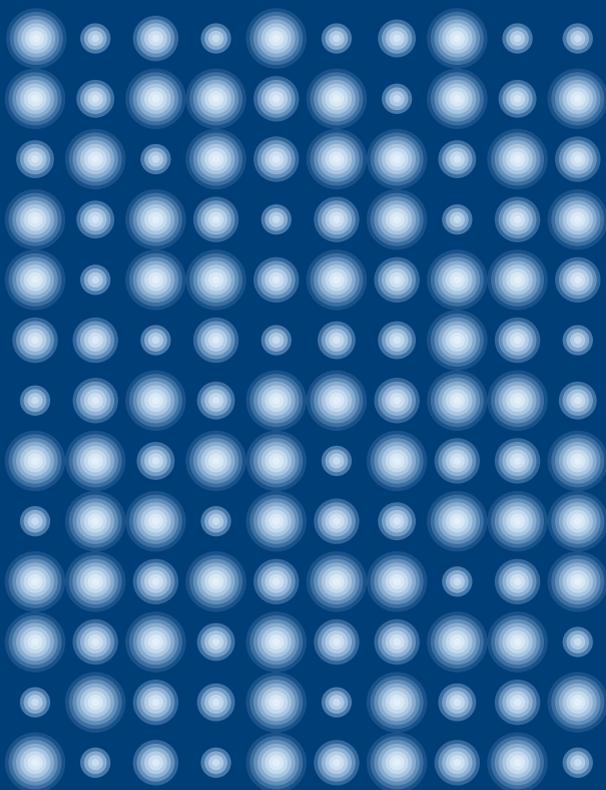


**PERCEPTION DE L'IMPACT DES HABITATS
INSTABLES, INDIGNES, INFORMELS
ET INSALUBRES SUR LA SANTÉ
DES FEMMES ENCEINTES
ET EN POST-PARTUM**



RAPPORT SCIENTIFIQUE



**PERCEPTION DE L'IMPACT
DES HABITATS INSTABLES, INDIGNES,
INFORMELS ET INSALUBRES
SUR LA SANTÉ DES FEMMES ENCEINTES
ET EN POST-PARTUM**

RAPPORT SCIENTIFIQUE

REMERCIEMENTS

En premier lieu, nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à ce projet de recherche et de partager leurs points de vue et leurs expériences avec nous.

Merci à la délégation des Pays de la Loire de Médecins du Monde : Katell Olivier pour l'appui et l'accompagnement dans toutes les phases de la recherche ; Claire Dubois pour l'aide à la conceptualisation de l'étude et à l'écriture du protocole de recherche.

Merci à l'équipe de Santé Publique Interventionnelle (SPIn) du CHU de Nantes : Maxime Lebeau pour l'encadrement dans le domaine de la réglementation des pratiques de recherche.

Merci aux équipes de la Direction Santé-Plaidoyer et de la Direction des Opérations France de Médecins du Monde : Dr. Houda Merimi, Marie Laluque, Camille Gutton, et Olga Bautista pour l'accompagnement dans les phases de conception et de partage des résultats de l'étude.

Merci également aux professionnels du CHU de Nantes : Dr. Maud Poirier, Marianne Nouhaud et Agathe Pinson pour avoir facilité l'identification et la prise de contact avec la population étudiée.

Merci aux associations qui nous ont accompagné sur le terrain dans les phases de recrutement.

Auteur du rapport: Dr Giulio Borghi, Interne en médecine spécialisée en santé publique au CHU de Nantes.

Comité de rédaction: Juan-Diego Poveda, Pôle de recherche et apprentissages, Direction santé plaidoyer de Médecins du Monde ; Pascal Caillet, Assistant spécialiste au Service d'épidémiologie et d'évaluation médicale, Unité SPIn, du CHU de Nantes ; Sylvaine Devriendt, Coordinatrice de programme à la délégation Pays-de-la-Loire de Médecins du Monde.

Conception et réalisation graphique:
Christophe Le Drean

Illustrations: Mathieu Letellier

Date de publication: mars 2022

SOMMAIRE

4 Abréviations et acronymes

5 INTRODUCTION

- 6 Présentation de la recherche
- 6 Justification et contexte de l'étude
- 9 Objectifs de l'étude

11 MATÉRIELS ET MÉTHODES

- 12 Population étudiée
- 13 Collecte et analyse des données

15 RÉSULTATS

- 17 Profil socio-démographique de l'échantillon étudié
- 17 Analyse thématique des entretiens semi-dirigés
 - 17 Exploration des représentations autour de la santé
 - 19 Impact perçu des lieux de vie 4i sur la santé
 - 26 Facteurs perçus comme réduisant l'effet négatif des habitats 4i sur la santé des femmes et sur la grossesse
 - 27 Suivi de grossesse
 - 29 Rôle de l'entourage
 - 31 Priorités des personnes interviewées

33 DISCUSSION

- 34 Mise en perspective des résultats de l'étude avec la littérature
- 39 Limites de l'étude
- 39 Perspectives en termes de santé publique

47 CONCLUSIONS

51 BIBLIOGRAPHIE

57 ANNEXES

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

4i	Instables, indignes, insalubres, informels	ENFAMS	[Enquête] Enfants et familles sans logement
APTM	Association pour l'accueil social et administratif des migrants et de leurs familles	ETHOS	European typology of homelessness and housing exclusion
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	FEANTSA	Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri
CAES	Centre d'accueil et d'examen des situations administratives	GNEDS	Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé
CAFDA	Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile	HAS	Haute autorité de santé
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
CHU	Centre hospitalier universitaire	IPP	Identifiant permanent du patient
CHU	Centre d'hébergement d'urgence	MdM	Médecins du Monde
CMU	Couverture maladie universelle	OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés	OMF	Ordre de Malte France
CNNSE	Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant	ORS	Observatoire régional de la santé
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement	PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
DOF	Direction des Opérations France (Médecins du Monde)	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
DSP	Direction Santé et Plaidoyer (Médecins du Monde)	SIAO44	Service intégré d'accueil et d'orientation 44
DSSR	Droits et santé sexuels et reproductifs	SIG	Suivi intensif de la grossesse
ELPP	Équipe de liaison psychiatrie précarité	SPIIn	Santé publique interventionnelle
		UGO	Urgences gynécologiques-obstétriques
		UGOMPS	Unité gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale

INTRODUCTION

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

La présente recherche a été conçue par Médecins du Monde France (délégation des Pays de la Loire, Direction Santé et Plaidoyer, Direction des Opérations France) en collaboration avec le CHU de Nantes et plus précisément avec l'Unité Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS), l'unité de Santé Publique Interventionnelle (SPIn) et le Service de suites de couches de la maternité. Cette recherche vise à étudier les représentations sur la santé, ainsi que la description de la perception de l'impact de l'environnement sur la santé, des femmes enceintes ou ayant récemment accouché vivant en habitats instables, informels, indignes et/ou insalubres (habitats 4i). De nombreuses études explorent l'impact des lieux de vie 4i sur la santé, toutefois en ciblant des pathologies en particulier, des dimensions restreintes de la santé, ou des habitats 4i spécifiques. En revanche, cette étude a pris en compte plusieurs déterminants de la santé reliés aux lieux de vie 4i, ainsi que la perception de leur impact sur l'ensemble des dimensions de la santé (physique, mentale, et sociale), afin de pouvoir étudier ce phénomène dans sa globalité et dans sa complexité. Cette démarche participative est fondamentale pour pouvoir proposer des solutions qui soient capables de respecter les attentes, les priorités, et les besoins des personnes directement concernées.

JUSTIFICATION ET CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Précisions terminologiques: l'habitat 4i

Le sans-abrisme est un phénomène complexe qui peut prendre différentes formes. Selon l'Union européenne, « être sans-abri ne consiste pas uniquement à devoir dormir dans la rue. Cette définition considère comme sans-abri aussi les personnes contraintes de vivre dans des logements temporaires, insalubres ou de piètre qualité »⁽¹⁾.

Dans l'objectif de créer un cadre pour définir de façon globale ce terme, quatre situations principales de lieux de vie ont été identifiées par l'équipe nantaise de Médecins du Monde : « **instables, informels, indignes et insalubres** », situations résumées sous le terme « **4i** ». Le terme « instable » désigne un lieu de vie temporaire, occupé sur un très court terme, dont la nature transitoire peut contribuer à la complexification du parcours de soins. Le concept d'informalité est accompagné par une menace d'expulsion à cause d'une occupation sans droit ni titre. La loi n° 90-449 du 31 mai 1990 regroupe sous la catégorie d'habitat indigne et insalubre « [...] *les locaux ou les installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes, pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé* »⁽²⁾.

Cette définition regroupe l'ensemble des situations de vie listées, par la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA), dans la version « light » de la typologie de l'exclusion liée au logement (ETHOS light)⁽³⁾.

La progression du sans-abrisme en France

Malgré les difficultés rencontrées dans le dénombrement des personnes sans-abri sur le territoire national, plusieurs institutions et associations ont dénoncé **une progression importante du sans-abrisme au cours des dernières années**. Les estimations faites par la Fondation Abbé Pierre comptabilisent **4 millions de personnes mal logées en France**, dont 143 000 sont sans domicile, 896 000 sans logement personnel et 2 819 000 vivant dans des conditions de logement très difficiles⁽⁴⁾. La dernière enquête menée par l'INSEE sur le sujet, a estimé une progression du nombre de personnes sans domicile de près de 50 %, entre 2001 et 2012. Parmi les 103 000 individus adultes fréquentant les services d'hébergement

ou de distribution de repas qui ont été interrogés au cours de l'enquête, 80 % étaient sans domicile fixe, 11 % étaient locataires ou propriétaires de leur propre logement et 9 % étaient dans une autre situation sans logement personnel (hébergés par un tiers, squat, etc.). Les femmes représentaient 40 % des personnes interrogées⁽⁵⁾. En 2013, l'Observatoire du Samu social de Paris a estimé que 10 280 familles et 35 000 personnes en famille se trouvaient sans-logement en Île-de-France. Cependant, ces chiffres n'incluaient pas les familles vivant dans des bidonvilles et dans des logements transitoires⁽⁶⁾.

Un point de la situation concernant les bidonvilles sur le territoire français a été fait en 2018 dans la dixième édition de l'état des lieux national des campements illicites et bidonvilles publié par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). Au total, 14 825 personnes ont été recensées dans 571 campements illicites et bidonvilles en France métropolitaine. À l'échelle départementale, les 5 départements les plus concernés étaient la Seine-Saint-Denis avec 13 % de la population recensée; la Loire-Atlantique avec environ 12 %; les Bouches-du-Rhône avec environ 10 %; le Val-de-Marne avec environ 8 % et le Nord avec environ 7 %. Ces 5 territoires regroupaient 50 % des personnes recensées⁽⁷⁾.

La problématique des femmes enceintes ou ayant récemment accouché sans solution d'hébergement dans l'agglomération nantaise

Depuis 2019, de nombreux acteurs ont déploré **une forte augmentation du nombre de femmes enceintes, ou ayant récemment accouché, à la rue sur le territoire nantais**. Fin 2019, l'accueil de jour des femmes des Restos du cœur témoigne avoir accueilli 5 à 10 femmes enceintes simultanément, certaines avec des termes avancés, sans solution d'hébergement. Dans la même année, cette structure a accueilli en moyenne 58 femmes par jour, contre 50 en 2018, et a repéré 25 femmes enceintes. Lors d'une enquête menée

par l'association auprès de 81 femmes accueillies en 2019, 70 % déclaraient vivre en habitat 4i, 37 % n'avaient pas de couverture médicale et 65 % n'avaient aucune ressource financière ⁽⁸⁾.

En 2019, les professionnels de santé de l'UGOMPS ont rapporté avoir reçu en consultation de nombreuses femmes sans solution d'hébergement en cours de grossesse. Dans la même période, cette problématique a été rencontrée aussi par les professionnels du Service de suites de couches de la maternité du CHU (par rapport aux femmes ayant récemment accouché), ainsi que par l'unité de suivi intensif de la grossesse (SIG) et par les urgences gynécologiques-obstétriques (UGO). Pour faire face à cette problématique, les pédiatres du CHU de Nantes ont pris la décision de garder en hospitalisation les femmes et leurs nouveau-nés au moins jusqu'aux 28 jours de l'enfant, sauf dans le cas où une possibilité d'hébergement stable (jour et nuit) leur était proposée. Ce choix est venu du constat qu'un abri, qui ne soit pas continu sur une période de 24h, ne peut pas correspondre à un lieu de vie favorable pour la santé d'un nouveau-né.

Au cours de la même année, **la maternité du CHU de Nantes a dû hospitaliser 134 femmes qui venaient d'accoucher et qui étaient sans solution d'hébergement, pour un total de 1 725 jours d'hospitalisation par faute d'hébergement, soit 4,7 lits constamment occupés au cours de l'année pour des raisons autres que médicales ⁽⁹⁾**. Cet engagement a eu pour conséquence une explosion des transferts des patientes vers d'autres maternités pour incapacité d'accueil, ainsi que des difficultés logistiques importantes au sein de l'unité.

La saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence

La saturation des structures d'hébergement d'urgence est le résultat de plusieurs facteurs, dont l'augmentation du nombre des individus en situation de sans-abrisme, le manque de fluidité du passage vers l'hébergement d'insertion et le

logement adapté, et la concomitante saturation des dispositifs d'hébergement dédiés aux demandeurs d'asile ⁽¹⁰⁾.

Le Service intégré d'accueil et d'orientation 44 (SIAO 44) a décrit **une augmentation de 27 % entre 2016 et 2018 des demandes d'hébergement d'urgence en Loire-Atlantique** (4 202 personnes en 2016, 4 936 en 2017 et 5 344 en 2018) ⁽¹¹⁾. Presque un tiers (29 %) de ces demandes ont été faites par des femmes seules ou avec enfants. La majorité des personnes en demande d'hébergement d'urgence ont entre 25 et 34 ans (35 %) et la catégorie d'âge suivante est celle des moins de 25 ans (24 %). Des indicateurs non-exhaustifs (probable sous-estimation) issues de la base de données du SIAO44, concernant les années 2018 et 2019, montrent la portée et la répercussion de la saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence sur l'accès au logement pour les femmes enceintes en situation de sans-abrisme. En 2018, 187 femmes ont sollicité en tout 1 154 fois le 115, recevant une réponse négative dans 81,3 % des cas malgré le fait que, au moment de la demande, 78 % des femmes était à la rue et 46,2 % y avait dormi la veille. Les chiffres de 2019 sont similaires : le 115 ayant reçu 1 760 sollicitations de la part de 160 femmes avec un taux de refus de 80,8 %, malgré le fait que 79,1 % de femmes étaient à la rue au moment de la demande et que 36,9 % d'entre elles y avaient dormi la veille.

Évolution de la situation au cours de la pandémie de COVID-19

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a imposé le développement de solutions d'hébergement et de logement pour les personnes se trouvant en situation de sans-abrisme. Les confinements nationaux annoncés en mars et en octobre 2020 ont été suivis par une mise à l'abri presque systématique des femmes enceintes ou ayant récemment accouché, qui sera assurée jusqu'au printemps 2022. Parallèlement, plusieurs lieux de vie informels, principalement des squats, ont été évacués et leurs occupant-e-s

relogé·e·s au cours de ces périodes. Ces événements font partie intégrante de l'action de renforcement d'accès au logement adopté par l'État français dans le contexte pandémique et dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté⁽¹²⁾. Cette situation a eu un impact sur la durée de l'hospitalisation par faute d'hébergement au sein du Service de suite de couches du CHU de Nantes. Effectivement, par rapport à 2019, à la maternité du CHU de Nantes il y a eu une augmentation de 15,6 % du nombre de patientes se trouvant sans solution d'hébergement au moment de l'accouchement (155 femmes en total) et une réduction de 62 % de la durée des hospitalisations par faute d'hébergement (646 jours, soit 1,8 lits constamment occupés au cours de l'année pour des raisons non médicales)⁽⁹⁾.

Cependant, plusieurs questions et points de vigilance ont émergé par rapport à cette situation, notamment autour du **risque d'expulsion des personnes au printemps 2022** et de l'inadaptation de certaines solutions d'hébergement proposées.

Conséquences du sans-abrisme sur la santé maternelle et périnatale

Les conditions sociales, telles que la stabilité du logement au moment de la grossesse et de la période post-partum, ont un impact majeur sur la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes enceintes en situation de sans-abrisme ont souvent un suivi de grossesse tardif et irrégulier, et reçoivent moins souvent des dépistages en matière de santé reproductive^(13, 14). Elles ont également une probabilité plus élevée de faire face à des complications pendant la grossesse ou en suite de couches^(15, 16). De nombreuses études ont démontré une corrélation significative entre les différentes dimensions du sans-abrisme et la mortalité infantile, l'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin et le faible poids de naissance^(15,17-20). Par rapport à la population générale, après la naissance, les nouveau-nés des femmes en situation de sans-abrisme sont

hospitalisés plus longtemps, ils ont plus fréquemment besoin de soins intensifs et ils reçoivent moins d'allaitement maternel⁽²¹⁾.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude était de comprendre comment la santé des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours et vivant en habitat 4i dans l'agglomération nantaise, se voit impactée, selon elles, par leur environnement physique, social, et sanitaire.

Les objectifs spécifiques de cette étude étaient les suivants :

- décrire la perception de ces femmes des facteurs/déterminants qu'elles auraient identifiés comme ayant un impact sur leur santé au cours de la grossesse et de la période post-accouchement,
- décrire le vécu du suivi de grossesse de ces femmes,
- préciser le rôle de l'entourage familial/amical au cours de la grossesse et de la période post-accouchement,
- mettre en évidence les stratégies d'adaptation adoptées par la population étudiée au cours de la grossesse et de la période post-accouchement,
- enrichir et mettre en perspective les informations données par ces femmes avec le point de vue des personnes faisant partie de l'entourage familial/amical des femmes.

La finalité de la présente recherche était de comprendre le point de vue, les besoins et les priorités de la population étudiée afin de les intégrer dans l'élaboration de propositions destinées à réduire l'impact des lieux de vie 4i sur la santé des femmes enceintes ou ayant récemment accouché.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Pour atteindre les objectifs présentés, une méthodologie de collecte et d'analyse de données qualitatives a été mise en place. Au-delà de la simple identification et quantification de facteurs qui impactent la santé des femmes ciblées par l'étude, ce choix méthodologique se justifie dans l'intérêt d'avoir une compréhension plus fine de leur développement et interconnexion. Les analyses résultant du traitement de l'information ont été ensuite mises en perspective avec les données disponibles dans la littérature.

POPULATION ÉTUDIÉE

La population choisie pour cette étude inclut les femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours, vivant en habitat 4i (insalubre, indigne, instable, informel) sur l'agglomération nantaise au moment du recrutement, ainsi que les personnes faisant partie de leur entourage familial et/ou amical. Au moment du recrutement, le consentement attesté par un-e tuteur-riche ou par un-e professionnel-le responsable de la prise en charge était demandé pour inclure les mineur-e-s.

L'inclusion du couple et/ou de l'entourage familial/amical de ces femmes, a été mise en place afin de :

1. Favoriser une vision globale sur les différents facteurs/déterminants ayant un impact sur la santé de la population étudiée pendant la grossesse et la période post-accouchement,
2. Renforcer la solidité scientifique des résultats par le croisement des données collectées pendant les entretiens semi-directifs.

Les 42 jours (soit 6 semaines) font référence à la période post-partum qui se divise en trois parties : post-partum immédiat (premières 24 heures du nouveau-né), post-partum précoce (2^e-7^e jour après la naissance), post-partum tardif (8^e-42^e jour après la naissance). Ce choix temporel a été fait se basant sur le constat que cette période représente un moment très délicat pour la mère et pour le nouveau-né. En effet, la majorité des complications graves et la plupart

des décès maternels surviennent au cours de ces 42 jours ^(22, 23).

Le choix des lieux sur lesquels effectuer le recrutement a été réalisé à partir d'une cartographie des lieux de vie 4i disponible au sein de la délégation Pays de la Loire de MdM, ainsi que par le biais des professionnels de santé de la maternité du CHU de Nantes et de plusieurs associations intervenant dans les habitats 4i dans l'agglomération nantaise.

La variété de l'échantillon inclus dans la recherche et la **réduction des biais de sélection** ont été assurées par les facteurs suivants :

- la mobilisation d'un interprète permettant d'inclure les personnes allophones et facilitant les échanges,
- les déplacements sur les lieux de vie facilitant le recrutement des personnes ayant un accès limité aux transports et au réseau de support présent en ville (hôpital, associations, etc.),
- la présentation de la recherche et l'introduction du chercheur par des associations et des professionnels connaissant déjà les personnes concernées, favorisant l'instauration d'un lien de confiance.

Le recrutement des nouveaux individus a été interrompu au moment où l'équipe de recherche a constaté une saturation des données collectées. La redondance de l'ensemble des sous-thèmes identifiés dans les corpus des entretiens a été le critère utilisé pour définir la saturation des données.

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Recueil des données : entretien individuel

Le recueil des données a été effectué à partir d'un entretien individuel structuré en 2 parties : un entretien semi-directif et un questionnaire socio-démographique.

Le questionnaire socio-démographique a été construit à partir des indicateurs de précarité en périnatalité proposés par la CNNSE en 2014 ⁽²⁴⁾.

La trame des entretiens semi-directifs a été élaborée avec l'objectif de favoriser la liberté d'expression des femmes autour des thématiques pré-identifiées par l'équipe de recherche et présentées dans les objectifs de l'étude (représentations sur la santé, perception de l'impact des lieux de vie 4i sur la santé, suivi de grossesse, rôle du couple et/ou de l'entourage familial/amical, etc.).

La grille d'entretien des femmes a servi de base pour établir la trame de l'entretien semi-directif pour l'entourage familial/amical afin de garder une possibilité de croisement et mise en perspective des discours. Les questions ont été reformulées pour les adapter à cette population, en gardant un centrage sur les mêmes thématiques.

Les entretiens individuels ont été menés principalement dans les lieux de vie des femmes, ou dans le service de suite de couches de la maternité du CHU de Nantes, pour réduire les risques de biais de sélection liés à l'éloignement géographique et aux difficultés de déplacement.

Pour les personnes ayant une compréhension limitée ou très limitée de la langue française, un-e interprète professionnel-le a été mobilisé-e pour transmettre les éléments relatifs à l'information et à la libre participation d'une part, et permettre le recueil des données d'autre part.

Analyse des données

Le profil socio-démographique de la population étudiée a été présenté par des statistiques descriptives (fréquence et effectif par modalité pour les variables catégorielles et médiane et écart interquartile pour les variables quantitatives).

Les principaux thèmes et sous-thèmes, décrivant les représentations des participant-e-s à l'étude, ont été identifiés par une analyse

thématique du corpus des entretiens. La fréquence d'apparition des thèmes et leur co-occurrence ont été également prises en considération au cours des analyses afin de permettre leur organisation et d'explorer la présence de liens éventuels.

La validité des résultats issus de ce travail de recherche est renforcée par une triangulation des sources (collecte des données auprès de sources différentes) et par une triangulation des chercheurs. Finalement, les résultats de la recherche ont été également validés par plusieurs participant.e.s à l'étude, ainsi que par des autres personnes vivant en habitat 4i, au cours de deux réunions de restitutions organisées dans le premier trimestre de 2022.

Éthique

L'engagement dans cette recherche suit et respecte les principes et valeurs énoncés par la Charte éthique de la recherche de Médecins du Monde. En complément, le protocole a été validé par le comité d'éthique local : le Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé (GNEDS).

RÉSULTATS

	Femmes enceintes (n = 10)	Femmes en post-partum (n = 10)	Personnes de l'entourage des femmes (n = 6)
Entourage			
Oui	5 (50%)	8 (80%)	–
Non	5 (50%)	2 (20%)	–
Situation conjugale			
Célibataire	4 (40%)	5 (50%)	0 (0%)
Marié-e ou en couple	6 (60%)	5 (50%)	6 (100%)
Niveau de français			
Ne parle pas français	2 (20%)	1 (10%)	0 (0%)
Comprend le français, mais difficultés à le parler	3 (30%)	2 (20%)	1 (17%)
Parle français, ne sait ni lire ni écrire	4 (40%)	2 (20%)	2 (33%)
Parle français, sait lire et écrire	1 (10%)	5 (50%)	3 (50%)
Moyen de transport			
Aucun moyen de transport propre ou en commun	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)
Accès au transport avec difficultés	3 (30%)	1 (10%)	2 (33%)
Accès au transport sans difficultés	6 (60%)	9 (90%)	4 (67%)
Couverture médicale			
Aucune couverture médicale	7 (70%)	3 (30%)	3 (50%)
Couverture médicale sans complémentaire	1 (10%)	1 (10%)	1 (17%)
Couverture médicale avec complémentaire	2 (20%)	6 (60%)	2 (33%)
Suivi de grossesse			
Oui	8 (80%)	10 (100%)	–
Non	2 (20%)	0 (0%)	–
Statut du/de la répondant-e			
Couple	–	–	4 (67%)
Cousine	–	–	1 (17%)
Belle-sœur	–	–	1 (17%)

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée, variables catégorielles.

	Femmes enceintes (n = 10) Médiane (écart interquartile)	Femmes en post-partum (n = 10) Médiane (écart interquartile)	Personnes de l'entourage des femmes (n = 6) Médiane (écart interquartile)
Âge (ans)	21,0 (3,3)	26,0 (5,0)	31,5 (15,3)
Mois de grossesse (mois)	7,0 (3,0)	–	–
Jour post-partum (jours)	–	28,0 (12,8)	–
Mois première consultation de suivi de grossesse (mois)	3,5 (1,3)	3,0 (2,5)	–

Tableau 2 Description des femmes ayant participé à l'étude, variables catégorielles.

PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON ÉTUDIÉ

Dans le cadre de cette étude, 26 personnes ont été interviewées entre le 07/01/2021 et le 13/03/2021: 10 femmes enceintes, 10 femmes ayant récemment accouché et 6 personnes faisant partie de leur entourage familial. Les entretiens ont été menés dans les lieux de vie des participant-e-s à l'étude (65,4 %; n=17), dans la maternité du CHU (19,2 %; n=5), et dans les bureaux de Médecins du Monde (15,4 %; n=4).

Le recours à l'interprétariat professionnel a été privilégié dans 17 entretiens (65,4 %): 8 ont été menés en langue soussou, 7 en roumain, 1 en peul, et 1 en portugais. Un entretien a été mené et retranscrit par l'enquêteur directement en anglais.

Le jour de l'entretien 8 personnes vivaient en hôtel 115, 7 en bidonville, 2 en foyer, 2 dans un appartement mis à disposition par une association, et 2 chez un tiers. Parmi les 10 femmes en période post-partum, 5 étaient hospitalisées au sein du service de suite de couches de la maternité du CHU de Nantes.

Les femmes interviewées ont changé en moyenne 2,2 fois de lieu de vie au cours de la grossesse, certains se retrouvant à la rue une ou plusieurs fois. Les typologies de lieu de vie dans lesquels ces femmes avaient vécu au cours de la grossesse sont (par ordre d'importance et sans prendre en considération les lieux de vie au moment de l'entretien): squat (n=7), hôtel 115 (n=5), chez un tiers (n=5), logement privé (n=3), rue (n=2), hébergement d'urgence (n=2), appartement association (n=2), bidonville (n=1).

Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont détaillées dans les deux tableaux de la page précédente.

ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

1. Exploration des représentations autour de la santé

Dans cette première partie, la description des représentations autour de la santé émergeant des entretiens a été privilégiée afin de permettre, dans un second temps, de définir les liens avec les lieux de vie 4i.

1.1. La santé comme absence de maladie

L'absence de maladies a été identifiée comme la principale condition pour être en bonne santé. Le concept de maladie était souvent rattaché aux notions de douleur, de pathologie chronique, de stress, et d'inquiétude.

« Être en santé c'est ne pas être malade, ne pas avoir des maladies et être en pleine force. » FA4
« C'est l'absence de maladie physique. » FA3
« [...] On est en bonne santé quand on pense moins et qu'on n'est pas stressé. » FA9 (verbatim traduit de l'anglais)

Une vision positive de la santé a été également évoquée au cours des entretiens. Le bien-être physique et mental a été repéré comme indicateur d'un bon état de santé. Néanmoins, dans le développement du discours, ces principes étaient toujours secondaires à l'absence de maladie.

« Après c'est ne pas avoir des douleurs, ne pas avoir des maladies et avoir un... être bien, être bien en soi » FE4
« Le bonheur peut te faire vivre en bonne santé. Donc, si tu es heureux tout le temps, tu es en bonne santé. » FA9 (verbatim traduit de l'anglais)

1.2. La réponse aux besoins essentiels pour se sentir en bonne santé : une alimentation saine, un logement adapté, l'indépendance et l'accès aux soins

Parmi les nécessités primaires pour se sentir en bonne santé, l'importance d'avoir une **alimentation saine** (dimension qualitative) et de **pouvoir se nourrir régulièrement** (dimension quantitative) a été mise en évidence par les participant·e·s à l'étude.

«Avoir une bonne alimentation, faire du sport et se protéger de quelques maladies. Mais plutôt une bonne alimentation. [...] Les aliments nous donnent des nutriments et de la force et si tu ne manges pas, tu... Tu peux tomber, tu peux te sentir mal à l'aise et avoir des troubles d'équilibre.» FE8

«L'alimentation aussi, ça fait partie. [...] Tu peux manger quelque chose qui n'est pas bien et tu tombes malade» E6

L'accès à un logement adapté a été systématiquement évoqué au cours des entretiens individuels. Les personnes interrogées ont décomposé ce besoin en expliquant ses caractéristiques principales : la propreté, la sécurité, et l'espace de vie.

La propreté et l'hygiène du lieu de vie étaient les conditions nécessaires pour prévenir les infections et maintenir un bon état de santé. Un environnement sain et propre a été identifié comme besoin pour se sentir en bonne santé, au même titre qu'un corps sain.

«Être en bonne santé d'abord c'est la propreté. Oui, être propre et avoir un environnement sain et comment on dit... environnement et un corps sain tout ça... C'est un peu ça quoi» FA1
«La propreté par exemple... Moi je me dis que si là où on est ce n'est pas propre, on ne peut pas être en bonne santé en fait... Parce que la saleté nous conduit toujours à des maladies et à des trucs comme-ça là» FA6

La possibilité de se sentir en sécurité et à l'aise dans son lieu de vie était également évoquée comme un besoin fondamental. L'absence de peur et la possibilité de sortir de chez soi en toute tranquillité étaient les facteurs associés au sentiment de sécurité.

«Pour moi c'est être dans un endroit où les gens se respectent, où tu n'as pas peur de sortir dehors, tu n'as pas peur de dire bonjour à tes voisins ou tout ça. Ça aussi c'est important pour moi. Si tu pars d'un endroit, de pouvoir dire bonjour quand tu croises les gens et de pouvoir sortir sans avoir peur [...]» FA8

Un lieu de vie suffisamment spacieux a été souvent évoqué par les participant·e·s à l'étude et mis en relation avec la possibilité de pouvoir cuisiner pour soi-même, être indépendant, et se sentir bien.

«Donc déjà de l'espace, pouvoir faire à manger, parce-que là je ne peux pas faire à manger, là on mange pratiquement sur le lit hein [...]» FA3
«Bon, pour moi je pense que peut être seul ou dans un endroit tu te sens bien, tu fais ce que tu veux, tu cuisines pour toi-même et tout ça [...]» FE9

Selon les personnes recrutées dans cette étude, **une situation administrative régulière et stable, le travail, et la sécurité financière** sont des facteurs nécessaires pour gagner son indépendance, se sentir bien, et être en bonne santé. Dans la majorité des cas, la situation administrative était au centre de ce processus d'émancipation permettant l'accès au monde du travail et, par la suite, à des ressources financières.

«[...] Moi personnellement, j'aime travailler pour me sentir bien dans ma peau. [...] Parce que ça me donne une sécurité que je suis indépendante et que je peux me débrouiller moi-même pour vivre [...]» FA8
«La situation administrative c'est... c'est tout en fait. Quand on n'a pas de situation

Santé mentale altérée



administrative, on ne peut pas travailler, on ne peut rien faire, en fait» E5

Finalement, le fait de pouvoir se soigner au besoin et d'avoir accès au système de soins sans restriction, a été également identifié comme des conditions préalables et nécessaires pour se sentir en bonne santé.

«Avoir accès à... Je ne sais pas comment dire ça... Avoir l'accès à la santé, c'est ça que je veux dire. Oui, parce que quand on a mal là, quand on est malade, avoir un endroit où se faire soigner.» FA1

Une connexion avec la possibilité de travailler et l'accès aux soins a été également évoquée par une personne interviewée. Le travail était perçu comme la condition préalable à l'obtention d'une carte vitale et à l'accès aux soins.

«Si tu n'as pas de travail, tu ne peux pas avoir la carte vitale, donc si tu n'as pas la carte vitale tu n'as pas accès aux soins, par exemple [...]» E4

2. Impact perçu des lieux de vie 4i sur la santé

L'ensemble des participant-e-s à la présente recherche a perçu un impact global négatif de leur lieu de vie sur la santé, atteignant l'ensemble de ses dimensions (physique, mentale, et sociale).

2.1. Santé mentale : inquiétude, stress, angoisse, et épuisement psychique

La méconnaissance de l'avenir, la dépendance à des tiers, les conditions de vie inadaptées, l'isolement social, et les difficultés d'accès aux soins sont les facteurs qui ont été perçus comme ayant un impact négatif sur la santé mentale des femmes. L'exposition à un ou plusieurs de ces facteurs engendraient une chronicisation de l'inquiétude, du stress, et de l'angoisse, empêchant les femmes de dormir, de se reposer, ou simplement de penser à autre chose en dehors de leur situation actuelle. La continuité temporelle de cette condition a été

identifiée comme cause de souffrance et d'épuisement psychique et de perte d'énergie.

L'impossibilité de se projeter dans un futur proche était la conséquence identifiée de **l'instabilité vécue par rapport au logement et aux démarches administratives** (dont la demande d'asile). Les femmes ayant participé à l'étude ont changé en moyenne 2,2 fois de logements (extrêmes 1-5) au cours de la grossesse, engendrant un stress psychologique très important perturbant leur sommeil.

« Vous voyez, nous sommes à l'hôtel... L'hôtel ce n'est pas un appart où on va rester, c'est l'hôtel... On ne sait pas, à tout moment ça peut basculer. Voilà, à tout moment on peut vous dire, bon, ça... «le contrat est fini, il faut que...» Mais après où tu vas avec cet enfant ? Donc c'est un peu ça, et ça aussi c'est le même souci. Parce que c'est comme si tu es là, mais tu n'as pas la tête tranquille, parce que tu ne sais pas à quel moment on peut te dire de quitter le lieu. Donc, du coup, c'est un peu stressant. C'est un peu ça... » FA2

L'attente pour avoir des réponses dans les démarches administratives et l'impossibilité d'être régularisé-e-s étaient souvent source de peur et d'inquiétude. De plus, l'impossibilité de stabilisation de la situation administrative était souvent rattachée aux difficultés de trouver un travail, engendrant de l'inquiétude et de l'insomnie.

« Le fait d'être en situation irrégulière, si on se fait contrôler bah on va avoir des ennuis avec les autorités, en fait... Donc mentalement c'est compliqué parce que on est à la rue, on marche mais on n'est pas tranquille... parce que s'il y a un contrôle on n'a pas les papiers... Là ici pour être vraiment tranquilles il faut avoir les papiers, il faut être en règle en fait. » E2
« La situation administrative c'est... c'est le tout en fait. Quand on n'a pas de situation administrative, on ne peut pas travailler, on ne peut rien faire, en fait. Ça m'empêche de dormir des fois, tellement que j'y pense dans la tête » E5

La dépendance vis-à-vis des autres était notamment le résultat de la **précarité financière** expérimentée par les personnes interviewées. Le fait de ne pas avoir un revenu pour payer un loyer obligeait certaines femmes à vivre chez un tiers (souvent des personnes de l'entourage familial ou amical), engendrant une situation de dépendance, d'inquiétude, de malaise, et de vulnérabilité.

« La santé pour moi, c'est avoir un toit, un revenu... parce que là où je suis, c'est la dame (belle-sœur) qui fait presque tout pour moi, et ça me met mal à l'aise. Donc, du coup, je ne suis pas bien... je suis dépendante de la dame pour tout » FA10

Les conditions de vie inadaptées étaient aussi parmi les principales sources de souffrance psychique. La promiscuité et l'inconfort ont été identifiés comme cause de souffrance psychique. Les chambres d'hôtel étaient souvent trop petites (environ 9m²) pour poser un berceau dans la chambre, ou simplement pour poser ses valises et ses affaires.

« Le toit pourquoi ? Parce que là, on dort à 3, 2 adultes plus moi et l'enfant... donc, il n'y a pas l'espace en fait... donc un toit, même si c'est une chambre... moi je sais que je suis à l'aise avec mon enfant, ça va... mais là ce n'est pas évident du tout, donc ça m'arrive des fois de n'être pas bien dans la tête par rapport à ça » FA10
« [...] C'est un peu ça, parce que quand on ne vit pas dans un endroit confortable et adéquat, ce n'est pas facile du tout, donc on est tout le temps stressé, on a des problèmes chaque fois, ce n'est pas évident » FA1

L'impossibilité de respecter une hygiène minimale et les difficultés par rapport à la saleté rendaient difficile la vie dans certains habitats 4i. Par ailleurs, les difficultés d'accès à l'eau et, par conséquence, le faible respect de l'hygiène ont été identifiés comme cause d'inquiétude par rapport au contexte pandémique. En effet, les personnes étaient préoccupées par le fait d'être infectées par le SARS-COV2 et de contaminer leurs proches et leur famille.

«[...] Et il y a aussi que ce n'est pas propre et d'un côté il y a des uns qui urinent et cette odeur ça ne donne pas envie de rester. Tout ça suffit. Les squats... On préférerait de dormir dehors» E1
 «Par exemple il y a la pandémie et en plus de la pandémie il faut se laver les mains et les microbes et tout ça quoi... il faut se prendre soin de soi, de se laver et de bien être propre. [...] Normal, ça m'inquiète pour moi et pour les enfants» E3

Les coupures d'électricité et l'absence de chauffage obligeant les personnes à chauffer leur lieu de vie et l'eau avec des poêles à bois étaient source de préoccupation et de peur par rapport à leur sécurité (risque d'incendie) et à la santé de leur bébé (exposition au froid).

«J'ai peur, parce que quand on a un petit bébé, il faut avoir de l'eau, de l'eau chaude, de l'électricité... des endroits propres. [...] Et il n'y avait pas de chauffage... donc pendant la grossesse j'ai souffert beaucoup, principalement parce qu'au début c'était une grossesse difficile, donc c'était très compliqué pour moi d'être là...» FE8

Les règles de certains hébergements d'urgence ne permettaient pas aux personnes d'avoir les clés de leur chambre, engendrant des **situations d'insécurité**. Le fait d'être constamment en état de vigilance par rapport à sa propre sécurité ne permettait pas aux femmes de se détendre et de se reposer correctement, causant des situations de stress, de peur, et d'inquiétude.

«Seulement aussi... Vu qu'on vit aussi avec les hommes, il y a des hommes aussi qui sont à part... mais parfois il y a certaines personnes, par exemple comme hier, s'il boit comme ça ils viennent et ils rentrent dans la chambre sans toquer et tout ça donc... et ça fait une grosse dispute là-bas, donc... parfois je me ne sens pas quoi même en sécurité avec... Ce n'est pas un foyer juste pour les filles seulement, c'est avec des hommes [...] Donc si tu sors comme ça, ta chambre elle est ouverte. Quelqu'un peut

rentrer et il peut faire ce qu'il veut et tu ne vas même pas à savoir qui l'a fait. Vous voyez c'est un peu compliqué. Ils n'autorisent pas en fait (à avoir les clés de la chambre). Vu qu'ils sont en bas, personne ne sait ce qui se passe en haut. Nous on est enfermés, donc c'est... c'est un peu compliqué» FE9

L'isolement social a été perçu par les femmes comme ayant un impact négatif sur leur état de santé mentale. Les stratégies rapportées pour faire face aux conséquences psychologiques de l'isolement social étaient sortir se promener et/ou pleurer. La possibilité de s'intégrer dans la société a été reliée au fait de rencontrer d'autres personnes et d'apprendre les normes sociales françaises.

«[...] Donc, ici tu te retrouves seule dans ton appartement, dans ton truc, et si tu ne fréquentes pas d'autres cultures et tout ça, ce n'est pas bon pour ton intégration, ni pour le mental, ni pour tes enfants, je ne sais pas... Tu ne vas pas prendre la culture où tu es et même psychologiquement, tu ne vas pas te sentir bien dans ce pays...» FA8

L'absence de carte vitale, les difficultés d'accès aux soins, et l'absence d'information ont été évoquées au cours des entretiens et mises en relation avec des états de stress et d'inquiétude.

«Oui, parce que je n'ai pas de carte vitale pour me traiter... vous voyez tout ça... je ne sais pas comment ça se passe et je ne sais pas comment faire aussi. Donc je trouve l'inquiétude de ça... ma santé. [...]» FA7



2.2. Perception de son alimentation comme mauvaise ou inadaptée

La majorité des femmes interrogées avait une perception de leur alimentation comme mauvaise ou très mauvaise. Ce sentiment d'insécurité alimentaire trouve ses origines dans plusieurs facteurs : l'absence de cuisine, la concomitante distribution de nourriture inadaptée et/ou de piètre qualité nutritionnelle dans les lieux de vie, et les difficultés financières.

L'absence de cuisine dans les lieux de vie et par conséquent l'impossibilité de préparer la nourriture de façon indépendante (notamment les produits frais) ont été souvent évoquées par les femmes hébergées dans le dispositif hôtelier et dans les hébergements d'urgence. Ainsi, elles se trouvaient forcées à faire appel aux distributions de repas préparés dans les associations ou dans les lieux de vie, qui pourtant ne répondaient pas à leurs besoins et à leurs habitudes alimentaires, ou d'aller chez un tiers pour faire à manger, engendrant des difficultés physiques qui ont mené les femmes à sauter des repas dans plusieurs occasions. Dans le cas spécifique des distributions des colis alimentaires, des difficultés ont été rencontrées dans la conservation de la nourriture à cause de l'absence de réfrigérateurs dans la majorité des chambres d'hôtel, obligeant, dans certains cas, les femmes à stocker la nourriture dans des lieux non-adaptés.

«[...] Quand il y a des associations là où tu dois prendre le manger, quand tu... il y a des associations c'est pour une semaine, il y a des associations quand tu pars de chez eux c'est pour un mois. Et quand tu as le stock là, où tu vas le mettre ? Tu n'as pas là où le mettre. Et si tu n'as pas l'argent aussi pour acheter de quoi à manger, comment tu vas à vivre ? Il y a tous ces problèmes [...] Non, on part à chercher. Et comme c'est l'hiver là comme ça là, ça nous arrange... Parce que quand tu prends, l'hiver comme ça, tu peux mettre à la fenêtre, avec la fraîcheur ça peut garder.» FA6

«Le 115 nous a hébergés dans un lieu où je ne peux pas faire à manger et donc je suis obligée d'aller faire à manger chez des tiers et vu mon état c'est compliqué de tout le temps sortir pour aller faire à manger. Si je veux manger chaud il faut que je sorte. [...] C'est compliqué d'aller tout le temps chez les gens déjà, ce n'est pas facile, il y a des jours où la personne n'a pas envie de nous voir, mais bon quoi même le besoin est là et il faut y aller, mais il y a les jours aussi où physiquement je me ne sens pas bien, donc je reste dans mon lieu d'hébergement. Je ne vais pas aller là-bas et je reste... Je ne mange pas » FE3

La distribution alimentaire dans les lieux de vie, principalement hôtels du 115 et foyers d'hébergement d'urgence, a été décrite par les participant-e-s à l'étude comme la plupart du temps inadaptée à leurs besoins, à leur état de santé, et à leurs habitudes alimentaires (sandwichs, barquettes etc.). Dans plusieurs cas, cette situation menait les femmes à sauter plusieurs repas ou à chercher de la nourriture ailleurs.

«[...] Plutôt si tu ne manges pas assez bien tout le temps et tu dors affamée, ce n'est pas bon... Parfois j'ai la migraine à force de me coucher quand même sans rien manger et je n'ai pas d'argent sur moi pour aller acheter quelque chose d'autre à manger, donc je suis obligée de manger ce qu'ils me donnent là-bas... et pour autant je ne mange pas très bien. Je crois que au moins il doit y avoir... Les femmes enceintes doivent avoir la priorité. Même pas seulement, pas dans le foyer... au moins dans un logement où elles peuvent faire eux mêmes leur manger, parce qu'elles ont des envies bizarres parfois, vous voyez. Donc je crois que... Au moins dans un logement... Une femme enceinte ne doit pas être dans un foyer comme-ça. Pour moi si c'est un foyer autre où tu peux cuisiner pour toi-même, c'est mieux... Où il n'y a pas de cuisine qu'on envoie que « de la nourriture pour fous », c'est un peu compliqué. Si tu n'es pas habitué à la nourriture... moi si tu es un peu habituée à la



nourriture, tu peux manger en fait. Mais tu n'es pas habitué en fait... tu ne connais pas même... C'est la première fois de le goûter si ça te ne plaît pas... donc, ça devient compliqué en fait pour nous» FE9

«Donc je suis allée à l'hôtel, mais là-bas aussi je ne pouvais pas rester parce que on doit manger quand même... Le manger, le repas 3 fois par jour. Ça c'était traité par une ONG qui se trouve à l'hôtel, une association. Mais moi avec ma maladie, parce que... parce que j'avais le diabète de grossesse, donc le manger qu'ils me donnaient à l'hôtel n'était pas compatible avec ma maladie» FA1

Les difficultés financières, qui caractérisaient la majorité des personnes interrogées, contribuaient aux difficultés d'accès à une alimentation saine et adaptée. En effet, le faible pouvoir d'achat obligeait ces personnes à s'adapter à la nourriture distribuée par les associations qui, comme vu dans les paragraphes précédents, ne respecte pas toujours les besoins et les habitudes alimentaires de chaque individu.

«Mais comme je viens juste de déménager là-bas donc... c'est difficile, la nourriture qu'on me propose là-bas, ce n'est pas la nourriture saine, j'ai du mal à manger ça en fait... et comme je n'ai pas de revenu, je ne peux pas aussi faire les courses pour faire à manger correctement. [...] C'est le foyer là-bas qui la donne, mais pendant mon premier entretien là-bas, avec le monsieur j'ai lui bien expliqué, il m'a parlé après j'ai lui posé la question «ici votre nourriture ici, comment ça se passe?» il a dit «c'est eux qui font la cuisine pour vous là-bas». J'ai dit «moi je ne suis pas habituée à manger (la nourriture d'ici sous-entendu), moi je suis africaine, je ne suis pas habituée à manger». Du coup, il a dit ok, qu'ils vont voir avec leur chef là-bas, qu'ils vont en parler. Donc, du coup je suis partie et je suis rentrée. Donc depuis qu'on est parti là-bas avec mon enfant on ne mange pas. Parce que le manger qu'on trouve là-bas on ne peut pas le manger» FA7

2.3. Mauvais état de santé physique

→ Souffrance et fatigue physique

Les conditions de vie et l'éloignement géographique constituent les deux principaux facteurs causant de la souffrance et de la fatigue physique chez les personnes vivant en habitat 4i.

Les conditions de vie indignes, telles que l'absence d'accès à l'eau, les fréquentes coupures d'électricité, les difficultés à se chauffer proprement, et l'exposition au froid qui en résulte, ont été responsables d'une souffrance physique importante dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Dans plusieurs occasions, les participant-e-s à l'étude ont été obligé-e-s de construire des poêles à bois pour se chauffer et pour chauffer l'eau, avec tous les risques qui y sont associés (intoxication au monoxyde de carbone, incendie).

« Le plus difficile c'est laver les vêtements car il n'y a pas de l'eau, il faut aller chercher l'eau. C'est le poids surtout quand il faut lever le poids ça donne des douleurs dans le ventre » FE2
« D'exemple aujourd'hui, à l'extérieur il fait trop froid, moi je suis une femme frileuse, j'ai tout de suite froid, je dois sortir pour faire le nettoyage, laver les vaisselles à l'extérieur, ramener la poubelle, c'est ça... Et il fait très, très froid quoi. Ma journée se passe comme-ça, faire le nettoyage, des fois il y a l'enfant qui m'appelle, je nourris l'enfant, je sors pour ménager et ça c'est pendant toute la journée et c'est trop dur pour moi parce que... en plus avec le froid je souffre un peu. » FE4

Se retrouver à dormir à la rue a été également associé à la souffrance physique et à l'insomnie à cause de l'exposition aux conditions climatiques et au bruit.

« Tu es dehors, tu ne dors pas bien, si tu es dans la fraîcheur, tu vas avoir mal, et s'il y a du bruit aussi, tu vas avoir mal, tu ne dors pas [...] » E1

Le fait de vivre dans des zones géographiquement éloignées et peu desservies par les transports publics, obligeait les habitant-e-s de ces lieux de vie à être accompagnés par quelqu'un aux rendez-vous ou à marcher pour arriver à l'arrêt du bus ou du tram. Dans ce dernier cas, les femmes interrogées ont témoigné d'une fatigue physique importante dans les déplacements de longue durée à pied et en transport en commun.

« Ce n'est pas facile dans mon état, quand je marche beaucoup je souffle. Des fois, même quand je reste assise j'ai la respiration qui monte, donc actuellement c'est difficile pour moi » FE5

→ Complications de la grossesse et accouchement prématuré

Une des participantes a attribué l'exposition à plusieurs facteurs, tels que la **fatigue physique** et le **stress psychique**, la responsabilité des complications au cours de la grossesse et, par la suite, de l'accouchement prématuré. L'instabilité du logement et le partage de chambre avec d'autres personnes (habitudes tabagiques et alcooliques des colocataires, télévision allumée jusqu'à tard dans la nuit) rendaient difficile le repos au cours de la grossesse et causaient stress et fatigue. La patiente devait alors sortir au cours de la journée pour « se libérer la tête ».

« Oui, même c'était écrit que c'est interdit mais ils ne comprennent pas. Quand on leur dit, ils disent qu'il fait froid dehors donc... et moi je ne fume pas, je ne bois pas, je ne supporte même pas l'odeur de cigarette donc... Donc la cigarette tout le temps ça... C'est tout ce qui a fait que le bébé venait un peu plus tôt hein... Parce que la journée il fallait sortir au moins pour se libérer la tête... Parce que on dit le soir en rentrant, je vais retrouver encore d'autre chose, donc je ne peux être toute la nuit dans ça et puis toute la journée, non... Donc pendant la journée je sortais... » FA1
« Tout ce stress là qu'à amené à tout ce que je vis actuellement, oui, parce que le fait de me demander chaque fois « où je vais dormir

Santé physique dégradée



ce soir?», «Qu'est-ce que va se passer ce soir?» ... Donc tout ça dans la tête, à l'être enceinte ce n'est pas facile, donc c'est ça qui a fait que... et d'abord il y a... presque j'allais avoir un déclenchement à 4 mois et demi de grossesse... Oui... Et maintenant là, je n'ai même pas pris l'attente de 9 mois donc... Le bébé, moi, le bébé aussi, donc... Le fait de n'avoir pas un environnement stable, c'est pas évident... C'est pas du tout évident...» FA1

→ Risque accru d'infections

Un risque accru d'infections a été évoqué au cours des entretiens et mis en relation avec les **difficultés d'accès à l'eau, à la saleté et à la présence d'animaux et d'insectes dans certains lieux de vie, et à l'exposition au froid**. L'impossibilité de respecter les normes d'hygiène et les gestes barrières pour se protéger de la COVID-19 a été aussi identifiée comme source d'inquiétude.

«Par exemple quand il fait froid on tombe malade, on attrape des infections» FE2

«Il a un impact important pour la santé, parce que si tu mets un bout de pain sur la table, eux (les insectes) ils marchent partout et si tu ne vas pas le consommer, ils passent, ils passent par le pain et après ça peut donner des maladies et autre chose. À l'extérieur il y a des rats, des chats... À l'extérieur tu ne peux pas garder des choses, à l'intérieur tu ne peux pas garder des choses...» FE4

→ Aggravation des pathologies chroniques

L'aggravation des pathologies chroniques (principalement asthme), comme conséquence des **conditions de vie indignes et insalubres**, a également été mentionnée par une femme. L'exposition continue au froid était aussi identifiée comme une barrière à la scolarisation.

«L'environnement ça peut impacter ma santé ou la santé de mon enfant. Parce que mon enfant a aussi un problème d'asthme. Ça peut impacter quoi, l'environnement. Si on essaye de faire propre, on est sur un terrain et ça va



être toujours pareil et ça fait aussi froid [...] Il est inscrit à l'école, mais dans cet état-là, il ne va pas à l'école parce que je fais tout le possible de l'éviter parce qu'il sort quand il fait aussi froid, parce que s'il va sortir dans cet état-là, ça va le gêner pour la maladie qu'il a, avec l'asthme et je sais par où il est passé avec ce problème-là, j'ai même parlé avec les gens de l'école... Je ne vais pas le laisser à l'école pour sa maladie. S'il sort dehors avec le froid ça peut le gêner» FE4

3. Facteurs perçus comme réduisant l'effet négatif des habitats 4i sur la santé des femmes et sur la grossesse

Connaitre le réseau de soutien existant en ville (associations, travailleur·euse·s sociaux·les, médiateur·rice·s en santé) et surtout pouvoir y accéder, a été souligné par les femmes comme un facteur ayant un impact positif sur la grossesse et sur leur santé. Les formes d'aide dispensées par

ces acteur·rice·s sont transversales et partagées, gardant pourtant ses propres spécificités.

Dans la majorité des entretiens, l'aide au logement a été associée aux associations et aux rendez-vous avec un·e travailleur·euse social·e. Dans ce dernier cas, la forme d'aide principale consistait en faciliter les démarches pour obtenir une place dans le dispositif d'hébergement d'urgence ou dans le dispositif d'insertion et de logement adapté.

«Oui, c'est important parce que au moins elle (l'assistante sociale) m'aide dans certaines démarches. Si j'ai des questions elle répond... tout ce que je ne comprends pas... Et c'est grâce à elle que je vais avoir un autre logement, parce que même si ce n'était pas ça, le 31 tout le monde allait être dehors» FE9

Pour ce qui concerne les associations, les actions visaient surtout à faciliter l'accès au dispositif d'hébergement d'urgence dans les meilleurs

délais ou à proposer directement aux personnes concernées une solution d'hébergement (appartement ou chambre d'hôtel).

«Donc j'étais avec eux (association) et c'est eux qu'ont pris le rendez-vous avec le foyer-là. Donc, on m'a donné le rendez-vous, je suis partie et on a fait l'entretien avec le foyer du coup... donc du coup ils m'ont dit que c'est possible de m'héberger avec mes enfants.» FA7

Les actions de solidarité dans le domaine de l'aide alimentaire ont facilité l'accès à la nourriture dans plusieurs situations rencontrées au cours de la recherche, en gardant à l'esprit que l'absence de réfrigérateur, rendant difficile le stockage des colis alimentaires, et la distribution d'alimentation inadaptée dans certains lieux de vie, étaient perçues par les femmes comme ayant un impact négatif sur leur santé nutritionnelle.

«Mais il y a les associations qui font cantine, que moi je fais cantine... Il y a quelque resto du cœur, l'accueil des femmes aussi... Souvent je portais à l'accueil des femmes, parce que là-bas, eux ils ont leur cuisine, donc on ne prépare pas, mais eux ils préparent» FA1

La facilitation de l'accès aux soins a été valorisée dans plusieurs entretiens. D'une part, les travailleur·euse·s sociaux·les étaient responsables de l'aide dans les démarches administratives pour obtenir une couverture médicale, ainsi que de la délivrance d'instructions précises sur comment avoir accès aux soins gratuitement, d'autre part, les médiateur·rice·s en santé facilitaient l'accès aux soins grâce à des actions en « aller-vers ».

«Après ils (assistante sociale de la maternité du CHU) ont fait une demande de CMU en urgence en fait, comme j'étais en grossesse, pour pouvoir faire le suivi de grossesse. Donc, dans l'ensemble à la maternité tout s'est bien passé.» FA10
«Non, récemment c'est J. (médiatrice en santé) qui m'aide beaucoup. Elle m'a mise en relation avec ceux qui travaillent à la PASS. Ils m'ont

fait des analyses et ils m'ont commencé à me prendre en charge à la PASS» FE4

4. Suivi de grossesse

Les principaux facteurs identifiés par les femmes comme ayant un impact positif sur le suivi de grossesse ont été : la qualité de l'accueil lors des consultations de suivi de grossesse, la disponibilité des professionnel·le·s de santé pour répondre aux questions, la participation aux groupes de paroles, avoir déjà eu des enfants, et être entourée.

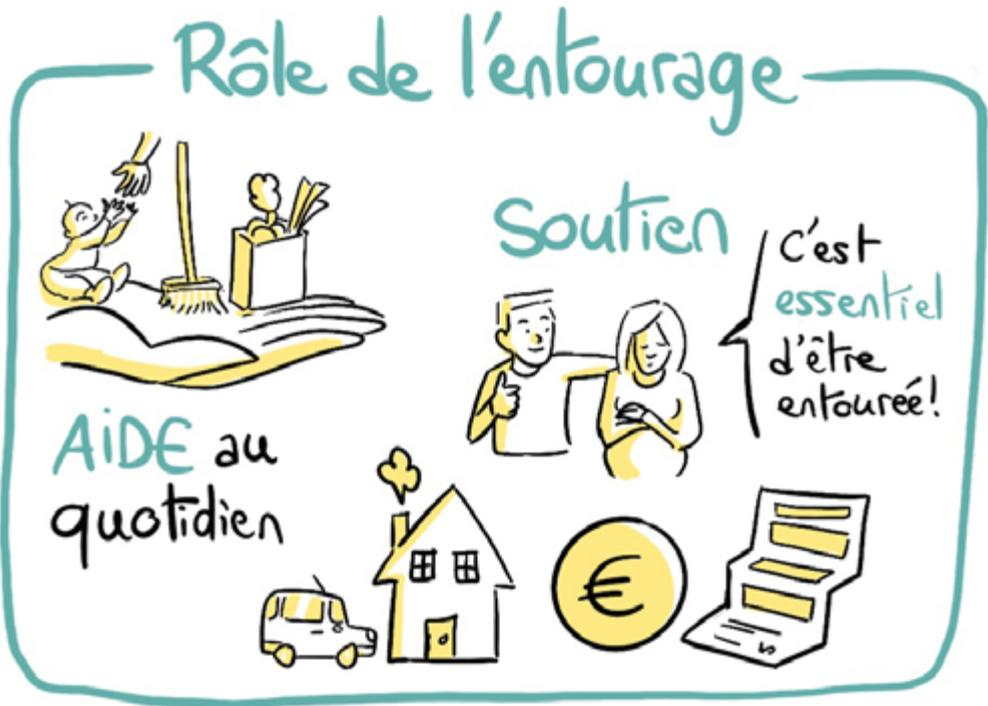
Le fait d'être bien accueillie et la disponibilité des professionnel·le·s de santé au cours du suivi de grossesse étaient valorisées par la majorité des femmes incluses dans l'étude. En effet, elles ont décrit la possibilité d'être informées par les professionnel·le·s de santé comme très aidant et ayant un impact positif sur la santé (diminution du niveau de stress).

«En général ça se passe très bien à la fin de la consultation, toujours les infirmiers, les médecins ou l'assistant, si tu as des questions... c'est toujours comme-ça là-bas... C'est très bien expliqué...» E4

«Oui, oui ils sont à l'écoute... Il y a même une assistante sociale, j'ai une assistante sociale à l'hôpital là-bas qui s'occupe bien et les soignants aussi qui sont bienveillants» FE5

La participation aux **groupes de paroles** organisés par le CHU de Nantes et, plus généralement, le partage avec des autres femmes ayant récemment accouché, ont été perçus de façon très positive. En effet, ces moments d'échange permettaient aux femmes de partager des informations et de l'expertise, de poser leurs questions, et de trouver du soutien moral et émotionnel.

«Bien sûr, ils me poussaient même à parler parce que... Moi c'était ça mon problème... même si j'avais un problème je n'en parlais pas. C'était ça



mon problème en fait. C'est eux qui m'ont poussé de parler, si ça ne va pas d'en parler, même si on ne résout pas ton problème mais il faut le dire. Ils m'ont appris beaucoup des choses quand même à l'UGOMPS... Parce qu'ils m'ont mis dans un groupe de bébés mamans [...] Ils expliquaient tout ce qui se passait dans la grossesse. Comment avoir un bébé, comment manger, quand tu es enceinte, comment te comporter, qu'est-ce que tu dois manger, qu'est-ce que tu ne dois pas manger... Tout ça là.» FA6

Finalement, le fait d'avoir déjà eu des enfants a été associé à une diminution des questions autour de la grossesse/accouchement et, par conséquence, du niveau d'inquiétude ressentie. En revanche, les femmes nullipares ont exprimé de l'inquiétude en lien avec ce sujet.

«Je n'avais pas trop des questions sur la grossesse, je savais déjà comment ça se passait la grossesse parce que j'avais déjà 2 enfants avant celui-ci» FA4

«En fait, par rapport à la grossesse c'est mon premier enfant et donc du coup je n'ai jamais eu d'enfant et je ne sais pas trop comment faire quand mon bébé va arriver. Quand j'étais au pays, les nouveau-nés on n'ose pas trop les toucher jusqu'au 5ème mois en fait. Donc je m'imagine quand mon bébé va arriver, bah comment je vais... bah je vais me construire toute seule, je n'ai pas de famille ici, je suis toute seule. Donc ça m'inquiète l'arrivée de mon bébé, comment ça va se passer pour moi» FE5

Les principaux facteurs négatifs repérés au cours des entretiens ont été le **long temps d'attente avant d'obtenir un premier rendez-vous à la PASS, la barrière de la langue, et la peur de contracter la COVID-19.**

La majorité des femmes interviewées disposant d'une **couverture médicale** ont témoigné d'avoir eu un suivi de grossesse régulier, souvent débuté en ville auprès de leur médecin traitant. Au même titre, la couverture médicale a également facilité

l'accès aux soins des participant-e-s à l'étude pour des autres motifs de santé. En revanche, les personnes ne disposant pas de ce droit ont été souvent obligées d'attendre longtemps avant d'obtenir un rendez-vous à la PASS, indépendamment de l'état de grossesse.

«Oui, tout ça mais ils ont dit qu'ils n'ont pas de place et qu'ils ne peuvent rien faire sauf le 19 mars. Du coup j'attends ce rendez-vous... C'est dans un mois, c'est presque arrivé...» FE9

La barrière de la langue empêchait parfois une compréhension appropriée des informations données au cours des consultations et était également perçue comme un obstacle à la possibilité de poser des questions.

«Je comprends bien quand le médecin m'explique, mais par contre j'ai un peu plus de mal à communiquer avec eux, à leur parler, des fois je n'arrive pas même à poser des questions» FE8

L'utilisation d'applications de traduction sur le portable était une stratégie utilisée par plusieurs femmes pour faciliter la communication.

«J'avais un téléphone que j'ai mis en traduction. C'était en novembre que j'étais à voir l'hôtel Dieu avec le téléphone qui traduisait et j'ai demandé un premier rendez-vous pour une échographie et ils m'ont donné le rendez-vous en décembre» FE4

L'hésitation dans le début du suivi de grossesse a été aussi associée à la **peur de contracter la COVID-19** lors de la consultation à l'hôpital.

«J'ai eu peur parce que tout le monde parlait de ça (du SARS-COV2) partout et qu'il n'y avait partout, donc j'ai eu peur d'aller là-bas, je ne voulais pas qu'ils me disent que je suis porteuse de cette maladie en fait... C'est pour ça que je ne suis pas y allée» FA3

5. Rôle de l'entourage

Être entourée par de la famille ou des amis a été perçu comme un facteur d'importance centrale pour se sentir en bonne santé. Les femmes ont décrit leur relation avec l'entourage comme une relation d'aide sur plusieurs dimensions : aide pendant les activités quotidiennes, soutien moral, accompagnement aux rendez-vous, hébergement, et aide financière.

Les principales **activités de la vie quotidienne** pour lesquelles les femmes ont perçu une aide essentielle de leur entourage étaient la garde des enfants, les tâches ménagères et la recherche de nourriture. Les personnes de la famille ou les amis ont permis aux femmes de se reposer et d'avoir un support dans les moments de besoin au cours de la grossesse et après l'accouchement.

«Oui, ça fait du bien quand tu as quelqu'un. Parce que des fois aussi, quand tu as des enfants et tu n'as personne pour t'aider à t'occuper d'eux, ce n'est pas facile à vivre. Parfois quand mon enfant n'est pas à la crèche et j'ai un rendez-vous, je peux appeler mon conjoint et il garde l'enfant et je pars au rendez-vous. Et quand l'enfant il part à la crèche, je peux lui dire «tu peux m'accompagner au rendez-vous» FE8
«Oui, c'est mon mari qui me donne un coup de main pour aller faire les courses, pour faire à manger, pour faire la lessive» FA3

Le soutien moral était également décrit comme une thématique importante au cours des entretiens et mis en relation avec l'entourage familial et/ou amical. Le fait d'être entourée donnait la possibilité aux personnes de s'encourager mutuellement, de parler et d'échanger, de rire, de libérer l'esprit, d'oublier les mauvaises pensées, et, plus simplement, de se sentir moins seules.

«Oui, ça m'aidait parce qu'elle m'encourageait, elle me disait «ça va passer, c'est difficile maintenant mais tu vois ça va s'arranger» elle me donnait du courage pour que je puisse m'accoucher» FA7

- PRIORITÉS -

des personnes interviewées

Logement adapté



+ Spacieux,
stable,
digne

Indépendance

Situation
régulière



Bonne santé
accès aux soins



«Oui, ça aide un peu à oublier. Ça aide... ça aide beaucoup parce que bon... Comme je l'ai dit mon mari est devenu comme un frère pour moi donc avec lui j'ai... On rigole, on cause...» FA2
 «Oui, parce que... c'était important parce qu'il y a des choses aussi... Ce n'est pas une question d'argent, mais c'est une question d'être entourée par des gens sur qui on peut compter... voilà, passer des bons moments, aller manger chez quelqu'un, être invitée chez les gens et inviter aussi les gens, partager quoi» FA8

L'entourage a été souvent rattaché à la possibilité d'être accompagnée aux rendez-vous (médicaux, administratifs, etc.) afin de **faciliter les déplacements physiques** (principalement en voiture) et de simplifier la communication en traduisant les conversations entre la femme et les professionnels. Un sentiment de soutien et de confort au cours de ces rendez-vous a été également attribué à l'entourage.

«Des fois j'allais seule, des fois j'allais avec une amie qui parlait français qui m'aiderait quand... quand c'était compliqué pour moi de comprendre, elle traduisait» FA10

Certaines femmes ont témoigné avoir été hébergées par des membres de leur entourage dans les moments où aucune autre solution d'hébergement n'était disponible.

«Quand je venais d'abord il y avait une femme là, qui m'a pris... Elle, je l'ai rencontré à la gare là, parce que j'ai fait 2 jours dehors, donc j'étais enceinte et une fois je l'ai vu, et quand elle a parlé j'ai su qu'elle venait du même pays que moi, donc je l'ai abordée et puis je lui ai posé mon problème et elle m'a pris sur son lit et on est allé chez elle et je me suis lavée, elle m'a donné à manger» FA1

6. Priorités des personnes interviewées

Les priorités des personnes interrogées dans la présente recherche étaient (par ordre

d'importance et fréquence d'apparition dans les corpus des entretiens): avoir un logement adapté, pouvoir être indépendantes, et être en bonne santé. Souvent ces 3 éléments ont été évoqués au même temps et mis en lien l'un avec l'autre.

«À part la situation administrative, le logement, c'est la santé. Si on peut aller se soigner sans restriction. Ce sont les 3 choses fondamentales, le reste ça viendra après... Si on a les 3 on est posés un peu quoi» E5

La principale priorité évoquée au cours des entretiens était d'avoir un **logement qui soit digne** (suffisamment spacieux, accès à l'eau, à l'électricité, aux toilettes), **stable, et équipé avec une cuisine.**

«Je souhaiterais avoir un mobile-home pour avoir un logement [...] Parce que dans les mobile-homes, où il y a les terrains aménagés avec des mobile-homes, il y a de l'eau, il y a des douches, il y a les toilettes, tu as la cuisine» FA4

«Avoir un lieu, où je peux faire la cuisine et voilà, psychologiquement ça va m'aider. Mais là le fait d'avoir cette contrainte-là, c'est compliqué de rester sans manger des fois» FE3

«Moi, moi... Pour moi c'est l'espace en fait... Je peux m'isoler hein... ça ne peut pas jouer tellement, tellement comme-ça là. Mais quand j'ai l'espace, je peux recevoir les gens [...]» FA6

Pouvoir travailler et avoir une situation administrative régulière et stable sont les conditions préalables et fondamentales identifiées par les femmes pour gagner son indépendance et son rôle au niveau de la société, ainsi que pour donner un futur à ses enfants.

«La stabilité c'est avoir les papiers... Être stable, avoir les papiers là on est tranquilles, on sait qu'on ne risque pas grand-chose, mais dans ma situation je dis que j'y pense en fait... donc ça peut me perturber par des moments de ne pas avoir une situation stable» FE5

«Je pense que c'est surtout l'opportunité de travailler pour que je puisse donner un bon futur pour ma fille. Parce que je pense que

tout dépend de moi et je ne veux pas que ma fille naisse et continue à vivre dans un hôtel. Donc si je pouvais changer quelque chose ça serait l'opportunité de travailler ou d'avoir une formation pour que je puisse travailler et donner un bon futur pour ma fille» FE8

Plusieurs participant·e·s ont identifié **la santé** et, par conséquence, **avoir accès aux soins** comme leur priorité.

«Avoir accès aux soins, en fait, parce que ma priorité c'est ma santé en fait.... Le fait que je n'ai pas accès à la santé, parce qu'il y a eu une rupture des droits... donc dans la rupture des droits, je ne sais pas qui aller consulter par exemple. Je ne sais pas vers qui aller pour faire les consultations, sachant que je suis allé aux consultations et les factures sont venues chez moi. Donc, quand il n'y pas l'ouverture des droits, ça peut bloquer les gens, et s'ils ne savent pas les démarches qu'il faut faire, sans l'ouverture des droits ils ne vont pas aller se soigner parce qu'ils ont peur de recevoir des factures» FA7

DISCUSSION

MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE AVEC LA LITTÉRATURE

Impact délétère des lieux de vie 4i sur la santé des femmes enceintes ou ayant récemment accouché

Les conditions de logement et la santé sont fortement en interaction, ce qui fait de la nature du logement un des principaux déterminants sociaux de la santé⁽²⁵⁾. De nombreuses études ont décrit l'impact d'une ou de plusieurs dimensions du sans-abrisme sur la santé. La littérature disponible montre ainsi que les personnes vivant dans un lieu 4i sont plus souvent affectées par des problèmes de santé qu'une population aux caractéristiques similaires, mais logées dans des habitats qui ne sont pas indignes, instables, insalubres, et informels⁽²⁶⁻³⁰⁾. Ces problèmes concernent l'ensemble des dimensions de la santé (physique, mentale, et sociale), suggérant une liaison bilatérale, dynamique et complexe entre les conditions de logement et l'état de santé des personnes, notamment par le fait que le sans-abrisme puisse causer des problèmes de santé et, d'autre part, qu'un mauvais état de santé puisse engendrer et/ou entretenir le sans-abrisme^(31, 32).

La perception de leur santé par les femmes enceintes, ou ayant récemment accouchées, interviewées dans la présente étude suit les mêmes axes que ceux retrouvés dans la littérature, avec un accent important sur la santé mentale et l'insécurité alimentaire.

Impact délétère sur la santé mentale

La perception d'un mauvais état de santé mentale était l'impact le plus souvent évoqué par les femmes et par les personnes faisant partie de leur entourage familial du fait de vivre en lieu de vie 4i.

Une revue systématique publiée en février 2021 et prenant en compte 40 études provenant de 13 pays différents, dont la France (37 études

dans des pays à haut revenu et 3 études dans des pays à moyen ou faible revenu) a montré une prévalence significativement plus élevée de symptômes dépressifs, de dysthymie (ou névrose dépressive) et de troubles dépressifs majeurs chez les personnes se trouvant en situation de sans-abrisme par rapport à la population générale. La même étude estime que les prévalences de ces conditions parmi la population étudiée sont de 46,72 % pour les symptômes dépressifs, 26,24 % pour les troubles dépressifs majeurs, et 8,25 % pour la dysthymie⁽³³⁾. Ces chiffres ressemblent à ceux retrouvés par une étude se centrant sur les femmes enceintes menée aux États-Unis⁽³⁴⁾. Parallèlement, des proportions similaires ont été documentées en France par l'enquête ENFAMS et par l'enquête Samenta, qui ont estimé la prévalence des épisodes dépressifs autour de 29 %, respectivement chez les mères et les enfants vivant dans certains lieux de vie 4i (CHU, CHRS, hôtels sociaux, CADA), dans un cas, et chez les adultes en famille sans logement personnel, dans l'autre cas, contre une prévalence des états dépressifs en population générale qui varie entre 5 % et 7,2 %, selon la source^(6,35-37). Une méta-synthèse des études qualitatives concernant les mères en situation de sans-abrisme a retrouvé les mêmes perceptions d'inquiétude, de stress, d'angoisse, et d'épuisement psychique que celles identifiées dans la présente recherche⁽³⁸⁾.

Selon l'enquête ENFAMS, par rapport aux mères non-déprimées, les mères déprimées sans logement :

- étaient plus souvent isolées,
- avaient des niveaux plus importants d'instabilité du logement,
- expérimentaient plus souvent de l'insécurité alimentaire,
- percevaient plus souvent un mauvais état de santé (physique, psychique, et global),
- avaient vécu plus fréquemment des événements traumatisants,
- vivaient plus souvent dans des logements avec un nombre de pièces plus bas et avec plus de personnes⁽⁶⁾.

Plusieurs études françaises et internationales ont confirmé ces résultats. De plus, elles ont aussi mis en relation un mauvais état de santé mentale, parmi les femmes enceintes ou ayant récemment accouché vivant en habitat 4i, avec les facteurs suivants :

- l'insécurité financière et le sentiment de dépendance,
- les violences (physiques, psychologiques, sexuelles, et administratives) subies,
- l'exposition au froid et à des conditions de vie insalubres et dégradées,
- les expulsions⁽³⁹⁻⁴⁶⁾.

Insécurité alimentaire

Les habitant·e·s des lieux de vie 4i interviewé·e·s par l'équipe de recherche ont perçu leur alimentation comme mauvaise ou très mauvaise et l'ont mise au premier plan.

Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés par des études qualitatives menées en Angleterre et en Irlande, où l'absence de choix dans le domaine alimentaire a été fortement liée à la précarité financière, engendrant une limitation dans l'accès à la nourriture et dans la diversification des aliments consommés, et au manque de cuisine et de lieu de stockage des aliments^(47, 48).

L'enquête ENFAMS, a retrouvé une association entre niveau d'insécurité alimentaire et lieu d'hébergement, type d'habitation, gestionnaire de l'hébergement, participation financière à l'hébergement, instabilité du logement, et durée de vie sans domicile. Ces résultats vont exactement dans la même direction que notre étude. Par ailleurs, dans une population de femmes vivant en hébergement d'urgence aux États-Unis, la présence de cuisine dans le lieu de vie a été liée à des dépenses alimentaires plus faibles, à un approvisionnement de nourriture plus important, et à une meilleure qualité du régime alimentaire⁽⁴⁹⁾. Parmi les familles recrutées dans l'enquête ENFAMS, celles qui expérimentaient les niveaux les plus importants d'insécurité alimentaire étaient les familles hébergées

dans un hôtel et dans une structure gérée par le Samusocial hors 115 (CAFDA, APTM, OMF), ainsi que les familles qui participaient financièrement à l'hébergement, qui avait changé d'hébergement le plus souvent, et celles sans domicile depuis plus longtemps⁽⁶⁾. En complément de ces résultats, des études internationales décrivent des associations significatives entre l'insécurité alimentaire parmi les habitant-e-s du 4i et un espace insuffisant pour cuisiner et pour stocker la nourriture, un temps limité pour manger, l'impossibilité d'acheter de la nourriture, un mauvais état de santé, des comportements dangereux pour la santé, et avoir subi des violences physiques et sexuelles⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Dans ce contexte, les aides et les distributions alimentaires proposées par les associations, parfois directement dans les lieux de vie, sont les seules options concrètes des personnes vivant en habitat 4i même si souvent inadaptée. Les données issues de la littérature mettent en évidence une augmentation du nombre de personnes se retrouvant à chercher de l'aide alimentaire auprès des associations, alors que les donations reçues par ces associations restent stables et que les membres du personnel ont un faible niveau de formation en matière de nutrition⁽⁵³⁾. Enfin, malgré les aides alimentaires proposées par les associations, l'alimentation des personnes vivant en habitat 4i est caractérisée par une carence nutritionnelle importante. En effet, une étude mixte menée en Angleterre a montré que l'apport de micronutriments (plus spécifiquement vitamine A, zinc, magnésium, potassium, et sélénium), ainsi que de fibres, était insuffisante chez les personnes en situation de sans-abrisme, et que la consommation de graisse saturée et de sucre était leur principale source d'énergie⁽⁴⁷⁾.

Mauvais état de santé physique

Les participant-e-s à l'étude ont relié les lieux de vie 4i à un mauvais état de santé physique. La littérature montre effectivement que les personnes sans-abri ont un risque plus important de développer des problèmes de santé en lien

avec l'exposition aux températures extrêmes. L'humidité et le froid sont parmi les principaux facteurs influençant la santé respiratoire des habitant-e-s des lieux de vie 4i^(25, 54). L'impossibilité de se doucher avec de l'eau chaude et l'aggravation des pathologies chroniques préexistantes (asthme) due à l'exposition au froid engendrent des difficultés de scolarisation des enfants. Par ailleurs, les difficultés rencontrées dans le maintien d'un bon niveau d'hygiène personnelle sont à la source de la stigmatisation des enfants vivant en habitat 4i par leurs camarades de classe, ainsi que de la sensation de malaise ressentie par les habitants du 4i lors de rendez-vous médicaux. Parallèlement, ces conditions causent une souffrance parmi les habitant-e-s du 4i qui se retrouvaient souvent exposé-e-s au froid pendant leurs activités quotidiennes. Les coupures d'électricité et l'absence d'un système de chauffage adapté obligeaient les personnes à adopter des mesures alternatives, comme la fabrication de poêles à bois, qui souvent ne respectaient pas les normes de sécurité, exposant ainsi les habitant-e-s à des risques d'incendie. Il a été démontré que l'utilisation de poêles à bois pour se chauffer, associé à une mauvaise isolation, à une ventilation insuffisante et à un surpeuplement du lieu de vie, peuvent augmenter la prévalence des problèmes respiratoires parmi les habitant-e-s de ces lieux⁽⁵⁵⁾. Un risque accru de contracter des infections a été également perçu par les femmes vivant en habitat 4i. L'exposition au froid, les faibles normes d'hygiène, et les difficultés d'accès à l'eau étaient les facteurs reliés à cette perception. Conjointement à ces résultats, plusieurs études ont décrit un lien entre les problèmes d'accès à l'eau, d'assainissement, et d'hygiène dans les lieux de vie 4i et un risque infectieux plus important^(56, 57).

L'identification d'un accouchement prématuré comme conséquence du fait d'avoir vécu dans des lieux de vie 4i pendant la grossesse a été évoqué au cours d'un entretien. De nombreuses études ont montré une corrélation significative entre le fait de vivre dans un lieu de vie 4i et l'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin, et un faible poids de naissance^(15-19,34,44).

Facteurs perçus comme mitigeant l'effet des habitats 4i

L'ensemble des associations, des travailleur-euse-s sociaux-les, et des médiateur-riche-s en santé constitue un réseau de soutien perçu positivement. Par ailleurs, cette perception positive a également été observée par d'autres populations concernant l'approche globale adoptée par les travailleur-euse-s sociaux-les dans leur travail sur les déterminants de la santé, que leurs actions soient menées individuellement ou en équipe multidisciplinaire⁽⁵⁸⁾.

La mobilisation des médiateur-riche-s en santé auprès des populations précaires a été corrélée positivement avec le développement de l'accès aux soins de santé primaire et à la prévention sanitaire, et avec l'amélioration de l'accueil et du suivi des personnes vivant en habitat 4i dans les structures de santé⁽⁵⁹⁻⁶²⁾.

Concernant l'aide alimentaire, une revue systématique de la littérature a documenté l'importance de l'aide des associations dans la proposition de solutions immédiates à la privation alimentaire, en soulignant, toutefois, leurs limites en matière de sécurité alimentaire sur le long terme. En effet, la mobilisation de ressources adéquates, la proposition de différents types de nourriture, et surtout la prise en compte des besoins alimentaires spécifiques des personnes dans des situations de santé particulières étaient les facteurs nécessaires pour pouvoir améliorer efficacement la sécurité alimentaire et la santé nutritionnelle des bénéficiaires de ces dispositifs⁽⁵³⁾. Ces résultats reflètent l'importance d'investir sur l'amélioration du dispositif actuel en incluant les personnes concernées dans toutes les étapes de la démarche.

Suivi de grossesse

La perception d'un bon suivi de grossesse a été mise en relation avec la qualité de l'accompagnement médical. Dans plusieurs études, la bienveillance et la disponibilité des professionnels

de santé étaient identifiées, par les personnes vivant en habitat 4i, à la base d'une expérience positive dans le système de soins⁽⁶³⁾.

Les femmes ayant participé aux groupes de paroles organisés par l'UGOMPS ont apprécié ces moments d'échange d'informations et de partage. Effectivement, dans la littérature, la possibilité d'échanger avec des autres femmes enceintes ou ayant récemment accouché a été associée à une réduction du niveau d'anxiété, permettant aux femmes de surmonter les sentiments d'isolement, de déresponsabilisation et de stress, et d'augmenter les sentiments d'estime de soi, d'efficacité personnelle et de compétence parentale⁽⁶⁴⁾.

Le soutien social et, plus précisément, avoir des amis et de la famille qui connaissent le système de soins et les différents dispositifs d'aide a été mis en relation avec un meilleur suivi de grossesse. Les mères des femmes étaient souvent source de conseil au cours de la grossesse et de la période post-partum, et le couple a été documenté comme étant source de motivation dans la mise en place et le maintien d'un bon suivi^(13, 39).

En revanche, les délais d'attente importants pour avoir un premier rendez-vous à la PASS et la barrière de la langue ont souvent compliqué le suivi de grossesse des participantes. Ces résultats sont conformes à ceux trouvés par d'autres chercheurs, conjointement aux facteurs suivants :

- la fragmentation du système de soins,
- la fragilité de la situation administrative (droit au séjour),
- l'absence de couverture médicale,
- l'isolement social et affectif,
- la souffrance psychique,
- les difficultés de transport,
- le rapport avec certains membres du personnel médical et soignant (façon de poser les questions engendrant de la peur d'être jugées)^(13, 65).

Il a été également démontré que les contraintes inhérentes au suivi de grossesse sont en concurrence avec des besoins plus fondamentaux tels que la nourriture et le logement⁽¹³⁾.

Les femmes nullipares interviewées ont partagé plus souvent des préoccupations concernant la grossesse et la période post-partum que celles ayant déjà eu des enfants, notamment en raison du fait qu'elles ne savaient pas comment la grossesse et l'accouchement allaient se passer et comment prendre soin du nouveau-né après l'accouchement. La littérature a décrit des niveaux plus importants de peur en lien avec l'accouchement chez les femmes nullipares, et les programmes d'éducation prénatale ont démontré être une solution efficace à cette problématique^(66, 67). Une étude menée au cours de la période post-partum et recueillant les questions des femmes ayant accouché pour la première fois, a montré que la majorité des préoccupations et des questions posées concernaient principalement les soins habituels du nouveau-né et l'allaitement. L'ensemble des questions diminuait au fur et mesure que les jours passaient⁽⁶⁸⁾.

Au cours des entretiens, la peur d'être infectée par le SARS-COV-2 a été identifiée comme un frein au suivi de grossesse. L'anxiété liée au risque de contracter la COVID-19, lors des consultations au cours de la grossesse et de la période post-partum, a été également décrite dans la littérature et associée aux informations données par les médias⁽⁶⁹⁾.

Rôle de l'entourage: soutien social

Dans la présente étude, l'entourage familial et amical a été associé à différentes formes de soutien social au cours de la grossesse et de la période post-partum. Dans la littérature, le soutien social est défini comme le réseau dans lequel l'individu perçoit l'aide, l'appui, et l'attention de son entourage familial et amical dans ses activités quotidiennes⁽⁷⁰⁾. Par ailleurs, l'aide dans les activités quotidiennes était le principal élément rapporté par les participant-e-s concernant le rôle de l'entourage familial et amical. La possibilité d'être aidé avec la garde des enfants, les tâches ménagères, et la recherche de nourriture a été particulièrement valorisée, même si, concernant

les partenaires des femmes (couple, mari), ces dimensions étaient perçues comme une forme d'aide et d'appui plutôt que comme une co-responsabilité. De plus, les membres de l'entourage jouaient un rôle de soutien moral assez important, permettant aux femmes de s'encourager mutuellement, de parler et d'échanger, de libérer l'esprit, et d'oublier les mauvaises pensées. Le soutien moral provenant de l'entourage familial a été identifié comme un moyen utile pour faire face à l'isolement et pour soulager les symptômes dépressifs par des mères vivant en habitat 4i⁽⁷¹⁾. De nombreuses études ont montré un effet positif du soutien social sur la réduction du niveau de stress⁽⁷⁰⁾.

Les membres de la famille étaient ceux qui apportaient le plus souvent de l'aide aux femmes, en les accompagnant aux rendez-vous afin de faciliter les déplacements physiques et la communication avec les professionnels, si la barrière de la langue était présente. Cependant, la présence constante du conjoint ou d'un membre de la famille aux rendez-vous fait émerger la question de la confidentialité et de la liberté d'expression⁽³⁹⁾.

Finalement, des solutions de logement transitoires étaient proposées aux femmes par des membres de leur entourage familial et amical jusqu'au moment où une autre solution, stable ou pas, était trouvée. Toutefois, la dépendance aux autres et l'impossibilité d'avoir un chez soi étaient des problèmes souvent évoqués par les femmes logées chez un tiers. Un point de vigilance a été soulevé par plusieurs associations, rapportant des cas d'hébergement contre rémunération ou services (dont sexuels).

Priorités des personnes interviewées

L'ensemble des priorités évoquées par les participant-e-s au cours des entretiens correspondent à celles retrouvées dans la littérature⁽⁷²⁾.

Par ailleurs, le logement, la nourriture, la situation administrative (droit à la justice sociale et au traitement équitable), et le travail (disposer

d'un certain revenu et compter sur un apport durable de ressources) font partie des conditions indispensables et préalables à la santé listées par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, parallèlement aux possibilités d'accéder à l'éducation, et de bénéficier d'un écosystème stable⁽⁷³⁾.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Il est fondamental de prendre en considération les limites de cette étude afin de pouvoir interpréter correctement les résultats.

Le contexte pandémique a fortement influencé le déroulement de la recherche. L'équipe de recherche a dû optimiser la collecte des données dans les fenêtres temporelles d'allègement des mesures de restriction sur le territoire français, empêchant une analyse intermédiaire des premières retranscriptions. Le respect strict des gestes barrières rendait parfois difficile la création d'une situation conviviale et l'instauration d'un lien de confiance avec les participant-e-s à l'étude. Par ailleurs, les données produites doivent être inévitablement contextualisées et mises en perspective avec la pandémie de COVID-19. Au cours des entretiens, les participant-e-s à l'étude avaient la possibilité d'évoquer la pandémie de COVID-19 comme facteur ayant un impact sur leur santé, au même titre que les autres facteurs évoqués.

Dans certains cas, une **difficulté dans la construction d'un lien de confiance** avec les participant-e-s à l'étude a été constatée par l'enquêteur, même après l'explication de l'objectif et du déroulement de la recherche, de l'anonymisation des données collectées, et de l'absence de conséquences sur leur prise en charge globale (par les professionnel-le-s de santé, les organisations, les travailleur-euse-s sociaux-les, et les associations). Le sentiment de méfiance vis-à-vis des institutions et la peur d'être expulsés du lieu de vie étaient les principaux éléments à l'origine de cette barrière à la communication. Par ailleurs, le fait que les entretiens étaient ponctuels et organisés au cours d'une seule rencontre, a rendu laborieuse l'évocation et

l'exploration de certaines thématiques documentées dans la littérature, telles que les inégalités de genre, les violences sexuelles et les addictions.

La réduction du biais de sélection, grâce à l'inclusion des personnes allophones et à la mobilisation d'un interprète, a généré un risque plus important de **biais d'interprétation et de traduction**. Cependant, l'enquêteur a cherché à limiter ce risque en organisant des réunions préparatoires avec les interprètes, permettant de poser le cadre de la recherche, et en suivant les recommandations présentes dans la littérature⁽⁷⁴⁾.

PERSPECTIVES EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE

À la lumière de ce travail et des connaissances actuellement disponibles, deux types d'actions peuvent être recommandées : des actions visant à intervenir sur les déterminants de la santé rencontrés dans les lieux de vie 4i, et des actions palliatives visant à réduire les conséquences de ces déterminants sur la santé. La complexité des habitats 4i et de ses déterminants nécessite une approche mixte qui puisse apporter des solutions cohérentes et efficaces sur le long terme et, parallèlement, des solutions transitoires ayant un effet plus immédiat.

À partir de ces constats, quatre principaux axes d'action ont été identifiés, hiérarchisés comme suit suivant l'ordre d'importance identifié par les participant-e-s :

1. **Sortir de l'habitat 4i** : proposer un logement adapté et digne au-delà de l'hébergement d'urgence.
2. **Développer un système d'aide alimentaire adapté** et respectant les besoins et les habitudes alimentaires des personnes.
3. **Favoriser l'intégration sociale** des personnes vivant en habitat 4i.
4. **Faciliter l'accès au système de soins** et limiter l'impact des lieux de vie 4i sur la santé en proposant une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée.



L'inclusion des personnes directement concernées dans les étapes d'identification, de conception, et de mise en place des solutions, est une posture fondamentale à adopter pour parvenir à un changement du système de soutien global qui soit capable de respecter leurs besoins et leurs nécessités.

Enfin, comme il a été décrit dans la comparaison des résultats de la recherche avec la littérature, l'impact délétère sur la santé des habitats 4i est un point commun partagé par l'ensemble de la population vivant dans ces lieux de vie, indépendamment du fait d'être enceinte ou en période post-partum. Par exemple, l'impact nocif des lieux de vie 4i sur la santé mentale, nutritionnelle, et physique, ainsi que sur l'isolement social, sont des thématiques qui intéressent autant les femmes enceintes ou ayant récemment accouché, que toutes les autres personnes habitant un logement 4i. C'est pour cette raison que les perspectives en termes de santé publique, proposées dans les paragraphes suivants, peuvent être étendues à l'ensemble de la population vivant en habitat 4i, même si elles sont présentées plus spécifiquement en relation à la population étudiée par la présente recherche. Un rappel vers l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme servira à contextualiser cette approche :

«1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; [...].

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. [...]»⁽⁷⁵⁾.

Sortir de l'habitat 4i: proposer un logement adapté et digne au-delà de l'hébergement d'urgence

À partir des résultats de la présente recherche, la première recommandation qu'il est possible d'élaborer est la suivante :

Promouvoir la proposition d'un logement adapté et digne, par l'augmentation du nombre de places dans les centres d'hébergement permettant l'accompagnement et l'insertion sociale (CHRS, CADA, CAES etc.) et par la facilitation de l'accès des personnes vivant en habitat 4i à ce dispositif. Recadrer la fonction des hébergements d'urgence (CHU, HUDA, etc.) et des hôtels, qui doivent reprendre leur rôle de solution transitoire et de courte durée dans l'attente d'un accompagnement vers le dispositif d'insertion.

L'obligation d'accueil inconditionnel est posée par l'Article L. 345-2-2 du code de l'action sociale et des familles (version en vigueur depuis le 25/11/2018) :

« Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence. Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine et garantissant la sécurité des biens et des personnes, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptibles de lui apporter l'aide justifiée par son état, notamment un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un hébergement de stabilisation, une pension de famille, un logement-foyer, un établissement pour personnes âgées dépendantes, un lit halte soins santé ou un service hospitalier. L'hébergement d'urgence prend en compte, de la manière la plus adaptée possible, les besoins de la personne accueillie, notamment lorsque celle-ci est accompagnée par un animal de compagnie. »⁽⁷⁶⁾

Parallèlement, le plan pour le Logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, lancé en septembre 2017 par le Président de la République, identifie 5 axes d'actions pour atteindre ses objectifs :

*« 1. Produire et mobiliser plus de logements abordables et adaptés aux besoins des personnes sans-abri et mal logées.
2. Promouvoir et accélérer l'accès au logement et faciliter la mobilité résidentielle des personnes défavorisées.*

3. Mieux accompagner les personnes sans domicile et favoriser le maintien dans le logement.

4. Prévenir les ruptures dans les parcours résidentiels et recentrer l'hébergement sur ses missions de réponse immédiate et inconditionnelle.

5. Mobiliser les acteurs et les territoires pour mettre en œuvre le principe du Logement d'abord. »⁽⁷⁷⁾

Une hausse importante du nombre des demandes d'asile annuelles enregistré par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) a été observée dans les dernières années (35 520 demandes en 2007 vs 123 625 en 2018, soit + 348 %). Parallèlement, le nombre de places dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile (HUDA, CADA, et CAES) a augmenté également, restant toutefois modeste par rapport à la portée de la demande (en 2018, 46 632 places en CADA, 4 136 place en CAES, et environ 51 000 places en HUDA)⁽⁷⁸⁾. Pour ce qui concerne le dispositif généraliste (CHU, CHRS, hôtels), entre 2010 et 2018, il est possible de constater une augmentation importante du nombre de places dans les CHU et les hôtels, respectivement + 182 % et +249 %, suivie par une faible incrémentation (+14 %) du nombre de places en CHRS⁽⁷⁶⁾.

Si l'ensemble de ces chiffres (dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et dispositif généraliste) sont mis en relation avec l'augmentation de la demande décrite précédemment, une problématique émerge rapidement. En effet, la faible augmentation du nombre des places dans les dispositifs proposant un accompagnement et une intégration sociale est responsable de la saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence et hôtelier, dont l'utilisation se chronicise. Les personnes vivant en habitat 4i cherchent alors de façon itérative des solutions dans le dispositif d'hébergement d'urgence et dans le dispositif hôtelier, sans avoir la possibilité d'être accompagnées vers l'intégration sociale comme prévu



par l'Article L. 345-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

Comme il a été décrit par la présente étude, les centres d'hébergement d'urgence, les hôtels, et même certains centres d'insertion sociale ne constituent pas des solutions d'hébergement adaptées dans le long terme, engendrant plusieurs problématiques de santé. Par ailleurs, une adaptation de ces lieux de vie est nécessaire afin de permettre « des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine et garantissant la sécurité des biens et des personnes » comme précisé dans l'Article L. 345-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

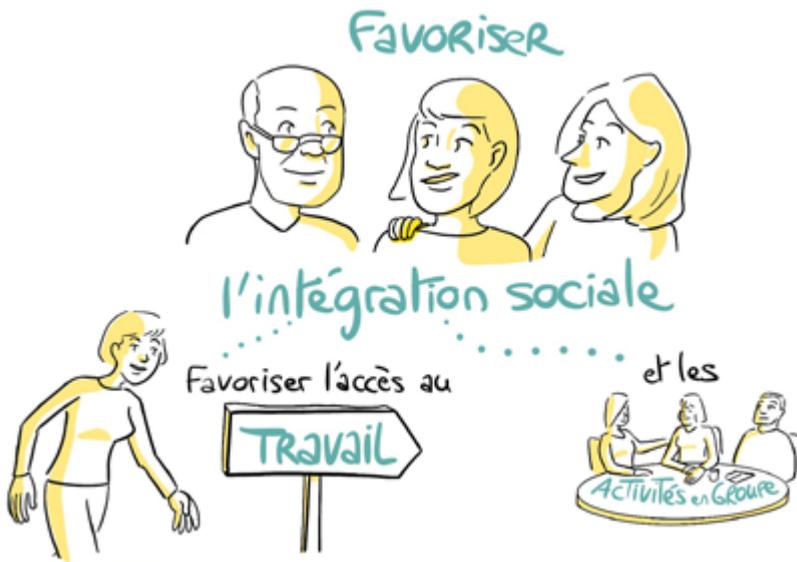
Dans le cadre spécifique des femmes enceintes ou ayant récemment accouché, une proposition de logement adapté devrait être faite par la suite sans forcément passer par les dispositifs hôteliers et par les centres d'hébergement d'urgence, qui dans la majorité des cas ne respectent pas les besoins fondamentaux de cette population. En effet, la grossesse et la période post-partum sont des phases critiques de la vie des mères et des nouveau-nés et nécessitent des vigilances particulières^(79,80).

Développer un système d'aide alimentaire respectant les besoins et les habitudes alimentaires des femmes

Le développement d'un système d'aide alimentaire capable de respecter les besoins des personnes vivant en habitat 4i est également une piste d'action à prioriser. Les difficultés financières, l'absence de cuisine et d'un lieu où stocker la nourriture, ainsi que les distributions alimentaires inadaptées aux habitudes et aux besoins alimentaires des personnes, sont les principaux facteurs responsables de l'insécurité alimentaire vécue par les femmes enceintes ou ayant récemment accouché et vivant en habitat 4i.

Les femmes enceintes ont besoin d'une alimentation saine et variée, comprenant des protéines, des vitamines, et des minéraux afin de pouvoir répondre à leurs besoins et à ceux du fœtus. Les carences de micronutriments au cours de la grossesse sont reliées à un risque accru de développer plusieurs complications capables de dégrader l'état de santé périnatale de la mère et de l'enfant⁽⁷⁹⁾.

Prenant en considération tous ces facteurs, il est possible de proposer une action composée par 2 sous-axes :



→ **La création de lieux d'accueil où les femmes puissent cuisiner et stocker leur nourriture.**

Il est fondamental d'inclure les personnes concernées dans les étapes de conception et de construction de ce dispositif. Les avantages de la mise en place de ce genre de solutions ont été démontrés depuis longtemps. En effet, une étude publiée en 1993 a montré les avantages économiques et nutritionnels associés à la présence d'une cuisine dans ou à proximité hébergements d'urgence⁽⁴⁹⁾. Les personnes ayant accès à une cuisine au sein de leur hébergement d'urgence dépensaient moins d'argent pour acheter de la nourriture, avaient un régime alimentaire de qualité supérieure, et disposaient d'un accès plus vaste aux différents dispositifs de distribution alimentaires (possibilité de collecter de la nourriture à cuisiner) que celles n'y ayant pas accès⁽⁴⁹⁾.

→ **Améliorer la qualité de la nourriture proposée dans les lieux de vie 4i.**

Comme décrit précédemment, le nombre des personnes se retrouvant à chercher de l'aide alimentaire auprès des associations a augmenté, alors que les donations reçues par ces associations restent stables et que les membres du personnel ne sont pas suffisamment formés en matière de nutrition pour fournir des conseils et une éducation alimentaire⁽⁵³⁾. Une amélioration de la qualité et la variété de la nourriture distribuée

par les associations peut être un moyen efficace pour réduire l'insécurité alimentaire expérimentée par la population vivant en habitat 4i, surtout si cette amélioration est concomitante à la mise à disposition d'un lieu où elle peut-être cuisinée rapidement et stockée convenablement. L'extension du choix d'aliments et son adaptation aux habitudes et besoins des personnes aurait un impact direct sur l'ensemble des dimensions de l'insécurité alimentaire (qualitative, quantitative, sociale, et psychologique). L'OMS précise qu'une alimentation saine doit être promue par la consommation de plusieurs aliments (légumes verts et orange, viande, poisson, haricots, noix, céréales complètes et fruits) capable d'apporter un panel suffisamment large de sources d'énergie, de protéines, de vitamines et de minéraux⁽⁷⁹⁾.

Favoriser l'intégration sociale des personnes vivant en habitat 4i

L'isolement social lié au sans-abrisme cause souvent une rupture avec toutes les dimensions de la vie sociale d'une personne. Un lien fort entre intégration sociale et santé a été également documenté, mettant en évidence que le manque d'estime de soi, l'isolement et la stigmatisation

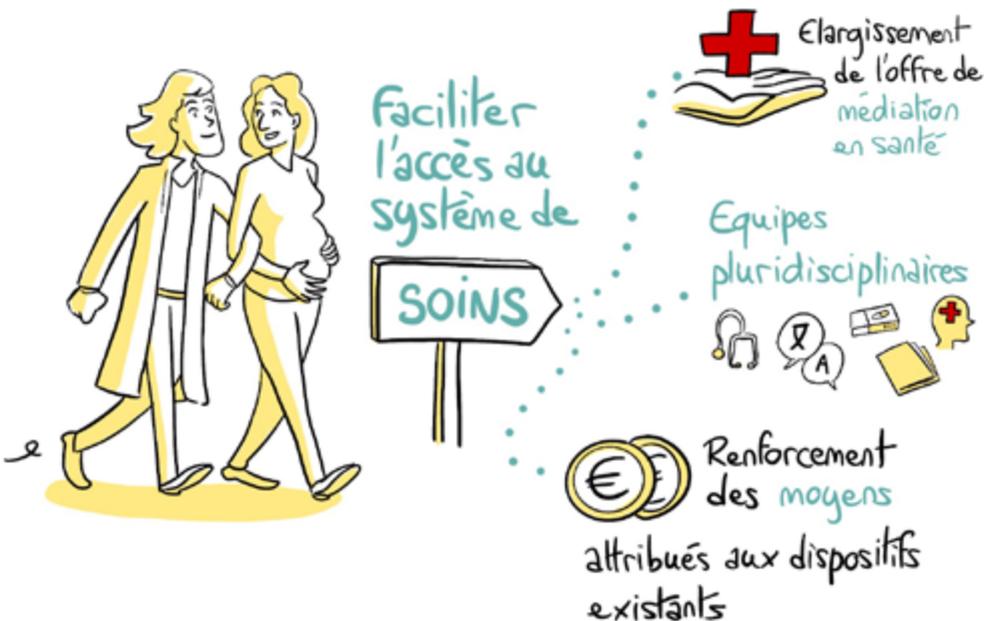
impactent négativement la santé physique et mentale ⁽⁸¹⁾.

Le plan pour le Logement d'abord considère l'intégration sociale comme un concept multidimensionnel qui nécessite différents niveaux et formes de soutien : conseils, informations, soutien pratique, et soutien émotionnel ⁽⁸²⁾.

Les interactions, le partage d'informations, et la création de liens peuvent être facilités par l'accès au travail et par la participation à des activités en groupe (ateliers, temps d'échange et de partage, activités d'éducation et récréatives), traitant des thématiques prioritaires directement par les personnes. Une étude qualitative, menée dans un centre d'hébergement d'urgence aux Pays-Bas, a décrit un impact positif de ce type d'activités sur le bien-être physique, social, et mental des habitant-e-s de ce lieu de vie. En population générale, il a été démontré que la participation à ce genre d'initiatives génère des bénéfices directs, principalement de la satisfaction personnelle, ainsi que des bénéfices indirects, tels que le développement du réseau social, et l'accès à des amis, à des ressources, et

à des propositions d'emploi dignes ⁽⁸³⁾. En outre, la promotion d'activités participatives en groupe fait partie intégrante des recommandations proposées par l'OMS afin d'améliorer la santé maternelle et néonatale des populations ayant un accès limité au système de soins ⁽⁷⁹⁾.

Parallèlement, **le renforcement du réseau d'accompagnement des personnes dans leurs démarches administratives** est nécessaire afin de faciliter l'accès au monde du travail. Une étude menée en Angleterre en 2012 a estimé que seulement entre 2 % et 14 % des personnes hébergées dans le dispositif hôtelier et dans les centres d'hébergement d'urgence travaillent, malgré leur forte motivation à le faire. Au même titre que dans la présente recherche, les personnes interviewées identifiaient dans le travail la possibilité de sortir de la dépendance des allocations et des aides de l'état, ainsi que de trouver leur rôle au niveau de la société, et d'attribuer un sens à leur temps et à leurs actions ⁽⁸⁴⁾. Cependant, comme il a été précédemment expliqué, le statut administratif des personnes vivant en habitat 4i constitue souvent une barrière importante dans ce processus d'émancipation et d'intégration sociale. En effet, la



situation administrative et la précarité financière sont parmi les principaux facteurs à l'origine du sans-abrisme en Europe⁽⁸⁵⁾. Parallèlement, l'absence de revenu est directement connectée au statut administratif : plus les personnes ont une situation administrative instable, plus il est probable qu'elles expérimentent des niveaux importants de précarité financière⁽⁸⁵⁾. L'ensemble de ces constats mettent en évidence l'importance de l'accompagnement social des personnes vivant en habitat 4i dans leurs démarches administratives et dans la recherche d'un emploi, afin de faciliter les premières étapes du processus d'intégration sociale et de sortie de l'habitat 4i⁽⁸⁶⁾.

Faciliter l'accès au système de soins et limiter l'impact des lieux de vie 4i sur la santé en proposant une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée

La réduction des barrières à l'accès aux soins et de l'impact des lieux de vie 4i sur la santé de la population étudiée peut être obtenue par :

- L'élargissement de l'offre en médiation en santé sur le territoire.
- La promotion du travail en équipe multidisciplinaire.
- Le renforcement des moyens attribués aux dispositifs existants qui facilitent l'accès aux soins et la prise en charge des femmes vivant en situation de précarité et d'exclusion (PASS, ELPP, UGOMPS, etc.).

Les médiateur-ric-e-s en santé sont formé-e-s à l'orientation des personnes dans le réseau d'acteurs sociaux et sanitaires présents sur le territoire, en offrant un accompagnement temporaire dans une **démarche d'autonomisation des individus (empowerment)**⁽⁸⁷⁾. Plusieurs interventions en France et à l'étranger, ainsi que le référentiel sur la médiation en santé publié par l'HAS en 2017, ont montré l'efficacité du déploiement d'actions de médiation en santé auprès des publics en situation de précarité, permettant de renforcer l'équité en santé, l'accès aux soins et à la prévention, et le pouvoir d'agir des personnes^(59-62, 87).

Un **travail multidisciplinaire** est fondamental pour prendre en considération et prévenir l'ensemble des conséquences des habitats 4i sur la santé des femmes enceintes ou ayant récemment accouché. Des évaluations globales de la santé (physique, mentale, et sociale), du logement, et de la situation administrative et sociale deviennent donc primordiales pour limiter ces conséquences et, à la fois, pour proposer des solutions visant à réduire la précarité liée au logement, expérimentée par ces femmes. Cette approche permet donc d'affronter la problématique en intervenant en amont sur les déterminants de la santé, et en aval sur leurs conséquences. De nombreuses études ont montré les avantages d'un accompagnement intégré, multidisciplinaire, centré sur « l'aller-vers », et capable d'impliquer les différents acteurs et institutions aux niveaux local et national, sur l'évolution des conditions de logement, du statut social, de l'accès aux soins, et de la fréquence d'utilisation des services de santé⁽⁸⁸⁾. Par ailleurs, ce genre d'actions ont été associées aussi à une satisfaction plus importante des personnes concernées et à une perception d'amélioration de la qualité de l'accompagnement⁽⁸⁹⁾.

Les résultats de la présente recherche, conjointement à ceux énoncés dans la littérature, contribuent à l'élaboration d'une stratégie d'accompagnement reposant sur des équipes composées de professionnels de santé, travailleur-euse-s sociaux-les, médiateur-ric-e-s en santé et interprètes. Il est primordial d'inclure les professionnel-le-s de santé travaillant dans les soins de santé primaires (sages-femmes, infirmiers, médecins généralistes, psychologues, etc.), représentant le premier point de contact entre la population et le système de soins, ainsi que le premier élément d'un processus de soins de santé continu. L'OMS définit les soins de santé primaire comme « *le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace d'améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que le bien-être social.* »⁽⁹⁰⁾. Dans le cadre spécifique des soins prénataux, l'OMS recommande un modèle de soins continus par les sages-femmes, assurant un accompagnement au cours des périodes

prénatale, intra-partum, et postnatale afin de promouvoir une grossesse, un accouchement, et des pratiques parentales saines. Ce modèle confère aux sages-femmes le rôle central de suivre, d'orienter, et de coordonner les femmes et les familles dans une démarche pluridisciplinaire qui puisse assurer leur bien-être physique, psychologique, spirituel, et social⁽⁷⁹⁾.

Cette collaboration entre professionnels sociaux et sanitaires serait capable d'offrir un soutien global, en agissant sur les conséquences sur la santé (physique, mentale, et sociale) des habitats 4i et, parallèlement, sur la plupart des déterminants de la santé documenté dans cette étude. Enfin, il est indispensable d'inclure des interprètes professionnels dans tous les niveaux d'accompagnement offerts par ce dispositif afin de limiter le plus possible la barrière de la langue. Même si l'utilisation d'applications de traduction sur les portables permet de renforcer l'autonomie des personnes et la confidentialité lors de rendez-vous, cela ne doit pas remplacer l'importance de la présence (physique ou par téléphone) d'un-e interprète professionnel-le.

Les dispositifs facilitant l'accès aux soins et la prise en charge des personnes vivant en situation de précarité et d'exclusion sont sous-dimensionnés par rapport à la demande présente, résultant en un long temps d'attente. Une augmentation des moyens alloués à ces dispositifs (par exemple, PASS et ELPP à Nantes) est nécessaire pour assurer une prise en charge dans des délais optimaux et à une échelle géographique plus importante.

Enfin, ce réseau de soutien global nécessite une collaboration structurée et coordonnée entre acteurs agissant dans le domaine sanitaire et social.

CONCLUSIONS

Les femmes enceintes, ou ayant accouché depuis moins de 42 jours, ont perçu un impact délétère des lieux de vie 4i sur l'ensemble des dimensions de la santé (physique, mentale, et sociale). Les principaux facteurs environnementaux, sociaux, et sanitaires identifiés à l'origine de cette perception étaient l'impossibilité de se projeter dans le futur proche, les conditions de vie inadaptées, la précarité financière, la dépendance aux autres, l'isolement social, et les difficultés d'accès aux soins.

La mise en perspective avec la littérature nationale et internationale a permis de donner une vision plus complète de ce phénomène, en soulignant la **correspondance entre les dimensions subjectives (impact perçu) et objectives (évaluation de l'état de santé) de l'impact des lieux de vie 4i sur la santé.** Par ailleurs, le croisement de différentes sources a démontré que ces résultats peuvent être étendus pour la plupart à l'ensemble de la population vivant en habitat 4i, et non seulement aux femmes enceintes ou ayant récemment accouché.

L'accès à un logement digne, adapté, et stable de toutes femmes enceintes ou ayant récemment accouché vivant en habitat 4i est l'intervention à prioriser parmi l'éventail des solutions possibles, étant identifiée comme le point de départ pour

une meilleure santé et pour commencer un parcours d'intégration sociale. Ce point de vue correspond à celui soutenu dans le programme « Logement d'abord » adopté par plusieurs pays européens et nord-américains, qui voit le logement comme l'étape de départ de l'intégration sociale des personnes en situation de sans-abrisme, plutôt que le résultat d'un processus échelonné d'intégration sociale⁽⁹¹⁾. Parallèlement, en attente d'une fluidification du système d'hébergement d'insertion et d'intégration sociale, les actions suivantes peuvent limiter l'impact délétère des habitats 4i sur la santé des femmes enceintes ou en période post-partum (par ordre de priorité):

- Développer un système d'aide alimentaire adapté et respectant les besoins et les habitudes alimentaires des femmes.
- Favoriser l'intégration sociale des femmes vivant en habitat 4i.
- Faciliter l'accès au système de soins et promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire et adaptée.

Enfin, **l'implication des habitant·e·s du 4i dans la réflexion et dans le développement des dispositifs qui les concernent est une étape à prioriser** afin de proposer des solutions qui soient efficaces et adaptées aux attentes et aux besoins de cette population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sans-abri [Internet]. [cité 13 janv 2021].
Disponible sur : <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=fr>.
2. L'habitat indigne - ANIL [Internet]. ANIL. [cité 26 août 2021]. Disponible sur : <https://www.anil.org/habitat-indigne>.
3. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion [Internet]. [cité 16 févr 2022].
Disponible sur : <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>.
4. 25e rapport sur l'état du mal-logement en France 2020 [Internet]. Fondation Abbé Pierre. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/25e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2020>.
5. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. :4.
6. ENFAMS: Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France Premiers résultats de l'enquête quantitative [Internet]. [cité 22 avr 2021].
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>.
7. Dixième état des lieux national des campements illicites et bidonvilles [Internet]. Gouvernement. fr. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/dixieme-etat-des-lieux-national-des-campements-illicites-et-bidonvilles>.
8. Bilan 2019 Restaurants du Cœur de Loire Atlantique. Manuscrit non publié.
9. Mémoire pour le Diplôme Universitaire Précarité, santé maternelle et périnatale Université Paris-Descartes. « T'as combien de 115 aujourd'hui ? ». Quand la maternité s'adapte à la grande précarité. Manuscrit non publié.
10. La question de la prise en charge sanitaire des demandeurs d'asile. France terre d'asile, Direction de l'accompagnement et de l'hébergement des demandeurs d'asile, 10 octobre 2013, contribution santé des demandeurs d'asile, concertation asile.
11. PRESENTATION DU SIAO 44 - CD 2019 v4 - Saint Nazaire. Manuscrit non publié.
12. A D, A D. Renforcer l'accès et le maintien dans le logement [Internet]. Ministère des Solidarités et

- de la Santé. 2021 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/rua/article/renforcer-l-acces-et-le-maintien-dans-le-logement-ainsi-que-l-acces-a-l>.
13. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Community*. sept 2020;28(5):1380-93.
 14. Begun S. The Paradox of Homeless Youth Pregnancy: A Review of Challenges and Opportunities. *Soc Work Health Care*. 28 mai 2015;54(5):444-60.
 15. Clark RE, Weinreb L, Flahive JM, Seifert RW. Homelessness Contributes To Pregnancy Complications. *Health Aff (Millwood)*. janv 2019;38(1):139-46.
 16. Reilly KH, Zimmerman R, Huynh M, Kennedy J, McVeigh KH. Characteristics of Mothers and Infants Living in Homeless Shelters and Public Housing in New York City. *Matern Child Health J*. mai 2019;23(5):572-7.
 17. Little M, Shah R, Vermeulen MJ, Gorman A, Dzendoletas D, Ray JG. Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy. *Can Med Assoc J*. 13 sept 2005;173(6):615-8.
 18. Carrion BV, Earnshaw VA, Kershaw T, Lewis JB, Stasko EC, Tobin JN, et al. Housing Instability and Birth Weight among Young Urban Mothers. *J Urban Health*. févr 2015;92(1):1-9.
 19. Cutts DB, Coleman S, Black MM, Chilton MM, Cook JT, de Cuba SE, et al. Homelessness During Pregnancy: A Unique, Time-Dependent Risk Factor of Birth Outcomes. *Matern Child Health J*. juin 2015;19(6):1276-83.
 20. McCloskey L, Plough AL, Power KL, Higgins CA, Cruz AN, Brown ER. A community-wide infant mortality review: findings and implications. *Public Health Rep Wash DC* 1974. avr 1999;114(2):165-77.
 21. Health behaviors and infant health outcomes in homeless pregnant women in the United States - PubMed [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21824881>.
 22. Le guide de la santé sexuelle et reproductive | Médecins du Monde [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2013/04/30/le-guide-de-la-sante-sexuelle-et-reproductive>.
 23. Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide: EXECUTIVE SUMMARY [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur : <http://helid.digicollection.org/en/d/Js2890e/2.html>.
 24. CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf.
 25. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397-418.
 26. Schanzer B, Dominguez B, Shrout PE, Caton CLM. Homelessness, Health Status, and Health Care Use. *Am J Public Health*. mars 2007;97(3):464-9.
 27. Moore G, Gerdtz M, Manias E. Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature. *Australas Emerg Nurs J*. 1 nov 2007;10(4):178-85.
 28. Vila-Rodriguez F, Panenka WJ, Lang DJ, Thornton AE, Vertinsky T, Wong H, et al. The hotel study: multimorbidity in a community sample living in marginal housing. *Am J Psychiatry*. déc 2013;170(12):1413-22.
 29. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet Lond Engl*. 25 oct 2014;384(9953):1529-40.
 30. Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Rev*. 2001;29(1):13-33.
 31. homelessness-and-health.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur : <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/homelessness-and-health.pdf>.
 32. People I of M (US) C on HC for H. Health Problems of Homeless People [Internet]. Homelessness, Health, and Human Needs. National Academies Press (US); 1988 [cité 21 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218236>.
 33. Ayano G, Belete A, Duko B, Tsegay L, Dachew BA. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia

- and major depressive disorders among homeless people. *BMJ Open*. 23 févr 2021;11(2):e040061.
34. Crawford DM, Trotter EC, Hartshorn KJS, Whitbeck LB. Pregnancy and Mental Health of Young Homeless Women. *Am J Orthopsychiatry*. avr 2011;81(2):173-83.
 35. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. Observatoire du Samu social; 2004 [cité 21 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>.
 36. Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>.
 37. Baromètre dépression « Anadep » / Portail Epidémiologie - France | Health Databases [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur : <https://epidemiologie-france.avie-san.fr/epidemiologie-france/fiches/barometre-depression-anadep>.
 38. Meadows-Oliver M. Mothering in Public: A Meta-Synthesis of Homeless Women With Children Living in Shelters. *J Spec Pediatr Nurs*. 2003;8(4):130-6.
 39. Étude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise - ORS Auvergne-Rhône-Alpes (février 2019 ; mise en ligne : 13 novembre 2019) [Internet]. ORS Auvergne-Rhône-Alpes. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur : <http://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/etude-qualitative-parcours-suivi-femmes-enceintes-situation-de-precarite-metro-pole-lyonnaise-ors-auvergne-rhone-alpes-fevrier-2019-mise-ligne-13-novembre-2019>.
 40. Bassuk EL, Weinreb L. Homeless pregnant women: Two generations at risk. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(3):348-57.
 41. Tischler V, Rademeyer A, Vostanis P. Mothers experiencing homelessness: mental health, support and social care needs. *Health Soc Care Community*. 2007;15(3):246-53.
 42. Weinreb L, Browne A, Berson JD. SERVICES FOR HOMELESS PREGNANT WOMEN: Lessons From the Field. *Am J Orthopsychiatry*. 1995;65(4):492-501.
 43. Suglia SF, Duarte CS, Sandel MT. Housing Quality, Housing Instability, and Maternal Mental Health. *J Urban Health*. déc 2011;88(6):1105-16.
 44. Hazekamp C, Yousuf S, Day K, Daly MK, Sheehan K. Eviction and Pediatric Health Outcomes in Chicago. *J Community Health*. oct 2020;45(5):891-9.
 45. No Safe Place: Sexual Assault in the Lives of Homeless Women [Internet]. VAWnet.org. [cité 23 juill 2021]. Disponible sur : <https://vawnet.org/material/no-safe-place-sexual-assault-lives-homeless-women>.
 46. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. 1 août 2019;57(2):262-72.
 47. Sprake EF, Russell JM, Barker ME. Food choice and nutrient intake amongst homeless people. *J Hum Nutr Diet*. juin 2014;27(3):242-50.
 48. Share M. Housing, food and dignity: the food worlds of homeless families in emergency accommodation in Ireland. *J Soc Distress Homelessness*. 2 juill 2020;29(2):137-50.
 49. Wiecha JL, Dywer JT, Jacques PF, Rand WM. Nutritional and economic advantages for homeless families in shelters providing kitchen facilities and food. *J Am Diet Assoc*. 1 juill 1993;93(7):777-83.
 50. Hernandez DC, Daundasekara SS, Arlinghaus KR, Tobar N, Reitzel LR, Kendzor DE, et al. Cumulative Risk Factors Associated with Food Insecurity among Adults who Experience Homelessness. *Health Behav Res*. mars 2019;2(1):7.
 51. Richards R, Smith C. The impact of homeless shelters on food access and choice among homeless families in Minnesota. *J Nutr Educ Behav*. avr 2006;38(2):96-105.
 52. Smith C, Richards R. Dietary intake, overweight status, and perceptions of food insecurity among homeless Minnesotan youth. *Am J Hum Biol*. 2008;20(5):550-63.
 53. Bazerghi C, McKay FH, Dunn M. The Role of Food Banks in Addressing Food Insecurity: A Systematic Review. *J Community Health*. 1 août 2016;41(4):732-40.
 54. Cusack L, van Loon A, Kralik D, Arbon P, Gilbert S. Extreme weather-related health needs of people who are homeless. *Aust J Prim Health*. 2013;19(3):250.

55. Monasta L, Andersson N, Ledogar RJ, Cockcroft A. Minority Health and Small Numbers Epidemiology: A Case Study of Living Conditions and the Health of Children in 5 Foreign Romá Camps in Italy. *Am J Public Health*. nov 2008;98(11):2035-41.
56. Rimawi BH, Mirdamadi M, John JF. Infections and Homelessness: Risks of Increased Infectious Diseases in Displaced Women: Infections and Homelessness. *World Med Health Policy*. juin 2014;6(2):118-32.
57. Anthonj C, Setty KE, Ezbakhe F, Manga M, Hoesser C. A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural context, and obstacles to improvement. *Int J Hyg Environ Health*. 1 mai 2020;226:113506.
58. Steketee G, Ross AM, Wachman MK. Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 1 déc 2017;107(S3):S256-66.
59. Katona C, Gutási É, Papp M, Varga O, Kósa K. Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary. *BMC Fam Pract*. 17 oct 2020;21:212.
60. Kósa K, Katona C, Papp M, Fűrjes G, Sándor J, Bíró K, et al. Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary. *BMC Fam Pract*. 28 janv 2020;21(1):19.
61. Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>.
62. rapport-final-dévaluation-2011-2012-du-programme-expérimental-de-médiation-sanitaire.pdf [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur : <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2012/08/rapport-final-d%C3%A9valuation-2011-2012-du-programme-exp%C3%A9rimental-de-m%C3%A9diation-sanitaire.pdf>.
63. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(1):1-11.
64. McLeish J, Redshaw M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 janv 2017;17(1):28.
65. Bloom KC, Bednarzyk MS, Devitt DL, Renault RA, Teaman V, Van Loock DM. Barriers to prenatal care for homeless pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. août 2004;33(4):428-35.
66. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scand J Behav Ther* [Internet]. 5 nov 2010 [cité 28 juill 2021]; Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02845710121310>.
67. Women's worries in first pregnancy: Results from a randomised controlled trial. *Sex Reprod Healthc*. 1 déc 2013;4(4):129-31.
68. Osman H, Chaaya M, El Zein L, Naassan G, Wick L. What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health*. déc 2010;10(1):1-6.
69. Karavadra B, Stockl A, Prosser-Snelling E, Simpson P, Morris E. Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 oct 2020;20(1):600.
70. Schrag A, Schmidt-Tieszen A. Social Support Networks of Single Young Mothers. *Child Adolesc Soc Work J*. 1 août 2014;31(4):315-27.
71. Moore R. Coping with homelessness: an expectant mother's homeless pathway. *Hous Care Support*. 1 janv 2014;17(3):142-50.
72. Linn LS, Gelberg L. Priority of basic needs among homeless adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 janv 1989;24(1):23-9.
73. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. [cité 30 juill 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/health-workforce/world-directory-of-medical-schools/health-promotion>.
74. Edwards R. A critical examination of the use of interpreters in the qualitative research process. *J Ethn Migr Stud*. 1 janv 1998;24(1):197-208.

75. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [cité 21 août 2021]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights>.
76. Hébergement d'urgence : renforcer le pilotage pour mieux maîtriser les financements - Sénat [Internet]. [cité 2 août 2021]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-614-notice.html>.
77. Logement d'abord [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 2 août 2021]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>.
78. Projet de loi de finances pour 2021: Immigration, asile et intégration [Internet]. [cité 21 août 2021]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/l20-138-316/l20-138-3169.html>.
79. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>.
80. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. World Health Organization; 2014 [cité 19 août 2021]. 62 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>.
81. Improving Health and Social Integration through Housing First - Full Report.pdf.
82. 3.3. Social Integration [Internet]. Housing First Europe Hub. [cité 7 août 2021]. Disponible sur : <https://housingfirsteurope.eu/guide/delivering-support-housing-first/social-integration>.
83. Rutenfrans-Stupar M, Van Der Plas B, Den Haan R, Regenmortel TV, Schalk R. How is participation related to well-being of homeless people? An explorative qualitative study in a Dutch homeless shelter facility. *J Soc Distress Homelessness*. 2 jan 2019;28(1):44-55.
84. Keeping Work Summary Report Longitudinal Qualitative Research On Homeless People S Experiences of Starting and Staying in Work Summary Report | PDF | Homelessness | Employment [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur : <https://www.scribd.com/document/211229540/Keeping-Work-Summary-Report-Longitudinal-Qualitative-Research-on-Homeless-People-s-Experiences-of-Starting-and-Staying-in-Work-Summary-Report>.
85. BRU_3690_RapportMigrants_FR_3_BD.pdf [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur : https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/BRU_3690_RapportMigrants_FR_3_BD.pdf.
86. Bretherton J, Pleace N. Is Work an Answer to Homelessness? : Evaluating an Employment Programme for Homeless Adults. *Eur J Homelessness*. 20 avr 2019;59-83.
87. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 août 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins.
88. Jego M, Abcaya J, Stefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. févr 2018;15(2):309.
89. Integrating health care for homeless people: Experiences of the KHP Pathway Homeless Team | British Journal of Healthcare Management [Internet]. [cité 6 août 2021]. Disponible sur : <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjhc.2016.22.4.215>.
90. Soins de santé primaires [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
91. L'approche logement d'abord [Internet]. Housing First Europe Hub. [cité 8 août 2021]. Disponible sur : <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/lapproche-logement-dabord>.

ANNEXES

ANNEXE 1.

Avis favorable du comité d'éthique

<p>AVIS Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)</p>	
<p>Nom du protocole Code et versioning</p>	<p>Protocole 4i « Perception de l'impact de l'environnement sur la santé par des femmes enceintes, ou ayant accouché depuis moins de 42 jours, vivant en habitat 4i (instable, informel, indigne, insalubre) »</p>
<p>Investigateur principal</p>	<p>Giulio Borghi Interne de Santé Publique – Programme 4i Médecins du Monde Pays de la Loire 33 rue Fouré, 44000 Nantes giulio.borghi@medecinsdumonde.net Tél : 02.40.95.35.73</p>
<p>Lieu de l'étude</p>	<p>Médecins du Monde Pays de la Loire Plusieurs lieux de vie 4i, service de suite de couche du CHU de Nantes, UGOMPS, hébergement d'urgence et d'insertion</p>
<p>Type de l'étude</p>	<p>Etude qualitative multi-sites</p>
<p>Type patients/participants</p>	<p>femmes et couple/ entourage familial et/ou amical de femmes enceintes et/ou ayant accouché depuis moins de 42 jours et vivant en habitat 4i dans l'agglomération nantaise</p>
<p>Nombre de patients/participants prévus</p>	<p>30</p>
<p>Objectif principal</p>	<p>Comprendre comment la santé des femmes ayant accouché depuis moins de 42 jours et vivant en habitat 4i dans l'agglomération nantaise, se voit impactée par des facteurs environnementaux, sociaux et sanitaires.</p>
<p>Objectifs secondaires</p>	<p>- Décrire la perception de ces femmes relativement aux facteurs/déterminants qu'elles auraient</p>

	<p>identifiés comme ayant un impact sur leur santé au cours de la grossesse et de la période post-accouchement,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décrire le parcours de soins de ces femmes et explorer leur vécu/leur perception sur celui-ci, - Préciser le rôle du couple et/ou de l'entourage familial/amical au cours de la grossesse et de la période post-accouchement, - Mettre en évidence les stratégies d'adaptation adoptées par la population étudiée au cours de la grossesse et de la période post-accouchement, - Décrire la perception du couple et/ou des personnes faisant partie de leur entourage familial/amical des facteurs/déterminants ayant un impact sur la santé des femmes au cours de la grossesse et de la période post-accouchement
--	--

Documents communiqués

Justification de l'étude	Oui
Méthodologie	Oui
Lettre d'information et lettre de consentement	Lettre d'information

Remarque générale
Le GNEDES formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

Confidentialité

Confidentialité	Oui
Anonymat	Oui
CNIL	NA

Commentaires :
Confidentialité et anonymat bien respectés. Pas nécessité de déclaration à la CNIL (hors loi Jardé)

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	Oui
Type consentement préférable	Oral
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires :
Le consentement oral est adapté au sujet de l'étude

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Oui
But de l'étude	Oui
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	Oui
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	Non
Traçabilité dans le dossier	Non

Commentaires :

Conclusion

Avis favorable	Oui, sous réserve des modifications préconisées
Révision nécessaire selon commentaires	Il conviendra de mentionner ou non la possibilité de connaître les résultats de l'étude dans la lettre d'information et prévoir cet item dans le formulaire de recueil des données. Prévoir de tracer la participation à l'étude dans le dossier médical des femmes hospitalisées ?
Avis défavorable	

GNEDS : Professeur Paul BARRIERE

Le 16.12.20

WS - -

ANNEXE 2.

Lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours

Établissement responsable de la recherche : Médecins du Monde (MdM)

Bonjour Madame,

Nous travaillons pour l'association Médecins du Monde. Nous vous remercions de votre disponibilité pour la présentation de l'étude sur la santé des femmes vivant en habitat 4i (instable, informel, indigne, insalubre), organisée par MdM en partenariat avec le CHU de Nantes.

Votre refus ou votre accord de participation est libre et volontaire. Votre participation à la recherche pourra être interrompue à tout moment et sans justification. Votre refus ou votre interruption de participation seront sans conséquence pour vous ou votre prise en charge au CHU de Nantes et par d'autres professionnel-le-s de santé, travailleur-euse-s sociaux-les, organisations, associations.

Médecins du Monde est une association médicale qui travaille en France et à l'étranger. Notre principal objectif est d'améliorer l'accès aux soins. Nous intervenons auprès et avec des personnes particulièrement précaires et vulnérables. Par exemple, dans la région, nous travaillons avec les personnes détenues et avec les mineurs étrangers pour que leurs droits soient respectés et qu'ils aient un meilleur accès au système de santé.

L'objectif de notre recherche est de pouvoir mieux comprendre votre situation, votre définition de santé et de bien-être, votre parcours de soins, et l'impact que vous percevez de l'environnement sur votre santé.

Nous menons cette recherche pour produire des données probantes à partir desquelles une stratégie de plaidoyer pourrait être construite.

Nous prévoyons la diffusion des résultats de la recherche au printemps 2021 au sein du comité de partage de la recherche (en cours de constitution).

À votre demande, il sera aussi possible de vous en faire une restitution personnalisée (par email *@medecinsdumonde.net ou par téléphone via le secrétariat de MDM : 02*****).

La première partie de l'entretien individuel sera composée par des questions ouvertes qui visent à explorer l'impact perçu de l'environnement sur votre santé. Dans un second temps, nous allons vous poser des questions fermées qui nous permettront de mieux vous connaître.

Prenez le temps de répondre à toutes les questions, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons connaître votre avis, votre expérience.

Les informations collectées resteront confidentielles, seront seulement utilisées pour cette étude et seront détruites après la rédaction du rapport final.

Si vous acceptez de participer, les discussions qui auront lieu pendant les entretiens seront enregistrées. Le contenu des différents entretiens sera analysé et résumé dans un article publié dans une revue scientifique. L'anonymat et la confidentialité seront garantis par l'utilisation d'un code d'inclusion unique, autrement dit, aucune information identifiante (ex : prénom/nom) ne sera contenue dans ces écrits. Les enregistrements des entretiens ne seront utilisés dans aucun contexte autre que celui de l'étude, et seront effacés après la retranscription.

Seriez-vous d'accord pour l'enregistrement de l'entretien et une prise de note de ma part ?

ANNEXE 3.

Guide d'entretien individuel semi-directif destiné aux femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours

Date :

Lieu :

Prénom de l'enquêteur :

Entretien en français : oui | non

Prénom de l'interprète (si présent) :

Accord oral de la participante : oui | non

« L'objectif de cette première partie est de pouvoir vous laisser exprimer librement sur comment votre lieu de vie impacte votre santé et sur comment vous faites lorsque vous avez des problèmes/besoins de santé au cours de la grossesse et de la période post-accouchement ».

Exploration des représentations de la santé

Représentation autour de la santé

Que signifie pour vous être en bonne santé ?

- Quels sont les éléments qui vous font vous sentir en bonne santé ou pas ?
- Quels sont les signaux qui vous font dire que vous êtes en bonne santé ou mauvaise santé ?

Identification des problématiques

Dans les derniers 15 jours, quelles préoccupations avez-vous eu concernant votre santé ?

- Quels sont les défis les plus importants que vous rencontrez pour vous maintenir en bonne santé ?
- Comment faites-vous pour garder une bonne santé ?

**Pour quelles raisons pensez-vous avoir rencontré ces problématiques ?
(Reprendre les problèmes identifiés)**

Si la personne manifeste être malade ou avoir de problèmes de santé :

- Comment avez-vous fait pour vous soigner ? Qu'est-ce qui a été aidant/difficile ?

Perception de l'impact d'un lieu de vie 4i sur la santé

Description du lieu de vie

Pouvez-vous nous décrire votre lieu de vie, et les lieux où vous avez vécu depuis le début de votre grossesse ?

Impact du lieu de vie sur la santé et la grossesse

Comment vos conditions de vie d'aujourd'hui impactent ou influencent votre santé que ce soit de façon positive ou négative ?

- Plus précisément sur votre grossesse et la santé de votre bébé ?
- Qu'est-ce qui vous semble aidant/difficile depuis le début de votre grossesse ? (Aide matériel / humaine)
- Pouvez-vous me décrire une journée type ?
- Quelles sont les activités que vous faites dans votre lieu de vie ?

Qu'est-ce qui vous aide pour prendre soins de vous et de votre enfant pendant et après la grossesse (aide matériel/humain ...) ?

Qu'est-ce qui vous manque pour prendre soins de vous et de votre enfant pendant et après la grossesse (aide matériel/humain ...) ?

Parcours de soins / suivi de grossesse

Description parcours de soins et suivi de grossesse

Pouvez-vous m'expliquer comment se passe le suivi médical de votre grossesse ? (Par quel professionnel.le ? Où ?)

- *Si suivie* : Comment vous avez commencé à vous faire suivre pour votre grossesse ?
- Comment avez-vous été accueillie ?
- Qu'est-ce que vous avez ressenti ?
- Quels ont été les facteurs aidants/bloquants au suivi de grossesse ?
- *Si non suivie* : Pourriez nous décrire vos raisons ? Quelles difficultés avez-vous rencontré pour accéder au suivi de grossesse ?

Stratégies d'adaptation

(Si le sujet n'était pas encore abordé) **Comment faites-vous pour vous orienter dans le système de soins / d'accompagnement ?**

Rôle du soutien social et/ou de l'entourage familial/amical au cours de la grossesse et de la période postpartum

Impact de l'entourage familial/amical sur la santé et sur la grossesse

Pourriez-vous me parler de la participation des personnes de votre entourage (couple et/ou entourage familial/amical) pendant votre grossesse et après l'accouchement, que cette participation vous semble positive ou négative ? Vous sentez-vous soutenue par de la famille ou des amis ?

- *Si oui* : Comment votre couple/famille/amis impactent de façon positive ou négative votre santé et la grossesse ?
- *Si non* : Quels sont les difficultés que vous rencontrés dû à l'absence d'un entourage familial/amical ?

ANNEXE 4.

Lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé de l'entourage familial ou amical des femmes

Établissement responsable de la recherche : Médecins du Monde (MdM)

Bonjour Madame, Monsieur,

Nous travaillons pour l'association Médecins du Monde et nous vous informons de la réalisation d'une étude sur la santé des femmes vivant en habitat 4i (instable, informel, indigne, insalubre), organisée par MdM en partenariat avec le CHU de Nantes.

Cette recherche va être présentée ou a été présentée à une femme que vous connaissez et dont vous faites partie de l'entourage ou du couple.

Votre refus ou votre accord de participation est libre et volontaire. Votre participation à la recherche pourra être interrompue à tout moment et sans justification. Votre refus ou votre interruption de participation seront sans conséquence pour la femme que vous connaissez ou sa prise en charge au CHU de Nantes ainsi que par d'autres professionnels de santé, travailleurs sociaux, les organisations, associations.

Médecins du Monde est une association médicale qui travaille en France et à l'étranger. Notre principal objectif est d'améliorer l'accès aux soins. Nous intervenons auprès et avec des personnes particulièrement précaires et vulnérables. Par exemple, dans la région, nous travaillons avec les personnes détenues et avec les mineurs étrangers pour que leurs droits soient respectés et qu'ils aient un meilleur accès au système de santé.

L'objectif de notre recherche est de pouvoir mieux comprendre la situation des femmes vivant en situation 4i, leur définition des concepts de santé et de bien-être, leur parcours de soins, et l'impact que perçu de l'environnement sur votre santé.

Nous menons cette recherche pour produire des données probantes à partir desquelles une stratégie de plaidoyer pourrait être construite.

Nous prévoyons la diffusion des résultats de la recherche au printemps 2021 au sein du comité de partage de la recherche (en cours de constitution). A votre demande, il sera aussi possible de vous en faire une restitution personnalisée (par email *@medecinsdumonde.net ou par téléphone via le secrétariat de MDM : 02*****).

La première partie de l'entretien individuel sera composée par des questions ouvertes qui visent à explorer l'impact perçu de l'environnement sur votre santé. Dans un second temps, nous allons vous poser des questions fermées qui nous permettront de mieux vous connaître.

Prenez le temps de répondre à toutes les questions, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, nous souhaitons connaître votre avis, votre expérience.

Les informations collectées resteront confidentielles, seront seulement utilisées pour cette étude et seront détruites après la rédaction du rapport final.

Si vous acceptez de participer, les discussions qui auront lieu pendant les entretiens seront enregistrées. Le contenu des différents entretiens sera analysé et résumé dans un article publié dans une revue scientifique. L'anonymat et la confidentialité seront garantis par l'utilisation d'un code d'inclusion unique, autrement dit, aucune information identifiante (ex : prénom/nom) ne sera contenue dans ces écrits. Les enregistrements des entretiens ne seront utilisés dans aucun contexte autre que celui de l'étude, et seront effacés après la retranscription.

Seriez-vous d'accord pour l'enregistrement de l'entretien et une prise de note de ma part ?

ANNEXE 5.

Guide d'entretien individuel semi-directif destiné à l'entourage familial ou amical des femmes

Date:

Lieu:

Prénom de l'enquêteur:

Entretien en français: oui | non

Prénom de l'interprète (si présent):

Accord oral de la participante: oui | non

« L'objectif de cet entretien est de pouvoir vous laisser exprimer librement sur comment le lieu de vie impacte la santé et sur comment votre amie/sœur/femme (...) fait lorsqu'elle a des problèmes/besoins de santé au cours de la grossesse et de la période post-accouchement ».

Exploration des représentations de la santé

Représentation autour de la santé

Que signifie pour vous être en bonne santé ?

- Quels sont les éléments qui vous font vous sentir en bonne santé ou pas ?
- Quels sont les signaux qui vous font dire que vous êtes en bonne santé ou mauvaise santé ?

Perception de l'impact d'un lieu de vie 4i sur la santé

Description du lieu de vie

Pouvez-vous nous décrire le lieu de vie de votre amie/sœur/femme (...), et les lieux où elle a vécu depuis le début de sa grossesse ?

Impact du lieu de vie sur la santé et la grossesse

Comment, selon vous, les conditions de vie de votre amie/sœur/femme (...) impactent ou influencent sa santé que ce soit de façon positive ou négative, et plus précisément la grossesse et la santé de son bébé ?

- Qu'est-ce qui, pour vous, peut être aidant/difficile depuis le début de sa grossesse ? (Aide matérielle/humaine)

Qu'est-ce qui a pu l'aider à prendre soins d'elle-même et de son enfant pendant et après la grossesse (aide matérielle/humaine...) ?

Qu'est-ce qui peut lui manquer pour prendre soins d'elle-même et de son enfant pendant et après la grossesse (aide matérielle/humaine...) ?

Parcours de soins / suivi de grossesse

Suivi de grossesse

Pourriez-vous me décrire comment se passe/s'est passé le suivi de grossesse de votre amie/sœur/femme (...) ?

- *Si suivie* : Comment elle a été accueillie ?
- Qu'est-ce que vous avez ressenti ?
- Quels ont été les facteurs aidants/bloquants au suivi de grossesse ?
- *Si non suivie* : Quelles difficultés elle a rencontrées pour accéder au suivi de grossesse ?

Stratégies d'adaptation

(Si le sujet n'était pas encore abordé) **Comment elle fait pour se retrouver dans le système de soins / d'accompagnement ?**

