilisation est justifiée par une injonction externe. Elle ne dit pas qu'elle ne veut pas utiliser de préservatif, elle dit qu'elle n'a « pas le droit », elle reprendra ce terme concernant les tampons. Cependant il est possible qu'elle confonde « irritation » et « infection ». Dire que l'utilisation du préservatif entraîne chez elle des infections urinaires, revient à expliquer qu'elle n'utilise pas de protection. Il faut remarquer

¹³² Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (Sous la dir. de), 1998, *Ibid*, p.46.

que cela lui sert aussi à affirmer qu'elle est très prudente concernant ses choix de partenaires. On voit ici une inversion par rapport à l'attitude générale. La fidélité avérée dans le couple, ainsi que la réalisation d'un test de dépistage, entraînent généralement l'abandon du préservatif. Chez *Bénédictte*, la fidélité semble résulter de l'impossibilité d'utiliser un préservatif.

Sylvie (23 ans) évoque très vaguement le non recours au préservatif avec son ancien compagnon. Elle dit ne pas l'avoir utilisé à cause de douleurs vaginales, mais son discours peut laisser penser que son compagnon décidait pour eux.

« ...avec Cyril, on n'a pas eu des rapports, on a eu des rapports sexuels mais sans préservatifs

Parce que vous ne vouliez pas ?

Je voulais pas parce que moi quand je mets un préservatif ça me fait mal à la peau et je suis très sensible au point sensible alors déjà...

Il y a des lubrifiants qui existent.

Oui, je sais, mais bon c'est que Cyril veut pas que...»

II.2. L'utilisation du préservatif en fonction de la nature de la relation

Les résultats de recherches antérieures ont mis en évidence un recours au préservatif largement dépendant des caractéristiques de la relation. Il est communément admis que les individus ont des difficultés à proposer l'utilisation du préservatif car cela peut induire une méfiance nuisible à la relation et à la confiance au sein du couple. Par exemple, l'utilisation du préservatif peut remettre en cause la fidélité de l'un des partenaires.

En effet, « la protection est susceptible de ne pas obéir aux mêmes logiques dans les relations qui comptent peu et dans celles qui comptent beaucoup »¹³³, ainsi la connaissance du partenaire tout comme le sentiment d'engagement semblent influencer nettement l'abandon rapide du préservatif ou son absence d'utilisation.

II.2.1. La connaissance du partenaire

Elles sont plusieurs à évoquer la connaissance qu'elles ont de leur partenaire pour expliquer qu'elles n'utilisent pas de préservatif, ou du moins pas systématiquement. Comme si connaître son compagnon pouvait donner une sorte d'intuition sur son statut sérologique. Souvent le simple fait de dire qu'elles le « connaissent bien » les dispense de faire référence au test. Dans ce cadre, la justification relève du désir de correspondre à l'image de la sexualité féminine socialement valorisée : une sexualité stable avec un partenaire connu. Cette justification est très différente de l'envie de montrer une bonne application des consignes de prévention retrouvée chez les femmes citées plus haut.

Marcel Calvez parle à ce propos d'une « respectabilité qui protège », en référence à une étude menée auprès de femmes hébergées en CHRS. Ces femmes considèrent qu'elles ne prennent pas de risque puisqu'elles ne fréquentent pas de personnes appartenant à des « groupes à risque » ou pouvant être contaminées. « Dès lors, l'idée même de précaution

¹³³ Bajos N., Spira A., et le groupe ACSF, 1993, *op.cit.*, p.36.

dans les relations sexuelles n'a aucun support, dans la mesure où elles considèrent que l'établissement de relations va de pair avec un univers de certitude et de confiance »¹³⁴.

Ainsi *Julie* (28 ans) explique que lorsqu'elle était avec son petit ami en Algérie elle avait des rapports sexuels parfois sans protection et cela ne semble pas l'inquiéter parce qu'elle « connaissait bien » son partenaire. Elle fait référence à la fidélité de son partenaire mais elle ne précise pas s'ils avaient fait un test de dépistage.

« Non, non, bon, c'est pas à chaque fois régulier. Mais sans protection, c'était pas à chaque fois, on peut dire ça, voilà. C'était pas avec protection parce que je le connaissais bien et je sais qu'y avait que moi. »

Le délai ou le rapport sexuel différé par rapport à la rencontre, décrit par G. Paicheler, peut constituer une stratégie d'évitement du risque. Il constitue une forme de restriction de la sexualité permettant de ne pas utiliser de préservatif, « l'attente avant la première relation sexuelle permet en effet de connaître les partenaires, de prendre des renseignements sur eux, ou de les interroger »¹³⁵.

Nadia (25 ans) raconte qu'elle est dans une phase de séduction avec un homme qu'elle a rencontré dans le centre. Au moment de l'entretien il ne s'est rien passé entre eux. Elle explique qu'elle veut le « tester » avant qu'il ne se passe quoi que ce soit, c'est-à-dire mieux le connaître avant de débiter une relation

C'est aussi le cas pour *Chantal* (53 ans) qui dit être très prudente au niveau de ses rencontres. Il semble que son expérience des relations amoureuses l'ait amené, de par de multiples déceptions, à se protéger en cherchant à vérifier les intentions du futur partenaire avant d'envisager une relation.

Dans *La sexualité aux temps du sida*, les auteurs soulignent que « la sélection des partenaires est d'ailleurs beaucoup plus fréquemment mise en œuvre par les femmes ; elle leur permet de mieux connaître le partenaire avant le 'passage à l'acte' et, semble-t-il, d'élaguer ainsi les relations potentiellement dangereuses puisque, une fois engagées, elles utilisent moins le préservatif. Un tel comportement est en cohérence avec les images socialement valorisées de la sexualité féminine, une sexualité stable et amoureuse dans laquelle peut s'inscrire un projet parental ».¹³⁶

On pourrait penser que dans cette situation d'exclusion sociale, certaines femmes cherchent particulièrement à s'assurer des qualités d'un partenaire potentiel avant de commencer une relation. Cependant, elles sont peu nombreuses dans ce cas, la plupart du temps, leur solitude et leur besoin de se sentir aimée et rassurée les poussent à s'engager dans des relations dont elles ne sont pas sûres. Certaines femmes (*Julie, Carine, Catherine*) rapportent qu'elles ont facilement accepté d'avoir des relations avec un homme en précisant qu'elles ne l'auraient pas fait si elles s'étaient trouvées dans une situation sociale plus favorable.

¹³⁴ Calvez M., 1994, Les représentations des risques du sida et l'expérience sociale dans *Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, ANRS, p.74.

¹³⁵ Paicheler G., janvier 1996, *Le public face à la menace du sida : Gérer le risque*, Rapport de recherche ANRS, p.71.

¹³⁶ Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (Sous la dir. de) 1998, *op.cit.*, p.54.

II.2.2. L'importance de l'engagement

La situation d'exclusion sociale peut entraîner chez certaines femmes un désir accru de relations de couple. En effet, il semble que le couple soit souvent vécu comme un moyen de protection contre les dangers de la rue. Ce désir de s'engager dans une relation amoureuse semble pousser les femmes à accepter rapidement d'avoir des relations sexuelles.

Certaines femmes d'origine étrangère (*Catherine, Julie*) semblent être particulièrement en demande de relation stable avec un homme inséré qui pourrait représenter pour elle un moyen sûr de s'intégrer dans la société française.

Catherine (44 ans) explique que sa dernière aventure amoureuse ne s'est pas très bien passée. Elle pense que son partenaire ne l'a pas rappelée parce qu'il n'avait pas « eu ce qu'il voulait ». Quand elle parle de sa rencontre avec cet homme son discours montre une certaine fragilité. Il semble qu'elle soit allée chez cet homme très rapidement parce qu'elle avait besoin de se sentir en sécurité. Même si *Catherine* n'a pas eu de rapport sexuel avec cet homme, ce récit met en avant sa vulnérabilité et son désir de s'engager dans une relation stable.

« Vous êtes allée chez lui ? »

Oui, je suis allée comme ça, enfin parce que je me sentais très, très... Si vous voulez, j'étais très vulnérable, je me sentais très vulnérable. Je tombe sur quelqu'un comme ça. Tout d'un coup, je faisais trop confiance, quoi. Je lui faisais trop confiance et puis je me sentais bien. Je me sens en sécurité et tout ça. Je me sentais comme si c'était chez moi et tout. Et puis à un moment donné quand j'ai aperçu que la personne ne s'intéressait pas à moi, j'ai commencé à me faire mal, c'est-à-dire à m'apitoyer sur mon sort. Je me disais : ah, j'aurais pas dû venir et tout ça. Mais je me disais : bon, il ne faut pas regretter, je ne regretterais pas puisque c'est moi qui voulais faire aussi, c'est pas lui qui m'a forcée à le faire.

Vous avez eu des relations sexuelles ?

Non, on était sur le point, mais comme je vous ai déjà dit, j'étais un peu surprise par sa version. Vous savez, un homme quand il vous aime, c'est la façon dont il vous touche et tout ça. On peut très bien sentir, donc j'ai deviné. »

Julie (28 ans), sans domicile depuis un mois, dit penser que la situation dans laquelle elle se trouve l'a poussée à avoir rapidement des rapports sexuels avec un homme qu'elle avait rencontré peu de temps auparavant. On peut penser que devant la peur inspirée par la rue, elle a accepté d'avoir un rapport dont elle n'avait pas vraiment envie pensant que cette relation allait la mettre à l'abri.

« J'aurais pas dû [avoir des relations sexuelles avec lui] parce qu'il fallait que je le connaisse mieux, mieux que ça. C'était peut-être ma situation, j'étais instable et puis tout. Je voulais tellement m'en sortir, quoi. Tu vois, quand t'as rien et ben un truc comme ça, tu te dis : c'est bon, c'est bon. J'ai misé tout sur ça. C'était ça, je crois que j'ai fait ça et c'était une grosse erreur, fallait pas. Je crois que c'était ça »

Plusieurs femmes différencient dans leur discours les relations amoureuses stables qui n'induisent pas la nécessité d'une protection, et les relations éphémères qui impliquent l'utilisation du préservatif.

Ainsi cette différence sert parfois à justifier le fait qu'elles ne se protègent pas : comme elles sont amoureuses et qu'elles comptent rester avec leur partenaire, elles n'ont pas besoin d'utiliser le préservatif. L'emploi de celui-ci semble être réservé aux relations sans lendemain où la confiance entre les partenaires n'est pas établie.

Cet élément est repérable dans le discours de *Noëlle* (46 ans) qui associe clairement l'utilisation du préservatif aux relations purement sexuelles entre deux personnes qui ne se connaissent pas.

« Moi je m'en fous complètement du préservatif. J'en achète jamais. Je suis blasée et je suis dégoûtée de ça. C'est triste, non ? (...) Je préfère avoir un gars sérieux, qui donne le feu vert, qui dit quand il a envie ou bien rien avoir du tout plutôt que d'avoir une aventure avec préservatif. J'ai pas assez de sentiments parce que moi je connaissais pas assez la personne. Faut que je connaisse bien la personne, j'aime pas sinon avoir des relations sexuelles, j'en veux pas. »

Il est donc difficile pour ces femmes de mettre en pratique les consignes de prévention quand il leur faut les faire correspondre aux normes de la relation stable à laquelle elles aspirent. Il semble qu'accéder à une relation stable soit une manière de se sentir moins différente et de retrouver un rôle de femme tel qu'il est valorisé dans la société. C'est-à-dire, à défaut de trouver du travail, s'engager dans une « relation normale » où elles pourront jouer un rôle d'épouse et peut être plus tard de mère. N. Diederich et T. Greacen, dans une recherche sur la sexualité et le sida en milieu spécialisé, écrivent d'ailleurs que « de la quête de la normalité à la quête affective, la frontière est bien étroite. Avides d'attention et de reconnaissance sociale, certaines personnes peuvent en venir à rechercher ou à accepter des situations douteuses, voire dangereuses. »¹³⁷. Cette remarque contribue à expliquer la raison pour laquelle les femmes sans domicile sont particulièrement vulnérables aux propositions masculines. En effet, leur désir d'engagement et de reconnaissance accru par leur situation sociale les poussent à se projeter dans l'avenir avec des hommes qu'elles n'auraient peut-être pas choisis dans d'autres conditions.

Catherine (44 ans) exprime très bien cette soumission aux choix masculins du fait de sa situation, position qui s'inversera lorsqu'elle aura retrouvé une autonomie.

« *Quand vous aurez un appartement et un travail, ce sera différent, vous rencontrerez quelqu'un ?*
Oui, je crois que ce sera différent puisque c'est moi qui vais choisir à ce moment-là, c'est pas eux qui choisit moi. Je pense que peut-être j'aurais plus de choix, je pense que j'aurais plus de choix et je m'apitoierais plus sur mon sort parce que j'ai tout ce qu'il faut. »

II.3. Le préservatif, une responsabilité masculine

Le préservatif est souvent considéré par les femmes comme le moyen de protection de l'homme contre les MST. Cela est sans doute dû au fait que c'est l'homme qui le porte, et aux campagnes de prévention qui ne se sont pendant longtemps adressées qu'aux hommes. Cependant, il semble que cela entraîne parfois une déresponsabilisation des femmes. Parmi les femmes interrogées, cette localisation externe de la responsabilité est apparente. Elle se retrouve principalement dans les termes employés « *il* met un préservatif » pour celles qui ont un certain ancrage dans la réalité, et parfois dans les actes pour d'autres ayant un rapport au réel plus confus.

Dans le discours de *Solange* (23 ans) et *Carine* (40 ans), la pilule relève de leur responsabilité contrairement au préservatif. Pour elles, la pilule est liée à la féminité tandis que le préservatif semble être un objet masculin.

¹³⁷ Diederich N., Greacen T., 2002, Sexualité et sida en milieu spécialisé, Du tabou aux stratégies éducatives, ERES, p.55.

Ainsi, *Carine* est en couple depuis près d'un an. Elle a rencontré cette personne chez des amis communs, il ne connaissait pas sa situation. Elle raconte durant l'entretien son premier rapport sexuel avec ce compagnon. Dans le discours de *Carine*, il semble que chacun des partenaires ait sa protection attirée, la femme se protégeant d'une grossesse (ce que *Carine* n'a pas fait puisqu'elle souhaite enfanter) et l'homme étant chargé de la protection vis-à-vis des MST.

« *Est-ce que vous vous êtes protégée ?* »

Ben non, ni lui, ni moi.

C'est-à-dire ?

Parce que moi je ne prenais pas de moyen contraceptif, ni rien, rien du tout. Lui non plus. C'est vrai que ça a été une très très grosse erreur, enfin non, c'était pas... enfin bon, il s'est rien passé. Mais je l'ai regretté après, je me suis dit : on ne sait jamais, il suffit d'une fois pour qu'il y ait... et qu'on rentre dans les statistiques et c'est pas bien. »

Concernant l'utilisation du préservatif, la responsabilité est entièrement réservée à l'homme dans le cas d'*Agathe* (38 ans). La décision de celui-ci ne peut être remise en question.

« *Vous vous protégez ?* »

Oui, oui. C'est lui qui voulait, moi j'étais pas contre, c'est normal. Mais, oui.

Vous mettiez systématiquement un préservatif ?

Oui, il voulait, donc j'étais pas contre. S'il le voulait, c'est... et puis c'est mieux. »

On peut faire l'hypothèse que ce locus externe de la responsabilité est considérablement plus fort dans la population de notre étude dont une partie est à la recherche d'un partenaire « normal ». Dans cet ordre d'idées, les femmes se trouvant dans cette situation d'exclusion laisseraient à l'homme le choix d'avoir une relation avec elles et de la même façon il choisirait d'utiliser ou non le préservatif. A propos de la quête de normalité de personnes handicapées mentales, T. Greacen et N. Diederich écrivent que « le partenaire normal va définir le comportement à suivre, quelle que soit la normalité de ce comportement »¹³⁸. La situation de grande précarité dans laquelle se trouvent les femmes interrogées entraîne, comme nous l'avons vu, une quête de normalité. On peut penser que l'homme inséré la représente et qu'il décidera donc du comportement à adopter même si celui-ci va à l'encontre des consignes de prévention. Par conséquent, si les rapports sexuels ne sont pas choisis, comment ces femmes pourraient-elles négocier l'utilisation du préservatif ?

III. La prise de risque

III.1. Le multipartenariat chez les femmes psychologiquement fragiles

Les résultats de l'enquête ACSF montrent que chez les multipartenaires, l'utilisation du préservatif est d'autant plus récurrente que le nombre de partenaires est élevé. Ce n'est pas le cas dans la population que nous avons étudiée. Cependant, c'est une information qu'il faut relativiser car les femmes déclarant avoir des partenaires multiples ont souvent des troubles psychiatriques (*Sylvie, Agathe, Virginie*) ou un rapport au risque particulier (*Barbara*).

¹³⁸ Diederich N., Greacen T., 2002, op.cit., p.53.

La recherche d'engagement dans des rapports de couple, évoquée précédemment, pousse celles qui sont fragiles au niveau psychologique à se laisser aller vers une absence totale de contrôle de leur vie sexuelle. Cela se traduit par un multipartenariat dont le caractère risqué est aggravé par l'absence de protection. Ces femmes ne semblent pas avoir d'idée précise sur l'importance de l'utilisation de préservatif. Elles recherchent l'accès à la normalité notamment à travers les relations de couple avec des partenaires « normaux ». « Les rapports sexuels avec un partenaire « normal » vont participer à ces tentatives de revalorisation de leur propre image. Il s'agit souvent ici tout autant, voire plus encore, d'un effort de reconstruction narcissique que d'un sentiment amoureux »¹³⁹.

De plus, le multipartenariat est souvent associé, chez ces femmes, à une confusion entre la relation sexuelle désirée et l'abus sexuel. Il faut préciser que c'est le cas particulièrement chez des femmes qui ont subi des violences sexuelles dans l'enfance.

On peut penser que les nombreuses maltraitances qu'elles ont subies les ont amenées à se forger une image erronée du désir sexuel qui les incite à accepter des rapports sans les avoir réellement désirés.

Virginie (34 ans) relate avoir eu des rapports sexuels avec deux hommes pendant qu'elle vivait en couple mais elle en parle sans citer de prénom et assez vaguement. Ses propos donnent l'impression qu'elle n'a pas vraiment désiré ces rapports sexuels. Son discours sur l'utilisation du préservatif est assez flou. La protection est évoquée à propos de sa relation la plus longue, mais il semble qu'elle ne sache pas vraiment si elle a utilisé des préservatifs lors de ses derniers rapports sexuels.

Dans le discours de *Virginie* il y a une confusion nette entre le fait d'avoir des rapports sexuels désirés et l'abus sexuel, ainsi elle dit qu'elle a été abusée étant enfant par des jeunes de son âge tout en évoquant des sentiments amoureux :

« Tu m'as dit tout à l'heure qu'il y avait plusieurs personnes qui avaient abusé de toi... »

Oui, oui.

Il y a eu qui à part ton père nourricier ?

Euh des gens du foyer, mais c'était des enfants, enfin moi j'étais un enfant aussi.

C'était des relations...

Sexuelles aussi.

Tu les voulais ?

Non, ça se faisait comme ça, peut-être je trouvais l'amour, je sais pas pourquoi.

C'était des amoureux ?

Non parce qu'à chaque fois c'était caché »

Sylvie (23 ans), en errance depuis cinq ans, présente un discours confus et logorrhéique. Elle se définit comme « psychiatrique » et dit qu'elle a « un problème psychologique depuis l'âge de trois ans ». Tout comme *Virginie*, *Sylvie* est confuse en ce qui concerne l'abus sexuel. Elle dit d'abord qu'elle a été violée par son père « j'ai été une fois violée par mon père et j'avais l'âge de 17 ans, en 98 ». Puis plus loin : « Il n'a pas eu des rapports sexuels avec moi mon père parce qu'il sait très bien que je suis un petit peu une fille qui va pas se laisser faire, mais il me met la main aux fesses quand il a bu de l'alcool (...). Pour moi, c'est un viol. » De la même manière, quand elle parle de son premier rapport sexuel, on ne sait pas bien si le partenaire a abusé d'elle. Elle semble d'ailleurs ne pas le savoir elle-même.

¹³⁹ Diederich N., Greacen T., 2002, op. Cit., p.51.

Cette confusion entre le rapport sexuel désiré et forcé est lourde de conséquences au niveau de la prise de risque. Elles se trouvent dans un réel danger en ce qui concerne la transmission du VIH, des autres MST, les grossesses non désirées, et les abus sexuels. En effet, si ces femmes n'ont pas de notion de l'importance de leur choix dans la réalisation d'un désir sexuel, elles se trouvent dans une position de grande vulnérabilité par rapport aux propositions des hommes qu'ils soient eux-mêmes sans domicile ou insérés.

III.2. La prise de risque récurrente

On a observé une tendance à la prise de risque chez quelques unes des femmes interrogées (*Barbara, Juliette, Yasmina*). Celles-ci semblent se mettre en danger de manière récurrente et ce depuis longtemps. La prise de risque est multiple et concerne, outre le mode de vie errant, la prise de toxiques, les rapports sexuels non protégés (*Barbara* a des rapports sexuels sans protection avec des toxicomanes dont elle pense qu'ils « peuvent avoir des maladies »), les conduites suicidaires (*Juliette* a sauté par la fenêtre quelques jours avant l'entretien). Le comportement de *Yasmina* se rapporte aussi à une prise de risque. Cependant, elle relate uniquement des événements passés, expliquant qu'elle s'est assagie.

A. Charles-Nicolas a appliqué la théorie du fantasme ordalique¹⁴⁰ à la prise de risque au niveau de la transmission du virus du Sida, à propos de laquelle il évoque une contamination « qui n'est ni totalement accidentelle ni totalement délibérée et qui est les deux à la fois »¹⁴¹.

Cette théorie peut s'appliquer au comportement de *Barbara* (21 ans) qui se met en danger de façon constante en consommant régulièrement des produits illicites, par son mode de vie errant et son absence de protection lors des rapports sexuels. De plus, son compagnon est violent avec elle, sur le plan physique et sexuel. Elle dira pourtant, en évoquant son futur proche, qu'elle aimerait avoir un enfant avec cet homme et vivre avec lui.

« Ouais, il m'a proposé une galette, il m'a dit : viens avec moi, je t'offre une galette. J'ai été avec lui et il m'a dit : ouais, j'ai envie de rester avec toi. On est resté ensemble et tout. Il m'a fait des sales plans, tu vois, il m'a donné des rendez-vous et il est pas venu et tout. Après j'ai été chez lui, j'ai dit : « Mohamed, pourquoi tu me fais ça et tout ? » Il me dit : « je t'aime pas, t'es une tox. » Je dis : « pourquoi ? Pourquoi à château rouge tu m'as proposé la galette et tout. » Et il me dit : « juste pour faire l'amour c'est tout, pour avoir un rapport avec toi ». Et après il m'a revu et j'ai été chez lui et à minuit, il m'a jetée dehors, tu vois, mais après j'ai été avec des potes, on dormait dans un squat, après j'étais avec une copine, j'ai pris de l'héro, j'ai pris de l'alcool et j'ai frappé un mec et j'ai été en prison. »

Yasmina (41 ans) évoque, elle aussi, des comportements qui suggèrent une tendance à prendre des risques. Toutefois, il semble que cela soit rattaché à une période antérieure de sa vie. Cependant, son discours durant l'entretien est assez stéréotypé et il est apparent qu'elle cherche à donner une image positive d'elle-même. Les mauvaises expériences sont

¹⁴⁰ L'ordalie désigne la coutume du Moyen-âge qui consistait à mettre un nouveau-né dans l'eau d'une rivière pour vérifier l'opinion divine sur son droit à la vie. La survie de l'enfant était alors considérée comme un signe divin le désignant comme ayant mérité le droit de vivre.

A. Charles-Nicolas, a repris cette coutume pour parler de la toxicomanie. Selon la théorie du fantasme ordalique le toxicomane, en frôlant la mort, vérifie son droit à la vie. S'il survit c'est qu'il a « mérité de vivre », le comportement toxicomaniaque relèverait donc plus de la pulsion de vie que de la pulsion de mort.

¹⁴¹ A. Charles-Nicolas, 1995, Débat : l'adaptation au risque de transmission sexuelle dans *Sexualité et sida*, collection sciences sociales et sida, ANRS.

reléguées au passé et les problèmes actuels sont établis comme provenant de son compagnon. Celui-ci aurait une consommation d'alcool problématique. Elle affirme même boire pour qu'il boive moins. *Yasmina* relatera toutefois le récit d'une tentative de suicide qui semble assez récente.

« Alors qu'avant pour un mini problème, je pétais un câble, je commençais à tiser (*boire*), je commençais à fumer. Avant je me shootais, je me suis mis le Subutex dans les veines, c'est comme ça que je me suis fait une septicémie. Plein de trucs comme ça. Maintenant je me suis rangée, j'ai pas de chance, moi. Avec ce mec, franchement, laisse tomber. Moi j'ai dit : après celui-là, moi j'arrête avec les mecs, je reste toute seule. Ah ouais, franchement. »

IV. Le risque de violences sexuelles

Dans notre société, on assiste à une augmentation des affiches et publicités exposant des corps de femmes. Déjà, en 1993, il était établi que la majorité de l'opinion « trouve que dans la société actuelle on provoque trop les désirs sexuels »¹⁴². Les femmes sont confrontées continuellement aux regards des hommes et à leur désir dont on peut penser qu'il serait exacerbé par l'omniprésence de la sexualité dans la communication.

Les femmes sans domicile sont exposées de la même manière que les femmes ayant un logement mais de façon continue (comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, elles passent beaucoup de temps dans la rue et n'ont pas d'endroit où elles pourraient s'isoler du regard d'autrui). De plus, Elles sont plus vulnérables face aux risques de violences sexuelles de par leur solitude et leur présence dans la rue, parfois seules, la nuit. Or dans la population générale, selon l'enquête Enveff¹⁴³, les femmes qui sont sorties seules le soir sont considérablement plus victimes d'agressions que les autres.

Cette même étude a montré que le risque de subir des violences physiques et/ou sexuelles est supérieur chez les femmes ayant subi des maltraitances dans l'enfance. Ainsi, 28% des femmes ayant subi des sévices et des coups pendant l'enfance sont victimes de violences conjugales contre 6% de celles qui n'ont déclaré aucune difficulté durant l'enfance. Les femmes victimes de violences sexuelles avant 18 ans sont presque trois fois plus que les autres en situation de violence conjugale¹⁴⁴.

Parmi les femmes que nous avons interrogées, nombreuses sont celles qui ont été abusées sexuellement ou maltraitées dans leur enfance. Plusieurs femmes (*Barbara, Solange, Bénédicte, Yasmina, Aude, Alice*) évoquent des expériences récentes de viols ou de rapports sexuels forcés avec un conjoint. Ces femmes relatent aussi des expériences de maltraitances ou de viols dans l'enfance. Ainsi, *Solange* a subi un viol lorsqu'elle avait dix ans. Le frère de *Barbara* a abusé d'elle quand elle avait le même âge, *Alice* était battue par sa mère et *Yasmina* a subi un viol quand elle avait 14 ans. Il est possible que d'autres femmes aient subi des violences sexuelles mais que la force traumatique de cette expérience ainsi que la honte et la culpabilité qu'elle entraîne les empêche de les verbaliser.

¹⁴² B. Spencer, 1993, op.cit.

¹⁴³ Enveff, Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, Jaspard M. *et al.*, 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, La Documentation française.

¹⁴⁴ Jaspard M., 2005, *Approche des violences conjugales dans l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*, in Chauvin P. et Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables., Paris, Inserm, coll. Question en santé publique, p.172.

Solange (23 ans), sans domicile fixe depuis 10 ans, raconte un viol qu'elle a subi quand elle avait 10 ans. Son agresseur était un homme qu'elle « aimait énormément », c'était un « ami de la famille ». Elle relate aussi un viol survenu dans la rue, la nuit, trois mois avant l'entretien et vis-à-vis duquel elle souffre d'une grande culpabilité. Elle n'a pas vu l'homme qui a abusé d'elle. Elle pense peut être le connaître car le viol est arrivé dans un quartier dont elle connaît les rivalités de « clans » pour faire partie de l'un d'eux. *Solange* n'explique pas clairement les conditions dans lesquelles cet événement s'est produit, il faisait nuit, il était tard et elle n'a vu que les mains de son agresseur. On peut penser que cet événement traumatisant est trop récent et démesurément source de culpabilité pour qu'elle puisse en parler plus en détail.

« Chaque fois que je vais le voir [mon mari] on en parle. Il me fait du bien, c'est-à-dire qu'il m'enlève ma culpabilité parce que je culpabilise, alors que normalement je devrais pas culpabiliser parce que c'est pas de ma faute. Mais pour moi, oui, pour moi, c'est de ma faute. Je me culpabilise énormément par rapport à ce que j'ai vécu.(...)

C'était quelqu'un que vous ne connaissiez pas ?

Je verrai ça demain. En fait, moi la seule chose que j'ai vue de lui, c'est pas le visage. Moi j'ai pas vu son visage, j'ai juste vu ses mains, une chevalière et entendre sa voix, c'est tout ce que j'ai vu. Maintenant, demain, je verrai bien si c'est une personne que je connais ou pas.

Il faisait nuit ?

Ouais, ça s'est passé à 4 heures et demie du matin. J'ai rien pu voir, il était derrière moi, donc je sais pas trop. »

L'entretien mené avec *Yasmina* (41 ans) montre un vécu de violence très important. Elle parle de ces expériences de violence avec agitation mais aussi avec une certaine distance. Elle raconte un viol survenu quand elle avait 14 ans dans un contexte de prostitution. Son récit laisse transparaître ses émotions uniquement lorsqu'elle aborde les conséquences de ce viol sur sa vie sexuelle.

« Dans la rue, dans un appartement. Vous savez quand on est en fugue, faut bien manger faut bien se laver, etc., et puis voilà. On a michetonné on est tombé sur des noirs. Et puis moi je suis tombée sur le plus grand, le plus costaud, le plus balèze, il m'a mis un couteau là, il m'a éclatée, il m'a ouvert le nez, il m'a ouvert la bouche ici, il m'a éclatée... trois coups de couteau, enfin bref, bref, bref. Ca a été catastrophique mais bon, au fil des années, j'ai fait ma thérapie toute seule et puis je m'en suis sortie. C'était horrible, les rapports après c'était horrible, même deux trois ans après c'était horrible. Oh la la, fallait pas qu'on me touche, oh Mon Dieu, Mon Dieu. Ah les pauvres mecs, je les plaignais. Qu'est ce qui t'arrives mais t'es folle. Non, on me touchait pas comme ça, tout de suite, j'étais sur la défensive. C'était horrible, horrible, horrible. De toute façon il n'y a pas plus horrible que ça. »

Plus tard, à l'âge adulte, *Yasmina* a été mariée avec un homme violent qui la frappait et la forçait dans ses « devoirs conjugaux ». Elle dit durant l'entretien qu'elle s'était sentie violée. Cette partie du discours de *Yasmina* met en lumière une certaine banalisation de la violence que l'on retrouve souvent dans les entretiens.

Barbara (21 ans) qui a subi des violences sexuelles étant enfant, rapporte que son compagnon la frappe et la sodomise de force. Cependant, à la différence des femmes qui ont fui les coups de leurs compagnons, la violence est subie de manière passive. Elle laisse entendre que sa soumission est liée à ses sentiments et compte avoir des enfants avec cet homme. Ces maltraitements sexuels semblent avoir considérablement marqué son rapport aux hommes et à la sexualité.

« Est-ce que c'est important pour toi la sexualité ?

Non, c'est pas important, c'est quand j'ai envie.

(...) C'est maintenant, particulièrement, que tu trouves que c'est pas important ?

Non, parce qu'on m'a fait trop de mal. Par derrière, je me suis fait violer, j'ai été opérée. Mon beau-père il se mettait à poil devant moi et tout. »

La perturbation de la sexualité est la conséquence du viol la plus citée chez les femmes qui en ont été victimes (63.5%), le suivi psychologique apparaît en second lieu (36.6%).¹⁴⁵

Les récits de ces femmes contiennent tellement d'expériences de violences physiques et/ou sexuelles qu'elles les énumèrent parfois comme des événements de vie communs. On peut penser qu'après avoir découvert la sexualité à travers des rapports forcés, ces femmes ont une perception faussée des relations amoureuses et de la sexualité. Cette idée contribuerait à expliquer que la plupart des femmes qui ont été maltraitées ou violées dans l'enfance subissent des violences physiques et parfois sexuelles à l'âge adulte comme c'est le cas pour près d'un tiers des femmes que nous avons interrogées (*Sylvie, Alice, Agathe, Fatima, Barbara, Yasmina, Solange, Aude, Christelle, Chloé*).

V. Conclusion

Les femmes en grande précarité rencontrées vivent dans un quotidien rempli d'incertitudes dans lequel elles doivent gérer un certain nombre de risques.

La plupart des femmes interrogées ayant une activité sexuelle au moment de l'entretien n'utilisaient pas de préservatif ou du moins pas systématiquement. Parmi celles-ci, certaines étaient en couple et avaient fait un test de dépistage, d'autres ne l'utilisaient pas, se basant sur la confiance qu'elles portaient à leur partenaire, d'autres enfin le justifiaient parfois par des contre-indications médicales ou ne le justifiaient pas clairement.

Ces femmes, bien qu'ayant des connaissances certaines sur les mesures de prévention des MST, ne les mettaient pas forcément en application. Certaines utilisaient des mécanismes de « protection imaginaire », comme la propriété ou la connaissance de leur partenaire, qui leur dispensaient de se protéger. Ainsi elles préféraient s'attacher aux risques qu'elles pouvaient représenter pour leur partenaire plutôt que de remettre en cause la relation par des exigences de protection.

Ceci n'est pas indépendant de la quête affective dans laquelle certaines se trouvaient, liée à un fort désir d'accès à la normalité. Cela les poussait à s'engager rapidement dans des relations amoureuses dans lesquelles elles plaçaient tous leurs espoirs. Dans ces relations, il était difficile pour elles de négocier l'utilisation du préservatif par peur de devoir y renoncer.

Quelques femmes, présentant des troubles psychiatriques, montraient des comportements sexuels à risques avec des partenaires multiples, des conduites suicidaires et addictives. Les femmes, chez qui ces troubles étaient apparemment très anciens, souffraient d'un rapport au corps et à la sexualité très perturbés. La plupart déclaraient avoir subi des viols et des maltraitements dans l'enfance, ce qui, ajouté à leurs conditions de vie, les rendaient très vulnérables face aux risques de transmission de MST et aux agressions. Comme l'a écrit A.

¹⁴⁵ ENVEFF Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, juin 2001, *Les violences envers les femmes au quotidien*, Rapport final, p.149.

Zemp « Une sexualisation traumatisante entraîne un conditionnement dans lequel l'activité sexuelle est associée à des souvenirs d'affects négatifs. Amour et sexualité sont confondus, de sorte que peut apparaître une aversion à l'égard de l'intimité et de la stimulation sexuelle ou exactement l'inverse, soit par exemple des femmes handicapées mentales qui s'offrent sans réticence et se prostituent quasiment ». ¹⁴⁶

De manière générale, ces femmes nous ont exposé de multiples scénarii de violence. Elles présentaient un vécu de maltraitance particulièrement important et diversifié. Dans de nombreux cas, elles cumulaient les maltraitances dans l'enfance, les agressions sexuelles et les violences conjugales à l'âge adulte. A la honte et à la culpabilité liées aux viols et aux maltraitances subies s'ajoutait la vulnérabilité entraînée par leur condition de vie. Ainsi, certaines montraient de grandes failles dans leurs assises narcissiques, induisant un manque de représentation positive d'elles-mêmes ne pouvant que les freiner dans l'adoption d'un comportement préventif ou dans la protection de soi de manière générale.

¹⁴⁶ Zemp A., 1995, *Violences sexuelles à l'encontre des femmes et des petites filles handicapées*, in Femmes et violences dans le monde, sous la direction de M. Dayras, l'Harmattan.

Bibliographie

- Agier I., 2005, Activité du 115 de Paris et évolution 1999-2004 de la population des usagers du 115 et des EMA., Rapport d'activité du Samu social de Paris. <http://www.samusocial-75.fr>
- Apostolidis T., 1994, Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif : la logique relationnelle des comportements sexuels, in *Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, ANRS, p.77-85.
- Bachelot, A., 2002, Aspects psychologiques de la grossesse non prévue. In Bajos N., Ferrand M., et l'équipe Giné, *De la contraception à l'avortement*. Paris, Inserm, coll. Questions en Santé Publique. p.77-114.
- Bajos N., Spira A., et le groupe ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française.
- Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A., 1998, (Sous la dir. de) *La sexualité aux temps du sida*, sociologie d'aujourd'hui, Paris, PUF.
- Bajos, N., Moreau, C., Leridon, H., Ferrand, M., 2004, Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population & Sociétés*, n°407, p.1-4.
- Bajos N., Oustry P., Léridon H., Bouyer J., Job-Spira N., Hassoun D. et l'équipe Cocon, 2003, Les inégalités sociales d'accès à la contraception. *Population*, 59(3-4) : p.479-502.
- Boltanski L., 2004, *La condition fœtale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris, Gallimard coll. nrf essais.
- Bozon M., 1991, La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple. *Sciences sociales et santé*, IX (4) : p. 69-88.
- Bydlowski, M., 1997, *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, coll. le fil rouge.
- Calvez M., 1994, Les représentations des risques du sida et l'expérience sociale, in *Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, ANRS, p.67-76.
- Canguilhem G., 1966, *Le normal et le pathologique*. Paris, PUF.
- Charles-Nicolas A., 1995, Débat : l'adaptation au risque de transmission sexuelle, in *Sexualité et sida, Sciences sociales et sida*, ANRS.
- Chauvin P., Parizot I., 2005, Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire. In : P Chauvin, I Parizot & S Revet. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Editions de l'Inserm, p.1-15.

- Chauvin P., Parizot I., Lebas J., 2001, Etat de santé, recours aux soins et modes de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits : le projet *PRECAR*. In : M Joubert, P Chauvin, F Facy, V Ringa. *Précarisation, risque et santé*. Paris : Editions de Inserm, p. 99-117.
- Chneiweiss, L., 1997, *Psycho : les soignants face à la psychologie des maladies*. Paris, Lamarre, coll. objectif soins.
- De Certeau M., 1980, *L'invention du quotidien. 1. Arts de faire*, Paris, Gallimard.
- De la Rochère B., 2003, La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *INSEE Première*, n°893.
- Delhomme P., & Meyer T., 1997, *Les projets de recherche en psychologie sociale : Méthodes et techniques*. Paris, Armand Colin et Masson, P.82.
- Diedrich N., Greacen T., 2002, *Facteurs de vulnérabilité liés à la situation de handicap, Sexualité et sida en milieu spécialisé, Du tabou aux stratégies éducatives*, Édition ERES.
- Douglas M., 1992 [1967], *De la souillure. Études sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte.
- Durif-Bruckert C., 1994, *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Paris, Éditions Métailié.
- Ensign J., Panke A., 2002, Barriers and bridges to care : voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA. *Journal of advanced nursing*; 37(2):166-172.
- Ferrand M., 2004, *Féminin, masculin*, Paris, La Découverte.
- Firdion J-M., Marpsat M., Bozon M., 1995, Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domiciles ? *Revue Française des Affaires sociales*, N°2.
- Fischer G-N., 1996, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris, Dunod.
- Fine A., 2001, Maternité et identité féminine. In Knibiehler Y. (sous la direction de) *Maternité, affaire privée, affaire publique*. Bayard Editions :61-76.
- Garel, M., Crost, M., Kaminski, M., 2001, *IVG répétées, précarité sociale, précarité affective*. In : M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy, V. Ringa. *Précarisation, risque et santé*. Paris : Editions de Inserm :229-240.
- Gelberg L, Andersen R, Leake B., 2000, The behavioural model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes. *Health Service Research*; 34(6): 1273-1302.
- Gelberg L., Browner C.H, Lejano E, Arangua L. 2004 Access to Women's Health Care : A Qualitative Study of Barriers Perceived by Homeless Women. *Women & Health*, 40(2): 87-100.

- Gelberg L., Gallagher TC., Andersen RM., Koegel P., 1997, Competing priorities as a barrier to medical care among homeless adults in Los Angeles. *Am J Public Health*; 87:217-220.
- Gelberg L., Leake B., Lu MC., Nyamathi AM., Morgenstern H., Browner C., 2002, Chronically homeless women's perceived deterrents to contraception. *Perspect Sex Reprod Health*; 34(6):278-285.
- Gelberg L., Leake BD., Lu MC., & al, 2001, Use of contraceptive methods among homeless women for protection against unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases: prior use and willingness to use in the future. *Contraception*; 63:277-281.
- Gelberg L., Siecke N., 1997, Accuracy of homeless adult's self reports. *Medical care*; 35(3):287-290.
- Giami A., Humbert C., Laval D., 2001 [1983], *L'ange et la bête. Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*. Paris, Editions du CTNERHI.
- Goffman E., 1959, *The Presentation of Self in Every Day Life*, New York, Doubleday Anchor.
- Handman M-E. et Mossu-Lavau J., 2005, *La prostitution à Paris*. La Martinière.
- Heslin K.C., Andersen R.M., Gelberg L., 2003, Case management and access to services for homeless women. *J health care Poor Underserved*; 14(1): 34-51.
- INSEE, 2002, Les sans-domiciles usagers des services d'aide dans l'agglomération parisienne. *Insee Ile de France à la page*, octobre.
- Jaoul H., 1997, L'enjeu d'une séparation. *Le journal des psychologues*, n°150.
- Joubert M., 2005, Lien social et santé : des approches sociologiques et épidémiologiques. In : P Chauvin, I Parizot & S Revet. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris : Editions de l'Inserm, p. 61-71.
- Jaspard M. et al., 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, La Documentation française.
- Jaspard M., 2005, Approche des violences conjugales dans l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, in Chauvin P. et Parizot I. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris : Editions de l'Inserm, p.159-187.
- Knibiehler, Y. 2001, La construction sociale de la maternité. In Knibiehler Y (sous la direction de) *Maternité, affaire privée, affaire publique*. Bayard Editions, P. 13-22.
- Lanzarini C., 2001, Les usages du corps des sous-prolétaires à la rue, in M. Joubert et al. (ed.), *Précarisation, risque et santé*, Paris : Editions de l'Inserm, p. 217-227.
- Lanzarini, 2003, « Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale », *Cahiers du Genre*, n° 35 : 95-115.

Lecomte T., Mizrahi An., Mizrahi Ar., 2000, Santé et recours aux soins des personnes sans abri à Paris. In Marpsat M. et Firdion J-M., *La rue et le foyer: une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris, PUF-INED.

Lévi-Strauss C., 1962, *La pensée sauvage*, Paris, Plon.

Lewis J.H., Andersen RM., Gelberg L., 2003, Health care for homeless women- Unmet needs and barriers to care. *J Gen Intern Med* ; 18 :921-928.

Marpsat M., 1999, Un avantage sous contrainte - Le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Population*, 54 (6) :885-932.

Marpsat M. & Firdion J-M., 1990, Les personnes sans domicile à Paris : caractéristiques, trajectoires et modes de vie. In Marpsat M. et Firdion J-M., *La rue et le foyer : une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*. Paris , PUF- INED.

Mathieu N-C., 1985, « Quand céder n'est pas consentir », in Mathieu N.-C., *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, Editions de l'EHESS, 169-245.

Mendes-Leite R., 1996, Une autre forme de rationalité : les mécanismes de protection imaginaire et symbolique, in *Les homosexuels face au sida Rationalités et gestions des risques*, ANRS, p.65-76.

Mondière Lequin, G., & Ionescu, S., 1997, Les femmes SDF : pour une clinique individualisée. *Psychologie Française*, n°42-3.

Mondière, G., 2003, Etre une femme SDF, est-ce différent ? *Rhizome*, n° 11 (avril).

Monrose M., 2004, Les contacts familiaux et amicaux des personnes sans domicile, *Etudes et résultats DREES* (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), n°311 (mai).

Nyamathi A., Leake B., Keenan C., Gelberg L., 2000, Type of social support among homeless women : its impact on psychosocial resources, health and health behaviors, and use of health services. *Nursing research*; 46(6):318-326.

Nyamathi A., Wenzel S., Keenan C., Leake B. et Gelberg L., 1999, Associations Between Homeless Women's Intimate Relationships and their Health and Well-Being. *Research in Nursing and Health*, 22 : 486-495.

Perrot M., 1991, Les échanges à l'intérieur de la famille, in SINGLY François de (éd.), *La famille, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte : 97-106.

Paicheler G., 1996, *Le public face à la menace du sida : Gérer le risque*, Rapport de recherche ANRS, janvier.

Parizot I, Chauvin P., Firdion J-M., Paugam S., 2004, Santé, Inégalités, ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Ile de France. In : Collectif. *Les travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. Paris : La documentation française ; p. 367-414.

Parizot I., 2003, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris : PUF.

Parsons T., 1948, Illness and the role of the physician. In: C Kluckhohn & HA Murray, *Personality in Nature, Society and culture*, New York, AA Knopf.

Pichon P., 2000, Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe. In Marpsat M. et Firdion JM. *La rue et le foyer – Une recherche sur les sans domiciles et les mal logés dans les années 1990*. Paris, Editions Ined- PUF.

Rochère B. (de la), 2003, La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *INSEE Première*, n°893.

Schiltz M.-A., 2004, Les autres et la protection de soi. In Giami A., Schiltz MA. *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes, entre errance et conjugalité*. Paris: Editions de l'Inserm, p.285-325.

Snow D. A. *et all.*, 1996, Material Survival Strategies on the Street : Homeless People as Bricoleurs, in Baumohl J. (dir), *Homelessness in America*, Phoenix, Arizona, The Oryx Press, p. 86-96.

Spencer B., 1993, Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention, *Population*, 5 :1411-1436.

Vaneuville, M-C., 2005, *Femmes en errance : de la survie au mieux être*. Lyon, Chronique sociale, coll. Comprendre les personnes.

Vidal-Naquet P. A., 2003, L'accueil des personnes sans domicile : la place des femmes. In PUCA, *Les SDF : représentations, trajectoires et politiques publiques*, p. 163-178.

Vigarello G., 1985, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil.

Wenzel S.L., Andersen R.A., Gifford D., Gelberg L., 2001, Homeless Women's Gynecological symptoms and Use of Medical care. *Journal of health care for the poor and underserved*,12 (3):323-341.

Zemp A., 1995, Violences sexuelles à l'encontre des femmes et des petites filles handicapées, in *Femmes et violences dans le monde*, sous la direction de M. Dayras, l'Harmattan.

Annexe : Caractéristiques des personnes interviewées

	Age	Nationalité actuelle	Dernier diplôme	Durée sans domicile fixe	Vécu Placement	Violence sexuelle	Troubles* Psychiatriq	Nb enfants	Couple actuel	Sexuellemn active	Contraceptioi actuelle	Consommation Alcool/Drogue
Myriam	20	Camerounnais	< Bac	5 mois	Non	Non	Non	1	Non	Oui	jamais	Non
Barbara	21	Française	< Bac	9 mois	probable	Oui	Non	0	Oui	Oui	<> Pilule	Drogue
Aude	22	Française	Sans	4 ans ?	Oui	Oui	Oui	1	Non	Oui	Pilule	Non
Solange	23	Française	Niv Bac	10 ans /intermit	Oui	Oui	Non	1	Oui	Oui	Implant	Non
Sylvie	23	Française	Sans	5 ans	Oui	Oui	Oui	1	Non	Oui	Implant	Non
Nadia	25	Tunisien	< Bac	> 5 ans	Oui	Non	Non	0	Non	Oui	Pilule	Non
Juliette	27	Française	< Bac	7 ans	probable	suggérée	probable	1	Oui	Oui	Pilule	<> drogue
Julie	28	Algérienne	Bac	2 semaines	Non	Non	Non	0	Non	Oui	<> Pilule	Non
Samantha	30	Française	Sans	2 ans	Inconnu	suggérée	Non	3	Oui	Oui	Pilule	<>Drogue ; Alcool
Thérèse	30	Française	Bac +	10 ans	Oui	Non	Oui	9	Oui	Non	Inconnu	possible
Christelle	34	Française	Bac	10 mois	Non	Non	Non	0	Oui	Oui	Préservatif	Alcool
Virginie	34	Française	Sans	1 mois	Oui	Oui	Oui	0	Non	Non	Pilule	Non
Isabelle	36	Belgo-italienne	Bac+	3 mois	Non	Non	Non	0	Oui	Oui	Enceinte	Non
Jane	37	Française	Bac	8 mois	Non	Non	Non	2	Oui	Oui	Préservatif	Non
Agathe	38	Française	Bac +	3 ans ½	Non	Oui	probable	4	Non	Non	Lig. trompes	Non
Bénédicte	38	Française	Sans	14 ans	Non	Oui	Non	2	Séparée	Oui	<> Pilule	Alcool
Chloé	38	Française	Sans	3 mois 1/2	Non	Non	Non	3	Séparée	Oui	Pilule	Non
Fatima	39	Algérienne	Sans	> 5 ans	Oui	Oui	Oui	0	Oui	Non	Inconnu	Drogue
Marie	39	Cameroun	Niv Bac	4 mois	Non	Non	Non	2	Non	Oui	<> Pilule	Non
Sofia	39	Française	Sans	4 ans	Inconnu	inconnu	Non	0	Non	Oui	<> Pilule	<> Drogue
Carine	40	Française	Bac +	1 mois	Non	Non	Non	0	Oui	Oui	<> Pilule	Non
Yasmina	41	Française	Sans	7 ans /inter	Inconnu	oui	Non	1	Oui	Oui	<> Pilule	<> Drogue
Catherine	44	F /Cambodge	Niv Bac	10 mois	Non	Non	probable	0	Non	Non	Jamais	Non
Noëlle	46	Française	Bac	>10ans/intermit	Non	Oui	probable	2	Oui	Oui	Hystérectomie	Non
Emmanuelle	50	Française	Bac	1 an	Non	Non	Non	0	Oui	Non	Inconnu	Alcool
Chantal	53	Française	< Bac	1 mois	Inconnu	Non	Non	2	Séparée	Non	Ménop/hytère	<> Alcool
Marion	55	F/Cameroun	< Bac	6 mois	Non	Non	probable	0	Non	Non	<> Pilule	Non
Alice	56	Française	Bac+	1 semaine	Inconnu	Oui	Oui	0	Séparée	Non	Inconnu	Non
Hélène	56	Espagnole	< Bac	4 mois	Inconnu	Non	Non	1	Non	Non	Ménopause	Non
Fleur	60	Britannique	Bac	4 ans	Non	Non	probable	1	Oui	Non	Ménopause	Non

<>: Arrêt

Troubles Psychiatriques : oui =parle de prise en charge psychiatrique ; probable = discours incohérent et/ou allusions à une prise en charge psychiatrique.