

(Ce document peut être public)

Rendre visibles les trajectoires périnatales vécues en situation d'itinérance

Réflexions présentées dans le cadre des consultations nationales sur les prochaines orientations
*Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, itinérance et
dépendance*

Par Alexandra Daicu & Myriam Daigneault

Juin 2026

Présentation des autrices

Ce mémoire est rédigé conjointement par Alexandra Daicu et Myriam Daigneault, à partir de nos expériences respectives en intervention tout comme en recherche.

Myriam Daigneault M.Sc. détient une expertise en anthropologie de la santé et de la maternité. Elle s'intéresse plus particulièrement aux expériences de périnatalité des femmes en situation d'itinérance. Son mémoire de maîtrise, intitulé « *Tout d'un coup j'existais* » : *grossesse et itinérance, trajectoires de vie et réalités quotidiennes*, documente les expériences de femmes en situation d'itinérance vivant une grossesse au Québec. Cette recherche ethnographique repose sur sept entrevues semi-dirigées avec des femmes utilisant des ressources d'hébergement et quatre discussions avec des intervenantes les accompagnant. Elle compte aussi trois ans d'expérience en tant qu'intervenante sociale en hébergement auprès de femmes en situation d'itinérance.

Alexandra Daicu M.A., T.S., Ph.D.(c) est candidate au doctorat en travail social au sein de l'Université du Québec à Montréal, et travailleuse sociale œuvrant en itinérance ainsi qu'en clinique privée. Ses travaux portent sur les expériences de deuil périnatal vécues par des femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être, ainsi que sur les pratiques d'accompagnement développées par les intervenantes qui œuvrent auprès d'elles. Elle s'intéresse plus particulièrement aux formes de souffrance, psychique et sociale, qui demeurent peu reconnues lorsque la perte périnatale survient dans des contextes de grande précarité, de violence, d'instabilité résidentielle ou d'itinérance. Son intérêt pour ces enjeux prend racine dans son expérience d'intervention auprès de femmes en situation d'itinérance, où elle a été amenée à constater à quel point leurs expériences de deuil périnatal sont invisibilisées et reléguées au silence.

Alors que les travaux de Myriam Daigneault permettent de documenter les expériences de grossesse vécues en situation d'itinérance, ceux d'Alexandra Daicu prolongent cette réflexion en s'intéressant aux expériences de perte, de deuil et de souffrance psychique qui peuvent traverser les trajectoires périnatales. Ensemble, nos expertises permettent donc de penser la périnatalité telle que vécue par les femmes en situation d'itinérance comme un ensemble de trajectoires corporelles, relationnelles, institutionnelles et affectives qui peuvent inclure l'espoir, l'attachement, l'ambivalence, le doute, la peur, le contrôle, la séparation, la perte et le deuil.

Cette lecture croisée nous amène à soutenir que les politiques en itinérance, en santé mentale et en dépendance ne peuvent faire abstraction des trajectoires périnatales des femmes. Ces trajectoires sont révélatrices des limites actuelles de l'organisation des services : fragmentation des trajectoires, manque de continuité, crainte des institutions, absence de reconnaissance des pertes vécues, et tendance à évaluer les femmes principalement à travers leur conformité aux idéaux sociaux de la "bonne mère".

Table des matières

Présentation des autrices.....	2
Introduction.....	4
Constats principaux.....	5
Constat 1 : Les femmes en situation d’itinérance demeurent invisibilisées dans les politiques et dans les services	5
Constat 2 : La périnatalité est un angle mort de l’itinérance	5
Constat 3 : Les expériences périnatales peuvent intensifier la détresse psychique, mais aussi devenir des lieux d’ancrage	6
Constat 4 : Les services en itinérance et périnatalité sont encore trop fragmentés	7
Enjeux observés	7
Enjeu 1 : L’absence de reconnaissance explicite des trajectoires périnatales dans les orientations en itinérance	8
Enjeu 2 : Le risque de criminalisation des expériences périnatales vécues en situation d’itinérance.....	8
Enjeu 3 : La méfiance envers les institutions, un frein aux soins périnataux et à l’usage des services	9
Enjeu 4 : L’invisibilisation du deuil périnatal en contexte d’itinérance.....	9
Recommandations.....	10
Recommandation 1 : Reconnaître explicitement les expériences périnatales dans les prochaines orientations en itinérance, santé mentale et dépendance.....	10
Recommandation 2 : Développer des trajectoires de services intégrées pour les femmes enceintes ou endeuillées en situation d’itinérance	11
Recommandation 3 : Financer des ressources d’hébergement adaptées à la périnatalité et sensibles au trauma	11
Recommandation 4 : Former les intervenantes et professionnels à l’intersection entre itinérance, périnatalité, deuil, trauma et stigmatisation.....	11
Recommandation 5 : Renforcer la concertation intersectorielle autour des trajectoires périnatales des FSIRE	12
Recommandation 6 : Développer des indicateurs qui rendent visibles les FSIRE et leurs réalités périnatales ..	12
Recommandation 7 : Intégrer les savoirs expérientiels des femmes concernées et les savoirs des intervenantes communautaires.....	13
Recommandation 8 : Intégrer sans uniformiser les réponses	13
Conclusion	14

Introduction

Les présentes réflexions menées dans la perspective des prochaines orientations gouvernementales en matière de santé mentale, itinérance et dépendance, sont une opportunité de pallier certains angles morts des politiques publiques actuelles. Alors que les plans d'action en lien avec ces réalités sont repensés avec un objectif d'intégration des compréhensions des enjeux et des pistes d'action qui en découlent, il est essentiel d'inclure dans la réflexion certaines réalités qui demeurent, à ce jour, invisibles ou insuffisamment reconnues.

C'est dans cet espace de réflexion que nous souhaitons situer notre contribution. À partir de nos expertises respectives en anthropologie, en travail social, en itinérance des femmes, en périnatalité et en deuil périnatal, nous proposons de porter une attention particulière à un angle mort des orientations actuelles : les trajectoires périnatales des femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être¹.

Par trajectoires périnatales, nous entendons ici l'ensemble des expériences liées à la grossesse, à la maternité, aux suivis périnataux, à l'interruption volontaire ou médicale de grossesse, à l'interruption naturelle de grossesse, à la mortinaissance, au décès néonatal, au deuil périnatal, ainsi qu'au retrait ou au placement d'un enfant, tel que défini par l'Institut national de santé publique du Québec (2026). Ces expériences peuvent être intimement liées aux enjeux de santé mentale, d'itinérance et de consommation. Elles peuvent être traversées, entre autres, par la détresse psychique, la violence conjugale ou sexuelle, la précarité économique et la consommation. Elles peuvent également être porteuses de sens, d'attachement, de transformation ou de reprise d'agentivité.

Nous observons que ces réalités sont absentes de la politique nationale de lutte à l'itinérance et de ses plans d'action. Les données actuelles estiment pourtant que 40 à 60% des FSIRE sont des mères, dont les enfants ont moins de 6 ans (Fournier *et al.*, 2022). Les études s'entendent pour dire que ce nombre est probablement bien plus élevé dû à l'itinérance cachée, qui fait référence:

(...) aux femmes qui pour ne pas être dans la rue, demeurent temporairement chez des amis ou des membres de leur famille, ou une autre personne. L'itinérance cachée comprend aussi les femmes qui persistent, pour ne pas se retrouver dans la rue, à demeurer dans des lieux où elles font l'objet d'actes violents et dégradants. Elle tient également compte de celles qui, une fois le logement payé, n'ont plus d'argent pour gérer le quotidien, entre autres la nourriture, de celles qui risquent d'être expulsées de leur logement sans avoir les moyens de se reloger; et enfin de celles qui vivent dans des édifices hors normes, physiquement dangereux, ou dans des logements surpeuplés. (Gélineau *et al.*, 2008 : 20-21).

¹ Afin de simplifier le texte, l'acronyme FSIRE sera utilisé en référence au terme "femme en situation d'itinérance ou à risque de l'être".

Les FSIRE sont ainsi à la fois invisibles dans l'espace public, mais aussi dans les statistiques et dans l'imaginaire collectif. Résultat: elles sont souvent abordées à partir de catégories générales, telles que : personnes en situation d'itinérance, personnes vivant avec des enjeux de santé mentale, etc., sans que les réalités spécifiques aux femmes soient prises en compte dans les réflexions proposées.

Nous souhaitons donc proposer une réflexion centrée sur l'idée suivante : une vision réellement intégrée en matière d'itinérance, de santé mentale et de dépendance doit rendre visibles les trajectoires périnatales et les expériences spécifiques vécues par les FSIRE, sans réduire leurs besoins à une seule problématique, ni leurs expériences à des catégories de services.

Constats principaux

Constat 1 : Les femmes en situation d'itinérance demeurent invisibilisées dans les politiques et dans les services

L'itinérance demeure encore aujourd'hui appréhendée comme l'expérience d'hommes blancs et âgés, mais cette représentation est tranquillement déconstruite pour mettre au jour une pluralité et une complexité d'expériences, notamment celles de l'itinérance vécue au féminin.

Selon les données actuelles, les femmes représentent environ 29% des personnes en situation d'itinérance (Marinelli-Côté, 2025). Il est toutefois raisonnable de croire que ce nombre est largement sous-estimé. À l'instar de l'itinérance visible, l'itinérance cachée que vivent le plus souvent les femmes est complexe à dénombrer. L'invisibilisation de l'itinérance vécue par les femmes résulte donc en une de leurs expériences et en une moins grande offre de services adaptés à leurs réalités, notamment en termes de ressources d'hébergement. Par exemple, en 2025, sept hébergements d'urgence pour femmes en situation d'itinérance à Montréal ont comptabilisé plus de 41 000 refus de service faute de place (Duchaine et Tremblay, 2026, 24 janvier).

L'ouvrage récent *Penser l'itinérance au féminin* (Rivard et Greissler 2025) souligne que « l'invisibilité sociale, médiatique, politique et scientifique des femmes en situation d'itinérance renforcent les processus d'oppression, de domination, de discrimination et de violence. »

Constat 2 : La périnatalité est un angle mort de l'itinérance

Les politiques publiques, les plans d'action et les services en itinérance reconnaissent de plus en plus la diversité des trajectoires vécues par les femmes, notamment en lien avec l'itinérance cachée et les violences genrées. Cette reconnaissance demeure toutefois récente. Une première mention plus explicite des trajectoires spécifiques des femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être n'apparaît qu'en 2022, lors de la publication du deuxième portrait de l'itinérance au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022). Dans cette publication, les expériences maternelles demeurent cependant passées sous silence. Dans un contexte où les discours masculinistes et antiféministes gagnent en visibilité dans l'espace public et numérique, cette prise en compte des réalités genrées constitue une avancée nécessaire, bien qu'encore insuffisante.

Plus précisément, la périnatalité demeure un angle mort de l'analyse de l'itinérance des femmes. Les expériences de grossesse, de maternité, d'interruption volontaire ou médicale de grossesse, de perte périnatale, de suivi médical, de peur de la DPJ, de retrait ou de placement d'un enfant, ainsi que les expériences corporelles liées à la reproduction sont rarement pensées ensemble dans les orientations en itinérance. À titre d'exemple, les mots « mère », « enceinte » ou « grossesse » n'apparaissent pas dans le *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026* (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2021).

Les écrits scientifiques soutiennent pourtant que les FSIRE rencontrent de nombreuses barrières d'accès à la santé sexuelle et reproductive, notamment en raison de l'instabilité constante, du manque de sécurité, de l'exposition aux violences, de la consommation, de la difficulté à prioriser les soins de santé et de la discontinuité des services (Kennedy et al., 2014 ; Wright et al., 2012). Certaines recherches montrent également que les grossesses non planifiées peuvent être liées à des contextes de violence sexuelle, d'exploitation ou de sexualité dite de survie (de l'anglais, *survival sex*), ce qui complexifie encore davantage les expériences reproductives et les décisions qui y sont associées (Munro et al., 2021 ; Smid et al., 2010).

Constat 3 : Les expériences périnatales peuvent intensifier la détresse psychique, mais aussi devenir des lieux d'ancrage

Les expériences périnatales vécues par les FSIRE sont traversées par plusieurs tensions et ambivalences. D'une part, la grossesse tout comme le choix de la maternité, de l'interruption volontaire de grossesse, ou la perte périnatale, peuvent intensifier la détresse psychologique engendrée par l'instabilité résidentielle, entre autres en lien avec le faible accès aux soins, aux ruptures relationnelles et à l'absence de soutien social (Wright et al., 2012 ; Kersting et Wagner, 2012 ; Verdon, 2020).

De surcroît, en lien particulièrement avec le deuil périnatal, plusieurs facteurs associés aux complications du deuil périnatal sont fréquemment présents dans les parcours de vie des femmes en situation d'itinérance, parmi lesquels on peut nommer, encore une fois, le faible soutien social, les difficultés relationnelles, ou l'ambivalence entourant la grossesse (Kersting et Wagner, 2012).

D'autre part, Daigneault (2025) soutient que ces expériences n'en sont pas uniquement une de risque psychologique : les femmes enceintes en situation d'itinérance sont davantage exposées au contrôle, au jugement et à la discrimination. Elles peuvent également, de façon paradoxale, devenir un point d'ancrage et d'agentivité. Les changements identitaires qui prennent place lors de l'annonce d'une grossesse ainsi que le sens donné à la grossesse peuvent agir comme un catalyseur permettant de soutenir une motivation nouvelle à transformer sa trajectoire de vie (Smid et al., 2010).

Ainsi, les expériences périnatales peuvent, en contexte d'itinérance, à la fois agir comme catalyseur de changement et renouveau de l'agentivité et exposer les femmes en faisant l'expérience à davantage de risques, de détresse psychologique, de violences, et de discrimination.

Constat 4 : Les services en itinérance et périnatalité sont encore trop fragmentés

À l'heure actuelle, aucune ressource d'hébergement ou de soutien psychosocial ne se concentre spécifiquement sur les besoins des femmes qui vivent une grossesse en situation d'itinérance ou de précarité résidentielle. Les ressources existantes répondent généralement à une seule partie de leur réalité : certaines interviennent en itinérance, d'autres en périnatalité, d'autres en santé mentale, d'autres en dépendance, d'autres en violence conjugale... Cette organisation fragmentée oblige les femmes à naviguer entre plusieurs services qui ne sont pas toujours pensés pour être adaptés à la complexité de leur réalité.

Les ressources d'hébergement pour FSIRE ne sont pas toujours accessibles aux femmes enceintes. Certains organismes refusent catégoriquement de les accueillir, et d'autres établissent une limite à un certain nombre semaines de grossesse. De plus, la majorité des hébergements mixtes ou pour FSIRE n'acceptent pas les enfants. Une femme enceinte ayant passé sa grossesse dans une ressource d'hébergement en étant seule serait donc obligée trouver une autre ressource après son accouchement si elle voulait conserver la garde de son enfant.

De plus, les hébergements pour femmes avec enfants sont peu nombreux et très demandés, ce qui en rend l'accès laborieux. Ceux-ci exigent aussi souvent que les femmes enceintes (ou les mères) s'engagent dans un ensemble de démarches pour leur enfant à naître conditionnellement à leur admission avant de reconnaître leurs besoins individuels.

Les autres types de ressources (incluant les ressources périnatales) exigent que les femmes enceintes répondent à un ensemble de critères spécifiques à leur mission afin d'être hébergées. Par exemple, une femme, bien qu'enceinte, pourrait d'abord être contrainte d'être sobre, de ne pas avoir d'enjeu de santé mentale, d'avoir en bas ou en haut d'un certain âge, d'avoir les moyens de payer un certain loyer mensuel ou de vivre de la violence conjugale pour être hébergée. Mentionnons que la possibilité qu'une femme enceinte puisse accéder à un hébergement avec son conjoint est très rare.

Faute d'alternatives adaptées, certaines femmes enceintes se retrouvent à dormir dans des haltes-chaleur, sur des chaises, dans des lieux temporaires non conçus pour répondre à leurs besoins, ou même à même le sol de la rue. Ces situations illustrent combien trouver un hébergement sécuritaire et stable en étant enceinte est complexe. D'ailleurs, la recherche de Daigneault (2025), menée à partir d'entrevues avec des femmes enceintes en situation d'itinérance, met en lumière les nombreuses ruptures vécues dans les trajectoires d'hébergement pendant la grossesse. Elle démontre que l'absence de ressource spécifiquement dédiée aux femmes enceintes en situation d'itinérance oblige souvent celles-ci à circuler entre des services dont les critères d'admission, les règlements et les limites organisationnelles ne tiennent pas compte de leur réalité périnatale.

Enjeux observés

Enjeu 1 : L'absence de reconnaissance explicite des trajectoires périnatales dans les orientations en itinérance

Nous avons abordé dans les constats l'absence de reconnaissance explicite des trajectoires périnatales telles que vécues par les FSIRE dans les plans d'action et politiques en lien avec l'itinérance. Cette absence a des conséquences concrètes pour les FSIRE tout comme pour les personnes intervenant auprès d'elles. Puisqu'elles ne sont pas nommées dans les documents institutionnels et gouvernementaux, ces réalités demeurent invisibles dans les offres de services, dans les données de recherche, dans les formations et dans les sources de financement disponibles tant pour la recherche que pour les organismes communautaires et les institutions publiques qui desservent cette population.

Les FSIRE sont alors référées vers des services qui ne sont pas adaptés à leur réalité. Par exemple, une femme enceinte en situation d'itinérance pourrait être orientée vers une ressource d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance, qui ne permet pas d'accueillir un enfant après l'accouchement. Elle pourrait aussi être référée vers un service en périnatalité fréquenté quasi exclusivement par des femmes domiciliées, qui ne tient pas compte de l'instabilité résidentielle, et où elle pourrait se voir encore une fois en marge du groupe. Ou encore, elle pourrait être référée vers un service en santé mentale qui est offert par une équipe d'intervention n'ayant pas de formation en périnatalité ou en deuil périnatal.

Enjeu 2 : Le risque de criminalisation des expériences périnatales vécues en situation d'itinérance

Les mères en situation de précarité économique et résidentielle sont surreprésentées dans le dispositif de protection de la jeunesse (Fournier 2022). Bien que l'instabilité résidentielle soit soulevée devant les tribunaux, dans de nombreux cas, « cette notion d'instabilité résidentielle est néanmoins rarement abordée dans son contexte économique. Elle est plutôt interprétée comme un choix personnel ou un style de vie » (Fournier 2022 :10). Tenues responsables de leur situation, elles sont donc aussi pointées du doigt dans l'éventualité de « l'absence ou de l'échec » de leurs démarches de stabilisation, alors même que les difficultés d'accès à l'information juridique, ainsi que la complexité des démarches administratives et la lenteur des processus d'aide sont peu pris en compte dans cette critique qui leur est adressée (Fournier et al., 2022).

Les femmes enceintes en situation d'itinérance n'échappent pas à ce paradigme. Leur grossesse les expose à la possibilité d'être jugées comme des mères inaptes aux yeux des institutions, sans égard à leur situation de survie et des contingences socio-économiques et des violences dans lesquelles elles tentent d'exercer leur parentalité. Dans ce contexte, la maternité peut devenir un espace où les femmes sont jugées à partir des normes sociales de la « bonne mère », plutôt qu'accompagnées dans leurs besoins et au travers des obstacles qu'elles rencontrent afin d'actualiser leur souhait de maternité.

Par ailleurs, le processus de criminalisation des personnes en situation d'itinérance se croise aux attentes sociales et aux normes liées à la maternité et à la parentalité (Bellot et al. 2005). La

consommation et le recours fragmenté aux services d'hébergement sont fréquemment interprétés comme un signe d'inaptitude parentale, plutôt que comme des comportements de survie face aux conditions de vie précaires dans lesquelles les femmes naviguent. L'enjeu n'est donc pas de nier les besoins de protection des enfants, mais plutôt de comprendre la protection de l'enfant comme un objectif qui va main dans la main avec la sécurité et stabilité résidentielle offerte à la mère.

Enjeu 3 : La méfiance envers les institutions, un frein aux soins périnataux et à l'usage des services

Tel que décliné dans Daigneault (2025), les études documentent que les FSIRE peuvent éviter certains services institutionnels ou communautaires par crainte d'être jugées, signalées, infantilisées ou contrôlées. Cette méfiance ne relève pas d'un refus de service, mais s'inscrit plutôt dans une continuité avec les expériences passées qu'elles ont eues avec les institutions; en effet, beaucoup de femmes en situation d'itinérance ont déjà vécu des expériences traumatisantes en milieux institutionnels (hôpitaux, milieu carcéral, services de police, etc.) en lien avec le processus de judiciarisation accru dont elles font l'objet (Bellot et al. 2005).

Dans ce contexte, les services périnataux qui leur sont offerts peuvent être perçus comme des espaces potentiels de contrôle et de violence. Ainsi, en hébergement pour personnes en situation d'itinérance, certaines femmes sont amenées à cacher leur grossesse aux personnes qui interviennent auprès d'elles, par peur d'être signalées à la protection de la jeunesse, par exemple. Cela a des conséquences directes sur l'accès aux soins et à la continuité des services offerts aux FSIRE. Les suivis de grossesse peuvent être absents ou retardés, ce qui réduit par le fait même les occasions d'effectuer des dépistages et de la prévention auprès des femmes concernées.

Enjeu 4 : L'invisibilisation du deuil périnatal en contexte d'itinérance

Le deuil périnatal est une expérience qui demeure à ce jour taboue, tant socialement que dans les milieux d'intervention, tels que le soulignent Beaudoin et Ouellet (2018). Le deuil périnatal se définit comme étant "le deuil vécu par les parents de bébés décédés pendant la grossesse (in utero), durant l'accouchement ou au cours de la première année suivant la naissance" (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2024). Cette définition, médicocentrée, tend à éclipser l'aspect humain de l'expérience du deuil, en négligeant les dimensions culturelles et subjectives qui l'accompagnent. Daicu propose une définition alternative:

Le deuil périnatal est un processus unique et complexe vécu par un parent après une variété d'expériences incluant infertilité, arrêt naturel de grossesse, mortinaissance, mort néonatale, interruption médicale de grossesse, et interruption volontaire de grossesse, s'étendant de la période de tentative de conception jusqu'à la première année de vie. Bien qu'il touche environ une grossesse sur cinq, ce deuil est invisibilisé, peu reconnu, minimisé, et entouré de tabous dans les sociétés occidentales. Cette expérience de deuil peut affecter l'identité et le bien-être des parents, leur santé physique, émotionnelle et

mentale, leurs relations sociales, ainsi que le sens qu'ils attribuent à la vie et à la mort (Daicu, 2024:35).

Cette définition plus englobante permet de reconnaître que le deuil périnatal ne se limite pas aux pertes médicalement visibles ou institutionnellement reconnues. Il peut également inclure des pertes plus ambivalentes, silencieuses ou socialement moins légitimées, notamment lorsqu'elles surviennent à la suite d'une interruption volontaire de grossesse, d'un contexte d'infertilité ou d'une séparation d'avec l'enfant. À cet égard, le concept de deuil non reconnu (de l'anglais, *disenfranchised grief*), proposé par Doka, est particulièrement pertinent. Il désigne les pertes qui ne sont pas socialement reconnues ou publiquement acceptées comme légitimes (Doka, 1989).

En contexte d'itinérance, cette invisibilisation est d'autant plus importante que les femmes concernées vivent souvent déjà une forme d'effacement social. Une perte périnatale vécue dans la rue ou en hébergement pour personnes en situation d'itinérance, par exemple, risque ainsi de ne pas être reconnue comme un deuil légitime. La souffrance qui en découle peut alors être interprétée principalement comme étant causée par l'instabilité résidentielle, une désorganisation de la personne, ou un symptôme en lien avec un trouble psychique, plutôt que reconnue comme une réaction suite à une perte dans un contexte de grande précarité et de non-reconnaissance.

Cette invisibilisation peut renforcer la honte, la culpabilité et l'isolement, particulièrement lorsque la grossesse était non planifiée ou que la femme qui en fait l'expérience ressentait de l'ambivalence face à sa grossesse. Elle pose également un défi important pour les milieux d'intervention qui, par manque de connaissances et de guides de pratiques à ce sujet, sont appelés à accompagner ces pertes sans disposer d'outils d'intervention ou de repères cliniques ou organisationnels. Reconnaître adéquatement l'expérience du deuil périnatal en contexte d'itinérance implique donc de créer des espaces où ces pertes peuvent être nommées, entendues et accompagnées sans jugement, sans réduire les femmes à leur maternité ou à leur instabilité résidentielle, dans toute leur complexité.

Recommandations

Recommandation 1 : Reconnaître explicitement les expériences périnatales dans les prochaines orientations en itinérance, santé mentale et dépendance

Nommer explicitement les expériences périnatales comme un élément présent dans les trajectoires de plusieurs femmes faisant face à l'instabilité résidentielle, en y incluant la grossesse, la maternité, les différentes formes de pertes périnatales, ainsi que les retraits ou placements de leurs enfants.

Reconnaître ces réalités permettra d'éviter que ces expériences soient traitées comme des réalités d'exception, ou invisibilisées, dans les documents gouvernementaux. Les trajectoires périnatales devraient être identifiées parmi les situations nécessitant une analyse intersectionnelle et une réponse intersectorielle.

Une telle reconnaissance permettrait de mieux adapter les réponses publiques aux réalités vécues par les femmes, plutôt que de les orienter vers des services qui ne répondent qu'à un seul élément en lien avec leurs besoins (itinérance ou périnatalité).

Recommandation 2 : Développer des trajectoires de services intégrées pour les femmes enceintes ou endeuillées en situation d'itinérance

Développer des trajectoires de services intégrées pour les FSIRE enceintes ou faisant l'expérience d'un deuil périnatal signifie de créer des services d'intervention et d'accompagnement psychosocial qui permettent une coordination entre les services d'hébergement en itinérance ou en violence conjugale, les services médicaux (soit de suivi de grossesse, de santé sexuelle, d'obstétrique, par exemple), les services de santé mentale et de dépendance, ainsi que les services d'accompagnement psychosocial.

L'objectif est ainsi d'éviter que la femme ait à naviguer dans un répertoire de services fragmentés et qui travaillent en silo. Une trajectoire intégrée devrait permettre qu'une femme puisse être accompagnée par une équipe et des services qui communiquent entre eux.

Recommandation 3 : Financer des ressources d'hébergement adaptées à la périnatalité et sensibles au trauma

Offrir un financement dédié aux ressources ayant pour mission ou pour projet d'accompagner les femmes en situation d'itinérance enceintes, mères, ou ayant vécu une perte périnatale. Ce financement devrait permettre aux ressources existantes, notamment les ressources d'hébergement pour femmes en situation d'itinérance, d'adapter leurs pratiques afin d'inclure des volets d'intervention en périnatalité et en deuil périnatal.

Concrètement, cela pourrait inclure l'embauche d'une intervenante spécialisée en périnatalité ou en deuil périnatal au sein même des ressources d'hébergement. Une telle mesure favoriserait une meilleure accessibilité aux services, en évitant que les femmes aient à multiplier les démarches auprès de ressources externes. Elle permettrait aussi d'offrir une intervention plus sensible aux réalités de l'itinérance.

Recommandation 4 : Former les intervenantes et professionnels à l'intersection entre itinérance, périnatalité, deuil, trauma et stigmatisation

Développer et financer des formations portant sur l'intersection entre itinérance, périnatalité, deuil, trauma et stigmatisation. Ces formations devraient s'adresser aux intervenantes et professionnels des milieux communautaires, de l'hébergement, de la santé mentale, de la dépendance, de la périnatalité, de la protection de la jeunesse et des services sociaux. Elles devraient viser le développement d'une posture sensible au trauma, au deuil, aux violences vécues et aux rapports de pouvoir.

Ces formations gagneraient à être construites à partir de situations cliniques concrètes, issues des réalités du terrain et des savoirs expérientiels des femmes concernées et des intervenantes. À cet égard, le projet de thèse d'Alexandra Daicu, actuellement en cours, vise précisément à développer une formation d'une journée basée sur trois simulations cliniques en travail social portant sur le deuil périnatal vécu par des femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Ce type de dispositif permettrait aux milieux de mieux reconnaître les situations complexes, de réfléchir aux effets du jugement et de la stigmatisation, et de soutenir des pratiques d'accompagnement plus sensibles, nuancées et adaptées.

Recommandation 5 : Renforcer la concertation intersectorielle autour des trajectoires périnatales des FSIRE

Mettre en place des espaces formels et durables de collaboration entre les organismes communautaires, les municipalités, les milieux hospitaliers et CLSC, les services en santé mentale et en dépendance, tout comme les milieux de vie ou hébergements pour personnes en situation d'itinérance.

Ces espaces de concertation pourraient permettre d'identifier dans un même quartier ou une même région les impasses vécues sur le terrain, tout comme les possibilités de collaboration et de mise en commun de projets de développement. L'objectif serait donc de mener à des ententes et collaborations concrètes entre les organismes afin de s'assurer que la communication et les ponts entre les différents services soient facilités pour les FSIRE.

Ces espaces pourraient regrouper des organismes qui ont comme mission d'accompagner différentes facettes de cette réalité, et qui pourraient développer des partenariats de services; une ressource d'hébergement en collaboration avec un centre de ressources périnatales (CRP) pourrait accueillir une intervenante spécialisée en périnatalité pour offrir un atelier sur l'allaitement ou des rencontres individuelles avec les résidentes ayant vécu un deuil périnatal.

Recommandation 6 : Développer des indicateurs qui rendent visibles les FSIRE et leurs réalités périnatales

Développer des indicateurs qui permettent de mieux documenter les réalités périnatales telles qu'elles sont vécues par les FSIRE. Cela permettrait de rendre davantage visibles les expériences qui sont actuellement invisibilisées tant dans les écrits scientifiques que gouvernementaux. L'objectif ici serait de mieux documenter cette réalité afin d'identifier des besoins et d'adapter les services en fonction de ceux-ci.

Ces indicateurs peuvent inclure, par exemple, le nombre de FSIRE enceintes accompagnées dans des ressources soit de périnatalité ou en lien avec l'itinérance, l'accès à un hébergement sécuritaire durant la période périnatale, l'accès à des services périnataux (obstétriques, suivis de grossesse, etc.) durant la période de précarité résidentielle, l'accompagnement après un retrait d'enfant, ou encore la continuité du soutien psychosocial en période postnatale ou post-perte.

Recommandation 7 : Intégrer les savoirs expérientiels des femmes concernées et les savoirs des intervenantes communautaires

Intégrer systématiquement les savoirs expérientiels des femmes concernées dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des prochaines orientations en itinérance, santé mentale et dépendance. Tout particulièrement dans un contexte où très peu d'écrits scientifiques adressent le sujet, les femmes concernées ainsi que les personnes intervenantes qui les accompagnent sont porteuses de savoirs expérientiels qui s'avèrent essentiels pour comprendre à la fois les besoins et les angles morts des politiques et services offerts actuellement.

Les formations suggérées en Recommandation 4 devraient également être construites à partir de situations concrètes vécues sur le terrain, de savoirs expérientiels de femmes concernées et de savoirs pratiques issus des milieux communautaires.

Recommandation 8 : Intégrer sans uniformiser les réponses

L'intégration doit favoriser la continuité et la cohérence, mais sans effacer les besoins spécifiques liés au genre, à la périnatalité, au deuil, au trauma, à la consommation ou aux réalités LGBTQ+, autochtones, immigrantes ou racisées.

Veiller à ce que l'intégration des services en itinérance, dépendance et santé mentale ne mène pas à une uniformisation des réponses offertes aux FSIRE, mais permette plutôt une continuité et une cohérence entre les services offerts, tout en reconnaissant la diversité et l'unicité de chacune des trajectoires vécues.

Les réponses et services proposés aux femmes doivent demeurer sensibles à leur réalité, et évaluées selon une lunette intersectionnelle (prenant en compte divers mécanismes d'oppression qui peuvent être vécus par la personne, dont les enjeux liés au racisme, au sexisme ou à l'homophobie, pour n'en nommer que quelques-uns). Les FSIRE n'ont pas toutes une expérience de la grossesse, de la maternité ou du deuil périnatal identiques ; leurs expériences sont hétérogènes et leurs besoins spécifiques peuvent varier en fonction de leurs expériences passées avec les institutions, leurs proches, les intervenants et l'accès au soutien qui leur a été offert dans le passé.

Une intégration des services doit donc permettre une certaine flexibilité afin d'adapter les réponses et non afin de les standardiser. Cela inclut donc la définition de catégories administratives et de critères d'inclusions aux services souples afin d'accompagner chaque femme dans toute la complexité de son vécu.

Conclusion

Les prochaines orientations gouvernementales en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance représentent une occasion importante de mieux reconnaître la complexité des trajectoires vécues par les femmes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. À travers ces réflexions, nous avons souhaité mettre en lumière un angle mort persistant des politiques publiques : les trajectoires périnatales vécues en contexte de précarité résidentielle.

La grossesse, la maternité, les interruptions de grossesse, les pertes périnatales, le deuil périnatal, les retraits ou placements d'enfants, ainsi que les rapports à la protection de la jeunesse ne sont pas des réalités périphériques. Elles traversent les parcours de nombreuses femmes et s'entrecroisent avec des enjeux de santé mentale, de dépendance, de violence, de logement, de stigmatisation et d'accès aux soins. Les penser séparément contribue à fragmenter les services, à invisibiliser certaines souffrances et à faire porter aux femmes elles-mêmes le poids de la coordination entre les ressources.

Une vision réellement intégrée de ces trois réalités doit être à même de reconnaître les expériences vécues par ces femmes, ce qui implique de les nommer explicitement dans les orientations gouvernementales, de développer des ressources adaptées, de financer des pratiques sensibles au trauma et au deuil, de former les personnes intervenantes, ainsi que d'intégrer les savoirs expérientiels des FSIRE ainsi que des personnes intervenantes qui les accompagnent aux mécanismes de prise de décision.

C'est aussi affirmer que leurs expériences ne relèvent pas de l'exception, mais d'un enjeu qui mérite une place explicite dans les prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance.

Bibliographie

- Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.-N., Noël, V. (2005). Judicialisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal. Rapport de recherche pour le Secrétariat National des Sans-abri. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/attachments-fr/3eti2wov.pdf>
- Daicu, A. (2024, 31 octobre). Le deuil périnatal [Conférence]. Université du Québec à Montréal.
- Daigneault, M. (2025). « *Tout d'un coup j'existais* » : *grossesse et itinérance, trajectoires de vie et réalités quotidiennes* [Université de Montréal]. <https://doi.org/10.71781/7420>
- Doka, Kenneth J., ed. 1989. *Disenfranchised Grief: Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington Books.
- Duchaine, G., & Tremblay, M. (2026, 24 janvier). *Plus de 41 000 demandes d'hébergement refusées*. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/femmes-sans-abri/des-proies-dans-la-rue/2026-01-24/plus-de-41-000-demandes-d-hebergement-refusees.php>
- Fournier, V., Simard, M.-C., Fontaine, A. et Jobin, G. (2022). *Être mère en contexte d'itinérance*. Presses de l'Université du Québec.
- Gélineau, L., Brisseau, N., Loudahi, M., Bourgeois, F., Potin, R. et Zoundi, L. (2008). La spirale de l'itinérance au féminin : Pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec [Rapport de recherche qualitative]. Regroupement de l'Aide aux Itinérants et Itinérantes de Québec et Regroupement des Groupes de Femmes de la région 03.
- Institut national de santé publique du Québec. (2026). *Ressources en périnatalité - Santé en contexte migratoire*.
- Kennedy, S., Grewal, M. M., Roberts, E. M., Steinauer, J. et Dehlendorf, C. (2014). A Qualitative Study of Pregnancy Intention and the Use of Contraception among Homeless Women with Children. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(2), 757-770.
- Kersting, A. et Wagner, B. (2012). Complicated Grief After Perinatal Loss. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 187-194.
- Marinelli-Côté, J. (2025). *L'expérience urbaine des femmes en situation d'itinérance à Montréal : des pratiques socio-territoriales contraintes* [Université du Québec à Montréal].
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). *L'itinérance au Québec – Deuxième portrait*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2021). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance*. Gouvernement du Québec.

Munro, S., Benipal, S., Williams, A., Wahl, K., Trenaman, L. et Begun, S. (2021). Access experiences and attitudes toward abortion among youth experiencing homelessness in the United States: A systematic review. *PLOS ONE*, 16(7), e0252434.

Rivard, J. et Greissler, E. (2025). *Penser l'itinérance au féminin*. Presses de l'Université du Québec

Smid, M., Bourgois, P. et Auerswald, C. L. (2010). The Challenge of Pregnancy among Homeless Youth: Reclaiming a Lost Opportunity. *J Health Care Poor Underserve*, 21(2), 140-156.

Verdon, C. (2020). Les réactions de deuil des parents lors d'une perte périnatale. *Frontières*, 16(2), 38-42.

Wright, T. E., Schuetter, R., Fombonne, E., Stephenson, J. et Haning, W. F. (2012). Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduction Journal*, 9, 5.