

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2021

N° 2021-173

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE)

par

Giulio BORGHI

né le 24/02/1993 à Mirandola (MO), Italie

Présentée et soutenue publiquement le 08/10/2021

**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)**

Président : Madame le Professeur Leïla MORET

Directeur de thèse : Docteur Pascal CAILLET

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont aux personnes qui ont accepté de participer à cette étude et de partager leurs points de vue. J'espère que les résultats de cette recherche seront utilisés par les différents acteurs de la santé publique avec l'objectif d'apporter des solutions concrètes aux problématiques identifiées, toujours en respectant les priorités et les besoins des populations concernées.

Merci au Professeur Leïla Moret de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre accueil parmi les internes de santé publique de Nantes et pour votre soutien au cours de mon parcours d'internat.

Je remercie le Dr Pascal Caillet d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidé dans ce parcours. Ta disponibilité, tes conseils, et ton aide tout au long de ce travail ont été essentiels.

Merci à Juan-Diego Poveda, pour m'avoir accompagné dans la découverte de la recherche qualitative. La qualité de ton expertise et de ta pédagogie m'a permis d'appréhender ce domaine en toute tranquillité et sécurité. Un grand merci aux autres membres de la DSP et de la DOF de MdM qui m'ont suivi et encadré. Votre regard et vos réflexions sur ce travail ont été très enrichissants.

Merci aux Docteurs Christine Bobin-Dubigeon, Jean-François Huon, et Solène Vigoureux d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Je remercie chaleureusement la délégation nantaise de Médecins du Monde pour m'avoir confié ce travail et pour m'avoir accueilli au sein de leur équipe. Merci à Sylvaine, pour ta bienveillance et pour ta supervision au cours de mon stage dans l'équipe 4i. Merci à Katell, Alice, Fanny, et Claire pour les moments de réflexion et de partage. Cette expérience m'a permis d'explorer mes propres représentations sur plusieurs thématiques de santé publique et d'évoluer dans ma posture d'intervenant dans ce domaine.

Merci à Maxime, pour ton support méthodologique et pour ton encadrement dans le domaine de la réglementation des pratiques de recherche.

Merci à Maud Poirier, à Marianne Nouhaud, et à Agathe Pinson pour votre aide dans la conception et déroulement de cette recherche. Je voulais remercier également l'ensemble des associations

qui m'ont accompagné dans les différents lieux de vie 4i au cours de la phase de collecte des données.

Mes plus grands remerciements vont à Claudia pour l'énergie et la motivation que tu m'as transmis quotidiennement. La possibilité de partager avec toi les réflexions, les expériences, et les émotions de chaque jour a rendu ces années inoubliables.

Un énorme merci à mes parents, à ma sœur, et à mes grands-parents. Vous m'avez toujours supporté et encouragé à suivre mes rêves et mes passions. Vi ringrazio con tutto il cuore.

Merci à mes co-internes de Santé Publique, aux collègues, et aux ami.e.s que j'ai rencontré.e.s au cours de ces dernières années. Je considère la rencontre des différentes personnes, ainsi que le partage et l'échange de réflexions, comme des sources importantes d'évolution personnelle et les meilleures façons de découvrir le monde.

Je dédie ce travail de thèse à ma nièce Giselle. Tu me trouveras toujours à ton côté.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

4i :	Instables, indignes, insalubres, informels
APTM :	Association pour l'accueil social et administratif des migrants et de leurs familles
CADA :	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAES :	Centre d'Accueil et d'Examen des Situations administratives
CAFDA :	Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHU :	Centre d'Hébergement d'Urgence
DIHAL :	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
CNIL :	Commission Nationale Informatique et Liberté
CNNSE :	Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant
DOF :	Direction des Operations France
DSP :	Direction Santé et Plaidoyer
DSSR :	Droits et Santé Sexuels et Reproductifs
ELPP :	Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité
ENFAMS (enquête) :	Enfants et familles sans logement
ETHOS :	European Typology of Homelessness and housing exclusion
GNEDS :	Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
HUDA :	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
IPP :	Identifiant Permanent du Patient
MdM :	Médecins du Monde
OFPRA :	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMF :	Ordre de Malte France
ORS :	Observatoire Régional de la Santé
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SIAO44 :	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation 44
SIG :	Suivi Intensif de la Grossesse

SPIn :	Santé Publique Interventionnelle
UGO :	Urgences Gynécologiques-Obstétriques
UGOMPS :	Unité Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	4
TABLE DES MATIERES	6
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	8
INTRODUCTION	9
Présentation de la recherche	9
Justification et contexte de l'étude	9
Précisions terminologiques : l'habitat 4i	9
Le sans-abrisme en France	10
La problématique des femmes enceintes ou ayant récemment accouché sans solution d'hébergement dans l'agglomération nantaise	11
La saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence	12
Evolution de la situation au cours de la pandémie de COVID-19	12
Conséquences du sans-abrisme sur la santé maternelle et périnatale	13
Objectifs de l'étude	13
MATERIELS ET METHODES	15
Méthodologie générale de la recherche	15
Population étudiée	15
Périmètre géographique	16
Collecte et analyse des données	16
Recueil des données : entretien individuel	16
Analyse des données	17
Réglementation, éthique et valorisation	17
Typologie de la recherche et autorité compétente	17
Ethique	18
Phase d'information individuelle et de recueil de l'accord oral des femmes	18
RESULTATS	19
Profil socio-démographique de l'échantillon étudié	19
Analyse thématique des entretiens semi-dirigés	21
Exploration des représentations autour de la santé	21
Impact perçu des lieux de vie 4i sur la santé	24
Facteurs perçus comme réduisant l'effet des habitats 4i	31
Suivi de grossesse	33

Rôle de l'entourage	35
Priorités des personnes interviewées.....	37
DISCUSSION	39
Synthèse des résultats	39
Comparaison des résultats de l'étude avec la littérature	41
Impact délétère des lieux de vie 4i sur la santé des femmes enceintes ou ayant récemment accouché.....	41
Facteurs perçus comme mitigeant l'effet des habitats 4i	45
Suivi de grossesse	45
Rôle de l'entourage : soutien social.....	47
Priorités des personnes interviewées.....	48
Forces et limites de l'étude.....	48
Forces.....	48
Limites	49
Perspectives en termes de santé publique	50
Sortir de l'habitat 4i : proposer un logement adapté et digne au-delà de l'hébergement d'urgence	51
Développer un système d'aide alimentaire respectant les besoins et les habitudes alimentaires des femmes.....	54
Favoriser l'intégration sociale des personnes vivant en habitat 4i.....	55
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	56
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES.....	67
I. Liste ETHOS	67
II. Formulaire de consentement du représentant légal	68
III. Guide d'entretien individuel femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours	69
IV. Guide d'entretien de l'entourage familial/amical des femmes	75
V. Lettre d'information des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours.	79
VI. Lettre d'information de l'entourage familial ou amical des femmes.....	80

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des personnes incluses dans l'étude par lieux de vie.

Tableau 1 : Description des femmes ayant participé à l'étude, variables quantitatives.

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

Tableau 3 : Description de la population des personnes faisant partie de l'entourage des femmes, variables quantitatives.

Tableau 4 : Description de la population des personnes faisant partie de l'entourage des femmes, variables catégorielles.

Figure 2 : Impact perçu des lieux des vie 4i sur la santé et facteurs associés.

Figure 3 : Evolution de la capacité d'accueil dans les CHRS, les CHU, et les hôtels entre 2010 et 2018.

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 étude s'inscrit dans un projet plus large de la délégation régionale de MdM, visant à renforcer l'accès et la qualité de l'offre en Droits et Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR) de personnes vivant en lieux 4i dans une démarche de promotion de la santé à Nantes métropole et Angers Loire métropole et alentours sur une période de 5 ans (2021-2026).

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 habitat 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 priorise le point de vue des femmes sur l'ensemble des dimensions de la santé, sans forcément en sélectionner une en amont. Une meilleure compréhension de ces représentations est nécessaire pour pouvoir les intégrer dans l'élaboration des actions qui seront proposées. En effet, ce travail s'inscrit dans une volonté, pour Médecins du Monde d'établir un programme optimal de déploiement sur le terrain, qui sera très probablement séquentiel.

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 dans la typologie de l'exclusion liée au logement, appelée ETHOS (annexe I), avec l'exception des institutions pénales, des personnes sans bail de (sous-) location, des propriétaires de biens immobiliers qui ont reçu un avis de saisie, des personnes en location concernées par l'application d'une décision d'expulsion, et des personnes habitant sous la menace de violences domestiques et dépendantes d'une surveillance policière. Ces catégories ont été exclues car elles concernent des tranches très larges et très hétérogènes de la population qui pourraient être la cause d'une réduction de la sensibilité dans l'analyse des résultats. Néanmoins, si évoquée, la thématique des violences subies par les femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours, sera prise en considération dans l'analyse des entretiens comme possible conséquence et/ou cause du fait de vivre en habitat 4i.

Le sans-abrisme en France

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. (3) 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 et ce pourcentage diminuait lorsque l'âge augmentait (48 % chez les 18-29 ans, 31 % chez les 50 ans). (4) Dans 45 départements français, entre février 2015 et février 2016, il y a eu une augmentation de 22% des demandes d'hébergement au 115, faites par des femmes seules ou avec enfants, avec un taux de non-attribution qui restait très élevé (40% en février 2016), considérant la vulnérabilité de ce public. (5) En 2013, l'Observatoire du Samusocial de Paris a estimé que 10 280 familles et 35 000 personnes en famille se trouvaient sans-logement en Ile-de-France. Cependant, ces chiffres n'incluaient pas les familles vivant dans des bidonvilles et dans des logements transitoires. (6)

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) en 2018, 14 825 personnes ont été recensées dans 571 campements illicites et bidonvilles en France métropolitaine. A 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

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.

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) était leur 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 1 735 jours d'hospitalisation par faute d'hébergement**, soit 4,75 lits constamment occupés au cours de l'année pour des raisons autres que médicales. 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.

Les estimations faites par l'inter-collectif « Personne à la rue ! » en février 2021 décrivent un peu plus de 3 500 personnes vivant à la rue, dans des squats, ou dans des bidonvilles sur le territoire de l'agglomération nantaise.

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.(8)

Le rapport de janvier 2019 du Service intégré d'accueil et d'orientation 44 (SIAO 44) 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). 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 indépendamment du 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%, 79,1% de femmes qui étaient à la rue au moment de la demande et 36,9% de femmes y ayant dormi la veille.

Evolution 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 occupants relogés au cours de ces périodes. Ces événements font partie intégrante de l'action de renforcement d'accès au logement adopté par l'Etat français dans le contexte pandémique et dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.(9) 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 (661 jours, soit 1,81 lits constamment occupés au cours de l'année pour des raisons non médicales).

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 postpartum, 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.(10,11) Elles ont également une probabilité plus élevée de faire face à des complications pendant la grossesse ou en suite de couches.(12,13) 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 .(12,14–17) 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.(18)

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.

MATERIELS ET METHODES

Méthodologie générale de la recherche

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 la revue de littérature et des données épidémiologiques disponibles.

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.rice ou par un.e professionnel.le responsable de la prise en charge était demandé pour inclure les mineur.e.s (annexe II).

L'inclusion du couple et/ou de l'entourage familial/amical de ces femmes, a été mise en place afin de : i) 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, et de ii) renforcer la solidité scientifique des résultats par le croisement des données collectées pendant les entretiens semi-directifs.

Le choix des terrains sur lesquels effectuer le recrutement a été fait à partir d'une cartographie des lieux de vie 4i disponible au sein de la délégation nantaise de MdM. Les participant.e.s à l'étude ont été recrutés à l'UGOMPS et dans le service de suite de couche du CHU de Nantes, ainsi que directement sur le terrain (squat, bidonvilles, hébergement d'urgence, hôtel 115, etc.).

Des sorties préalables sur les lieux de vie 4i et au CHU de Nantes (hôpital mère-enfant) ont été organisées afin d'informer les possibles volontaires pour participer à l'étude. Cette première phase a permis de fixer les rendez-vous nécessaires pour mener les entretiens individuels, et aussi d'identifier un lieu convenable où la confidentialité et le respect de l'intimité des personnes interrogées pouvaient être assurés.

Les 42 jours (soit 6 semaines) font référence à la période postpartum qui se divise en trois parties : postpartum immédiat (premières 24 heures du nouveau-né), postpartum précoce (2^e – 7^e jour après la naissance), postpartum 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.(19,20)

Périmètre géographique

L'étude a été menée dans le périmètre géographique de l'agglomération nantaise. L'aspect multisite de la recherche a été privilégié afin d'obtenir une représentation la plus large possible des habitats qui rentrent dans la définition 4i et des points de vue respectifs des femmes qui les occupent.

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 (annexes III et IV) a été construit à partir des indicateurs de précarité en périnatalité proposés par la CNNSE en 2014.(21) L'objectif était de décrire les profils socio-démographiques des personnes recrutées.

La grille d'entretien des femmes (annexe III) a servi de base pour établir la trame de l'entretien semi-directif pour l'entourage familial/amical (annexe IV) 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 thématiques suivantes : représentation sur la santé, perception de l'impact de l'habitat 4i sur la santé, parcours de soins, et stratégies d'adaptation.

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. Une première sortie sur le terrain a été prévue pour informer les personnes de la recherche et pour fixer un rendez-vous selon leurs disponibilités. Le lieu où s'est déroulé l'entretien a été défini en amont avec la personne, en s'assurant du respect de la confidentialité de l'échange.

Pour les personnes ayant une compréhension limitée ou très limitée de la langue française, un.e interprète professionnel.le (associations Asamla et Berekty) 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.

Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés et ensuite retranscrits manuellement et intégralement à l'aide du logiciel Word®. Les enregistrements vocaux ont été détruits à la fin de leur retranscription.

En début d'entretien un code alphanumérique a été attribué à chaque participant.e ayant donné son accord. Ce code a été reporté sur la grille d'entretien semi-directif puis sur le questionnaire sociodémographique. Ainsi, tant le lien entre les deux supports de collecte que l'anonymat des données recueillies pendant la recherche ont été garantis.

Le souhait éventuel des participant.e.s d'être informés sur le résultat de la recherche et le moyen de partage de résultats (courriel, téléphone, en présentiel aux bureaux de Médecins du Monde, directement dans le lieu de vie) a été également collecté par l'enquêteur.

Analyse des données

Le profil socio-démographique de la population étudiée a été présenté par des statistiques descriptives. Elles ont été exprimées en fréquence et effectif par modalité pour les variables catégorielles, et en moyenne, écart-type, médiane et étendue 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 catégorielle 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.

Réglementation, éthique et valorisation

Typologie de la recherche et autorité compétente

La présente recherche est classée hors loi Jardé puisque sa méthodologie est principalement qualitative. La recherche a été conçue afin d'apporter une description sociodémographique de la population cible et d'améliorer la connaissance de ses perceptions et représentations autour de la santé. Les recherches hors loi Jardé doivent répondre aux

préconisations de la loi Informatique et Libertés. La recherche a veillé à garantir la protection des données collectées et traitées ainsi que la protection de l'identité des participant.e.s.

Le recueil des données s'effectuant en une seule fois a permis d'adopter une configuration irréversiblement anonyme des données, sans aucune mention totale ou partielle de caractères identifiants comme le nom, le prénom, la date de naissance, l'adresse, l'Identifiant Permanent du Patient (IPP) utilisé lors des hospitalisations dans la base de données nationale du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Le code d'inclusion de la recherche ne nécessitera pas d'utiliser les initiales. De la sorte, aucune formalité réglementaire a été accomplie auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Ethique

L'engagement dans cette recherche suit et respecte les principes et valeurs énoncés par la Charte Ethique de la Recherche de Médecins du Monde.

En complément, le protocole a été validé par le comité d'éthique local : le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

Phase d'information individuelle et de recueil de l'accord oral des femmes

L'explication de l'objectif et le déroulement de la recherche, ainsi que des droits d'accès aux données collectées a été effectuée par l'enquêteur le jour des entretiens individuels avec les volontaires pour participer à l'étude, en s'assurant de la bonne compréhension de ces informations (lettre d'information – annexes V et VI). L'accord oral pour participer à l'enquête a été demandé ultérieurement avant de commencer l'enregistrement audio de l'entretien semi-directif.

La possibilité d'interrompre à tout moment et sans justification la participation à la recherche a été rappelée. L'information délivrée précisait également que tout refus ou interruption de participation était sans conséquence pour la personne.

RESULTATS

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 postpartum, 5 étaient hospitalisées au sein du service de suite de couches de la maternité du CHU de Nantes.

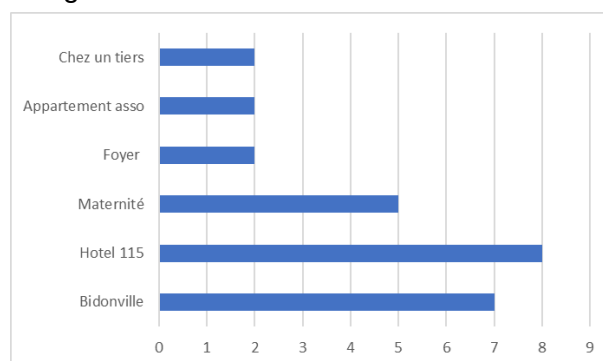


Figure 1 : Répartition des personnes incluses dans l'étude par lieux de vie

Les femmes interviewées ont changé en moyenne 2,2 fois de lieu de vie au cours de la grossesse (médiane=2 ; extrêmes = 1-5), 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, hôtel 115, chez un tiers, logement privé, rue, hébergement d'urgence, appartement association, bidonville.

Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée sont détaillées dans les 4 tableaux suivants.

Tableau 1 : Description des femmes ayant participé à l'étude, variables quantitatives.

Variables	Moyenne $\pm$ SD	Médiane	Max	Min
Femmes enceintes				
Age (ans)	21,6 $\pm$ 3,9	21	32	17
Mois de grossesse (mois)	6,5 $\pm$ 1,8	7	9	3
Mois première consultation de suivi de grossesse (mois)	3,8 $\pm$ 1,2	3,5	6	2
Femmes en postpartum				
Age (ans)	26,3 $\pm$ 2,8	26	31	23
Jour postpartum (jours)	11 $\pm$ 9,5	8	33	2
Mois première consultation de suivi de grossesse (mois)	3,4 $\pm$ 2,1	3	7	1

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

Variables	Femmes enceintes (N=10)		Femmes en postpartum (N=10)	
	Effectif (n)	Proportion (%)	Effectif (n)	Proportion (%)
<i>Entourage</i>				
Oui	5	50%	8	80%
Non	5	50%	2	20%
<i>Situation conjugale</i>				
Célibataire	4	40%	5	50%
Marié ou en couple	6	60%	5	50%
<i>Niveau de français</i>				
Ne parle pas français	2	20%	1	10%
Comprend le français, mais difficultés à le parler	3	30%	2	20%
Parle français, ne sait ni lire ni écrire	4	40%	2	20%
Parle français, sait lire et écrire	1	10%	5	50%
<i>Moyen de transport</i>				
Aucun moyen de transport propre ou en commun	1	10%	0	0%
Accès au transport avec difficultés	3	30%	1	10%
Accès au transport sans difficultés	6	60%	9	90%
<i>Couverture médicale</i>				
Aucune couverture médicale	7	70%	3	30%
Couverture médicale sans complémentaire	1	10%	1	10%
Couverture médicale avec complémentaire	2	20%	6	60%
<i>Suivi de grossesse</i>				
Oui	8	80%	10	100%
Non	0	0%	0	0%

Tableau 3 : Description la population des personnes faisant partie de l'entourage des femmes, variables quantitatives.

Variables	Moyenne $\pm$ SD	Médiane	Max	Min
Entourage				
<i>Age (ans)</i>	31 $\pm$ 9,8	31,5	45	18

Tableau 4 : Description de la population des personnes faisant partie de l'entourage des femmes, variables catégorielles.

Variables	Entourage (N=6)	
	Effectif (n)	Proportion (%)
<i>Statut du répondant</i>		
<i>Couple</i>	4	66,7%
<i>Cousine</i>	1	16,7%
<i>Belle-sœur</i>	1	16,7%
<i>Situation conjugale</i>		
<i>Célibataire</i>	0	0%
<i>Marié ou en couple</i>	6	100%
<i>Niveau de français</i>		
<i>Ne parle pas français</i>		
<i>Comprend le français, mais difficultés à le parler</i>	1	16,7%
<i>Parle français, ne sait ni lire ni écrire</i>	2	33,3%
<i>Parle français, sait lire et écrire</i>	3	50%
<i>Moyen de transport</i>		
<i>Aucun moyen de transport propre ou en commun</i>	0	0%
<i>Accès au transport avec difficultés</i>	2	33,3%
<i>Accès au transport sans difficultés</i>	4	66,7%
<i>Couverture médicale</i>		
<i>Aucune couverture médicale</i>	3	50%
<i>Couverture médicale sans complémentaire</i>	1	16,7%
<i>Couverture médicale avec complémentaire</i>	2	33,3%

Analyse thématique des entretiens semi-dirigés

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.

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

« Parce que, s'il n'y a pas beaucoup de soucis dans ta tête, tu te sens bien » FE6

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

« Pour se sentir en bonne santé, je pense qu'il faut être... avoir le bien être. » FA8

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 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 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, par conséquent, se sentir bien.

« 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

« 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

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 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

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).

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 (« avoir des soucis dans la tête »). 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 conséquent, 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 infectés 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 soins 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 puis... et même psychologiquement, tu ne vas pas te sentir bien dans ce pays, parce que tu vas toujours... » 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

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.

« [...] 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. » FA7

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) rendant difficile le repos au cours de la grossesse, étaient les causes du stress et de la fatigue vécus par cette femme, qui se trouvait souvent obligée à 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'a amené à tout ce que je vis actuellement, oui, parce que le fait de me demander chaque fois « où je vais dormir 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

La perception d'un risque accru d'infections a été évoquée 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. A l'extérieur il y a des rats, des chats... A 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 sa 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

Facteurs perçus comme réduisant l'effet des habitats 4i

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 et perçu 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. Donc, j'ai lui dit quand j'accouche, je vais les informer à l'hôpital et ils vont venir me chercher. Donc j'ai informé, j'ai informé Solidarité des femmes parce que ce sont elles qui m'hébergeaient avant et j'ai lui expliqué et elles m'ont dit « d'accord ». Donc, après ils ont pris le rendez-vous, le programme pour quand je sors à l'hôpital, ils vont m'accompagner là où j'étais pour prendre mes affaires et pour partir au foyer » 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 parlais 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

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 quoi 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'imaginais 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 et la barrière de la langue**.

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 quoi 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 associé 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 porteur de cette maladie en fait... C'est pour ça que je ne suis pas y allée » FA3

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 et 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 aide beaucoup quand tu es avec les amis pour discuter... ça fait du bien, je ne sais pas comment l'expliquer » FE8

« 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

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

« Oui je l'accompagne, parce qu'elle ne parle pas bien français, elle ne comprend pas tout et il faut tout le temps être à côté... Si j'ai un rendez-vous et si elle a aussi un rendez-vous, elle appelle au même temps avec l'interprète et j'explique un peu plus » E1

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.

« Ça se passe bien. C'est la mère de mon amie, de ma copine... On était ensemble au Maroc, mais au moment qu'on traversait la mer, on est tombées dans l'eau mais elle n'avait pas de sauvetage, de gilet... Et après elle est restée là-bas... Après moi, on m'a sauvé... après moi je suis venue et après sa mère m'a dit de rester chez elle » FE8

« 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 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

Priorités des personnes interviewées

Les priorités des personnes interrogées dans la présente recherche étaient : 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.

« A 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

Synthèse des résultats

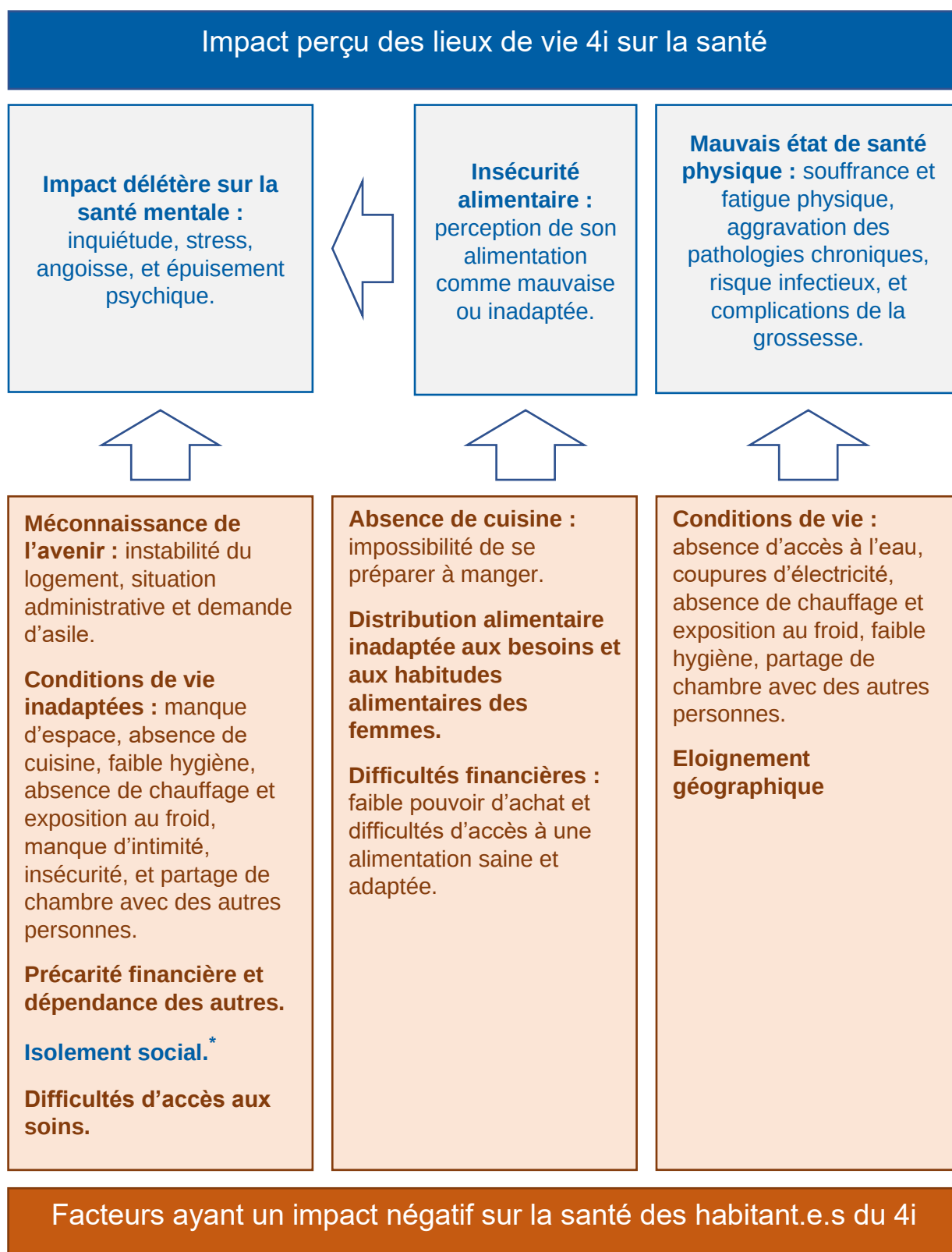
L'objectif principal de la présente recherche était de mieux comprendre comment vivre en habitat 4i influait sur les représentations de la santé chez les femmes enceintes ou ayant récemment accouché, et les facteurs de leur environnement physique, social, et sanitaire pouvant modifier cette représentation.

Dans un premier temps, la description et la définition du concept de santé, ainsi que des besoins fondamentaux pour se sentir en bonne santé, ont été favorisées afin de pouvoir ensuite explorer et comprendre de façon globale l'impact perçu des lieux de vie 4i sur la santé. Au cours des entretiens, la santé a été définie de manière générale comme l'absence de maladie, de douleur, de stress, et d'inquiétude. La notion de bien-être a été également évoquée par les participant.e.s à l'étude, toutefois toujours conditionné à l'absence de maladie. A partir de cette définition, plusieurs besoins ont été identifiés par notre population d'étude comme fondamentaux pour se sentir en bonne santé (classification par ordre d'importance selon les interrogé.e.s et par fréquence d'apparition spontanée dans les discours) :

1. Avoir accès à un **logement adapté** : stable, propre, sécurisé, avec une cuisine, et suffisamment spacieux.
2. Avoir une **alimentation saine** et adaptée aux besoins et aux habitudes alimentaires.
3. **Être indépendant** : avoir une situation administrative régulière, pouvoir travailler, et avoir une sécurité financière.
4. Avoir **accès au système de soins**.

L'ensemble des personnes interviewées a perçu un impact négatif des lieux de vie 4i sur leur état de santé. Les facteurs environnementaux, sociaux, et sanitaires identifiés, ainsi que leurs conséquences sur l'état de santé des habitant.e.s du 4i, sont résumés dans la figure 2.

Figure 2 : Impact perçu des lieux des vie 4i sur la santé (en bleu) et facteurs associés (en orange).



* L'isolement social a été identifié à la fois comme un facteur ayant un impact délétaire sur la santé et comme une conséquence de l'habitat 4i (impact perçu sur le bien-être social).

Les difficultés d'accès aux soins se traduisaient souvent dans des suivis de grossesse irréguliers et tardifs. Les longs temps d'attente (parfois jusqu'à un mois) avant d'avoir un rendez-

vous à la PASS, la barrière de la langue, et la peur de la COVID-19 ont été évoqués comme facteurs de renforcement des impacts négatifs de la vie en habitat 4i, et plus particulièrement impactant la qualité du suivi de grossesse. A contrario, la qualité de l'accueil lors des consultations de suivi de grossesse, la disponibilité des professionnels de santé pour répondre aux questions concernant la grossesse, la participation aux groupes de parole, avoir déjà eu des enfants, et être entourée par des amis ou de la famille ont été perçus comme des facteurs favorisant un bon suivi de grossesse.

L'appui de la famille et des amis est apparu comme important via l'aide dans les activités quotidiennes (recherche de nourriture, tâches ménagères, et garde des enfants), le soutien moral (possibilité de s'encourager mutuellement, de parler et d'échanger, de rire, de libérer l'esprit, d'oublier les mauvaises pensées, et de ne pas se sentir pas seuls), l'accompagnement aux rendez-vous, et l'hébergement temporaire dans l'absence d'autres solutions.

Les personnes interrogées ont évoqué au cours des entretiens trois priorités principales pour améliorer leur situation actuelle, qui ont été hiérarchisées de la façon suivante : i) avoir accès à un logement adapté, ii) pouvoir travailler et avoir une situation administrative régulière dans l'objectif de gagner son indépendance et son rôle social, et iii) être en bonne santé. Ces trois points reflètent et suivent la même classification par ordre d'importance que les besoins fondamentaux pour se sentir en bonne santé. En effet, l'alimentation saine a été incluse dans l'accès à un logement adapté, notamment équipé avec une cuisine, et dans la possibilité de travailler et d'avoir un revenu stable permettant l'achat de la nourriture souhaitée.

Comparaison 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.(22) 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.(23–27) 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.(28,29)

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-abris 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.(30) Ces chiffres ressemblent à ceux retrouvés par une étude se centrant sur les femmes enceintes menée aux Etats-Unis.(31) Parallèlement, des proportions similaires ont été documentés 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.(6,32–34) 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.(35)

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.(36–43)

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.(44,45)

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 Etats-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.(46) 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 avaient 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.(47–49)

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.(50) 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.(44)

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.(22,51) 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. Parallèlement, ces conditions causent une souffrance parmi les habitant.e.s du 4i qui se retrouvaient souvent exposés 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.(52) 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.(53,54)

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.(12–16,31,41)

Facteurs perçus comme mitigeant l'effet des habitats 4i

L'ensemble des associations, des travailleur.euse.s sociaux.les, et des médiateur.rice.s en santé constitue un réseau de soutien perçu positivement. Une étude qualitative menée par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes auprès des femmes enceintes en situation de grande précarité sur la métropole lyonnaise a montré les mêmes résultats.(36) 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.(55)

La mobilisation des médiateur.rice.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.(56–59)

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 particulière étaient les facteurs nécessaires pour pouvoir améliorer efficacement la sécurité alimentaire et la santé nutritionnelle des bénéficiaires de ces dispositifs.(50) 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.(60)

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.(61)

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 postpartum, et le couple a été documenté comme étant source de motivation dans la mise en place et le maintien d'un bon suivi.(10,36)

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) (10,62).

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.(10)

Les femmes nullipares interviewées ont partagé plus souvent des préoccupations concernant la grossesse et la période postpartum 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.(63,64) Une étude menée au cours de la période postpartum 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 diminuaient au fur et mesure que les jours passaient.(65)

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 postpartum, a été également décrite dans la littérature et associée aux informations données par les médias.(66)

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 postpartum. 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.(67) 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. 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.(68) De nombreuses études ont montré un effet positif du soutien social sur la réduction du niveau de stress.(67)

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.(36)

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.(69)

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.(70)

Forces et limites de l'étude

Forces

Même si plusieurs études avaient déjà décrit l'impact du sans-abrisme sur la santé des personnes, l'originalité de cette recherche se trouve principalement dans son choix méthodologique et dans **son approche qualitative**. En effet, l'adoption de cette méthode a laissé la possibilité aux participant.e.s d'exprimer leur point de vue, d'évoquer les thématiques qu'elles considéraient comme importantes et, dans un deuxième temps, de permettre de hiérarchiser cette importance. Parallèlement, la prise en considération de plusieurs déterminants de la santé reliés aux lieux de vie 4i, ainsi que l'exploration de l'impact perçu de ces déterminants sur l'ensemble des dimensions de la santé (physique, mentale, et sociale), ont permis d'étudier ce phénomène dans sa globalité et dans sa complexité.

Une autre force de cette étude était la conception de cette recherche à partir d'une **problématique actuelle**, celle des femmes enceintes ou ayant récemment accouché vivant en habitat 4i, qui a pris de plus en plus importance dans les dernières années sur le territoire français. En outre, cela a permis également d'inclure plusieurs acteurs et professionnels dans les différentes étapes de la recherche (conception, mise en place, analyse, interprétation des données, et partage des résultats), favorisant un **travail pluridisciplinaire** et prenant en compte plusieurs sensibilités, expertises, et expériences.

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. En effet, de nombreux échanges ont eu lieu entre le chercheur principal, le comité de suivi de la recherche (constitué par différents membres de MdM : l'équipe du programme 4i de la Délégation des Pays de la Loire, la DOF, et la DSP) et 3 services hospitaliers du CHU de Nantes, plus précisément le Service de Santé Publique, l'UGOMPS et le

service de suite de couches de la maternité. Finalement, la validation des résultats de la recherche, par une femme ayant participé à l'étude, a été également effectuée afin d'assurer la solidité des résultats avant leur présentation au cours d'un comité de partage, constitué par différents acteurs de terrain et institutions, ayant l'objectif de favoriser une réflexion collective sur la problématique.

La variété de l'échantillon 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.

Enfin, la **saturation des données** a été atteinte au cours des derniers entretiens, où les discours évoqués par les participants étaient redondants par rapport à ceux retrouvés dans les entretiens précédents.

Limites

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.(71)

Enfin, la présente étude a été la **première expérience de recherche qualitative** et de réalisation d'entretiens semi-directifs pour le chercheur, laissant des marges d'amélioration dans la façon dont les premiers entretiens ont été menés.

Perspectives en termes de santé publique

A 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.

A 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 postpartum. 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 est fait pour 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 spéciales. [...] ».(72)

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

A 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. »(73)

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. » (74)*

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).(75)

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 (figure 3).

Figure 3 : Evolution de la capacité d'accueil dans les CHRS, les CHU, et les hôtels entre 2010 et 2018.(73)

Nombre de places par dispositif			
	CHRS	CHU	Hôtel
2010	39 525	18 593	13 948
2011	39 346	19 766	16 235
2012	39 142	22 091	20 727
2013	39 145	28 692	25 496
2014	40 690	30 537	32 300
2015	42 176	31 846	37 962
2016	43 198	36 293	42 646
2017	44 691	45 911	45 162
2018	45 054	52 347	48 706
Évolution 2010-2018	+ 14 %	+ 182 %	+ 249 %

Source : DGCS, enquête AHI

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.

Par ailleurs, 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 postpartum sont des phases critiques de la vie des mères et des nouveau-nés et nécessitent des vigilances particulières.(76,77)

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 intéressante. 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.(76)

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 dans la revue scientifique « Journal of the American Dietetic Association » a montré les avantages économiques et nutritionnels associé à la présence d'une cuisine dans ou à proximité hébergements d'urgence. 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 distribution alimentaires (possibilité de collecter de la nourriture à cuisiner) que celles n'y ayant pas accès.(46)

- **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.(50) 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.(76)

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.(78)

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.(79)

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 priorisées 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.(80) 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.(76)

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.(81) 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.(82) Parallèlement, l'absence de revenu est directement connectée au statut administratif : plus les personnes ont une situation administrative instable et insécure, plus il est probable qu'elles expérimentent des niveaux importants de précarité financière.(82) 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 premiers étapes du processus d'intégration sociale et de sortie de l'habitat 4i.(83)

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, etc.).**

Les médiateur.rice.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)**.⁽⁸⁴⁾ 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.^(56–59,84)

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.⁽⁸⁵⁾ 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.⁽⁸⁶⁾

Les résultats de la présente recherche, conjointement à ceux énoncés dans la littérature, permettent donc d'élaborer une stratégie d'accompagnement reposant sur des équipes composées de professionnels de santé, travailleur.euse.s sociaux.les, médiateur.rice.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, pharmaciens, 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.* ». ⁽⁸⁷⁾ 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.⁽⁷⁶⁾

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. L'utilisation d'applications de traduction sur les portables ne doit pas remplacer l'importance de la présence (physique ou par téléphone) d'un interprète professionnel.

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 et à une réduction des actions menées directement sur le terrain afin de réduire les barrières d'accès à ces services. 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 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.⁽⁸⁸⁾ 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 postpartum (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-abris [Internet]. [citato 13 gennaio 2021]. Disponibile su: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=fr>
2. L'habitat indigne - ANIL [Internet]. ANIL. [citato 26 agosto 2021]. Disponibile su: <https://www.anil.org/habitat-indigne/>
3. 25e rapport sur l'état du mal-logement en France 2020 [Internet]. Fondation Abbé Pierre. [citato 19 giugno 2020]. Disponibile su: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/25e-rapport-sur-letat-du-mal-logement-en-france-2020>
4. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. :4.
5. Fédération des acteurs de la solidarité - Baromètre 115 de février 2016 - Alerte au 115 sur l'absence d'hébergement pour les femmes et les familles [Internet]. [citato 24 giugno 2020]. Disponibile su: <https://www.federationsolidarite.org/publications-fnars/barometre-115/barometre-archives-menu/6549-cop-fnars-barom%C3%A8tre-115-f%C3%A9vrier-2017>
6. ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France Premiers résultats de l'enquête quantitative [Internet]. [citato 22 aprile 2021]. Disponibile su: <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. [citato 22 aprile 2021]. Disponibile su: <https://www.gouvernement.fr/dixieme-etat-des-lieux-national-des-campements-illicites-et-bidonvilles>
8. 6-La-sante-des-demandeurs-d_asile.pdf.
9. A D, A D. Renforcer l'accès et le maintien dans le logement [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [citato 20 aprile 2021]. Disponibile su: <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>
10. 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*. settembre 2020;28(5):1380–93.
11. Begun S. The Paradox of Homeless Youth Pregnancy: A Review of Challenges and Opportunities. *Soc Work Health Care*. 28 maggio 2015;54(5):444–60.
12. Clark RE, Weinreb L, Flahive JM, Seifert RW. Homelessness Contributes To Pregnancy Complications. *Health Aff (Millwood)*. gennaio 2019;38(1):139–46.
13. 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*. maggio 2019;23(5):572–7.

14. 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 settembre 2005;173(6):615–8.
15. 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*. febbraio 2015;92(1):1–9.
16. 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*. giugno 2015;19(6):1276–83.
17. 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. aprile 1999;114(2):165–77.
18. Health behaviors and infant health outcomes in homeless pregnant women in the United States - PubMed [Internet]. [citato 21 aprile 2021]. Disponibile su: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21824881/>
19. Le guide de la santé sexuelle et reproductive | Médecins du Monde [Internet]. [citato 15 luglio 2021]. Disponibile su: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2013/04/30/le-guide-de-la-sante-sexuelle-et-reproductive>
20. Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide: EXECUTIVE SUMMARY [Internet]. [citato 18 agosto 2021]. Disponibile su: <http://helid.digicollection.org/en/d/Js2890e/2.html>
21. CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf [Internet]. [citato 27 agosto 2021]. Disponibile su: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf
22. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397–418.
23. Schanzer B, Dominguez B, Shrout PE, Caton CLM. Homelessness, Health Status, and Health Care Use. *Am J Public Health*. marzo 2007;97(3):464–9.
24. Moore G, Gerdtz M, Manias E. Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature. *Australas Emerg Nurs J*. 1 novembre 2007;10(4):178–85.
25. 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*. dicembre 2013;170(12):1413–22.
26. 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 ottobre 2014;384(9953):1529–40.
27. Martens WH. A review of physical and mental health in homeless persons. *Public Health Rev*. 2001;29(1):13–33.

28. homelessness-and-health.pdf [Internet]. [citato 21 luglio 2021]. Disponibile su: <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/homelessness-and-health.pdf>
29. 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 [citato 21 luglio 2021]. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218236/>
30. 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 febbraio 2021;11(2):e040061.
31. Crawford DM, Trotter EC, Hartshorn KJS, Whitbeck LB. Pregnancy and Mental Health of Young Homeless Women. *Am J Orthopsychiatry*. aprile 2011;81(2):173–83.
32. 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 [citato 21 luglio 2021]. Disponibile su: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
33. Baromètre santé 2010 [Internet]. [citato 21 luglio 2021]. Disponibile su: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>
34. Baromètre dépression «Anadep» / Portail Epidemiologie - France | Health Databases [Internet]. [citato 21 luglio 2021]. Disponibile su: <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/barometre-depression-anadep>
35. 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.
36. 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. [citato 21 luglio 2021]. Disponibile su: <http://www.ors-auvergne.org/veille-sante-social/etude-qualitative-parcours-suivi-femmes-enceintes-situation-de-precarite-metropole-lyonnaise-ors-auvergne-rhone-alpes-fevrier-2019-mise-ligne-13-novembre-2019/>
37. Bassuk EL, Weinreb L. Homeless pregnant women: Two generations at risk. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(3):348–57.
38. 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.
39. Weinreb L, Browne A, Berson JD. SERVICES FOR HOMELESS PREGNANT WOMEN: Lessons From the Field. *Am J Orthopsychiatry*. 1995;65(4):492–501.
40. Suglia SF, Duarte CS, Sandel MT. Housing Quality, Housing Instability, and Maternal Mental Health. *J Urban Health*. dicembre 2011;88(6):1105–16.
41. Hazekamp C, Yousuf S, Day K, Daly MK, Sheehan K. Eviction and Pediatric Health Outcomes in Chicago. *J Community Health*. ottobre 2020;45(5):891–9.
42. No Safe Place: Sexual Assault in the Lives of Homeless Women [Internet]. VAWnet.org. [citato 23 luglio 2021]. Disponibile su: <https://vawnet.org/material/no-safe-place-sexual-assault-lives-homeless-women>

43. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 1 agosto 2019;57(2):262–72.
44. Sprake EF, Russell JM, Barker ME. Food choice and nutrient intake amongst homeless people. *J Hum Nutr Diet.* giugno 2014;27(3):242–50.
45. Share M. Housing, food and dignity: the food worlds of homeless families in emergency accommodation in Ireland. *J Soc Distress Homelessness.* 2 luglio 2020;29(2):137–50.
46. 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 luglio 1993;93(7):777–83.
47. 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.* marzo 2019;2(1):7.
48. Richards R, Smith C. The impact of homeless shelters on food access and choice among homeless families in Minnesota. *J Nutr Educ Behav.* aprile 2006;38(2):96–105.
49. 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.
50. Bazerghi C, McKay FH, Dunn M. The Role of Food Banks in Addressing Food Insecurity: A Systematic Review. *J Community Health.* 1 agosto 2016;41(4):732–40.
51. 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.
52. 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.* novembre 2008;98(11):2035–41.
53. Rimawi BH, Mirdamadi M, John JF. Infections and Homelessness: Risks of Increased Infectious Diseases in Displaced Women: Infections and Homelessness. *World Med Health Policy.* giugno 2014;6(2):118–32.
54. Anthonj C, Setty KE, Ezbakhe F, Manga M, Hoeser 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 maggio 2020;226:113506.
55. Steketee G, Ross AM, Wachman MK. Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review. *Am J Public Health.* 1 dicembre 2017;107(S3):S256–66.
56. 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 ottobre 2020;21:212.
57. Kósa K, Katona C, Papp M, Fürjes 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 gennaio 2020;21(1):19.

58. Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf [Internet]. [citato 4 agosto 2021]. Disponibile su: <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/12/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>
59. rapport-final-dévaluation-2011-2012-du-programme-expérimental-de-médiation-sanitaire.pdf [Internet]. [citato 4 agosto 2021]. Disponibile su: <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>
60. 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.
61. 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 gennaio 2017;17(1):28.
62. 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*. agosto 2004;33(4):428–35.
63. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scand J Behav Ther* [Internet]. 5 novembre 2010 [citato 28 luglio 2021]; Disponibile su: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02845710121310>
64. Women's worries in first pregnancy: Results from a randomised controlled trial. *Sex Reprod Healthc*. 1 dicembre 2013;4(4):129–31.
65. 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*. dicembre 2010;10(1):1–6.
66. 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 ottobre 2020;20(1):600.
67. Schrag A, Schmidt-Tieszen A. Social Support Networks of Single Young Mothers. *Child Adolesc Soc Work J*. 1 agosto 2014;31(4):315–27.
68. Moore R. Coping with homelessness: an expectant mother's homeless pathway. *Hous Care Support*. 1 gennaio 2014;17(3):142–50.
69. Linn LS, Gelberg L. Priority of basic needs among homeless adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 gennaio 1989;24(1):23–9.
70. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. [citato 30 luglio 2021]. Disponibile su: <https://www.who.int/teams/health-workforce/world-directory-of-medical-schools/health-promotion>
71. Edwards R. A critical examination of the use of interpreters in the qualitative research process. *J Ethn Migr Stud*. 1 gennaio 1998;24(1):197–208.
72. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [citato 21 agosto 2021]. Disponibile su: <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

73. Hébergement d'urgence : renforcer le pilotage pour mieux maîtriser les financements - Sénat [Internet]. [citato 2 agosto 2021]. Disponible su: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-614-notice.html>
74. Logement d'abord [Internet]. Gouvernement.fr. [citato 2 agosto 2021]. Disponible su: <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord>
75. Projet de loi de finances pour 2021 : Immigration, asile et intégration [Internet]. [citato 21 agosto 2021]. Disponible su: <http://www.senat.fr/rap/l20-138-316/l20-138-3169.html>
76. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. [citato 19 agosto 2021]. Disponible su: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>
77. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. World Health Organization; 2014 [citato 19 agosto 2021]. 62 pag. Disponible su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>
78. Improving Health and Social Integration through Housing First - Full Report.pdf.
79. 3.3. Social Integration [Internet]. Housing First Europe Hub. [citato 7 agosto 2021]. Disponible su: <https://housingfirsteurope.eu/guide/delivering-support-housing-first/social-integration/>
80. 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 gennaio 2019;28(1):44–55.
81. Keeping Work Summary Report Longitudinal Qualitative Research On Homeless People S Experiences of Starting and Staying in Work Summary Report | PDF | Homelessness | Employment [Internet]. [citato 19 agosto 2021]. Disponible su: <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>
82. BRU_3690_RapportMigrants_FR_3_BD.pdf [Internet]. [citato 19 agosto 2021]. Disponible su: https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/BRU_3690_RapportMigrants_FR_3_BD.pdf
83. Bretherton J, Pleace N. Is Work an Answer to Homelessness? : Evaluating an Employment Programme for Homeless Adults. Eur J Homelessness. 20 aprile 2019;59–83.
84. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [citato 4 agosto 2021]. Disponible su: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
85. Jego M, Abcaya J, Ştefan 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. febbraio 2018;15(2):309.
86. Integrating health care for homeless people: Experiences of the KHP Pathway Homeless Team | British Journal of Healthcare Management [Internet]. [citato 6 agosto 2021]. Disponible su: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjhc.2016.22.4.215>

87. Soins de santé primaires [Internet]. [citato 7 agosto 2021]. Disponible su: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
88. L'approche logement d'abord [Internet]. Housing First Europe Hub. [citato 8 agosto 2021]. Disponible su: <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/lapproche-logement-dabord/>

ANNEXES

I. Liste ETHOS

ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique
SANS ABRÍ	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion 3.2 Logement provisoire 3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil 5.2 Hébergement pour travailleurs migrants	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales 6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement disponible avant la libération Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)
	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées 7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis 8.2 Sans bail de (sous-)location 8.3 Occupation illégale d'un terrain	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location) 9.2 Avis de saisie (propriétaire)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
	10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes 11.2 Construction non conventionnelle 11.3 Habitat provisoire	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabane de structure semi permanente
LOGEMENT INADÉQUAT	12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
	13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an. Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5^e bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA www.feantsa.org.

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

FEANTSA European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ office@feantsa.org ■ www.feantsa.org

II. Formulaire de consentement du représentant légal

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

Investigateur coordinateur : Giulio Borghi

Bonjour Madame/Monsieur,

Nous travaillons pour l'association Médecins du Monde et nous vous avons informé 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 été présentée à une femme mineure dont vous êtes le représentant légal.

Pour rappel, son refus ou son accord de participation est libre et volontaire. Sa participation à la recherche pourra être interrompue à tout moment et sans justification. Son refus ou son interruption de participation seront sans conséquence pour elle ou sa prise en charge au CHU de Nantes ainsi que par d'autres professionnel.le.s de santé/travailleur.euse.s sociaux.les/organisations/associations.

La femme mineure dont vous avez la représentation légale a donné un accord oral pour participer à la recherche organisée par Médecins du Monde.

La validation de sa participation requiert un consentement écrit par son représentant légal dans l'encadré ci-dessous.

<i>Identité du représentant légal</i>	
<i>Identité de la femme mineure représentée</i>	
<i>Date de l'accord oral de la femme mineure représentée</i>	
<i>Date d'information et de recueil de consentement du représentant légal</i>	
<i>Signature du représentant légal</i>	
<i>Fait en 2 exemplaires dont un délivré au représentant légal</i>	<i>Oui</i> ☐ <i>Non</i> ☐

III. Guide d'entretien individuel 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

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

« 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 ».

Lancer l'enregistrement

Guide entretien semi-directif

Thèmes	Questions / relances
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 ? • Si je vous dis qu'être en bonne santé ne signifie pas seulement le fait de ne pas être malade, que cela vous évoque-t-il ? • Quels sont les signaux qui vous font dire que vous êtes en bonne santé / mauvaise santé ?

Identifications 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 ? <i>(Reprendre les problèmes identifiés)</i> - <i>Relance environnement de vie si évoqué</i> <i>Si la personne manifeste être malade ou avoir de problèmes de santé :</i> • 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 ? (<i>Aide matériel / humaine</i>) • 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 ? (<i>Par quel professionnel.le ? Où ?</i>) • <u>Si suivie</u> : 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 ? (Financier, couverture médicale, langue, socio-culturel, barrières géographiques, connaissance du système, statut administratif ...) • <u>Si non suivie</u> : Pourriez nous décrire vos raisons ? Quelles difficultés avez-vous rencontré pour accéder au suivi de grossesse ?

Stratégies d'adaptation	<u>(Si le sujet n'était pas encore abordé)</u> 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 ? Vous sentez-vous soutenue par des professionnels pour : • vos problèmes de santé ? • votre grossesse ? • vos démarches administratives ?

INDICATEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

« Dans cette deuxième partie, nous allons vous poser des questions spécifiques pour mieux comprendre votre situation actuelle. »

1. Quel âge avez-vous ? (En années)

2. (Si femme enceinte) A quel mois de grossesse êtes-vous ? / (Si femme ayant récemment accouché) Depuis combien de jours avez-vous accouché ?

3. Vous sentez-vous entouré par des amis ou de la famille ?

Oui (spécifier famille et/ou amis)	
Non	

4. Quel est votre situation conjugale ?

Célibataire	
Marié ou en couple	
Veuve	

5. Est-ce que vous parlez et comprenez français ? Est-ce que vous arrivez à lire et écrire en langue française ?

Ne parle pas français	
Comprend le français, mais difficultés à le parler	
Parle français, ne sait ni lire, ni écrire	
Parle français, sait lire et écrire	

6. Comment vous vous déplacez ? Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?

Aucun moyen de transport propre ou en commun	
Accès aux transports avec difficultés	
Accès aux transports sans difficultés	
Autre	

7. Est-ce que vous avez une couverture médicale ? Si oui, est-ce que vous avez aussi une couverture complémentaire ?

Aucune couverture médicale	
Couverture médicale sans complémentaire	
Couverture médicale avec complémentaire	

8. Quelle est votre situation actuelle par rapport au logement ?

A la rue ou en voiture	
Hébergement d'urgence	
Hébergement d'insertion	
En squat	
En bidonville	
Logée chez un tiers	
Autre :	

9. Etes/Etiez-vous suivie par un médecin/sagefemme au cours de votre grossesse ?

Oui	
Non	

12b. Si oui, à quel mois de grossesse vous avez eu votre première visite ?

--

10. Par qui avez-vous été suivi pendant votre grossesse ?

	PMI	Libéral	Hôpital	Autre :
Médecin				
Sagefemme				

11. Par qui avez-vous été suivi après l'accouchement ? (Compter comme + aussi les rdvs fixés dans les jours/semaines suivantes)

	PMI	Libéral	Hôpital	Autre :
Médecin				
Sagefemme				

« Nous vous remercions de votre participation et d'avoir répondu à nos questions ».

IV. Guide d'entretien de l'entourage familial/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

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

« 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 ».

Lancer l'enregistrement

Guide entretien semi-directif

Thèmes	Questions / relances
Exploration des représentations de la santé	
Représentations 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 ? • Si je vous dis qu'être en bonne santé ne signifie pas seulement le fait de ne pas être malade, que cela vous évoque-t-il ? • Quels sont les signaux qui vous font dire que vos êtes en bonne santé / mauvaise santé ?

Perception de l'impact d'un lieu de vie 4i sur la santé	
Description 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 matériel / 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 matériel/humain ...) ? Qu'est-ce qui peut lui manquer pour prendre soins d'elle-même et de son enfant pendant et après la grossesse (aide matériel/humain ...) ?
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 (...) ? • <u>Si suivie</u> : • Comment elle a été accueillie ? • Qu'est-ce que vous avez ressenti ? • Quels ont été les facteurs aidants/bloquants au suivi de grossesse ? (Financier, couverture maladie, langue, socio-culturel, barrières géographiques, connaissance du système, statut administratif ...) • <u>Si non suivie</u> : Quelles difficultés elle a rencontrées pour accéder au suivi de grossesse ?
Stratégies d'adaptation	<u>(Si le sujet n'était pas encore abordé)</u> Comment elle fait pour se retrouver dans le système de soins / d'accompagnement ?

INDICATEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

« Dans cette deuxième partie, nous allons vous poser des questions spécifiques pour mieux comprendre votre situation actuelle. »

1. Statut(s) du/de la répondant.e :

Couple	
Ami(e)	
Mère	
Père	
Belle-mère	
Beau-père	
Tutrice/tuteur	
Autre (préciser)	

2. Quel âge avez-vous ? (En années)

3. Quel est votre situation conjugale ?

Célibataire	
Marié ou en couple	
Veuve	

4. Est-ce que vous parlez et comprenez français ? Est-ce que vous arrivez à lire et écrire en langue française ?

Ne parle pas français	
Comprend le français, mais difficultés à le parler	
Parle français, ne sait ni lire, ni écrire	
Parle français, sait lire et écrire	

5. Quelle est votre situation actuelle par rapport au logement ?

A la rue ou en voiture	
Hébergement d'urgence	
Hébergement d'insertion	
En squat	
En bidonville	
Logée chez un tiers	
Autre (préciser)	

6. Comment vous vous déplacez ? Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?

Aucun moyen de transport propre ou en commun	
Accès aux transports avec difficultés	
Accès aux transports sans difficultés	
Autre	

7. Est-ce que vous avez une couverture médicale ? Si oui, est-ce que vous avez aussi une couverture complémentaire ?

Aucune couverture médicale	
Couverture médicale sans complémentaire	
Couverture médicale avec complémentaire	

« Nous vous remercions de votre participation et d'avoir répondu à nos questions ».

V. Lettre d'information des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours

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

Investigateur coordinateur : Giulio Borghi

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). A votre demande, il sera aussi possible de vous en faire une restitution personnalisée (par email *****.*****@chu-nantes.fr 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 ?

VI. Lettre d'information de l'entourage familial ou amical des femmes

Etablissement responsable de la recherche : Médecins du Monde (Mdm)

Investigateur coordinateur : Giulio Borghi

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/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 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 *****.*****@chu-nantes.fr 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 ?

Titre de Thèse : PERCEPTION DE L'IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTE PAR DES FEMMES ENCEINTES, OU AYANT ACCOUCHE DEPUIS MOINS DE 42 JOURS, VIVANT EN HABITAT 4I (INSTABLE, INFORMEL, INDIGNE, INSALUBRE)

RESUME (10 lignes)

Ce travail a eu pour objectif de décrire l'impact perçu des habitats 4i (indignes, instables, informels, insalubre) sur la santé selon la perspective des femmes enceintes ou en période postpartum, afin de pouvoir hiérarchiser les solutions à déployer sur le terrain en fonction des priorités identifiées par cette population. Une étude qualitative, reposant sur 26 entretiens semi-directifs menés auprès de femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 42 jours vivant en habitat 4i sur l'agglomération nantaise, ainsi qu'auprès de leur entourage familial, a été réalisée. La population étudiée a décrit un impact négatif des lieux de vie 4i sur l'ensemble des dimensions de la santé (physique, mentale, et sociale). Les actions prioritaires identifiées ont été, par ordre d'importance : mettre à l'abri ces femmes dans des lieux de vie adaptés, améliorer le système d'aide alimentaire, faciliter leur régularisation administrative et améliorer leur accès aux soins.

MOTS-CLES

Sans-abrisme, grossesse, période postpartum, perception, impact sur la santé, environnement, recherche qualitative.