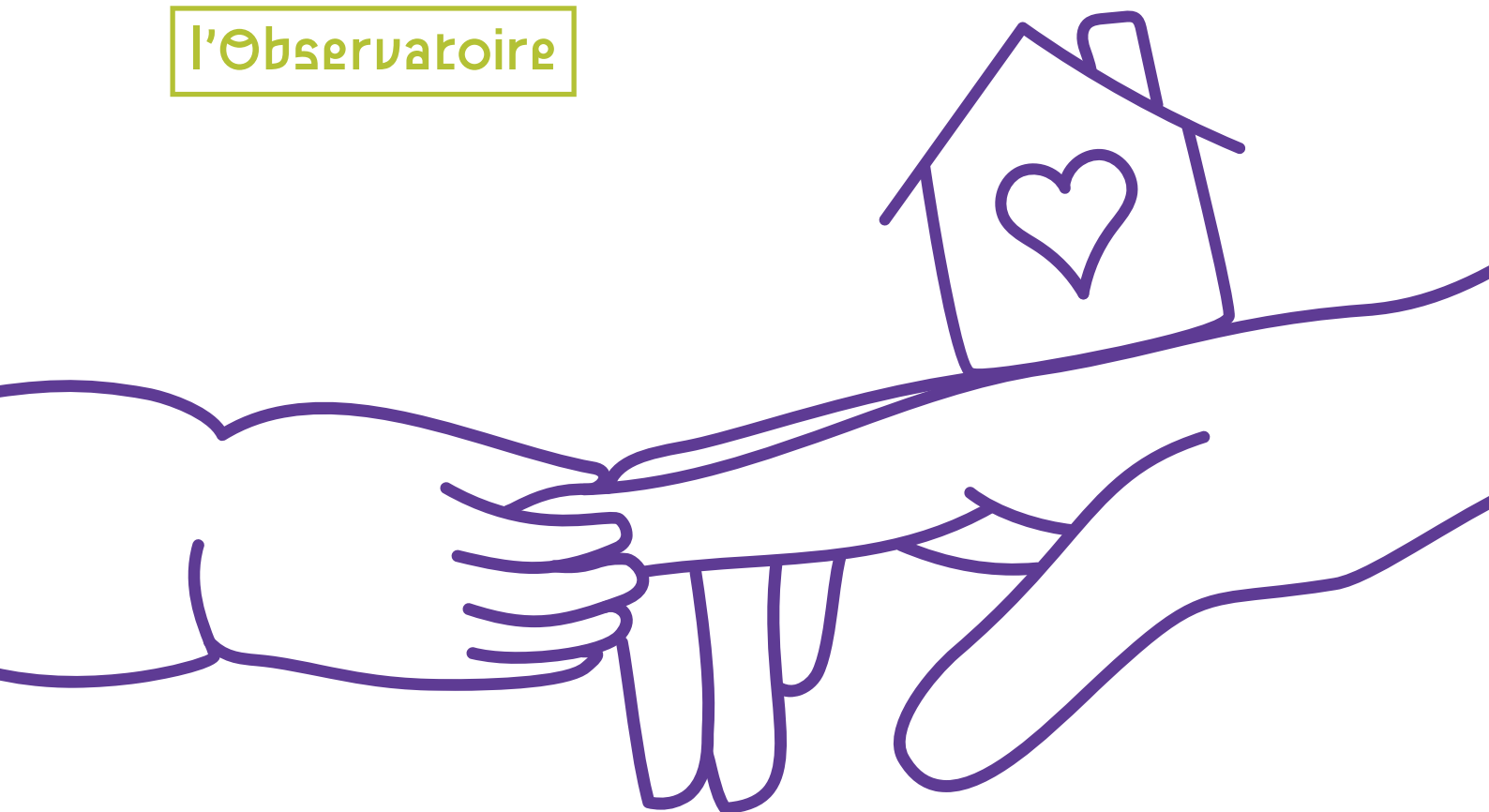


l'Observatoire



REPERES

Rapport n°1

Comprendre la situation sociale
ainsi que l'état de santé physique et psychique
des femmes sans domicile en période périnatale



samusocialParis

En 2025, environ 3 500 nouveau-nés
ont commencé leur vie sans domicile en
Île-de-France, dont plus de 3 000 hébergés
dans des hôtels sociaux.

Recherche sur la périnatalité et l'errance résidentielle



©Samusocial de Paris

Pour citer ce rapport :

Ramblière Lison, lasagkasvili Maria. REPERES, rapport n°1 : Comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en période périnatale. Samusocial de Paris et Réseau Solipam ; Mars 2026.

Contributions

Auteures

Lison Ramblière (PhD), responsable d'étude et de recherche en épidémiologie, Observatoire du Samusocial de Paris, équipe ESSMA, Institut Pierre Louis de Santé Publique (UMR_S 1136).

Maria lasagkasvili, doctorante en géographie de la santé, Université Rennes 2 (UMR ESO 6590), Réseau Solipam Île-de-France.

Auteur·e·s ayant contribué à la rédaction

Caroline Douay, Clélia Gasquet-Blanchard, Victoire Hubert, Pierre-Henri Daclusi, Luke Creveau-Genty, Margaux Feat, Kenza Farkoudine, Louise Mercier, Louise Maison, Gwladys Guerche, Margot Henry-Batt.

Financements

Le projet REPERES été financé principalement sur fonds propres du Samusocial de Paris (notamment via des dons de particuliers) et du réseau Solipam. Des contributions financières ont été obtenues de la part de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (18 % du budget total) et de la Fondation Sanofi (<2 %). Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

Remerciements

Nous remercions les financeurs pour le soutien accordé à ce projet. Les membres du comité scientifique sont également vivement remerciés pour le temps consacré, la qualité de leurs analyses et la richesse de leur expertise, qui ont accompagné et renforcé la rigueur de ce travail. Une reconnaissance particulière est adressée à l'ensemble des enquêtrices et enquêteurs mobilisé·e·s (professionnels et étudiants) pour leur engagement, leur disponibilité, leur écoute attentive et l'attention portée

aux récits et vécus des femmes et dont l'implication a été déterminante pour la réalisation de cette étude. Nous remercions également les bénévoles qui ont pris soin des enfants des femmes enquêtées pendant les entretiens. Enfin, nous exprimons une profonde gratitude à l'égard des femmes participantes, pour le temps qu'elles ont accordé à cette enquête, pour la confiance qu'elles ont témoignée et pour le partage de leur savoir expérientiel.



Préambule

Origine du projet REPERES

La période périnatale constitue une fenêtre critique pour la santé des femmes et le développement de l'enfant. Depuis septembre 2019, les pouvoirs publics ont affirmé un engagement fort en matière de santé publique à travers la mise en place de la politique nationale des 1 000 premiers jours, reconnaissant l'importance déterminante de cette période pour la santé et le développement de l'enfant. Si cette réalité est aujourd'hui largement documentée en population générale, elle demeure particulièrement sous-explorée pour les femmes sans domicile qui traversent cette période. Pourtant, la littérature scientifique internationale ne laisse aucun doute sur l'ampleur des risques auxquels ces femmes sont exposées : continuum de violences, santé mentale dégradée, risques sanitaires, obstacles cumulés dans l'accès aux soins.

Sur le territoire francilien, cette réalité prend une acuité particulière. Les données disponibles indiquent qu'environ 3 500 nouveau-nés débutent chaque année leur vie sans domicile en Île-de-France, un chiffre probablement sous-estimé, dans un contexte marqué par la saturation chronique des dispositifs d'hébergement d'urgence, la raréfaction de l'offre de soins en périnatalité et le creusement des inégalités socio-spatiales de santé.

Les alertes multiples sur la dégradation des situations de ces femmes émanant des professionnel·le·s du champ médico-social, n'avaient jusqu'à présent jamais été appuyées par des données scientifiques robustes permettant d'alimenter le débat public et d'orienter les politiques. Porté conjointement par le réseau Solipam et l'Observatoire du Samusocial de Paris, le projet REPERES produit une photographie inédite d'une population qui, jusqu'ici, n'existait que dans les récits des équipes de terrain. Il constitue à ce jour l'une des études les plus complètes et les plus rigoureuses jamais menée en

« Quand je parle avec vous, comme ça, je me sens un peu libre. Comme s'il y avait quelque chose dans mon cœur qu'on m'avait libéré. »

France sur la santé périnatale des femmes sans domicile. Sa démarche mixte (quantitative et qualitative) et ses méthodologies complémentaires (transversale et longitudinale) permettent de documenter à la fois les trajectoires d'hébergement, l'état de santé physique et psychique des mères et des nouveau-nés, l'accès aux soins, l'exposition aux violences et l'impact de l'errance résidentielle sur la santé. Le projet REPERES vise enfin à documenter les trajectoires de ces femmes et à fournir des éléments empiriques susceptibles d'éclairer les politiques publiques en matière de réponses sanitaires et sociales destinées aux femmes enceintes sans domicile en Île-de-France.

Le projet REPERES donne également une place aux récits des femmes permettant non seulement de mieux comprendre les réalités vécues derrière les indicateurs sanitaires, mais aussi de reconnaître leur savoir expérientiel. Pour certaines femmes, l'entretien constitue un espace rare où leur vécu peut être exprimé, écouté et reconnu.

Ce rapport présente les premiers résultats du projet REPERES, en mettant l'accent sur l'état de santé des femmes pendant la grossesse et à l'accouchement, à partir de données quantitatives et illustrés par des données qualitatives. Ces résultats initiaux seront enrichis et complétés dans des rapports ultérieurs, intégrant notamment les données qualitatives détaillées, les analyses sur la qualité de vie à l'hôtel dans une perspective d'épidémiologie environnementale, ainsi que les indicateurs de santé post-partum pour la mère et le nouveau-né.

Présentation des structures

Le projet REPERES est co-porté par le réseau Solipam et par l'Observatoire du Samusocial de Paris, en collaboration avec d'autres pôles opérationnels du Samusocial de Paris, en particulier le pôle Delta¹.

Le réseau [Solipam](#) Île-de-France est un réseau régional de santé participant à la coordination en périnatalité et à l'accès aux soins, financé par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Le [Samusocial de Paris](#) est un groupement d'intérêt public qui intervient auprès des personnes sans domicile en Île-de-France en proposant hébergement, soins et accompagnement, tout en développant des dispositifs innovants de lutte contre l'exclusion. [L'Observatoire](#) est un pôle de recherche rattaché au Samusocial de Paris.

1. Delta est le pôle du Samusocial de Paris chargé de la gestion et de la réservation des nuitées hôtelières à vocation sociale en Île-de-France pour l'hébergement d'urgence des personnes sans domicile.

Sommaire

CONTRIBUTIONS	4
Auteurs	4
Auteur.e.s ayant contribué à la rédaction	4
Financements	4
Remerciements	4
PRÉAMBULE	5
Origine du projet REPERES	5
Présentation des structures	5
SOMMAIRE	6
GLOSSAIRE	7
CONTEXTE	8
Estimation du nombre de femmes enceintes sans domicile	10
Objectifs	12
MÉTHODE	13
Volet quantitatif	13
Volet qualitatif	14
DÉROULÉ DE L'ÉTUDE	15
REPERES Hôtel (RH)	15
REPERES Solipam (RS)	16
Recoupement des inclusions entre les deux volets de l'étude	17
Volet qualitatif	17



RÉSULTATS	18
1 Profils des femmes rencontrées dans le volet quantitatif	18
1.1 Caractéristiques socio-démographiques	19
1.2 Origine et accès aux droits	20
1.3 Situation financière	21
1.4 Parcours d'hébergement	23
2 Profil des femmes rencontrées dans le volet qualitatif	25
3 Exposition à une pluralité de violences	26
3.1 Exposition aux violences	26
3.2 Mutilation génitale féminine (MGF)	27
3.3 Refus de soins	28
3.4 Sous-étude spécifique sur les violences	31
4 Indicateurs en santé reproductive	32
4.1 Antécédents obstétricaux	32
4.2 Santé menstruelle et pathologies gynécologiques	34
4.3 Précarité menstruelle	34
4.4 Suivi gynécologique avant la grossesse	36
4.5 Littératie numérique en santé	37
4.6 Contraception	38
5 Déroulé de la période périnatale	40
5.1 Découverte de la grossesse	40
5.2 État de santé physique de la mère	41
5.3 Diabète gestationnel	42
5.4 État de santé psychique de la mère	43
5.5 État de faim de la mère	48
5.6 Impact de l'errance résidentielle	51
5.7 Recours aux soins	54
5.8 Renoncements aux soins	56
5.5 Déroulé de l'accouchement	58
FORCES ET LIMITES	65
PERSPECTIVES ET TRAVAIL À VENIR	67
RECOMMANDATIONS	68
DE LA RECHERCHE À L'ACTION	70
Sensibilisation et formation des équipes professionnelles	70
Signalements	70
Orientations	70
CONCLUSION	72
RÉFÉRENCES	73

Glossaire

AME

Aide médicale d'État

ARS

Agence régionale de santé

CHRS

Centres d'hébergement et de réinsertion sociale

CHU

Centres d'hébergement d'urgence

CMU

Couverture maladie universelle

C2S

Complémentaire santé solidaire

CNDA

Cour nationale du droit d'asile

CSS

Complémentaire santé solidaire

DAG

Diagramme acyclique dirigé

DNA

Dispositif national d'accueil
des personnes demandant l'asile

DSAFHIR

Droits, santé et accès aux soins
des femmes hébergées, isolées, réfugiées

ECCM

Enquête nationale confidentielle
sur les morts maternelles

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ENFAMS

Enfants et familles sans logement personnel
en Île-de-France

ENP 2021

Enquête nationale périnatale de 2021

HAD

Hospitalisation à domicile

HAS

Haute Autorité de santé

HHS

Household Hunger Scale

IMG

Interruption médicale de grossesse

IVG

Interruption volontaire de grossesse

MFIU

Mort fœtale in utero

MGF

Mutilations génitales féminines

OR

Odds Ratio

PASH

Plateforme d'accompagnement social à l'hôtel

PMI

Protection maternelle et infantile

PMSI

Programme de médicalisation
des systèmes d'information

RH

REPERES Hôtel

RMM

Ratio de mortalité maternelle

RS

REPERES Solipam

SA

Semaines d'aménorrhée

SIAO

Services intégrés d'accueil et d'orientation

TCC

Thérapies comportementales et cognitives

TSPT

Trouble de stress post-traumatique

UE

Union européenne

UNICEF

United Nations Children's Fund
(Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

Contexte

En France, la mortalité infantile augmente depuis 2012 (1). Ce constat s'accompagne d'une tendance inquiétante : le creusement des inégalités de santé au sein de la population, parallèlement au renforcement des disparités socio-économiques entre territoires (2).

La situation sanitaire est corrélée aux conditions socio-économiques à l'échelle du territoire national, révélant d'importantes inégalités socio-spatiales en matière de santé périnatale. Par exemple, en Île-de-France, le risque de diabète gestationnel est 70 % plus important dans les communes les plus défavorisées par rapport aux communes les plus favorisées² (3). L'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) met également en évidence une mortalité des femmes migrantes plus élevée que celle des femmes nées en France, avec une « surmortalité particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne »³ (4).

L'Île-de-France se distingue par ratio de mortalité maternelle (RMM) supérieur de 55 % à celui observé dans l'ensemble des autres régions de la métropole (5). Sur ce territoire, les acteurs du champ social et sanitaire tentent régulièrement d'alerter depuis plusieurs années sur la présence de femmes enceintes vivant à la rue (6), une situation qui persiste malgré une médiatisation accrue et une reconnaissance croissante (7). Plusieurs études montrent que les femmes enceintes en situation de grande précarité présentent un risque majeur de complications pendant la grossesse et après l'accouchement (8).

La grossesse et la période du postpartum sont associées à un risque accru d'apparitions de troubles psychiques et physiques, ayant un impact sur la santé maternelle et infantile (9). Le désavantage socio-économique est quasi-systématiquement associé à un risque accru de mortalité, d'accouchement prématuré ou de petit poids de naissance. Il doit également être mis en lien avec l'imbrication d'autres facteurs, tels que des conditions d'hébergement indignes, insalubres, voire inexistantes, souvent inscrites dans un contexte de violences protéiformes qui sont susceptibles d'avoir des conséquences graves sur la santé des femmes (10). Les mères hébergées par le 115 souffrent quatre fois plus de dépression qu'en population générale (11). La précarité de leur hébergement entraîne une dégradation de leur santé physique (12). Au-delà de certaines recherches ayant documenté la difficulté des conditions de vie à l'hôtel, la question de l'augmentation de l'errance résidentielle⁴ apparaît aujourd'hui particulièrement préoccupante.

Comme les autres publics précarisés du territoire francilien, cette population, bien que prioritaire au regard des critères d'hébergement⁵, est confrontée à la saturation des dispositifs et à une insuffisance globale des capacités d'accueil de l'hébergement généraliste, participant au tri des publics en situation de grande vulnérabilité. Le maintien du nombre de places d'hébergement, aux vues de la demande n'est pas suffisant. Cette organisation participe à l'embolie d'un parc d'hébergement social alors sous calibré, confrontant les acteurs de terrain à une situation de « saturation chronique du système », dont la conséquence est le maintien ou le retour à la rue (13). Cette organisation participe à l'embolie d'un parc d'hébergement social alors sous calibré, confrontant les acteurs de terrain à une situation de « saturation chronique du système », dont la conséquence est le maintien ou le retour à la rue (13). Cette difficulté d'accès à un hébergement stable et pérenne conduit à un recours de plus en plus fréquent à l'hébergement d'urgence, souvent limité à quelques jours. Ces déplacements participent à une mobilité contrainte, caractéristique d'une errance résidentielle durable.

D'une part, les difficultés de déplacement liées à l'errance résidentielle en Île-de-France participent à des situations de renoncements aux soins. Ces situations sont fréquentes chez les personnes en situation de pauvreté et d'isolement social, qui présentent trois fois plus de risque de renoncer à des soins que le reste de la population. Ce risque dépasse même huit fois celui de la population générale dans les zones sous-dotées en offre de soins (14). Environ 20 % des causes de décès maternel sont associées directement ou indirectement à la période prénatale, en particulier chez les femmes sans suivi de grossesse ou avec un suivi de grossesse inadéquat (15). En effet, hébergement précaire et errance résidentielle perturbent l'accès aux soins et engendrent des conditions de stress ayant un impact sur la santé périnatale, des femmes comme des enfants. Dans ces situations, on relève un pourcentage élevé d'infections en période prénatale, une hausse de la mortalité infantile, une augmentation des accouchements prématurés et des naissances de petits poids.

D'autre part, ces situations confrontent aussi les équipes hospitalières à des missions médicales et sociales particulièrement complexes, dans un contexte de tension accrue sur les dispositifs d'hébergement des publics les plus vulnérables. Selon une enquête de routine de

2. Même en prenant en compte l'âge de la mère, les autres pathologies et la parité.

3. Risque 2,5 fois plus élevé que celui des femmes nées en France.

4. L'errance résidentielle correspond à un enchaînement de lieux d'hébergement temporaires ou informels, avec des changements fréquents de lieu de vie et une absence de stabilité résidentielle durable.

5. Dans la grille de priorisation utilisée par le 115, la priorité 1 correspond à une situation de danger immédiat, pouvant entraîner des dommages irréversibles pour la personne ou le ménage. Ces situations sont considérées comme celles pour lesquelles la rue représente un danger immédiat. Ces demandes sont donc traitées en priorité (avant les demandes de priorités 2 à 4). Les repères régionaux de priorisation indiquent que les priorités 1 désignent les femmes victimes de violences, nécessitant une mise en sécurité immédiate, les personnes ou couples avec un enfant de moins de 3 mois et les femmes enceintes de plus de 6 mois.

l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, plus de 4 000 femmes sont concernées chaque année par une hospitalisation en raison de leur situation de sans-abrisme ou d'hébergement temporaire ou de fortune, soit en 2019, 2,28 % des femmes ayant accouché contre 0,58 % en 2015, traduisant une augmentation marquée en quelques années (16). Ces situations sont particulièrement complexes dans un contexte où l'hôpital public connaît une crise profonde. Sur le territoire national, le déficit de professionnel·le-s de santé et du secteur médico-social est important, particulièrement en périnatalité et de manière plus marquée encore sur certains territoires (17).

En Île-de-France, les difficultés de recrutement de sages-femmes hospitalières et de Protection Maternelle et Infantile (PMI) génèrent des tensions sur l'offre de soins, aboutissant à des fermetures de lits, à une limitation des inscriptions en maternité et à un recentrage des activités sur les soins urgents non programmés. Cette situation est particulièrement préoccupante dans certains territoires, comme en Seine-Saint-Denis où l'on recense seulement 67,4 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 54 ans, soit deux fois moins qu'en population générale (138,8 à l'échelle nationale) (18). Le déficit de personnel compromet la qualité et la continuité du suivi des femmes enceintes, entraînant un risque de rupture dans les parcours de soins.



Estimation du nombre de femmes enceintes sans domicile

En 2019, en Île-de-France, 2,3 % des femmes étaient sans-abri ou en logement temporaire au moment de leur accouchement, une proportion largement supérieure à celles observées dans les autres départements de France métropolitaine (19). Afin d’estimer le nombre de femmes sans domicile ayant accouché en Île-de-France en 2025, un travail complémentaire à l’étude REPERES a été mené⁶. En 2025, au moins 3381 nouveau-nés ont ainsi débuté

leur vie sans domicile en Île-de-France, correspondant à 3320 mères. Pour les femmes enceintes, le mode d’hébergement le plus fréquent est l’hôtel, suivi des centres d’hébergement d’urgence (CHU) et des centres d’hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) (Tableau 1). Les départements comptant le plus grand nombre de nouveau-nés sans domicile sont Paris, le Val-d’Oise et la Seine-Saint-Denis.

Tableau 1 : Estimation du nombre de femmes enceintes et de nouveau-nés sans domicile en Île-de-France en 2025.

	Nouveau-né					Mère
	Hôtel ¹	CHU ²	CHRS ²	Autre ²	Total	Total
Paris (75)	390	226	21	4	641	627
Val-d'Oise (95)	489	53	9	0	551	543
Seine-Saint-Denis (93)	495	inconnu	inconnu	inconnu	495	484
Essonne (91)	440	inconnu	inconnu	inconnu	440	435
Yvelines (78)	362	22	11	0	395	390
Val-de-Marne (94)	340	21	1	2	364	358
Seine-et-Marne (77)	380	inconnu	inconnu	inconnu	380	370
Hauts-de-Seine (92)	115	inconnu	inconnu	inconnu	115	113
Île-de-France	3011	322	42	6	3381	3320

1. Données issues du logiciel ROSALIE, utilisé par Delta (pôle du Samusocial de Paris) pour la gestion hôtelière, parmi les femmes hébergées à l’hôtel au moment dans les 15 jours à la sortie de la maternité
2. Données issues du logiciel SI-SIAO, utilisé par les SIAO (Service Intégré d’Accueil et d’Orientation), parmi les femmes hébergées en structures stabilisées dans les 15 jours à la sortie de la maternité

Ce chiffre est très certainement sous-estimé. Son calcul revêt des limites méthodologiques, notamment en raison de la qualité des données issues de logiciels conçus principalement pour un usage professionnel et non à des fins statistiques et de recherche. L’estimation dans les CHU, CHRS, les dispositifs de la Ville de Paris⁷ ou dans le Dispositif national d’accueil des personnes demandant asile (DNA) n’a pas été possible dans certains départements et n’a donc pas été comptabilisée. Par ailleurs, ce décompte ne prend pas en considération les femmes qui, à leur sortie immédiate de maternité (moins de 15 jours après l’accouchement), se trouvent en dehors des dispositifs

d’hébergement d’urgence : femmes à la rue, hospitalisées pour une longue durée, hébergées chez des tiers, vivant en squat ou en campement. Néanmoins, il convient de rappeler que les femmes en sortie de maternité bénéficient d’un statut de priorité maximale pour l’accès à l’hébergement d’urgence : lorsqu’une demande est formulée durant cette période, une prise en charge effective est très probable.

6. Il s’appuie sur l’exploitation des données issues de l’outil Delta, qui assure la gestion des places en hôtellerie sociale francilienne, ainsi que sur les données transmises par les différents services intégrés d’accueil et d’orientation (SIAO) de la région. À partir de ces sources, une estimation a minima du nombre de nouveau-nés sans domicile en 2025 a été réalisée.
7. Dispositifs de mise à l’abri financés par la ville de Paris : SAS et SMAP.a minima du nombre de nouveau-nés sans domicile en 2025 a été réalisée.

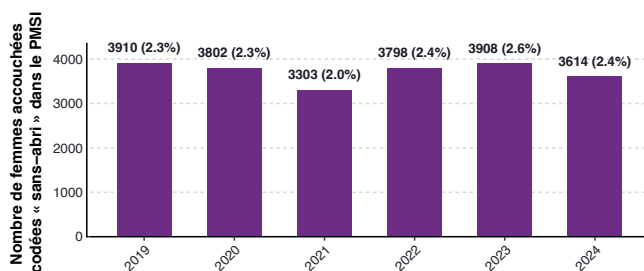


Figure 1 : Nombre de femmes avec un codage PMSI « sans-abri » en Île-de-France entre 2019 et 2024

Note Figure 1 : Les données présentées sont issues du codage "sans-abri" du PMSI, indicateur disponible seulement en Île-de-France. Celui-ci regroupe les personnes sans-abri ou en hébergement d'urgence. Ce codage dépend des établissements de santé et est réalisé par un médecin DIM spécialisé et sensibilisé à la problématique "sans-abri". Le chiffre entre parenthèse présente la part de femmes "sans-abri" par rapport à la totalité des accouchements dans la région. Chiffres disponibles sur https://opendata-perinat.sante-idf.fr/app_direct/open.data/ (20).

Afin de confirmer la validité de cette estimation, une autre source de données a été mobilisée. D'après les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), le nombre de femmes accouchées avec un codage PMSI « sans-abri » dans la région est compris entre 3303 et 3910 sur la période 2016-2024, représentant

En 2025, environ 3 500 nouveau-nés ont commencé leur vie sans domicile en Île-de-France, dont plus de 3 000 hébergés dans des hôtels sociaux.



environ 2 % à 2,5 % du total des accouchements (Figure 1). En rappelant que l'estimation basée sur les données du SIAO est incomplète et probablement sous-estimée, les différentes sources de données permettent d'observer un ordre de grandeur similaire d'environ 3500 femmes sans domicile ayant donné naissance en 2025.

FOCUS SUR LES FEMMES AYANT DONNÉ NAISSANCE À L'HÔTEL

En 2025, 3011 femmes ont accouché alors qu'elles étaient hébergées dans des hôtels sociaux en Île-de-France.

La répartition par département en sortie de maternité montre que la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise concentrent le plus grand nombre de femmes, avec respectivement 495 et 489 femmes (Tableau 1). À l'échelle de Paris, les nouveau-nés hébergés dans des hôtels sociaux sont principalement localisés dans le 18^{ème} arrondissement⁸. Cette répartition reflète la concentration des structures d'hébergement social dans certains arrondissements et départements de la région.

L'âge moyen des femmes hébergées à l'hôtel en Île-de-France ayant donné naissance à un nouveau-né en 2025 est de 30,3 ans, dont 25,0 % ont 35 ans ou plus. La distribution des âges des mères hébergées à l'hôtel apparaît globalement plus jeune que celle de la population générale (Figure 2). La proportion de mères âgées de 20 à 24 ans est nettement plus élevée parmi les femmes hébergées à l'hôtel (16 % contre 9 %), et celle des 25 à 29 ans est également plus importante (29,4 % contre 25,9 %). Ces résultats suggèrent que les maternités surviennent, en moyenne, à un âge plus précoce chez les femmes sans domicile hébergées à l'hôtel que dans la population générale bien que la distribution reste comparable.

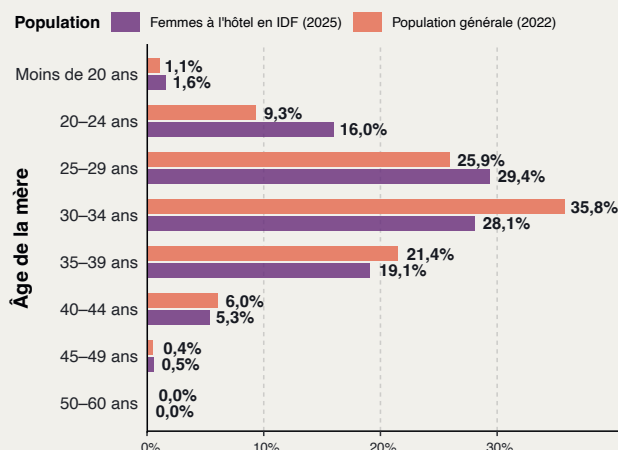


Figure 2 : Répartition par classe d'âge des mères hébergées à l'hôtel en Île-de-France et des mères en population générale française.

Note Figure 2 : L'âge des femmes ayant donné naissance à un nouveau-né en 2022 dans la population générale est issu des données de l'Insee (21). L'âge des femmes hébergées à l'hôtel correspond à celui des femmes ayant donné naissance à un nouveau-né en 2025 alors qu'elles étaient hébergées à l'hôtel à la sortie de la maternité, d'après les données du logiciel ROSALIE, utilisé par Delta (pôle du Samusocial de Paris) pour la gestion hôtelière.

8. Effectif par arrondissement : 18^{ème} arrondissement (n = 109), 17^{ème} (n = 68), 11^{ème} (n = 48), 20^{ème} (n = 46), 10^{ème} (n = 37) et 19^{ème} (n = 33).



©Samusocial de Paris

Objectifs

L'**objectif principal** de l'étude REPERES est d'évaluer les conséquences de la qualité et de la stabilité d'hébergement des mères en situation de grande précarité sur leur santé psychique et physique ainsi que sur celles de leur nouveau-né.

Les **objectifs secondaires** de REPERES sont de décrire l'état de santé psychique et physique des mères et des nouveau-nés ainsi que de documenter les trajectoires d'hébergement et de soins pendant la période périnatale et d'examiner les modalités de réappropriation de l'espace public. Ils visent également à analyser les effets de la mobilité contrainte sur la santé et à étudier l'impact de la qualité et de la stabilité de l'hébergement sur l'accès et le recours aux soins.

Enfin, l'étude s'intéresse à la manière dont les politiques publiques encadrant la prise en charge des personnes en situation de grande précarité influencent les trajectoires d'hébergement et de soins, en portant une attention particulière à la situation des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés. Elle analyse également les jeux d'acteurs impliqués afin de comprendre comment s'articulent, se coordonnent ou parfois se fragmentent les dispositifs d'accompagnement.

Méthode

Le projet REPERES est basé sur une approche mixte : quantitative et qualitative (Figure 3).



Figure 3 : Méthodologie des deux volets de l'enquête

Volet quantitatif

L'approche quantitative comprend deux volets d'études menées conjointement :

- REPERES Hôtel (RH)** : à partir de la base de données recensant les personnes hébergées à l'hôtel, un échantillon aléatoire de femmes en âge de procréer (18-49 ans) est tiré au sort par département en Ile-de-France⁹. Toutes les femmes sont contactées par téléphone afin de savoir si elles sont en période périnatale (enceintes ou ayant accouché depuis moins de quatre mois) et si elles acceptent de participer à l'étude. Ces femmes sont donc toutes hébergées au moment de leur inclusion mais ne bénéficient pas forcément d'un accompagnement médical et/ou social. Un entretien est proposé aux femmes en période périnatale ayant donné leur accord pour participer à l'enquête (étude transversale). Un binôme constitué d'une enquêtrice et d'un accompagnateur dédié à la garde d'enfant réalise ces entretiens en face à face à l'hôtel. En cas d'impossibilité de réaliser l'entretien en face à face, un entretien par téléphone est proposé. Pour les femmes ayant été

rencontrées pendant leur grossesse, un appel de suivi est réalisé en post-partum permettant de recueillir les informations sur le déroulé de l'accouchement et sur les indicateurs principaux de santé physique de la mère et du nouveau-né en post-partum.

- REPERES Solipam (RS)** : Toutes les femmes enceintes suivies par le réseau Solipam entre le 1^{er} janvier 2024 et le 30 juin 2025 ont été invitées à participer à l'étude. Ces femmes, en majorité à la rue ou hébergées temporairement chez un tiers au moment de leur inclusion, bénéficient de l'accompagnement des professionnelles assistantes sociales et sages-femmes du réseau Solipam. Après recueil de leur consentement, les participantes ont eu quatre (si elles sont incluses précocement au cours de la grossesse) ou trois (si elles sont incluses tardivement au cours de la grossesse) entretiens téléphoniques effectués par des professionnel·le·s travaillant au Samusocial de Paris ou dans le domaine de la santé publique (étude de cohorte (Figure 4).

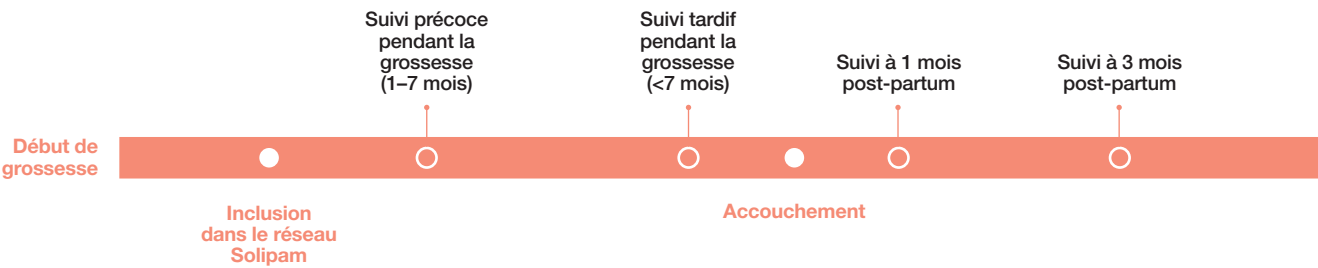


Figure 4 : Schéma de suivi des femmes incluses dans le volet quantitatif de REPERES Solipam

9. Hors Val-d'Oise (95) car les accords du SIAO concerné n'ont pas été obtenus.

Pour les deux volets, les données collectées permettent de décrire les caractéristiques démographiques et sociales des participantes, d'évaluer leur état de santé physique, incluant les pathologies liées à la grossesse, le déroulé de l'accouchement, leur état de santé psychique, leur accès aux soins, leur situation alimentaire et leur parcours d'hébergement en utilisant des échelles standardisées¹⁰.

La passation des questionnaires est faite dans la langue choisie par les participantes, soit grâce aux compétences linguistiques de l'enquêteur ou de l'enquêtrice, soit via un service professionnel d'interprétariat téléphonique (effectué systématiquement par ISM interpréta-

riat). Les réponses aux questionnaires sont saisies en temps réel par l'enquêteur ou l'enquêtrice sur une plateforme en ligne¹¹, créé spécifiquement pour l'étude et agréé pour l'hébergement de données de santé.

Les données déclaratives recueillies lors des entretiens sont complétées par les données quantitatives disponibles dans le SI-SIAO (recours au 115) et du logiciel ROSALIE (qui retrace les parcours institutionnels d'hébergement à l'hôtel), permettant de reconstituer les trajectoires résidentielles. Elles sont également enrichies par les données d'activité du réseau Solipam, qui comprennent des informations médicales, sociales et les comptes rendus d'accouchement.

Volet qualitatif

Le volet qualitatif s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse en géographie de la santé portant sur les enjeux des politiques publiques autour de la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité en Île-de-France. Il vient s'articuler à l'approche quantitative en vue d'appréhender les mécanismes de l'action publique et leurs conséquences sur les expériences des femmes enquêtées. La méthodologie utilisée s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés, d'une part auprès de femmes accompagnées par le réseau Solipam et d'autre part auprès d'un nombre restreint des femmes non accompagnées par le réseau mais en situation de grande précarité.

Les entretiens sont réalisés en deux temps différents :

- Des **entretiens biographiques** visent à recueillir les trajectoires, les expériences vécues des femmes et récits de vie, en vue de mieux comprendre leurs parcours et les enjeux autour de leur prise en charge au niveau médical et social.
- Des **ateliers de cartographie collectifs** sont mis en place en vue de faire faire produire par les femmes une représentation visuelle de leurs déplacements effectués au cours de la vie (et plus précisément au cours de la période périnatale) et de leur occupation de l'espace public pendant le temps d'errance.

En complément, des entretiens qualitatifs sont conduits auprès de professionnel·le·s du champ du médico-social accompagnant ces femmes, afin d'identifier les leviers et barrières à l'accompagnement, et de les mettre au regard des enjeux actuels des politiques publiques relatives à la prise en charge globale des femmes enceintes en situation de grande précarité sur le territoire francilien.

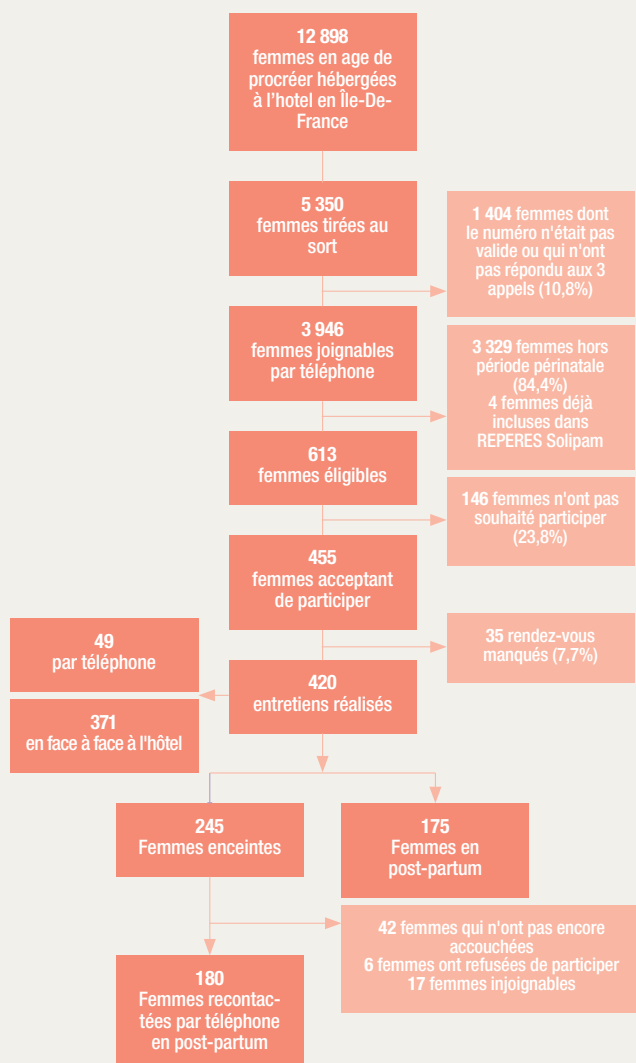


10. L'état de stress post-traumatique évalué avec le PC-PTSD-5 ; La dépression pré et post-partum évaluée avec l'échelle d'Edinbourg EPDS ; le risque suicidaire avec le module Mini4 ; l'état de faim évalué avec le Module Household hunger scale.

11. Voozanoo 4 d'Epiconcept®

Déroulé de l'étude

REPERES Hôtel (RH)



REPERES Solipam

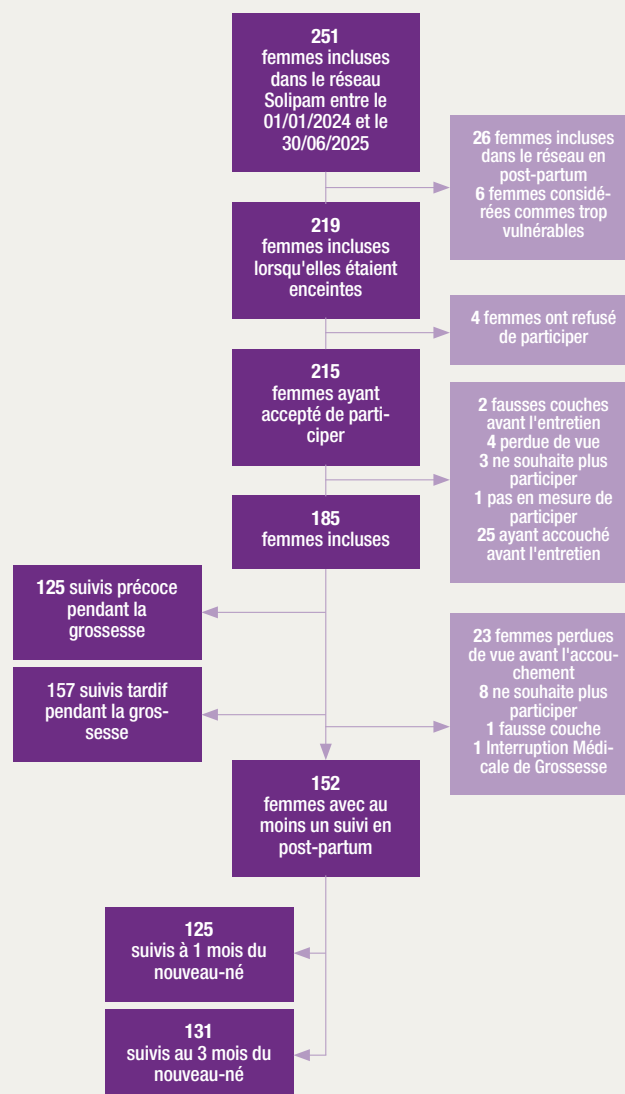


Figure 5 : Diagramme de flux de la réalisation de REPERES Hôtel et REPERES Solipam

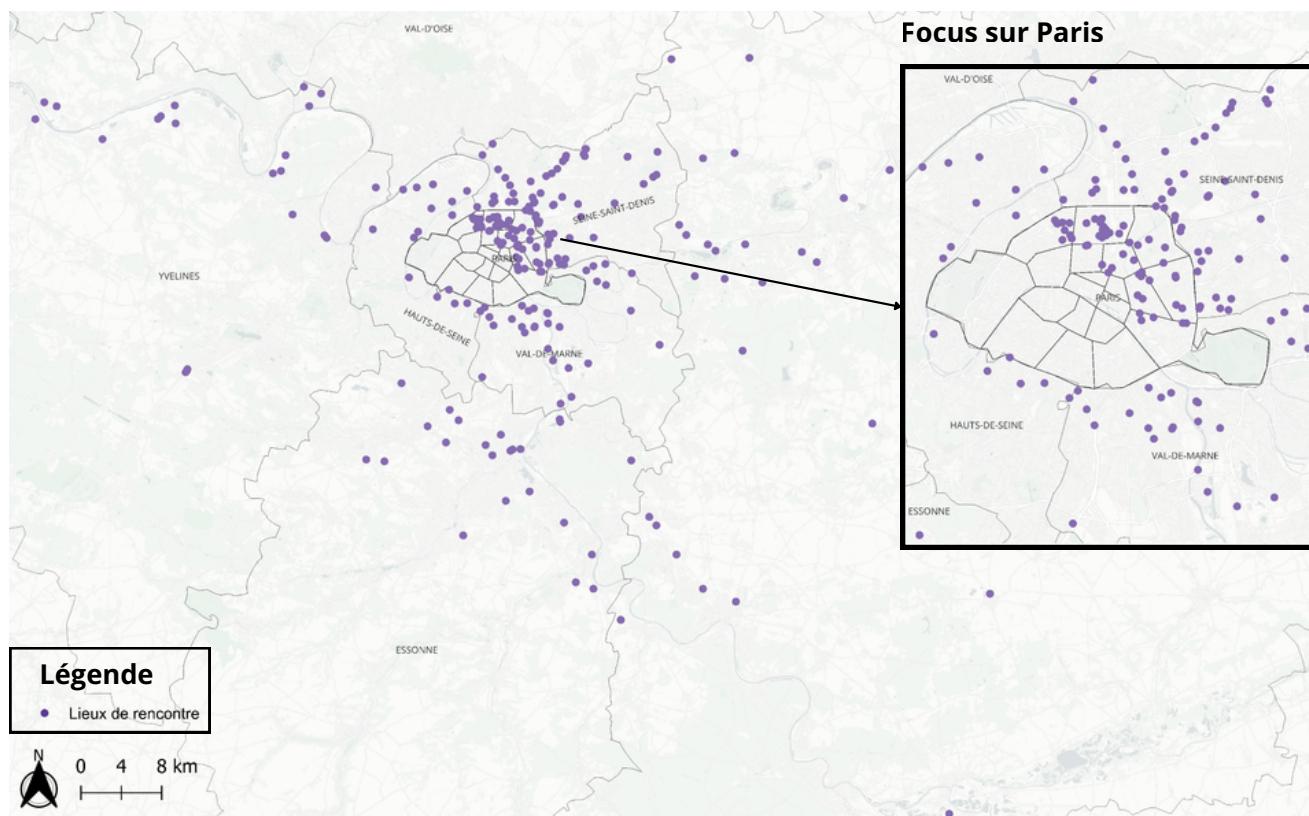
REPERES Hôtel (RH)

Un jour donné en 2025, environ 13 000 femmes en âge de procréer résident dans un hôtel social en Île-de-France¹². Parmi elles, 42 % ont été tirées au sort (par département) : 1 femme sur 6 (16 %) étaient en situation de périnatalité (enceinte ou ayant accouché depuis moins de quatre mois) et parmi elles, le taux d'acceptation de participation à l'étude était de 70 % (Figure 5). Au total, 420 entretiens ont été réalisés dans quatorze langues différentes.

Les entretiens ont été réalisés dans sept départements d'Île-de-France (Carte 1) par quinze enquêtrices et la durée moyenne des entretiens était de 50 minutes, représentant plus de 350 heures d'entretiens. Environ 9 % des entretiens ont été menés dans une langue autre que le français avec comme langues majoritaires le soninké, le bambara, l'anglais et le pachto.

12. Chiffre Delta, hors Vol-d'Oise (95).

Carte 1 : Répartition géographique des entretiens de REPERES Hôtel



Note Carte 1 : Les entretiens ont été réalisés en Seine-Saint-Denis (n = 125), à Paris (n = 73), en Seine-et-Marne (n = 58) et dans le Val-de-Marne (n = 53), les Yvelines (n = 48), l'Essonne (n = 37) et les Hauts-de-Seine (n = 26). Un point correspond à un hôtel où une femme a été rencontrée. Plusieurs femmes ont pu être rencontrées dans le même lieu. Carte réalisée par Luke Creveau-Genty

Parmi les 420 femmes rencontrées, 245 étaient enceintes et 175 en post-partum. La grande majorité des entretiens (88 %) a été réalisée en face-à-face à l'hôtel. Parmi les femmes incluses pendant leur grossesse, 25 % l'étaient au cours du premier trimestre, 31 % au cours du deuxième trimestre et 44 % au cours du troisième trimestre.

Sur les 245 femmes rencontrées pendant la grossesse, 180 ont bénéficié d'un suivi téléphonique post-partum, tandis que 42 restent à suivre, n'ayant pas encore accouché.

REPERES Solipam (RS)

Entre le 1^{er} janvier 2024 et le 30 juin 2025, 251 femmes ont été incluses dans le réseau Solipam dont 87 % pendant la grossesse et 13 % en post-partum. Parmi les femmes incluses pendant leur grossesse, 74 % ont été incluses dans l'étude RS, ce qui représente 85 % des femmes potentiellement éligibles (**Figure 5**).

Au total, 185 femmes ont été incluses dans l'étude et 538 suivis ont été réalisés dans quatorze langues différentes.

La durée moyenne de chaque entretien était de 41 minutes, représentant plus de 370 heures d'entretien réalisés par 46 enquêtrices et enquêteurs. Parmi l'ensemble des entretiens, 51 (10 %) ont été menés dans une langue autre que le français. Les langues les plus fréquemment utilisées étaient l'anglais (n = 15) et le bambara (n = 11).

Parmi les femmes incluses, 8 % l'ont été au cours du premier trimestre de grossesse, 48 % au cours du deuxième trimestre et 44 % au cours du troisième trimestre. Au total, 125 femmes ont bénéficié d'un suivi précoce pendant la grossesse (entre 1 et 7 mois), 157 d'un suivi tardif pendant la grossesse (> 7 mois de grossesse), 125 d'un suivi à un mois post-partum et 131 d'un suivi à trois mois post-partum. Si l'on considère uniquement les suivis prévus, 30 % des suivis tardifs pendant la grossesse, 31 % des suivis à un mois post-partum et 28 % des suivis à trois mois post-partum ont été manqués. Un suivi pouvait être manqué sans que les autres le soient nécessairement. Ces résultats illustrent les difficultés à assurer un suivi longitudinal dans cette population, en raison notamment d'une forte instabilité résidentielle et de conditions de vie susceptibles de limiter la disponibilité des femmes pour les entretiens de suivi.

Recoupement des inclusions entre les deux volets de l'étude

Au total, sept femmes ont été incluses simultanément dans RH et RS, révélant un chevauchement entre les deux volets de l'étude. Bien que la plupart des indicateurs recueillis soient communs aux deux études, cette duplication souligne la nécessité de distinguer les analyses pour chaque volet.

Par ailleurs, vingt autres femmes ont été contactées dans RH alors qu'elles étaient déjà incluses dans RS. Parmi elles, deux ont indiqué avoir déjà incluses et n'ont donc pas été intégrées dans RH ; dix se trouvaient hors période périnatale au moment de l'appel (nouveau-né âgé de plus de 4 mois) et n'ont donc pas été incluses ; huit n'ont pas répondu à l'appel téléphonique d'inclusion ou ne se sont pas présentées au rendez-vous.

Les femmes enquêtées dans le cadre de RS ne constituent pas une population fondamentalement distincte de celles incluses dans l'étude RH. La grande majorité des femmes incluses dans RS ont en effet été hébergées à l'hôtel au moins une fois au cours de la période périnatale et auraient, à ce titre, pu être potentiellement éligibles à l'étude RH. Si certaines d'entre elles l'ont effectivement été, une part importante n'a toutefois pas été incluse dans RH. Cette situation s'explique principalement par des par-

cours d'errance résidentielle particulièrement marqués pour les femmes de RS, caractérisés par des changements fréquents de lieux d'hébergement ou des périodes sans solution stable, qui rendent leur repérage et leur participation à une enquête en face à face plus difficiles.

Les femmes incluses dans RH et RS appartiennent au même ensemble de femmes enceintes sans domicile. Néanmoins, celles recrutées dans RS semblent correspondre à la fraction la plus vulnérable de cette population. Elles ont des trajectoires résidentielles particulièrement instables et sont donc plus susceptibles d'échapper aux dispositifs d'enquête reposant sur des lieux d'hébergement identifiés.

Dans ce contexte, l'inclusion via le réseau Solipam permet de mieux atteindre cette frange particulièrement vulnérable de la population étudiée. Elle contribue ainsi à améliorer la documentation des parcours des femmes présentant les trajectoires résidentielles les plus morcelées, ainsi que l'impact de cette instabilité sur les différentes dimensions de leur vie, notamment en matière de suivi de grossesse, d'accès aux soins et de conditions de vie.

Volet qualitatif

Le volet qualitatif de l'étude vise à identifier à la fois les trajectoires et les expériences des femmes ainsi que celles des professionnel-le-s. Elle comprend 28 entretiens semi-directifs auprès de femmes enceintes en situation de grande précarité et 30 entretiens auprès de professionnel-le-s du secteur médico-social accompagnant ce type de public.

Parmi les femmes interrogées, 25 étaient accompagnées par le réseau Solipam et incluses dans REPERES. Ces entretiens avaient pour objectif de détailler les expériences et les trajectoires de ces femmes (22), afin de documenter les articulations entre les différents champs, notamment sanitaire et social, avec lesquels elles peuvent être en lien dans le cadre des prises en charge, qui leur sont proposées, ainsi que les acteurs et actrices avec lesquelles elles peuvent être en lien. S'agissant des professionnel-le-s, une partie des entretiens a été menée avec des personnes exerçant directement auprès de ces femmes, mais également avec des personnes exerçant des responsabilités au sein d'institutions chargées de la mise en œuvre et de l'application de politiques publiques qui participent à l'action publique. En adoptant une approche mixte, l'étude met en regard les trajectoires et les expériences des femmes avec celles des acteurs et actrices institutionnel-le-s. L'objectif est de comprendre ce qui dans l'application et la mise en œuvre de l'action

publique (23), contribue à éclairer les résultats quantitatifs, autour des liens existants entre errance résidentielle et états de santé dégradés de ces femmes.

Ces entretiens ont été complétés par des observations directes et participantes, menées in situ au sein du réseau Solipam, mais aussi dans certains lieux de vie des femmes. Ces observations visaient à analyser les dynamiques à l'œuvre dans l'action publique (24). Cette méthode permet d'appréhender à la fois les situations quotidiennes vécues par les femmes et les professionnel-le-s, mais également les rapports sociaux entre les femmes enceintes en situation de grande précarité et les professionnel-le-s du secteur médico-social qui les accompagnent, ainsi que les relations entre professionnel-le-s. Elle a également conduit à l'examen du rôle des différentes institutions et dispositifs mobilisés pour la prise en charge de ce public, ainsi qu'à l'identification des effets socio-spatiaux observables dans leurs lieux de vie et de soins, et les mobilités induites.

Il convenait toutefois d'intégrer au sein de cette approche qualitative, la compréhension des logiques à l'œuvre dans les nouvelles politiques publiques, via l'observation des dispositifs récemment mis en place dans un contexte marqué par de multiples changements (transformations et mutations) du secteur médico-social (25).

L'analyse qualitative est en cours. Si certains de ses résultats étayent le présent rapport, ils restent préliminaires et feront l'objet d'une publication ultérieure spécifique.

Résultats

1 • Profils des femmes rencontrées dans le volet quantitatif

1.1 ► Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des femmes est de 31 ans dans RH et de 29 ans dans RS (Tableau 2). À titre de comparaison, en France, l'âge moyen à l'accouchement en 2023 était de 31 ans (26). Parmi les femmes rencontrées, 12 % des femmes dans RH et 48 % de celles dans RS sont primipares. L'âge moyen des femmes primipares est

de 28 ans dans RH et de 27 ans dans RS, contre 29 ans en population générale française (26). Avant l'arrivée du nouveau-né, les trois quarts des femmes de RH (75 %) ont déjà au moins un enfant vivant avec elles, alors que ce n'est le cas que de 22 % des femmes de RS.

Tableau 2 : Moyenne et médiane d'âge des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES et en population générale

	REPERES Hôtel (N = 420)	REPERES Solipam (N = 185)	Population française ¹
Âge moyen des femmes	31,4	28,8	31,0
Âge moyen des femmes primipares	27,9	27,4	29,1
Âge médian des femmes Q1 – Q3 ²	31 [27 – 36]	28 [25 – 33]	Non disponible

1 - Données Insee 2023

2 - Q1 : Premier quartile – Q3 : Troisième quartile

Les femmes présentent des niveaux d'études hétérogènes. Les femmes de RH ont globalement un niveau de scolarité plus faible que les femmes de RS, avec 31 % de femmes non scolarisées contre 23 % dans RS et 14 % ayant un niveau universitaire contre 18 % dans RS et (Tableau 3).

« Madame n'a que son compagnon, mais c'est un vrai soutien pour elle. »

Dans RH, 1 femme sur 7 vit cette grossesse sans conjoint contre 1 femmes sur 3 dans RS. Parmi celles qui ont un conjoint dans RS, seulement 31 % ne vivent pas avec lui au quotidien, majoritairement à cause de contraintes liées à l'hébergement (6 % des cas pour RH). Lorsque qu'un conjoint est présent dans la structure familiale, celui-ci est considéré par les femmes comme un soutien moral dans plus de 90 % des cas (97 % pour RH et 93 % pour RS). En dehors de la présence d'un conjoint, le soutien social apparaît très limité. Dans les deux volets, une majorité de femmes dispose de très peu de personnes avec lesquelles discuter, que ce soit en présentiel ou par téléphone (72 % pour les femmes de RH, 76 % pour les femmes de RS).

De même, peu de femmes ont dans leur entourage un étayage relationnel géographiquement proches et disponibles lorsqu'elles en ont besoin (75 % et 82 %). En population générale, 35 % des femmes enceintes rapportent avoir un soutien social faible, c'est-à-dire avoir moins de trois personnes sur lesquelles compter en cas de problème (23). Ce taux est trois fois plus élevé dans REPERES (88 % RH et 89 % RS), montrant un isolement social fort. Lorsqu'il est présent, le soutien du conjoint apparaît central pour une part majoritaire de ces femmes, représentant souvent le seul soutien social et émotionnel dans leur vie. Dans certaines situations, ce soutien apparaît d'autant plus crucial qu'il s'inscrit dans un contexte de rupture ou d'éloignement familial, comme le note l'un des enquêteurs : « Madame compte uniquement sur son compagnon au quotidien. Ses relations avec sa famille étant conflictuelles, en particulier avec ses parents avec qui elle n'a plus de lien. Elle parvient parfois à échanger avec son enfant resté au pays grâce à son frère ». Pour de nombreuses femmes enquêtées, le conjoint constitue le seul repère social et affectif solide, soulignant la nécessité de le considérer comme une composante à part entière de leur situation.

Tableau 3 : Niveau d'étude, composition familiale et soutien social des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERESet en population générale

Caractéristiques	REPERES Hôtel (N = 420)		REPERES Solipam (N = 185)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Niveau d'étude				
Non scolarisée	131	31 %	42	23 %
Primaire	62	15 %	19	10 %
Secondaire	165	40 %	89	49 %
Universitaire	59	14 %	32	18 %
Manquant	3		3	
Situation maritale				
Célibataire	60	14 %	60	33 %
En couple	360	86 %	123	67 %
Manquant	0		2	
Nombre de personnes avec lesquelles discuter (en présentiel ou par téléphone)				
0, 1 ou 2 personnes	293	72 %	119	76 %
Plus de 2 personnes	122	27 %	38	24 %
Manquant	15		28	
Nombre de personnes accessibles quand vous en avez besoin				
0, 1 ou 2 personnes	301	75 %	129	82 %
Plus de 2 personnes	103	25 %	28	18 %
Manquant	16		28	
Nombre de personnes sur lesquelles compter en cas de problèmes				
0, 1 ou 2 personnes	355	88 %	84	89 %
Plus de 2 personnes	49	12 %	11	11 %
Manquant	16		28	
Parité				
Primipare	53	13 %	88	48 %
Multipare	367	87 %	97	52 %
Nombre d'enfant(s)				
Premier enfant	53	13 %	88	48 %
Second	110	26 %	53	29 %
Troisième	132	31 %	23	12 %
Quatrième ou plus	125	30 %	21	11 %
Présence d'enfant(s) en France				
Non	108	25 %	144	78 %
Oui	313	75 %	41	22 %

Note Tableau 3 : Les pourcentages sont calculés sans a en compte des données manquantes.

1.2 ► Origine et accès aux droits

La majorité des femmes sont originaires d'un pays hors de l'Union européenne. La moitié des femmes de RH est présente sur le territoire français depuis longtemps¹³. En revanche, les femmes de RS sont majoritairement arrivées récemment sur le territoire français¹⁴ (Figure 6). Malgré le

fait que les femmes se trouvent en période périnatale au cours de laquelle les soins sont essentiels, 13 % des femmes de RH et 27 % des femmes de RS ne disposent d'aucune couverture maladie (Tableau 4).

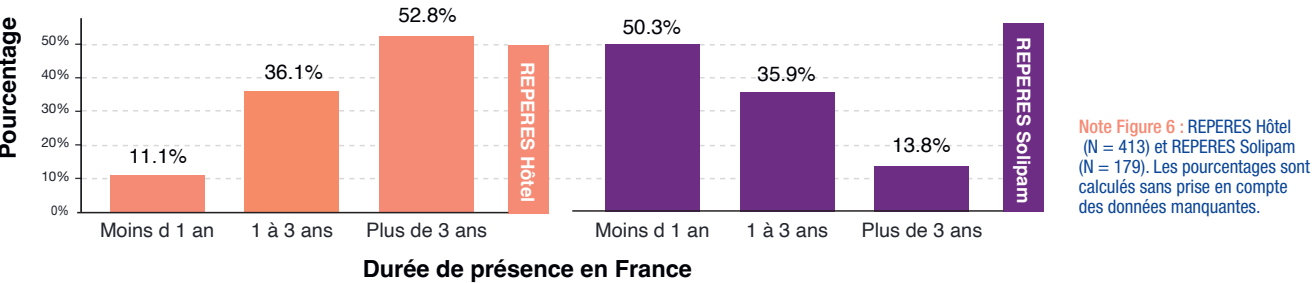


Figure 6 : Durée de présence en France des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES

Environ la moitié des femmes est bénéficiaire de l'Aide médicale d'État (AME) dans les deux volets de l'étude. L'AME constitue un filet de sécurité essentiel pour les femmes enceintes en situation administrative irrégulière sur le territoire français, en garantissant l'accès aux soins médicaux nécessaires pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois de vie de l'enfant (27). Les personnes en situation irrégulière peuvent y être éligibles sous réserve d'une résidence stable en France depuis plus de trois mois. Toutefois, parmi les femmes rencontrées sans couverture médicale (13 % pour RH et 26 % pour RS), la quasi-totalité déclarent résider en France depuis plus de trois mois (96 % pour RH et 87 % pour RS), les rendant théoriquement éligibles à l'AME. Une part importante d'entre elles (73 % pour RH et 32 % pour RS) réside en France depuis plus d'un an, ce qui met en évidence un

non-recours aux droits durable et particulièrement marqué ainsi que des difficultés d'accès à ces droits. Des travaux antérieurs ont montré que les bénéficiaires de l'AME ne représentent que 51 % des personnes pourtant éligibles à ce dispositif (28). Au moment de leur inclusion, 36 % des femmes de RH et 42 % des femmes RS ne bénéficient d'aucun suivi social. Parmi les femmes de RH sans suivi social, 46 % résident en France depuis plus de trois ans. La situation actuelle des accueils de jour, ainsi que le manque de travailleuses sociales et de travailleurs sociaux dans l'ensemble des services sociaux d'Île-de-France (publics comme associatifs) ont un impact significatif sur l'accessibilité et la stabilité de l'accompagnement social des familles, tant en période anténatale qu'après l'accouchement. Selon un document de la Direction de la recherche, des études,

Tableau 4 : Couverture médicale et suivi social des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES

	REPERES Hôtel (N = 420)		REPERES Solipam (N = 185)	
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Type de couverture santé				
Aucune / en cours	56	13 %	46	26 %
AME	198	48 %	84	47 %
Sécurité sociale	162	39 %	49	27 %
Manquant	4		6	
Présence d'un suivi social				
Oui	268	64 %	85	58 %
Non	149	36 %	61	42 %
Manquant	3		39	

Note Tableau 4 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

13. La durée médiane depuis l'arrivée en France des femmes de RH est de 39 mois, Q1 = 24 mois, Q3 = 66 mois.

14. La durée médiane depuis l'arrivée en France des femmes de RS est de 12 mois, Q1 = 7 mois, Q3 = 25 mois.

de l'évaluation et des statistiques (Drees), les difficultés de recrutement dans le secteur social étaient particulièrement marquées en 2022 : 8 employeurs sur 10 anticipaient des problèmes pour pourvoir leurs postes, soit un taux nettement supérieur à la moyenne nationale, qui se situait en dessous de 60 % toutes professions confondues. Cette pénurie se traduit aussi par la complexité des situations sur le terrain, qui peut conduire à un épuisement physique et psychologique des professionnel·le·s du secteur médico-social. Cette situation exige une mobilisation constante, tant physique que psychologique. Ce contexte a des conséquences sur le suivi des femmes. Ainsi, trois femmes déclarent avoir vu se succéder quatre travailleurs sociaux en l'espace d'un an au sein de la même structure, contraignant à chaque fois leur accompagnement à repartir de zéro. Lorsqu'elles sont hébergées en court séjour, elles bénéficient rarement d'un accompagnement

du service social de secteur à cause de leur errance. À l'inverse, en situation d'hébergement en long séjour, ce n'est plus le rattachement à la commune qui pose difficulté, mais l'accès à un accompagnement structuré par la Pash (plateforme d'accompagnement social à l'hôtel), dont les délais d'intervention, généralement de plusieurs mois, retardent la mise en place d'un suivi effectif. Par ailleurs, les accueils de jour parisiens sont saturés et l'offre existante est actuellement sous-dimensionnée. Faute de moyens, les professionnel·le·s sont souvent contraint·e·s de se limiter à des demandes ponctuelles. Dans d'autres départements, l'offre d'accompagnement social assurée par des accueils de jour est quasiment (voir totalement) inexistante, ce qui rend très difficile l'ancrage auprès d'un service proposant un accompagnement social.

1.3 ► Situation financière

Le revenu moyen des foyers (femme et conjoint) est de 422 euros par mois pour RH et 174 euros par mois pour RS. La moitié des femmes de RH (47 %) et les trois quarts des femmes de RS (74 %) vivent avec moins de 100 euros mensuels. Près de la moitié des foyers de RH (48 %) et plus des trois quarts de celles de RS (76 %) ne disposent d'aucune ressource fixe, que ce soit par un travail déclaré ou non, des prestations sociales ou des allocations (Tableau 5). Dans l'Enquête nationale périnatale de 2021 (ENP2021), 1,9 % des femmes rapportaient un montant mensuel de ressources du ménage inférieur à 500 euros par mois, contre 69 % des femmes de RH et 89 % des femmes de RS. Seule une faible proportion des foyers (5 % pour RH et 2 % pour RS) déclare qu'au moins un de leurs membres

occupe un emploi déclaré ou un emploi non déclaré (13 % pour RH et 6 % pour RS). Une part plus importante rapporte la réalisation de petits boulots (34 % pour RH et 18 % pour RS), généralement très ponctuels et variables, sans contrat ni sécurité pour l'avenir. Seuls 29 % des foyers de RH et 12 % des foyers de RS perçoivent des prestations sociales ou des allocations pour demandeur d'asile pour un montant médian mensuel de respectivement 349 euros pour RH et 440 euros pour RS. Pour 73 % de ces foyers, cela représente la seule source de revenu. Ces chiffres traduisent une situation de grande précarité financière, marquée par des ressources très faibles et une dépendance fréquente à des emplois irréguliers ou informels.

Tableau 5 : Description des ressources financières du foyer des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES

Caractéristiques	REPERES Hôtel (N = 420)		REPERES Solipam (N = 185)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Revenu du foyer				
Aucune ressource fixe	200	48 %	134	76 %
Emploi fixe (déclaré ou non déclaré)	138	33 %	24	14 %
Prestation sociale uniquement	75	18 %	19	11 %
Manquant	7		8	
Ressources totales du foyer¹				
0 € - 99 €	160	47 %	63	74 %
100 € - 499 €	66	20 %	14	17 %
500 € - 999 €	43	13 %	6	7 %
≥ 1000 €	68	20 %	2	2 %
Manquant	83		100	

1. Ressources totales du foyer (incluant emploi déclaré, emploi non déclaré, petits boulots, prestations sociales, aides de proches, mendicité, etc.) pour la femme et son conjoint lorsqu'il est présent, au moment de l'entretien initial. Le nombre de données manquantes est élevé, car de nombreuses femmes ne connaissent pas le montant des ressources de leur conjoint, notamment lorsqu'il s'agit de petits boulots ponctuels constituant la seule source de revenus du foyer.

Note Tableau 5 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

Elever un enfant nécessite, en moyenne, de débours 490 euros chaque mois lors des premières années, notamment pour l'alimentation¹⁵ (29). Les femmes sans domicile ne sont pas en mesure d'assumer ce type de dépenses. Cela implique des renoncements, comme celui de faire garder son enfant et donc de retrouver une activité professionnelle. Dans le volet RS, près des trois quarts des femmes (73 % à un mois post-partum et 77 % à trois mois post-partum) dépendent partiellement ou totalement des associations pour obtenir du matériel destiné au nouveau-né, tel que des vêtements ou des biberons. De même, la majorité d'entre elles (70 % des femmes à un mois post-partum et 74 % à trois mois post-partum) ont recours aux associations pour répondre aux besoins quotidiens du nouveau-né, notamment pour l'accès aux couches et au lait. Parmi elles, environ les deux tiers dépendent exclusivement de cette aide pour accéder à ces produits essentiels. Dans ce contexte, le milieu associatif apparaît central dans le quotidien de la majorité de ces foyers, étant l'unique solution pour faire face à ces dépenses.

« Mon mari a dû arrêter de travailler car je ne pouvais pas m'occuper des enfants, j'étais trop fatiguée et je vomissais . »

Parallèlement à cette augmentation des dépenses, environ un tiers des femmes rapporte une diminution de leurs ressources depuis le début de la grossesse (31 % pour RH et 38 % pour RS). Plusieurs femmes déclarent avoir dû arrêter leur activité professionnelle,

souvent informelle (ménage, garde d'enfants, tressage, etc.) à cause de la grossesse, comme le rapporte une des femmes interrogées « *Avant d'être enceinte, je me débrouillais mais je n'arrive plus à faire les mêmes activités* ». Cette situation accroît souvent la dépendance économique à l'égard du conjoint qui est lui-même impacté par cette grossesse, surtout en l'absence de mode de garde disponible. Une femme témoigne « *On a moins de ressources car le jour où j'ai des rendez-vous médicaux, Monsieur est obligé de rester à la maison pour garder les enfants et il ne travaille pas* ». En l'absence de congé de paternité rémunéré, certains pères cessent leur activité pour être présents à la naissance et en période post-partum, comme le raconte une des femmes : « *Monsieur n'a pas pu travailler ce dernier mois car il était auprès de moi pour l'accouchement et les premières semaines avec les jumeaux* ».

Dans un contexte de précarité administrative, où les aides sociales, les congés de paternité ou les dispositifs de soutien sont souvent impossibles à mobiliser, tant par les familles que les professionnel·le·s qui les accompagnent, les pères se retrouvent confrontés à un dilemme : travailler pour subvenir aux besoins quotidiens du ménage ou être présents auprès de la mère et du nouveau-né. Le choix de fournir un soutien se fait souvent au prix d'une perte de revenus, la suspension de leur activité professionnelle n'ouvrant droit à aucune compensation. Beaucoup sont alors dans l'obligation d'y renoncer, ce qui accentue l'isolement des mères, souvent seules à gérer le nouveau-né et les besoins quotidiens alors même qu'elles viennent d'accoucher.



© Samusocial de Paris

15. D'après une étude menée en 2019 par l'Observatoire des nouvelles consommations sur 600 parents d'enfants de 0 à 36 mois.

1.4 ► Parcours d'hébergement

► Situation d'hébergement au cours de la période périnatale

Les parcours d'hébergement, marqués par l'instabilité et les ruptures, influencent fortement le déroulement de la grossesse et la qualité de son suivi, en compliquant l'accès aux soins et en rendant les prises en charge plus difficiles et fragmentées.

Les femmes rencontrées dans RH déclarent en médiane un seul lieu de vie au cours de la période périnatale, et n'ont donc connu aucun déménagement. En revanche dans RS, les femmes rapportent en médiane quatre lieux de vie durant cette même période. Les femmes de RS sont ainsi davantage exposées à l'errance résidentielle avec 26 % d'entre elles qui ont connu cinq changements de lieux de vie ou plus entre le début de la grossesse et les 3 mois de vie de leur enfant, contre 8 % des femmes de RH (**Tableau 6**). Dans les deux volets,

certaines femmes ont des parcours particulièrement morcelés avec jusqu'à 22 lieux de vie pour une femme de RH et 36 pour une femme de RS en période périnatale (**Cf 4.5. Impact de l'errance résidentielle**). Plus d'1 femme sur 2 (54 %) rencontrée dans le cadre de RS a passé une partie de sa grossesse à la rue, contre 13 % dans RH.

Pour les deux volets, la durée médiane passée à la rue pendant la période périnatale est de deux mois.

Les mobilités contraintes et les ruptures d'hébergement implique un suivi de grossesse tardif et tronqué qui participe à une errance dans le soin et une perte de chance considérable pour la santé des femmes et du fœtus.

Tableau 6 : Description du parcours d'hébergement durant la période périnatale des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES

Caractéristiques	REPERES Hôtel (N = 420)		REPERES Solipam (N = 185)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Nombre de déménagements sur la période périnatale				
0 ou 1 changement ¹	313	75 %	51	29 %
2 à 4 changements	71	17 %	77	44 %
5 changements ou plus	35	8 %	46	26 %
Manquant	1		11	
Au moins une nuit à la rue				
Oui	55	13 %	100	54 %
Non	365	87 %	85	46 %
Au moins un hébergement dans un hôtel social				
Oui	420	100 %	131	71 %
Non	0	0 %	54	29 %
Au moins un hébergement chez un tiers				
Oui	47	11 %	82	44 %
Non	373	89 %	103	56 %

1. Un changement d'hôtel est souvent observé à la naissance du nouveau-né, la chambre initiale n'étant pas toujours adaptée à l'arrivée d'un enfant.

Note Tableau 6 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

Alors que toutes les femmes de RH ont été hébergées au moins une fois à l'hôtel au cours de la période périnatale¹⁶, cette situation concerne également une large majorité des femmes de RS (71 %). Le temps médian de vie à l'hôtel est d'une année pour les femmes de RH et de deux mois pour les femmes de RS. Au total, 1 035 lieux de vies différents sur la période périnatale

sont recensés à partir des déclarations des femmes du volet RH, et 949 pour les femmes du volet RS¹⁷. Des analyses futures permettront d'examiner la qualité perçue et les caractéristiques objectives des hébergements, et d'évaluer l'impact des conditions de vie (notamment environnementales) sur la santé des femmes et de leur nouveau-né.

16. Ce critère constitue une condition d'inclusion dans l'étude.

17. Ces données déclaratives sont complétées par les informations issues de Delta, le pôle chargé de la gestion de l'hébergement hôtelier en Île-de-France, afin d'améliorer l'exhaustivité de la reconstitution des trajectoires d'hébergement et de documenter plus précisément les conditions matérielles dans les hôtels.

► Hébergement chez un tiers

Au total, 11 % des femmes de RH18 et 44 % des femmes de RS19 déclarent avoir été hébergées chez un tiers pendant la période périnatale. La durée médiane passée chez un tiers pendant la période périnatale est de trois mois dans les deux volets de l'étude.

Près de la moitié des femmes rapporte se sentir plutôt mal²⁰ lors de l'hébergement chez un tiers (47 % des femmes de RH et 37 %). La personne hébergeuse peut être un ou une ami.e (30 % pour RH et 50 % pour RS) ou un ou une compatriote (22 % pour RH et 14 % pour RS). Dans environ un quart des cas, cette personne est extérieure au cercle familiale et amicale comme un ou une camarade de classe, un ou une collègue, un membre d'une communauté religieuse ou encore une personne rencontrée dans l'espace public.

Les hébergements issus de rencontres fortuites, notamment avec des hommes rencontrés dans la rue et les gares, illustrent les dynamiques de dépendance et de vulnérabilité structurelle auxquelles ces femmes sont confrontées. Dans ces situations, l'accès à l'hébergement est souvent conditionné par des relations asymétriques, marquées par des exigences de contrepartie et par l'exposition à des violences de différentes natures (psychiques, physiques, administratives ou sexuelles). Certaines femmes décrivent des situations de pression et d'exploitation, comme l'illustre ce témoignage : « J'étais hébergée chez des compatriotes qui m'ont demandé de l'argent, m'ont mis la pression et fait du chantage. Le bus des femmes m'a aidée à sortir de cette situation ».

Dans près d'un quart des situations, l'hébergement chez un tiers est conditionné de manière explicite à une contreparties (29 % pour RH et 21 % pour RS) ou peut être présente sans être explicitement exigée (14 % pour RH et 18 % pour RS). Cette contrepartie peut être financière ou sous forme de services, tels que la garde d'enfants, des tâches ménagères ou des services sexuels.

Dans environ 40 % des situations (44 % pour RH et 36 % pour RS), la fin de l'hébergement chez un tiers est directement liée à la grossesse. Une participante rapporte ainsi : « Quand j'étais à la rue, un monsieur m'a invitée à l'hôtel. Il a payé la première semaine et nous avons eu des relations sexuelles. Quand je lui ai parlé de mon retard de règles, il a arrêté de payer l'hôtel. J'ai été chassée et j'ai passé un mois dans la rue avant de croiser le monsieur qui m'héberge actuellement ». Ce récit met en évidence la forte vulnérabilité générée par ces formes d'héberge-

ment avec un risque accru de violences et d'exploitation pour les femmes. Plusieurs d'entre elles décrivent une dégradation de la relation avec la personne hébergeuse, en lien avec les contraintes associées à leur état de santé ou à leur disponibilité. L'une d'elles rapporte : « J'ai commencé à devenir un problème dans le couple. J'avais des rendez-vous pour la grossesse donc je ne pouvais plus garder les enfants ». Une autre explique : « C'est un ami de mon mari qui nous héberge. Il ne supporte pas ma grossesse, car je suis malade la nuit. Il veut me mettre dehors. Il nous l'a dit plusieurs fois. Je pars toute la journée pour ne pas le déranger ».

Ces résultats s'inscrivent dans des constats plus larges documentés par l'enquête Hebtiers. Elle met en lumière le caractère fortement genré des parcours et des conditions d'hébergement chez des tiers (30). Les femmes sont plus souvent hébergées par des connaissances indirectes ou des personnes inconnues, et plus exposées à des relations de dépendance, à des contreparties explicites ou implicites. Elles rapportent davantage de faits de violences survenues chez des tiers au cours des douze derniers mois (61,5 % des femmes sont concernées), alors que les hommes sont plus souvent hébergés par des proches (famille ou amis) et contribuent surtout financièrement. L'enquête Hebtiers souligne que les faits de violence sont rarement signalés. Ces résultats mettent en évidence l'importance de la vulnérabilité structurelle liée au genre.



18. 47 femmes - 53 hébergements distincts.

19. 82 femmes - 130 hébergements distincts.

20. Cette catégorie regroupe le fait de se sentir moyennement bien, assez mal et très mal dans l'hébergement.

2 • Profil des femmes rencontrées dans le volet qualitatif

Les femmes rencontrées dans le volet qualitatif ont des profils hétérogènes. Leur âge moyen est de 30 ans et toutes ont été rencontrées après leur accouchement. Les critères d'inclusion dans ce volet portaient uniquement sur leur parcours de soins.

Les femmes incluses ont des parcours de soins diversifiés, dans des territoires variés. Parmi elles, deux ont vécu une mort fœtale In Utero (MFIU) et une femme a fait un arrêt tardif de grossesse. La majorité est accompagnée par le réseau Solipam et présente des situations administratives variées. La plupart, dépendent du dispositif du 115, et dix femmes ont été mises à l'abri dans des SAS ou des gymnases financés par la commune ou le département, ce qui témoigne d'une réorganisation récente des dispositifs d'hébergement.

Plus précisément, avant 2024, les femmes sollicitaient principalement le 115 pour accéder à une place d'hébergement sur le territoire francilien. Chaque département ayant sa propre politique, la Direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (Drihl) a décidé de mettre en place un cadre unifié depuis le 1^{er} janvier 2024. Les critères de priorisation et de prise en charge étant différents dans chaque département, l'État a mis en place un cadre unifié, par arrêté du préfet de la région Île-de-France du 21 décembre 2023. Celui-ci pré-

voit notamment que les femmes enceintes relèvent de la première priorité à partir de sept mois de grossesse. Cela a conduit les associations à se tourner vers les départements, initiant parfois des contentieux pour faire valoir leurs droits.

L'année 2024 a également été marquée par les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris (JOP), dont l'impact n'a pas été le même pour toutes les femmes accompagnées par le réseau Solipam. La majorité d'entre elles a été orientée vers des centres de mise à l'abri (gymnases, écoles, etc.), souvent très éloignés de la capitale, sans accompagnement social sur place et avec de simples propositions d'orientation vers des SAS d'accueil en région. La plupart des familles ont refusé ces propositions : une partie s'est retrouvée à la rue à la fin de la période des JOP 2024, et une autre est restée plus de six mois dans le même gymnase.

Certaines femmes ont adopté une forme d'immobilité contrainte, évitant de se rendre à Paris par crainte des contrôles, ce qui a entraîné de fréquentes ruptures dans leurs parcours de soins et dans leurs liens avec les lieux d'accueil associatifs. Les contrôles de police étaient très réguliers, et les périmètres de sécurité mis en place ont même empêché trois femmes d'accéder à leur hébergement.



3 • Exposition à une pluralité de violences

3.1 ► Exposition aux violences

En France, une part importante des femmes sont exposées à des violences au cours de leur vie (31). Selon les Nations-Unies, les violences faites aux femmes désignent tout acte de violence dirigé contre le genre féminin susceptible d’entraîner un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques. Cette définition inclut également la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, dans la sphère publique ou privée (32). Ces violences peuvent survenir au sein de la famille, dans la collectivité, ou relever de violences institutionnelles lorsqu’elles résultent d’actions, d’inactions ou de défaillances des institutions publiques. Elles recouvrent notamment des actes tels que des coups, des viols (incluant le viol conjugal), des mutilations génitales féminines (MGF), des violences liées à l’exploitation, du harcèlement (incluant le harcèlement sexuel), ou encore la prostitution (33).

La majorité des femmes incluses dans le projet REPERES a vécu un parcours d’exil traumatique. Si les femmes représentent aujourd’hui jusqu’à 20 % des arrivées maritimes en Méditerranée, les rares données disponibles ainsi que les témoignages recueillis aux frontières suggèrent qu’elles constituent une part plus importante des flux en amont de la traversée (34). Leur vulnérabilité spécifique est particulièrement marquée lors des traversées maritimes : en 2016, 1 cadavre sur 2 retrouvé en Méditerranée, parmi ceux dont l’identification du sexe était possible, était celui d’une femme. Entre 1993 et 2019, environ 40 000

personnes ont trouvé la mort aux frontières européennes, dont près de la moitié entre l’Italie, Malte, la Tunisie et la Libye (34). Ces chiffres mettent en évidence une mortalité féminine proportionnellement élevée, pourtant largement sous-représentée dans les récits médiatiques et institutionnels de la migration dite « clandestine ». L’absence de données systématiques contribue ainsi à l’invisibilisation des violences structurelles et mortelles auxquelles sont confrontées les personnes migrantes, et plus particulièrement les femmes (35).

Arrivées en France, les femmes sans domicile ou ayant eu un parcours d’exil cumulent des facteurs de risque majeurs, augmentant leur probabilité d’être exposées à des violences (36,37). Des enquêtes conduites auprès de femmes en situation de précarité révèlent une fréquence élevée des violences sexuelles, dont une partie de ces violences se produisant après la migration (38). Ces résultats indiquent que les violences se prolongent et se recomposent dans les pays d’accueil, où les femmes se confrontent à des formes multiples de vulnérabilité, qu’elles soient matérielles, administratives ou sociales.

Les violences ont des conséquences multiples sur la santé, notamment sur le plan de la santé mentale, avec une prévalence accrue de troubles tels que l’état de stress post-traumatique, l’anxiété et la dépression, ainsi que sur le plan physique, incluant des complications comme les accouchements prématurés ou les infections (39).

Dans le cadre de REPERES, trois formes de vio-

Tableau 7 : Description de l’exposition à des violences des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES

	REPERES Hôtel (N = 420)		REPERES Solipam (N = 185)	
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Mariage forcé				
Oui	189	48 %	51	45 %
Non	207	52 %	62	55 %
Manquant	24		72	
Mutilation génitale féminine				
Oui	241	61 %	48	62 %
Non	155	39 %	30	38 %
Manquant	24		112	
Vécu d’un évènement de nature traumatique				
Oui	214	54 %	110	63 %
Non	184	46 %	67	37 %
Manquant	22		8	

Note Tableau 7 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

lences ont été particulièrement investiguées, avec des résultats similaires dans les deux volets de l'étude (Tableau 7). Près de la moitié des femmes a été mariée de force ou fuit un mariage forcé (48 % pour RH et 45 % pour RS) et près des deux tiers des femmes déclarent avoir subi des MGF (61 % pour RH et 62 % pour RS). Enfin, plus de la moitié rapporte avoir été exposée à au

moins un événement de nature traumatique, tel qu'une scène de guerre, une catastrophe naturelle, le fait d'avoir vu quelqu'un blessé ou tué, ou encore d'avoir subi une agression physique ou sexuelle (54 % pour RH et 63 % pour RS, (Cf 4.3. État de stress post-traumatique). Enfin, en France, le refus de soins et l'exposition à d'autres type de violences sont également présentés.

3.2 ► Mutilation génitale féminine (MGF)

Les MGF se définissent comme l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins extérieurs ou de toute autre lésion des organes génitaux féminins, effectuée pour des raisons non médicales et incluant notamment l'excision (40). L'Unicef (United Nations Children's Fund ou Fond des Nations Unies pour l'Enfance) recense 230 millions de femmes et de filles dans le monde ayant subi des MGF en 2024 (41). Les principales régions du monde où l'on recense des cas d'excision sont l'Afrique, l'Asie et le Moyen Orient. En France, il est estimé qu'au début des années 2010, environ 125 000 femmes adultes ont subi des MGF (42).

Environ deux tiers des femmes de REPERES ont subi des MGF (60,8 %21 pour RH et 61,5 %22 pour RS).

Ce taux est plus élevé que celui retrouvé en 2013 chez les femmes sans domicile (53 %) dans l'étude ENFAMS (Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France)(43). Il est également 60 fois plus élevé que celui rapporté dans l'ENP 2021 (0,9 %) (44).

« C'est comme si on m'avait enlevé une partie de moi . »

Un travail spécifique sur ce sujet est mené à partir des données de RH²³. Les femmes ayant subi des MGF sont plus souvent originaires de Côte d'Ivoire comparativement à d'autres pays avec une proportion atteignant 71 % pour ces femmes. À l'échelle nationale, la prévalence estimée des MGF chez les femmes de 15 à 49 ans en Côte d'Ivoire est d'environ 37 %, avec des variations régionales importantes, atteignant des prévalences proches de 75 % dans le Nord-Ouest et le Nord du pays (45).

Les femmes ayant subi des MGF sont plus souvent en couple et statistiquement plus jeunes que celles n'en n'ayant pas subi. Elles ont plus fréquemment grandi en milieu rural plutôt qu'en ville et présentent une probabilité plus élevée de n'avoir jamais été scolarisées. Elles ont également une probabilité plus élevée d'avoir été confrontées à un mariage forcé (57 % contre 34 % des femmes

n'ayant pas subi de MGF, $p < 0,001$). Ces résultats suggèrent que les femmes ayant subi des MGF cumulent plusieurs vulnérabilités, combinant une forte exposition aux violences et un faible niveau de scolarité.

Les femmes ayant subi des MGF déclarent significativement plus de douleurs pendant les rapports sexuels, (67 % contre 30 %, $p < 0,001$). Elles présentent également une prévalence plus élevée de dépression²⁴ (27 % contre 22 %), même si cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,3$)²⁵.

Lorsque les participantes sont interrogées sur les conséquences qu'elles attribuent aujourd'hui à leur vécu de MGF, 55 % déclarent des douleurs pendant les rapports sexuels, 37 % de la tristesse, 34 % des douleurs pelviennes intermittentes, 25 % des douleurs supplémentaires lors de l'accouchement, 12 % une absence de désir ou de plaisir sexuel et 5 % des infections urinaires récurrentes. Des témoignages mettent en évidence les risques sanitaires associés à cette pratique : « *Moi, ils m'ont fait l'excision avec des ciseaux, pas propres. C'est ma belle-mère, l'autre vient, c'est le même couteau, c'est dangereux. Je ne voulais pas. C'est fini, il te soigne avec le médicament noir. Je connais la douleur. Il y en a qui meurt. Je ne voudrais pas ça pour mes enfants* ». Une autre participante raconte : « *À l'âge de 10 ans, j'ai subi l'excision. J'ai dû arrêter l'école pendant plusieurs années à cause de la douleur. J'ai consulté en France à la Maison des Femmes pour avoir la reconstruction quand ma situation sera plus stable. C'est très mal et je ne souhaite ça à aucune femme. Ça n'a rien à voir avec la religion, ce n'est pas écrit dans le Coran de faire ça. C'est la culture, des rites et de la sorcellerie* ».

Parmi les femmes ayant subi des MGF, 43 % n'ont jamais abordé le sujet avec un.e professionnel.le de santé. Pourtant, parmi elles, près de la moitié (43 %) aurait souhaité en parler. Ce résultat met en évidence un manque de prise en charge des MGF chez les femmes sans domicile probablement lié au manque d'information sur les possibilités d'accès aux soins, à la saturation de certains dispositifs, aux difficultés d'envisager une chirurgie réparatrice dans des conditions d'hébergement précaire.

21. Intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) [55,8 % - 65,7 %]

22. IC95 % [49,8 % - 72,1 %]

23. Ce travail est effectué dans le cadre de la thèse de médecine générale de Louise Mercier. Dans le cadre du projet RH, elle a participé au travail de terrain, à l'élaboration des pistes d'analyse ainsi qu'à la rédaction de cette partie du rapport. 24. Évaluée par l'échelle EPDS avec un seuil à 11.

25. Il n'existe pas de différence significative concernant le risque de syndrome de stress post-traumatique, le risque d'hémorragie du post-partum, le taux de césarienne et le recours aux soins pendant la grossesse entre les femmes ayant subi ou non des MGF.

La grande majorité des femmes interrogées se disent opposées à cette pratique, qu'elles soient concernées ou non. Une femme se confie en larmes à une enquêtrice lors d'un entretien : « J'ai été excisée quand j'étais jeune, ça a été très traumatique et douloureux. Ce qui me rend triste c'est que dans mon pays s'est considéré comme normal de se faire exciser et tu ne peux en parler avec personne si tu ne veux pas ou que tu n'es pas d'accord. [...] Quand les femmes subissent l'excision au pays, c'est la fête, le village danse, elles sont habillées et coiffées alors qu'elles vont vivre quelque chose d'horrible. Je suis contente de pouvoir en parler en France et que les gens soient d'accord avec moi. C'est très mal et je veux que ça soit interdit ».

De nombreuses participantes indiquent que cette pratique a été un facteur déterminant dans leur départ de leur pays d'origine. Certaines expliquent avoir voulu se protéger elles-mêmes, comme l'illustre ce témoignage : « C'est pour ça que je me suis enfuie de la Côte d'Ivoire, je ne voulais pas pour moi, ils voulaient m'exciser ». D'autres précisent que leur fuite reflète la volonté de protéger leur(s) enfant(s) : « Je suis excisée. Je voulais protéger mes filles,

c'est pour ça que je suis partie ». rapporte une femme. Certaines participantes déclarent avoir été témoins d'une MGF, qui a parfois conduit au décès d'un proche, expérience qui a été très traumatisante : « Ce n'est pas bon. Ma sœur est décédée lors de son excision, c'est pour ça que j'ai fui ».

Ces résultats illustrent les conséquences désastreuses des MGF sur la santé physique et psychique des femmes, et donc l'importance de les dépister pour mieux prendre en charge et accompagner ces femmes en souffrance. De nombreuses femmes n'ont jamais abordé le sujet des MGF avec des professionnel·le·s de santé. Ce constat souligne la nécessité de former les professionnel·le·s à cette thématique et de renforcer les structures existantes et de mettre en place des parcours de soins adaptés, permettant aux femmes de se confier, d'être écoutées et de bénéficier d'une prise en charge globale, incluant un soutien psychologique, des soins médicaux et, le cas échéant, une reconstruction chirurgicale pour celles qui le souhaitent.

3.3 ► Refus de soins

En 2025, la Défenseure des droits a publié un rapport dénonçant les discriminations dans l'accès aux soins survenant dès la prise de rendez-vous ou l'accueil de soins urgents (46). Les personnes les plus concernées par ce type de discriminations sont les femmes, les personnes perçues comme non blanches et celles en grande vulnérabilité économique.

Si le principe de liberté de l'exercice médical autorise un.e professionnel·le de santé à refuser des soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, ce droit est strictement encadré par l'article L.1110-3 du Code de la santé publique (47). Toute discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins est interdite, notamment en raison de la situation administrative ou du statut de bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou de l'aide médicale d'État (AME). Les refus de soins peuvent être explicites, mais ils peuvent aussi se manifester de manière implicite, par des pratiques qui compliquent l'accès aux soins : imposition de créneaux de rendez-vous

spécifiques ou de délais inhabituellement longs, orientation répétée et abusive vers d'autres professionnel·le·s sans justification médicale, ou non-respect des tarifs opposables. Ces pratiques détournées restreignent l'accès effectif aux soins et peuvent décourager les patientes, même en l'absence de refus direct. En outre, aucun refus n'est possible en situation d'urgence, les médecins étant tenus à une obligation d'assistance en cas de péril.

Parmi les femmes interrogées, 17,7 %²⁶ des femmes de RH et 23,7 %²⁷ de RS déclarent avoir vécu au moins un refus de soins pendant la période périnatale.

Pendant la grossesse, 16 % des femmes de RH et 12 % des femmes de RS rapportent avoir fait l'expérience d'un refus de soins (Tableau 8). En post-partum, cette proportion est de 11,5 % chez les femmes de RH et de 21,8 % chez celles de RS.



26. IC95 % [14,1 % - 21,6 %]

27. IC95 % [17,1 % - 31,8 %]

Tableau 8 : Taux de refus de soins des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES

	Effectif (n / N)	Pourcentage (%)
REPERES Hôtel		
Refus de soins rapportés par les femmes enceintes ¹	39 / 243	16,0%
Refus de soins rapportés par les femmes en post-partum ²	37 / 322	11,5%
Au moins un refus de soins ³	74 / 419	17,7%
REPERES Solipam		
Refus de soins pendant la grossesse ⁴	10 / 78	12,8%
Refus de soins en post-partum ⁵	27 / 124	21,8%
Au moins un refus de soins ⁶	33 / 139	23,7%

1. Parmi les femmes rencontrées initialement en face à face alors qu'elles étaient enceintes (N = 243).

2. Parmi les femmes rencontrées initialement en face à face alors qu'elles étaient en post-partum, ou celles rencontrées enceintes et recontactées par téléphone en post-partum (N = 322).

3. Refus de soins rapporté lors de l'entretien initial en face à face, réalisé pendant la grossesse ou en post-partum, ou lors de l'entretien post-partum réalisé par téléphone pour les femmes rencontrées initialement pendant la grossesse (N = 420) ; 1 donnée manquante.

4. Cette question n'était posée que lorsqu'il y avait un deuxième suivi de grossesse, pour les femmes incluses précocement dans l'étude (< 7 mois de grossesse, N = 78).

5. Cette question n'était posée que lors du suivi post-partum à trois mois (N = 129) ; 5 données manquantes.

6. Parmi les femmes ayant répondu au moins une fois à la question (N = 139) ; 5 données manquantes.

Note Tableau 8 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

L'absence de couverture médicale ou le fait d'être bénéficiaire de l'AME constituent des facteurs majeurs de refus de soins, en raison des barrières financières, administratives et des mécanismes de discrimination susceptibles de compromettre l'accès effectif aux services de santé. Ainsi dans REPERES, on constate que le pourcentage de femmes ayant vécu au moins un refus de soins est plus élevé chez celles sans couverture médicale (24 % pour RH, 33 % pour RS) ainsi que chez les bénéficiaires de l'AME (23 % pour RH, 24 % pour RS) comparativement aux femmes affiliées au régime général de la sécurité sociale (10 % pour RH, 15 % pour RS).

Ces constats rejoignent les résultats d'un testing mené par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2023 auprès de médecins généralistes et de pédiatres, qui montrent que les personnes bénéficiaires de l'AME se voient plus souvent refuser des soins que celles couvertes par le régime général ou par la C2S (48). Elles présentent entre 14 % et 36 % de chances en moins d'obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste et entre 5 % et 27 % de chances en moins chez un pédiatre. Ces résultats sont également concordants avec ceux de l'étude ENFAMS menée en 2013 qui rapportaient déjà 22 % de refus de soins parmi les personnes bénéficiaires de l'AME ou de la couverture maladie universelle (CMU), suggérant une persistance de la situation depuis plus d'une décennie (49).

L'analyse des motifs déclarés de refus de soins met en évidence la prédominance des raisons liées à la situation administrative dans les deux études (76 % pour RH, 60 % pour RS), plus que pour motifs financiers (32 % pour RH, 20 % pour RS) ou pour d'autres causes (11 % pour RH, 30 % pour RS)²⁸.

Les refus de soins se produisent dans des lieux variés selon le contexte. Pour RH, les refus sont principalement survenus en pharmacie (31 %), dans le cadre d'un suivi de grossesse ou d'un suivi gynécologique (31 %), en médecine générale (31 %), lors d'une échographie (8 %) ou d'un rendez-vous chez un pédiatre (7 %). Pour RS, les refus ont eu lieu majoritairement en pharmacie (60 %) et dans le cadre d'un suivi de grossesse ou gynécologique (20 %). La mise en place d'un suivi pédiatrique est souvent complexe. Dans certains départements, la majorité des PMI ne disposent pas de pédiatres pour assurer ces suivis, et les familles sont très souvent orientées vers des pédiatres libéraux qui refusent fréquemment de prendre en charge les bénéficiaires de l'AME, bien que cette pratique soit illégale.

Qui plus est, les contraintes administratives de l'AME²⁹ exposent les femmes et leurs enfants à des ruptures temporaires de droits (50). En effet, l'affiliation des nouveau-nés à la couverture maladie des parents ne se fait pas automatiquement après la naissance : elle doit être effectuée par la famille elle-même ou avec l'aide d'une assistante sociale. Plusieurs familles, par manque d'information ou en raison de barrières linguistiques, quittent la maternité sans avoir accompli les démarches nécessaires. Dans ces situations, il en résulte l'envoi de factures hospitalières aux personnes suite à leur passage dans les structures de santé (par exemple en maternité) et les confronte aussi à l'incapacité à acheter les médicaments ou le lait spécifique prescrit utiles à certains nourrissons.

28. Plusieurs motifs pouvaient être déclarés.

29. Durée de validité limitée à un an de l'AME, le délai des carences, la complexité administrative du dépôt de dossier de la demande pour une AME, ainsi que les difficultés liées au rattachement du nouveau-né à la couverture maladie de la mère.

À titre d'exemple, une femme rapporte lors d'un entretien s'être vu refuser la délivrance de médicaments pour son nouveau-né, car celui-ci n'était pas encore rattaché à son AME. Une autre décrit des refus de prise en charge liés à un changement d'adresse, malgré des démarches de mise à jour effectuées auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Ces situations illustrent la manière dont des contraintes administratives peuvent entraver l'accès effectif aux soins, y compris pour des femmes disposant de droits ouverts ou en cours de régularisation.

Certains refus de soins sont survenus dans des contextes pouvant relever de l'urgence vitale, voire de s'apparenter à une situation de non-assistance à personne en danger. À titre d'illustration, une femme ayant récemment accouché rapporte avoir traversé une crise suicidaire au cours de sa grossesse. Au cours de cette crise, elle indique s'être rendue dans un centre de santé mentale situé à proximité de son nouvel hôtel social, où on lui refuse une prise en charge, sans proposition de réorientation. Elle indique avoir néanmoins trouvé la force, pour son bébé à naître, de se rendre dans le centre qui assurait son suivi avant son changement d'hébergement, bien que celui-ci ait été très éloigné, et où elle a finalement pu être prise en charge.

Une autre femme associe l'arrêt de sa grossesse à un refus de soins : « *Les infirmières de l'hôpital n'ont pas voulu me prendre en charge malgré mon AME valide et j'ai perdu mon bébé après des heures à attendre à l'hôpital en perdant du sang* ». Ce témoignage illustre une non prise en charge qui participe à la mise en danger de cette femme. Il est important de souligner que Madame était suivie par le réseau Solipam lors de cette précédente grossesse et qu'au moment de sa fausse couche, elle a été orientée vers les urgences les plus proches. Elle a été reçue dans une clinique privée proche de son hôtel, où on lui a indiqué que, malgré une couverture maladie valide, elle ne pourrait pas être prise en charge, sans qu'aucune autre justification ne soit donnée. Aucun transfert n'a été effectué vers une autre maternité, et la clinique a demandé à Madame de quitter les lieux et de contacter les pompiers par ses propres moyens. Dans cet exemple, il n'est médicalement pas possible d'attribuer le refus de soins comme cause directe de l'arrêt de la grossesse de cette femme mais cette situation illustre néanmoins, un refus de soins qui conduit à une mise en risque de la santé de la personne.

Dans le cadre d'un refus, l'accès aux soins repose parfois sur l'intervention de tiers chargés de faire valoir les droits des femmes, qu'il s'agisse d'associations, de professionnel-le.s de santé ou de proches. Ces intermédiaires jouent un rôle de médiation, mais aussi de légitimation, en rééquilibrant temporairement des rapports de pouvoir défavorables aux patientes. Une femme raconte par exemple : « *C'était à mon arrivée, j'avais une infection urinaire. Médecins du Monde m'a orientée à l'hôpital [...] où j'ai été refusée car je n'avais pas d'AME et je ne savais pas où était mon passeport. Médecins du Monde ont fait un courrier pour se plaindre et j'ai finalement eu une prise en charge plus tard.* » Dans cette situation, l'accès aux soins n'est rendu possible qu'à la suite d'une intervention institutionnalisée mobilisant un rappel à la loi, révélant que le droit aux soins, bien qu'existant juridiquement, demeure conditionné à la capacité à mobiliser des ressources externes. Dans le cadre de leurs missions, l'équipe de coordination du réseau Solipam intervient très souvent auprès des équipes ou des structures qui refusent de recevoir les femmes et/ou les familles. Cette démarche facilite généralement les échanges et permet aux femmes d'être à nouveau accueillies par la structure concernée afin de mettre en place un suivi.

Ces situations mettent également en évidence des formes de discrimination explicites, fondées sur le statut administratif réel ou supposé des patientes. Une autre femme rapporte : « *J'ai été refusée chez une pédiatre à cause de l'AME. La professionnelle s'est montrée dédaigneuse et m'a demandé de sortir avec un air de dégoût. Mon mari a laissé un commentaire négatif sur internet. La professionnelle a appelé et menacé mon mari d'appeler la police pour le dénoncer car on n'a pas de papier. Monsieur a dit que c'était lui qui allait appeler la police, alors la dame s'est excusée.* » L'usage de l'intimidation fondée sur la précarité administrative contribue à instaurer un climat d'insécurité et de dissuasion vis-à-vis du recours aux services de santé et met en lumière la vulnérabilité spécifique des personnes en situation administrative précaire.

Ces résultats mettent en évidence des refus de soins fondés sur le statut administratif ou la couverture santé des patientes. Ils révèlent non seulement une méconnaissance mais aussi un non-respect du droit illustré par des pratiques discriminatoires et des traitements différenciés des patientes, susceptibles d'entraîner des renoncements aux soins. Ils soulignent également que l'accès effectif aux soins peut dépendre de l'intervention de tiers pour faire appliquer des droits pourtant établis, soulignant l'importance de l'information et de l'accompagnement des personnes dans l'exercice de leurs droits.

3.4 ► Sous-étude spécifique sur les violences

Un travail spécifique a été mené sur ce sujet à partir des données de RH³⁰. Ce volet spécifique a été ajouté au questionnaire et n'a concerné que les femmes rencontrées en Seine-et-Marne. Il comprenait une vingtaine de questions portant sur les violences psychologiques, physiques ou sexuelles, et précisant leur contexte de survenue et l'auteur.

Parmi les 58 femmes ayant reçu ces questions supplémentaires, 79 % déclarent avoir vécu des événements de violence dans leur pays d'origine. La proportion de femmes ayant vécu des violences intrafamiliales pendant l'enfance est de 15 %, proportion qui atteint 25 % chez celles ayant grandi en milieu rural. Les autres violences auxquelles sont exposés les femmes dans leur pays d'origine sont les MGF (60 %), les violences sexuelles (32 %) et les violences conjugales de la part d'un ancien conjoint (28 %). Cette dernière proportion atteint 71 % chez les femmes rapportant avoir été mariées de force. Les femmes sont également très exposées à des violences pendant leur parcours migratoire avec plus d'1 femme sur 3 qui rapporte en avoir été victime.

À l'arrivée sur le territoire français, les femmes se trouvent dans une situation de grande vulnérabilité, les exposant à divers types d'agressions : 57 % des femmes rapportent avoir subi des faits de harcèlement et 38 % des violences sexuelles. Elles méconnaissent les dispositifs d'accompagnement existants, expriment de la crainte vis-à-vis des forces de l'ordre et ignorent très souvent leurs droits. Leur isolement et leur vulnérabilité les rendent particulièrement repérables par de potentiels agresseurs. Une femme en témoigne ainsi : « *On m'a tout volé quand je suis arrivée en France. Les gens m'ont conduit à gare du Nord depuis l'aéroport et ils ont pris mes affaires* ». L'une

d'elle a notamment relaté une tentative de viol commise par un homme qui lui avait proposé de l'héberger alors qu'elle dormait dans la rue (Cf 1.4. Hébergement chez un tiers). Alors que pour les violences dans les pays d'origine sont majoritairement commises par le conjoint et la famille, les violences en France sont commises dans 68 % des cas par des inconnus.

**« L'accouchement m'a traumatisée.
Je ne pensais pas que ce soit si douloureux.
J'ai senti quand on a fait la césarienne . »**

Le recours aux services de santé a pu constituer un autre contexte de violences. Comme présenté précédemment, une proportion importante des femmes évoque des refus de soins (Cf 3.3. Refus de soins). La moitié des femmes déclare des situations qui peuvent s'apparenter à des violences gynéco-obstétricale comme n'avoir pas reçu les informations suffisantes à un consentement libre et éclairé, ne pas avoir été consultées concernant les décisions médicales les concernant ou encore n'avoir pas bénéficié d'une anesthésie adéquate pour la réalisation de gestes chirurgicaux (Cf 5.9. Vécu de l'accouchement). Durant la période périnatale, les femmes en situation de précarité sont exposées à des violences multiples, tant dans leur pays d'origine qu'en France. Ces violences ont des répercussions majeures sur leur santé physique et psychique. Il est important de sensibiliser les professionnel-le-s de santé aux mécanismes de discrimination et aux violences subies.



30. Ce travail est effectué dans le cadre d'un mémoire en médecine légale de Gwladys Guerche, sage-femme de profession. Dans le cadre du projet RH, elle a participé au travail de terrain, à l'élaboration des pistes d'analyse ainsi qu'à la rédaction de cette partie du rapport.

4 • Indicateurs en santé reproductive

4.1 ► Antécédents obstétricaux

Les antécédents obstétricaux peuvent être à la fois des facteurs associés à un risque accru d'issues de santé défavorables ultérieures, notamment en matière de santé psychique et de complications obstétricales, et des marqueurs des conditions de vie antérieures des femmes. Leur analyse permet ainsi d'éclairer les trajectoires de vie et les contextes dans lesquels s'inscrivent les grossesses. Les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) concernent environ 4 % des femmes de RH (**Tableau 9**). Environ 5 % des femmes de RH et 7 % de celles de RS déclarent avoir eu recours à une interruption volontaire

de grossesse (IVG) au cours de leur vie. Ces proportions sont trois fois inférieures à celles observées dans ENFAMS (15,4 %) et dans l'ENP2021 (15,2 %)(43,44). Ces IVGs sont souvent survenues à la suite de violences sexuelles, notamment des viols, comme le rapporte une femme : « *J'ai pas grandi avec mes parents, j'ai avorté grâce à ma tante, elle m'a élevée, c'est son mari qui a abusé de moi* ». Dans certains cas, le recours à l'IVG a été imposé par la famille, par exemple lorsque la grossesse survenait hors mariage.

Tableau 9 : Description des antécédents obstétricaux des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES en comparaison avec les résultats d'ENFAMS et de l'enquête nationale périnatale de 2021

	REPERES Hotel ¹ (N = 408)	REPERES Solipam ² (N = 185)	ENFAMS ³ 2013	ENP ⁴ 2021
IMG	3,9 %	Indisponible	2,7 %	
IVG	5,3 %	6,5 %	15,4 %	15,2 %
Arrêt spontané de grossesse ⁵	30,3 %	17,3 %	22,1 %	
Précoce (<14 SA ⁶)	10,3 %	13,0 %		
Tardif (14-22 SA ⁶)	2,2 %	2,2 %		
Mortinaissance (>22 SA ⁶)	1,5 %	2,3 %	3,0 %	2,1 %
Sans précision sur le timing	17,1 %	0,0 %		
Décès d'un enfant né vivant	4,5 %	3,8 %	4,1 %	

1. Données de RH issue des données déclaratives relatives par les femmes, 12 données manquantes, pourcentage calculé sans prise en compte de ces données manquantes (N=408)

2. Données de RS issues des données de suivi médical connues par Solipam, aucune donnée manquante (N=185)

3. Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France menée en 2013

4. Enquête nationale périnatale 2021

5. Les femmes peuvent avoir eu plusieurs arrêts spontanés de grossesse et à des périodes de grossesse différentes

6. SA : Semaine d'aménorrhée

Avant la grossesse actuelle, environ 30 % des femmes de RH et 17 % des femmes de RS déclarent avoir vécu un arrêt spontané de grossesse (aussi appelé « fausse couche »), contre environ 22 % dans l'enquête ENFAMS (36). Ces événements sont survenus aussi bien dans le pays d'origine qu'en France. Dans les deux groupes, la majorité des arrêts spontanés de grossesse sont précoces³¹, tandis qu'environ 2 % correspondent à des arrêts tardifs³² et 2 % à des mortinaissances³³. Par ailleurs, parmi les femmes de RH, 17 % rapportent un arrêt spontané de grossesse sans précision du terme auquel il est survenu.

La plupart des femmes rapportent un vécu particulièrement éprouvant de ces événements, exprimant une profonde tristesse et parfois un sentiment de culpabilité.

Certaines attribuent la survenue de l'arrêt spontané de grossesse à des facteurs physiologiques ou à un stress intense. Par exemple, l'une d'elles indique : « *Les médecins m'ont dit que je n'étais pas bien reposée et que c'était la cause de la fausse couche* ». Une autre relie la perte de son bébé à une situation de stress extrême : « *La préfecture me menaçait de me renvoyer en Espagne, j'ai eu peur et j'ai perdu mon bébé* ». Dans certains cas, les fausses couches sont associées à des situations de violence ou des parcours migratoires traumatisants. Une enquêtrice rapporte ainsi : « *Madame a eu trois fausses couches lors de son voyage pour venir en France (en Algérie et en Tunisie), évoque un viol, des violences physiques et une traversée difficile de la montagne, ce qui aurait entraîné les fausses couches* ».

31. <14 semaines d'aménorrhée (SA).

32. Entre 14 SA et 22 SA.

33. > 22 SA.

Le décès d'un enfant né vivant rapporté par environ 4% des femmes de RH et de RS, un taux proche de celui retrouvé dans l'enquête ENFAMS³⁴ (36).

Ces décès s'inscrivent dans des contextes très variés, souvent associés à des violences ou des conditions de grande vulnérabilité. Certains ont eu lieu dans le pays d'origine, notamment à la suite de MGF, comme le rapporte une femme : « *Une de mes filles est morte suite à l'excision car dans la région de mon mari, l'excision est pratiquée* ». (Cf 3.2. [Mutilation génitale féminine \(MGF\)](#)). D'autres sont liés au parcours migratoire comme le note une enquêtrice « *Mme évoque le naufrage d'un bateau et la mort de sa fille de 10 mois* ». Certains décès sont survenus en France associés à des périodes d'errance résidentielle ou de stress intense conduisant à des naissances prématurées : « *Je changeais beaucoup d'hôtels, j'étais très stressée. J'ai accouché à sept mois* ». (Cf 5.6. [Impact de l'errance résidentielle](#)).

Environ 13% des femmes ont un autre enfant présentant un problème de santé chronique ou un handicap (13,9% pour RH et 12,3% pour RS).

Parmi les problèmes de santé cités dans l'une ou l'autre des deux études, onze femmes rapportent des handicaps physiques ou génétiques³⁵, huit la drépanocytose, et huit des troubles du développement ou du langage, incluant des cas d'autisme ou de retard de langage, cinq indiquent des problèmes respiratoires chroniques, principalement de l'asthme ou des bronchiolites, et enfin trois des maladies chroniques ou métaboliques³⁶. Enfin, deux enfants présentent des maladies infectieuses ou acquises, comme le VIH ou la bilharziose.

LE CAS DE MADAME D.

Mme D. a été orientée par une psychologue d'une autre association vers le réseau Solipam pour un changement de lieu de suivi de grossesse et pour une évaluation sociale. Cette femme se présente au réseau en expliquant ne pas vouloir poursuivre son suivi dans la maternité où elle est inscrite, ce lieu ravivant des mauvais souvenirs : son premier enfant est décédé d'une hypothermie à 24 jours de vie après avoir passé deux jours à la rue dans le froid.

Le terme de sa grossesse actuelle est prévu à la même période que celui de son premier enfant. Elle présente un état dépressif sévère et son conjoint reste son seul soutien. Le couple dort à la rue.

Un changement de maternité a eu lieu avec la mise en place d'un suivi psychiatrique et d'un traitement antidépresseur. Mme D. indique avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce et le psychiatre lui a proposé un traitement pour ses insomnies. Seul problème sur l'équation, l'absence totale d'hébergement. Mme ne voulait pas prendre le risque de s'endormir en étant dehors par peur qu'il lui arrive quelque chose. Malgré de nombreux appels au 115, le couple est resté huit mois à la rue avant de pouvoir accéder à un hébergement.

Elle a gardé des séquelles de cette partie de sa vie. Pendant l'entretien, elle indique qu'après son accouche-

ment, elle restait enfermée chez elle avec son bébé pour le protéger et se sentir enfin en sécurité. Elle décrit également qu'elle prenait souvent son fils pour se balader dans les lieux où elle dormait dehors pour se réapproprier ces espaces et essayer de remplacer ses mauvais souvenirs. Elle raconte par exemple :

« *Parce que quand je regarde mon enfant je suis toute en joie. Souvent ça fait que je prends mon enfant comme ça, je sors avec lui. Pour qu'il regarde le coin où j'ai dormi dehors. Souvent je prends mon enfant, je m'en vais m'asseoir là-bas. Même la dernière fois, il y a un coin, à la gare, à côté de la gare de Saint-Denis, j'ai fait deux jours j'ai dormi là-bas sur le trottoir. J'ai pris S., on est partis, j'ai fait toute la journée là-bas* ».

Cette femme vit actuellement avec sa famille dans un appartement de diffus³⁷. Elle poursuit son suivi avec un psychiatre et dit aller mieux, mais elle déclare « *dans ma tête je vois que j'ai une partie qui est plus là [déjà partie] parce que ça fait que je ne suis pas moi encore, comme avant* ».

37. Le terme « appartement de diffus » désigne un logement situé hors d'un programme immobilier collectif ou planifié, souvent inséré dans un quartier existant de manière indépendante. Dans ce cas, il s'agit d'un appartement individuel qui est rattaché à un CHRS.

34. Dans RH, ces décès sont survenus soit au moment de l'accouchement (n = 3) soit après l'accouchement (n = 16). Il n'est actuellement pas possible d'obtenir cette information dans le cadre de RS. Un retraitement des données permettra de pouvoir mieux connaître le contexte de survenue de ces décès.

35. Malformations congénitales, amputations et limitations sévères de la mobilité nécessitant l'utilisation d'un fauteuil roulant.

36. Diabète, hypoglycémie, hypertension artérielle (HTA) et insuffisance rénale.

4.2 ► Santé menstruelle et pathologies gynécologiques

Le vécu menstruel constitue un indicateur clé de la santé reproductive. Cette section en présente les principales caractéristiques et les pathologies associées dans RH (cette thématique n'a pas été abordée dans RS).

Sur les 335 femmes interrogées, la majorité rapporte une durée du cycle menstruel comprise entre 25 et 35 jours (82 %) et une durée des menstruations comprise entre 4 et 7 jours (85 %), correspondant à des durées considérées comme « normales ». À l'inverse, des femmes rapportent des cycles ou des règles plus courts (respectivement 3 % pour les cycles et 10 % pour les règles), plus longs (2 % et 2 %) ou irréguliers (13 % et 4 %). À cela s'ajoute 1 % de femmes n'ayant pas eu de règles depuis très longtemps.

La dysménorrhée, définie comme la présence de douleurs abdominopelviennes précédant ou accompagnant les menstruations, constitue un symptôme fréquent chez les femmes en âge de procréer (51). Dans RH, le score moyen de douleur menstruelle est de 3,4 sur 10³⁸.

La prévalence de la dysménorrhée³⁹ est de 37,9 % et environ un quart des femmes (23 %) rapporte des douleurs sévères⁴⁰.

En population générale française, les données issues de la cohorte Constances rapportent une prévalence de dysménorrhée variant de 62,3 % chez les femmes les plus jeunes à 36,4 % chez les plus âgées, avec une fréquence accrue chez les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne (52). Dans RH, la prévalence de la dysménorrhée est également plus élevée chez les femmes jeunes, avec des taux variant de 50 % chez les femmes âgées de 18 à 24 ans à 39 % chez celles de 25 à 34 ans, et diminuant à 31 % chez les femmes âgées de 35 ans et plus.

Ces douleurs peuvent correspondre à une dysménorrhée secondaire, caractérisée par une survenue plus tardive, après une période de règles peu ou non douloureuses,

et pouvant être associées à d'autres symptômes gynécologiques tels que des saignements intermenstruels (métrorragies), des règles abondantes ou des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunies)(53). Dans notre étude, 31 % des femmes rapportent avoir déjà eu des saignements menstruels abondants, 13 % des saignements en dehors des règles et 38 % des douleurs lors des rapports sexuels. Parmi celles présentant des règles douloureuses, les deux tiers (63 %) déclarent au moins un symptôme associé⁴¹.

Dans ces situations, une étiologie organique doit être recherchée, notamment une endométriose, des fibromes utérins, des polypes endométriaux ou encore des complications liées à une contraception intra-utérine mal positionnée ou inadaptée. Toutefois, parmi les femmes souffrant de dysménorrhée, 35 % déclarent n'avoir jamais abordé les questions relatives à la santé gynécologique avec un.e professionnel.le de santé, tel qu'un.e gynécologue ou une sage-femme.

Alors que l'endométriose touche environ 10 % des femmes en âge de procréer en France, aucun cas n'est rapporté parmi les femmes rencontrées dans l'étude RH (54). Pourtant, cette absence de diagnostic, associée à la fréquence élevée de symptômes compatibles avec une pathologie gynécologique sous-jacente, suggère un déficit majeur d'accès au repérage et à la prise en charge gynécologique chez les femmes sans domicile. Une femme rapportant des douleurs menstruelles qu'elle évalue à 10/10 rapporte par exemple lors d'un entretien « *C'est difficile d'en parler à un professionnel, car lorsque j'en ai parlé pour la première fois, il m'a prescrit du paracétamol et c'est tout* ». Cette situation met en évidence un sous-diagnostic très probable de pathologies gynécologiques dans cette population, révélateur d'inégalités persistantes d'accès à des soins spécialisés adaptés et d'une insuffisante prise en compte des symptômes exprimés par ces femmes.

4.3 ► Précarité menstruelle

La précarité menstruelle constitue un enjeu de santé publique encore insuffisamment documenté, particulièrement chez les femmes en situation de grande précarité. Cette section en décrit l'ampleur et les principales manifestations à partir des données de RH⁴².

Les femmes ont été interrogées sur les protections périodiques qu'elles connaissaient. Elles ont majoritairement rapporté connaître les serviettes périodiques à usage unique, citées par 95 % d'entre elles, suivies des tampons

à usage unique (25 %), des culottes menstruelles (6 %), des serviettes périodiques lavables (4 %) et des éponges menstruelles (<1 %). D'autres solutions sont également mentionnées par 5 % des participantes, incluant le pagn, le papier toilette, l'essuie-tout, les couches pour bébé ou encore les mouchoirs.

En pratique, l'utilisation des protections menstruelles est également largement dominée par les serviettes à usage unique, utilisées par 93 % des femmes. Les autres protec-

38. Sur l'échelle numérique qui mesure l'intensité de la douleur allant de 0 à 10, où 0 correspond à l'absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable.

39. Définie par un score de douleur compris entre 5 et 10 sur 10.

40. Définie par un score de douleur compris entre 7 et 10 sur 10.

41. 39 % en rapportent un, 20 % deux et 5 % l'ensemble des trois symptômes précédemment cités.

42. Dans RH l'effectif est N = 335, ces questions n'ont pas été posées aux femmes rencontrées en Seine-et-Marne pour RH et ni aux les femmes de RS.

tions sont beaucoup moins fréquentes : tampons (9 %), protections réutilisables telles que culottes menstruelles (2 %) ou serviettes lavables (2 %), et solutions alternatives (environ 3 %). Ces résultats indiquent une faible diversification des protections connues et utilisées, soulignant un réel enjeu de sensibilisation et d'éducation autour des différentes options.

Parmi les participantes, 19 % rapportent rencontrer des difficultés d'accès aux protections périodiques.

L'analyse des verbatims montre que, en cas d'absence de protection périodique "classique", les femmes recourent à diverses alternatives : tissus, pagnes ou morceaux de vêtements (au moins vingt verbatims), comme l'illustre le témoignage suivant : « *J'utilise un pagne, comme au Mali, que je lave quand je n'ai plus de serviettes* ». Le papier toilette ou les mouchoirs sont également cités dans au moins quinze verbatims, et les couches pour bébés ou draps dans au moins sept verbatims.

« J'aimerais acheter des culottes menstruelles mais je n'ai pas assez d'argent. »

Ces stratégies sont fréquemment liées à des contraintes économiques ou à un accès limité aux protections menstruelles. Une participante explique ainsi : « *À mon arrivée, je n'avais pas d'argent pour m'en procurer* ». Certaines femmes évoquent également des difficultés liées aux protections distribuées par les associations : « *Les Resto du cœur me fournissent des serviettes hygiéniques mais il arrive qu'il n'y en ait pas* ». D'autres mobilisent leur entou-

rage pour s'en procurer, comme l'illustre ce témoignage : « *Je demande à mes voisines à l'hôtel* », ou encore : « *On m'avait prêté une culotte de règles* ».

Bien que 95 % des participantes déclarent ne pas éprouver de difficultés dans l'usage des protections menstruelles, les verbatims révèlent l'existence de difficultés ponctuelles. Certaines femmes rapportent par exemple des irritations ou une inadéquation des protections à leur flux. Plusieurs témoignages décrivent des adaptations personnelles pour pallier ces limites : « *J'arrive à avoir des serviettes pour des flux moyens aux restos [du cœur] et aux associations, mais j'ai un flux abondant alors ça ne suffit pas, quand je n'en ai pas j'utilise le pagne* », et une participante précise : « *J'ai trouvé en grande surface des tissus en coton prévus comme protections hygiéniques. J'utilise un tissu que je peux laver et réutiliser, car je n'aime pas jeter des serviettes hygiéniques avec mon sang. J'utilisais aussi du pagne pour me protéger* ». Parmi celles concernées par des difficultés d'utilisation, 17 % rapportent également des difficultés d'approvisionnement.

Ces résultats mettent en évidence une précarité menstruelle importante, caractérisée par un manque de sensibilisation aux alternatives disponibles et des difficultés d'accès liées à des contraintes financières ou matérielles. La précarité menstruelle est associée à un risque accru d'infections des voies urinaires et reproductrices, à une dégradation de la santé mentale et à un renforcement des inégalités sociales, notamment par un risque accru d'absentéisme scolaire ou professionnel (55,56). Ces observations soulignent l'urgence de prendre en compte cette problématique chez les femmes sans domicile.



4.4 ► Suivi gynécologique avant la grossesse

Le recours aux soins gynécologiques des femmes sans domicile est peu documenté. Les quelques études réalisées montrent que 30 % à 70 % d'entre elles n'ont jamais réalisé de frottis cervico-vaginal (57,58). L'étude SPHERE, menée en 2025 auprès des personnes hébergées dans des hôtels sociaux du 18^{ème} arrondissement parisien, a mis en évidence qu'un tiers des femmes n'a jamais réalisé de consultation gynécologique en dehors de la grossesse (59). Ces femmes présentent une fréquence accrue de grossesses non désirées, ainsi qu'une exposition élevée aux infections sexuellement transmissibles souvent mal diagnostiquées (60,61).

Ce constat conduit à s'intéresser à la qualité du suivi gynécologique des femmes sans domicile en dehors de la grossesse, ainsi qu'à identifier les freins rencontrés dans leur parcours de soins. Un travail spécifique sur ce sujet est mené sur les femmes de RH⁴³.

Au cours de leur vie, une proportion importante de femmes de RH rapporte des symptômes gynécologiques, notamment des douleurs ovariennes (39 %), des douleurs lors des rapports sexuels (38 %), des douleurs ou brûlures à la miction (37 %), des douleurs mammaires (36 %), des saignements abondants (31 %) et, dans une moindre mesure, des saignements hors cycle (13 %). Pourtant,

41 % des 267 femmes ayant présenté au moins un de ces symptômes rapportent ne jamais en avoir parlé lors d'une consultation. Par ailleurs, 43 % des femmes ayant subi des mutilations génitales féminines, rapportent n'en avoir jamais discuté avec un.e professionnel.le de santé, alors même que 43 % d'entre elles exprimaient le souhait de le faire. Plus d'un tiers des femmes (35 %) n'a jamais bénéficié d'un suivi gynécologique en dehors de la grossesse et 40 % n'ont jamais abordé les sujets des règles, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles ou d'autres liés à la santé gynécologique avec un.e professionnel.le de santé (gynécologue ou sage-femme). Enfin, parmi les femmes âgées de plus de 25 ans, 28 % n'ont jamais réalisé de frottis cervico-utérin au cours de leur vie et 44 % n'ont jamais bénéficié d'un examen sénologique. La qualité du suivi gynécologique avant la grossesse a été définie à partir des données de RH et en utilisant un score composite prenant en compte la réalisation d'au moins une consultation gynécologique hors grossesse, la consultation d'un.e professionnel.le de santé en cas de symptômes gynécologiques, l'abord de sujets gynécologiques avec un.e professionnel.le de santé, la connaissance d'au moins deux moyens de contraception, le caractère planifié de la grossesse, la prise en

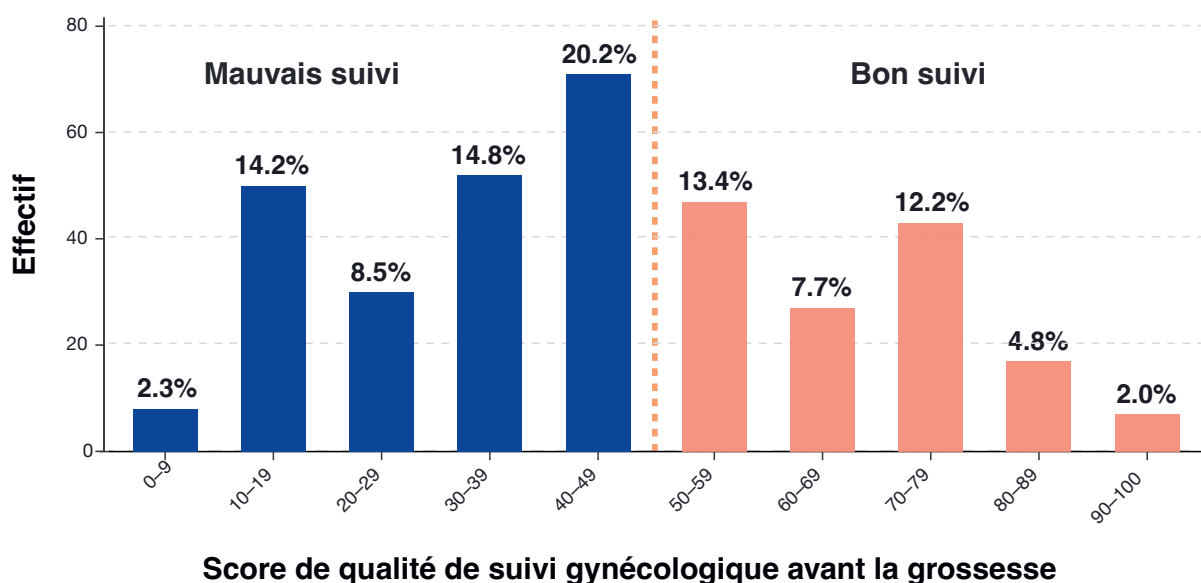


Figure 7 : Répartition du score de qualité du suivi gynécologique des femmes de REPERES Hôtel

Note Figure 7 : Parmi les femmes pour lesquelles il a été possible de calculer un score (N=352).

43. Ce travail est effectué dans le cadre du mémoire de sage-femme de Louise Maison. Dans le cadre du projet RH, elle a participé au travail de terrain, à l'élaboration des pistes d'analyse ainsi qu'à la rédaction de cette partie du rapport.

charge des MGF et pour les femmes âgées de plus de 25 ans, la réalisation d'un frottis cervico-vaginal et d'un examen sénologique au cours de la vie. À partir de l'ensemble de ces variables, un score global, compris entre 0 et 100, a été construit. Un score supérieur ou égal à 50 est considéré comme un bon suivi gynécologique avant la grossesse.

Afin d'évaluer la validité du score, une étude de concordance avec une classification de référence a été réalisée. Un échantillon aléatoire de 5 % des dossiers de RH a été relu indépendamment par cinq sages-femmes, qui ont classé le suivi gynécologique avant la grossesse comme

« bon » ou « mauvais ». Une classification de référence consensuelle a été définie par la règle de la majorité⁴⁴. Sur les 19 dossiers présentant un consensus expert, l'algorithme est en accord avec le classement de référence dans 18 cas, correspondant à une exactitude de 95 % et à un k de Cohen élevé ($\approx 0,90$).

Sur les 352 femmes de RH pour lesquelles les informations étaient disponibles pour calculer un score, 59,9 % présentent un suivi gynécologique jugé insuffisant avant la grossesse (Figure 7).

4.5 ► Littératie numérique en santé

Dans les deux volets de l'étude (RH et RS), 95 % des femmes disposent d'un téléphone avec un accès à Internet (type smartphone).

Dans l'étude RH, près d'un tiers (31 %) des femmes déclare avoir utilisé une application mobile pour le suivi du cycle menstruel. Ce pourcentage varie fortement en fonction des compétences en lecture : il est particulièrement élevé chez les femmes ne rencontrant pas de difficultés pour lire en français (43 %), plus faible chez celles ayant quelques difficultés de lecture (26 %) et très faible chez celles ne sachant pas lire (9 %). Dans l'étude RS, 33 % des femmes rapportent avoir utilisé une application pour suivre leur cycle avant la grossesse, et 37 % en utilisent une à trois mois post-partum.

Dans les deux études, l'application la plus largement utilisée est l'application « Flo® », suivie de l'application « Mon calendrier® ». L'usage de ces applications se concentre principalement sur la connaissance et l'anticipation du cycle menstruel, permettant de suivre les dates des règles, d'identifier d'éventuels retards et de mieux comprendre le fonctionnement du cycle, particulièrement pour les femmes ayant des cycles irréguliers. Un autre usage fréquemment rapporté concerne le repérage des périodes de fertilité, soit pour éviter une grossesse soit dans le cadre d'un projet de grossesse. Concernant le suivi de grossesse, 20 % des femmes de RS et 24 % des femmes de RH déclarent utiliser une application mobile. Les applications les plus citées sont « Grossesse +® », « Flo® », « myDiabby® » et « WeMoms® ». Un gradient similaire d'utilisation des applications est observé selon les compétences en lecture : 36 % des femmes sans difficultés de lecture utilisent ce type d'application, contre 20 % chez celles ayant quelques difficultés et seulement 9 % parmi celles rencontrant de grandes difficultés de lecture.

L'usage des applications mobiles est largement intégré dans la gestion de la santé reproductive et périnatale, facilitant la compréhension du cycle menstruel et la préparation à la grossesse. L'accès quasi-universel aux smartphones permet cette adoption et ces outils s'adaptent aux besoins évolutifs des femmes, renforçant leur autonomie et leur capacité à planifier leur santé. Ils constituent ainsi un levier important pour améliorer la littératie en santé et mener des actions de promotion et de sensibilisation en santé. Cependant, leur utilisation reste fortement influencée par le niveau d'alphabétisation. Les femmes ayant des difficultés de lecture ou ne sachant pas lire sont moins susceptibles d'en bénéficier. Ces résultats soulignent l'importance de concevoir des applications simples et accessibles, adaptées à tous les niveaux de littératie et conçues en collaboration avec les personnes concernées afin de favoriser l'inclusion et l'autonomie des femmes les plus vulnérables.



44. L'analyse initiale incluant les cinq évaluateurs met en évidence un accord substantiel ($k \approx 0,62$), tout en révélant une hétérogénéité des jugements. Une analyse individuelle des désaccords montre que l'évaluatrice 3 présente un profil systématiquement discordant, caractérisé par un taux de divergence nettement supérieur à celui des autres évaluateurs et une tendance à appliquer des critères plus stricts. Cette évaluatrice a été exclue. Le k de Fleiss recalculé sur les quatre évaluateurs restantes atteint alors une valeur d'environ 0,81, indiquant un accord presque parfait. Cette procédure a permis d'obtenir un consensus clair pour 19 des 20 dossiers ; le dossier restant, présentant une répartition strictement équilibrée des jugements (2 Bon / 2 Mauvais), a été considéré comme ambigu et exclu des analyses quantitatives.

4.6 ► Contraception

► Connaissance des moyens de contraception

La connaissance des moyens pour contrôler la survenue d'une grossesse est essentielle, car elle conditionne l'autonomie reproductive et l'accès à des grossesses planifiées.

En début de grossesse, dans le volet RH, 6 % des participantes déclarent ne connaître aucun moyen, contre 21 % dans le volet RS.

Alors que 43 % des femmes de RH connaissent trois méthodes ou plus, ce n'est le cas que de 14 % des femmes de RS. Globalement, les femmes du volet RS présentent un niveau de connaissance particulièrement faible, tant pour les méthodes contraceptives que pour les méthodes dites naturelles, ce qui souligne un besoin important de renforcer l'éducation et l'accès à l'information reproductive dans ce groupe.

À trois mois post-partum, les femmes de RS présentent une amélioration notable de leurs connaissances en matière de contraception. La proportion de celles rapportant ne connaître aucun moyen passe de 21 % à 5 %, tandis que celle des femmes connaissant au moins trois méthodes augmente de 14 % à 33 %. Ainsi, à trois mois post-partum, 64 % des femmes déclarent connaître plus d'un moyen contraceptif, contre 32 % en début de suivi. Cette progression suggère que l'accompagnement médico-social proposé par le réseau Solipam, incluant le suivi par une sage-femme, contribue à renforcer l'information et la capacité de planification des femmes, particulièrement au sein d'une population majoritairement récemment arrivée en France et pour laquelle il s'agit souvent de la première grossesse sur le territoire.

Si l'on se concentre sur les moyens contraceptifs, près d'un tiers des femmes de RH (29 %) déclare n'en connaître aucun ou un seul, contre 68 % des femmes de RS. Parmi les femmes qui ont rapporté en connaître au moins un, la pilule est la méthode la plus fréquemment citée dans les deux groupes (82 % dans RH vs 39 % dans RS), suivie de l'implant (35 % vs 13 %), du dispositif intra-utérin (32 % vs 16 %) et du préservatif (25 % dans les deux volets). Les autres méthodes, comme les injections (8 % vs 6 %) ou le patch et l'anneau vaginal (4 % vs 2 %), sont plus rarement mentionnées. Dans le volet RS, les méthodes dites traditionnelles, telles que le retrait ou l'abstinence périodique, restent marginales (3 % chacune).

► Utilisation des moyens de contraception

Avant la grossesse en cours, une proportion importante de femmes déclarait n'utiliser aucun moyen pour éviter une grossesse, avec un niveau nettement plus élevé dans RS que dans RH (41 % dans RH contre 60 % dans RS).

Parmi les femmes dont la grossesse n'était pas planifiée, cette proportion reste élevée (32 % pour RH et 52 % pour RS). Ces niveaux sont très supérieurs à ceux observés en population générale en France, où seulement 12 % des femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive selon l'ENP 2021 ⁽⁴⁴⁾.

Parmi les femmes qui utilisaient une méthode contraceptive avant la grossesse, environ un quart d'entre elles a interrompu sa contraception dans le but de concevoir (27 % dans RH et 20 % dans RS). À l'inverse, une proportion plus importante a arrêté une ou plusieurs méthodes contraceptives sans volonté de tomber enceinte (32 % dans RH et 43 % dans RS). Par ailleurs, une part non négligeable des grossesses est survenue malgré l'utilisation d'une méthode contraceptive (41 % dans RH et 37 % dans RS), suggérant des difficultés d'utilisation, un usage incorrect ou le recours à des méthodes moins efficaces. Dans ces situations, la pilule est la méthode la plus fréquemment rapportée (59 % dans RH et 65 % dans RS), suivie dans RH par l'abstinence périodique (20 %) et le préservatif (11 %), et dans RS par le préservatif (20 %) et le retrait (10 %).

L'analyse du dernier moyen de contraception utilisé confirme la prédominance de la pilule dans les deux volets, et également une diversité de méthodes et une utilisation non négligeable de recours à des méthodes dites naturelles. La pilule constitue le dernier moyen utilisé dans 57 % des cas dans RH et 49 % dans RS, suivie par l'implant (22 % dans RH et 12 % dans RS), le préservatif (9 % dans RH et 23 % dans RS), le dispositif intra-utérin (6 % dans RH et 9 % dans RS), ainsi que l'abstinence périodique ou le retrait (11 % dans RH et 7 % dans RS). Certaines femmes rapportent également être tombées enceintes lors d'un changement de méthode, par exemple au moment du remplacement d'un dispositif intra-utérin, sans avoir connaissance du risque de grossesse pendant cette période.

Après l'accouchement, plus de la moitié des femmes déclare utiliser un moyen contraceptif pour éviter une nouvelle grossesse, avec des proportions relativement proches entre les deux volets (59 % dans RH et 55 % dans RS à trois mois post-partum). La pilule reste la méthode la plus fréquemment utilisée (49 % dans RH et 44 % dans RS), suivie par l'implant (32 % dans RH et 26 % dans RS), le préservatif (13 % dans RH et 9 % dans RS) et le dispositif intra-utérin (8 % dans RH et 10 % dans RS). En comparaison, les données nationales indiquent qu'environ 76 % des femmes utilisent une méthode à



deux mois post-partum, et que les méthodes les plus fréquentes sont la pilule, le préservatif et les dispositifs intra-utérins (63).

Dans l'ensemble, le recours à la contraception dans ces deux volets apparaît plus faible que dans la population générale. L'augmentation observée en post-partum suggère que l'accouchement constitue un moment clé au cours duquel la question de la contraception est davantage abordée et initiée. Toutefois, l'utilisation de la pilule, méthode nécessitant une observance quotidienne, peut être complexe dans un contexte de grande précarité et d'instabilité, conduisant ainsi à la survenue de grossesses non planifiées.

Cette situation souligne la nécessité d'un accompagnement fondé sur une information claire, accessible et adaptée aux conditions de vie des femmes. Le choix d'une méthode doit être co-construite avec elles, en tenant compte de leur niveau de compréhension, de leurs préférences et de leurs contraintes. Dans ce contexte, la médiation en santé joue un rôle essentiel pour faciliter la compréhension des méthodes, soutenir un choix éclairé et prévenir les grossesses non anticipées ou découvertes tardivement. Un travail ultérieur permettra également d'explorer les perceptions des femmes et de leur conjoint vis-à-vis de ces méthodes, ainsi que les raisons et les barrières influençant leur utilisation ou leur non-utilisation.

5 • Déroulé de la période périnatale

5.1 ► Découverte de la grossesse

Parmi les femmes incluses, plus de la moitié indique que la grossesse n'était pas planifiée (56 % pour RH et 59 % pour RS). Malgré cela, près des deux tiers des femmes déclarent s'être senties heureuses lors de la découverte de la grossesse (66 % RH et 62 % RS). Environ un tiers évoque un sentiment de surprise ou d'étonnement (27 % RH et 36 % RS), et une minorité d'entre elles dit s'être sentie soulagée, notamment en raison de difficultés à tomber enceinte (2 % RH et 1 % RS).

Par ailleurs, certaines femmes décrivent des émotions plus contrastées : 10 % de celles de RH et 17 % de celles de RS se sont senties perdues à la découverte de leur grossesse. De même, 12 % de celles de RH et 16 % de celles de RS rapportent s'être senties tristes ou désespérées. Ce taux est trois à quatre fois supérieur à celui observé en population générale (4 %)⁽⁴⁴⁾. Parmi celles ayant rapporté un sentiment de tristesse, celui-ci persistait au

moment de l'entretien pour 23 % des femmes de RH et 53 % des femmes de RS.

Concernant les femmes de RH ayant un compagnon, la réaction de celui-ci à l'annonce de la grossesse a également été explorée. La grande majorité (84 %) rapporte que leur conjoint s'est montré heureux. Les autres réactions mentionnées sont la surprise (10 %), une absence de réaction ou une attitude neutre (7 %), un sentiment de désarroi (4 %), le soulagement (1 %) et enfin la tristesse ou le désespoir (1 %). Cette perception favorable doit cependant être nuancée, car elle ne concerne que les situations où la femme était encore en couple au moment de l'entretien. Pourtant plusieurs récits montrent que, dans d'autres contextes, certains partenaires se sont désinvestis ou éloignés lorsqu'ils n'avaient pas souhaité cette grossesse et ne sont donc pas comptabilisés ici.

Tableau 10 : Contexte de découverte de la grossesse des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES.

Caractéristiques	REPERES Hôtel (N = 277)		REPERES Solipam (N = 126)	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Grâce à un test de grossesse fait de manière autonome	183	66 %	35	28 %
Dans une structure médicale (hors hôpital)	51	19 %	44	35 %
Aux urgences	38	14 %	31	24 %
Dans une structure associative	4	1 %	16	13 %

Note Tableau 10 : Les pourcentages sont calculés uniquement parmi les entretiens pour lesquels il y avait suffisamment d'information dans la variable en champ libre pour recoder dans l'une des quatre catégories.

Les femmes ont été interrogées sur la manière dont elles avaient découvert leur grossesse (**Tableau 10**). À partir de cette variable à réponse libre, des informations suffisantes étaient disponibles dans deux tiers des cas pour caractériser les circonstances de la découverte.

Les deux tiers des femmes de RH déclarent avoir découvert leur grossesse de manière autonome, par la réalisation d'un test de grossesse généralement acheté en pharmacie, alors que cela ne concerne qu'un quart des femmes de RS.

En revanche, 24 % des femmes de RS et 14 % de RH ont appris leur grossesse aux urgences, à la suite de symptômes.

Les femmes indiquent se souvenir de la date de découverte de leur grossesse dans 61 % des cas en RH et 85 % des cas en RS. Parmi celles pour lesquelles cette information est disponible, la majorité a découvert sa grossesse au cours du premier mois (74 % pour RH et 75 % pour RS), 14 % au cours du deuxième mois, et 7 % au cours du troisième mois (7 % pour RH et 6 % pour RS). Une découverte tardive de la grossesse est survenue pour environ 4 %, ayant majoritairement lieu au cours du deuxième tri-

mestre. Une femme raconte par exemple : « *J'étais sous pilule. J'ai commencé à ne pas me sentir bien et je suis allée à l'hôpital. C'est là qu'on lui a dit que j'étais enceinte. J'étais choquée car je prenais bien la pilule et je n'avais presque plus de règle sous pilule donc je ne m'imaginais pas que j'étais enceinte. Quand on a découvert la grossesse, j'étais déjà au deuxième trimestre. J'étais très stressée au début et j'ai fait des pics de tension* ».

Ces situations révèlent non seulement un déficit dans la connaissance des signes précoces de grossesse, mais aussi des obstacles liés au parcours de soins et à l'accès aux tests, notamment sur le plan financier. Le recours aux urgences pour découvrir une grossesse, alors qu'un test autonome et accessible aurait pu suffire, illustre des lacunes dans l'accompagnement, l'information et l'accès économique au test de grossesse pour les femmes. Une détection précoce permettrait non seulement de mettre en place un suivi de grossesse conforme aux recommandations, de réduire les risques liés à l'absence de conseils préventifs, d'identifier plus rapidement les besoins sociaux et médicaux et de permettre, le cas échéant, l'accès à une interruption de grossesse dans les délais.

5.2 ► État de santé physique de la mère

Parmi les femmes incluses dans les deux études, une proportion importante présente au moins une pathologie chronique préexistante à la grossesse (30 % dans RH et 37 % dans RS), suggérant une accumulation de vulnérabilités sanitaires en amont de la grossesse, susceptibles d'augmenter le risque de complications maternelles et périnatales (Tableau 11).

Tableau 11 : Pathologies chroniques préexistantes à la grossesse des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES et en population générale.

	REPERES Hôtel¹ (N = 420)		REPERES Solipam² (N = 185)		Population générale³
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Au moins une pathologie					
Oui	125	29,7 %	68	36,8 %	
Non	295	70,3 %	117	63,2 %	
Pathologie psychiatrique	6	1,4 %	23	12,4 %	2,6 %
Douleur chronique (arthrose, migraines chroniques, ...)	19	4,5 %	9	4,9 %	
Maladie infectieuse (hépatite, VIH)	15	3,6 %	8	4,3 %	
Drépanocytose	8	1,9 %	8	4,3 %	0,4 %
Diabète	7	1,7 %	3	1,6 %	0,9 %
Anémie	28	6,7 %	19	10,3 %	25,2 %
Hypertension	36	8,6 %	5	2,7 %	0,9 %
Pathologie pulmonaire (asthme...)	18	4,3 %	4	2,2 %	
Pathologie digestive (Maladie coeliaque...)	9	2,1 %	4	2,2 %	
Pathologie thyroïdienne	5	1,2 %	4	2,2 %	
Pathologie cardiaque	2	0,5 %	4	2,2 %	
Pathologie neurologique (épilepsie...)	1	0,2 %	2	1,1 %	

1. Données déclaratives recueillies dans le cadre de l'étude RH.

2. Pour le volet RS, les données combinent les informations médicales collectées lors de l'accompagnement par le réseau Solipam et les déclarations des participantes lors des entretiens.

3. Les indicateurs régionaux proviennent de la base Open Data Île-de-France (consultation 2024), tandis que le pourcentage d'anémie est issu de l'Enquête nationale périnatale 2021.

Les troubles psychiatriques apparaissent particulièrement marqués dans RS, avec 12 % des femmes concernées, soit une proportion quatre fois supérieure à celle observée en population générale. Cette différence peut refléter à la fois une prévalence réellement plus élevée, en lien avec l'exposition fréquente à des facteurs de risques psychosociaux (violences, instabilité résidentielle, isolement), mais également un meilleur repérage lié à l'accompagnement renforcé proposé par le réseau Solipam. À l'inverse, la très faible proportion observée dans RH (1 %) suggère un probable sous-diagnostic dans des contextes où le suivi est moins structuré. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage systématique de la santé mentale chez les femmes en situation de précarité, notamment à la vue de leur parcours de vie particulièrement marqué par des expositions répétées à des événements de violence. Dans les deux études, environ 5 % des femmes rapportent des douleurs chroniques (arthrose, lombalgies chroniques ou migraines) et 4 % des maladies infectieuses chroniques (hépatite, VIH). La drépanocytose est retrouvée chez 2 % des femmes de RH et 4 % de celles de RS, soit une proportion très supérieure à celle observée en population générale française (0,4 %). D'autres patholo-

gies sont également rapportées, notamment pulmonaires (4 % dans RH et 2 % dans RS), digestives, thyroïdiennes, cardiaques ou neurologiques. La prévalence élevée de certaines pathologies, comme la drépanocytose, reflète également les spécificités sociodémographiques de ces populations, notamment la surreprésentation de femmes originaires de régions à forte endémie, principalement en Afrique de l'Ouest (64).

Le diabète (hors diabète gestationnel) concerne 1,7 % des femmes de RH et 1,6 % de celles de RS, contre 0,9 % en population générale. L'hypertension touche environ 9 % des femmes de RH et 3 % de celles de RS, proportions très supérieures à celle estimée en population générale (0,9 %). L'anémie est observée chez environ 7 % des femmes de RH et 10 % de celles de RS, soit des proportions inférieures à celle rapportée en population générale (25 % pour l'anémie et 2,8 % pour l'anémie sévère). En croisant ces données déclaratives avec les dossiers médicaux, des analyses complémentaires seront nécessaires pour déterminer la gravité et le moment d'apparition de l'anémie ou à partir des informations médicales détaillées disponibles pour les femmes de RS.

5.3 ► Diabète gestationnel

La prévalence du diabète gestationnel est de 21,2% dans RH et de 13,5% dans RS

Selon l'ENP2021, la fréquence du diabète gestationnel en France est passée de 10,8% en 2016 à 16,4% en 2021 (44). Cette augmentation serait attribuable à l'intensification du dépistage ainsi qu'à l'évolution des caractéristiques maternelles, notamment l'augmentation de l'âge et de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Les taux plus faibles observés dans RS pourraient s'expliquer par des différences de profils maternels, en particulier par l'âge plus jeune des femmes comparativement à celles de RH et à celles de la population générale.

Dans RS, 36% des femmes atteintes de diabète gestationnel sont insulino-dépendantes⁴⁵

Ce taux est beaucoup plus élevé qu'en population générale, où environ 25% des femmes atteintes d'un diabète gestationnel requièrent un traitement par insuline après échec des seules mesures hygiéno-diététiques. Cette surreprésentation d'insulinothérapie peut s'expliquer par la complexité de la mise en place des mesures hygiéno-diététiques dans des conditions de vie précaires, ainsi que par la présence potentielle de formes plus sévères, liées à un dépistage plus tardif.

Un nombre important de femmes suivies par le réseau Solipam présente dans un premier temps un diabète gestationnel contrôlé par des mesures alimentaires. Toutefois, en l'absence de cuisine dans tous les hôtels l'application des mesures hygiéno-diététiques constitue un défi au quotidien. L'une des participantes témoigne par : « *Parfois je dois manger des choses que je ne dois pas manger à cause du diabète mais je n'ai pas le choix. Le diabète m'embête car il n'y a pas de quoi cuisiner dans les hôtels et j'ai du mal à manger ce que les médecins me demandent sans cuisine* ». À l'absence de cuisine s'ajoutent des difficultés d'approvisionnement en aliments adaptés, notamment dans le cadre de parcours d'errance résidentielle (Cf 5.5. [État de faim de la mère](#)). L'inscription à une aide alimentaire régulière et hebdomadaire, comme celle proposée dans les centres de distribution des Restos du Cœur, peut s'avérer difficile dans le cadre de prises en charge en court séjour à

l'hôtel, mais aussi en raison de la saturation de certains centres de distribution. Cette situation d'errance accroît la mobilité des familles au quotidien et rend l'ancrage sur une commune difficile, voire impossible, ce qui empêche notamment de retirer des colis de façon hebdomadaire. Faute de disposer d'un certificat d'hébergement délivré par le 115, de nombreuses familles n'ont accès qu'aux de colis dits de "dépannage" auprès d'associations caritatives. Ces contraintes limitent la capacité des femmes à suivre les recommandations hygiéno-diététiques et peuvent contribuer à un déséquilibre glycémique, nécessitant plus fréquemment le recours à l'insuline.

La découverte d'un diabète gestationnel insulino-dépendant nécessite la mise en place d'un traitement par injection sous-cutanée d'insuline. Bien que ce traitement soit parfois indiqué selon les protocoles médicaux, sa mise en œuvre est difficilement compatible avec une vie à la rue ou à l'hôtel, en particulier lorsque les femmes changent de lieu d'hébergement toutes les semaines. En effet, aux difficultés d'accès à une alimentation adaptée, s'ajoute l'absence de réfrigérateur qui constitue une contrainte majeure pour garantir la bonne conservation de l'insuline. Ces conditions compromettent la bonne gestion du diabète gestationnel et exposent les femmes à un risque accru de déséquilibre glycémique, susceptible d'altérer leur santé ainsi que celle de leur enfant à naître. Un diabète mal équilibré augmente le risque de macrosomie fœtale, pouvant conduire à un accouchement difficile, et majore également le risque de pré-éclampsie chez la mère (65). Le diabète gestationnel insulino-dépendant représente, lorsqu'il survient dans un contexte de grande précarité, un facteur aggravant majeur qui expose ce public à une perte de chance considérable, directement liée à l'absence d'hébergement stable et à un accès insuffisant à une alimentation adaptée.



45. Pour RH, le taux est de 41% mais cette information n'était disponible que pour un tiers des femmes ayant rapporté un diabète gestationnel. Le type de diabète n'était pas systématiquement renseigné et a été recodé à partir de champs libres.

5.4 ► État de santé psychique de la mère

La période périnatale constitue une étape cruciale pour le développement de l'enfant. De nombreuses études ont montré que les troubles mentaux maternels, tels que la dépression et l'anxiété chez la mère peuvent avoir des effets durables sur le développement cognitif, émotion-

nel et comportemental des enfants (66). La détection précoce et la prise en charge adaptée des troubles mentaux périnataux constituent donc des enjeux essentiels, tant pour la santé des mères que pour le bien-être et le développement optimal des enfants (66).

Tableau 12 : État de santé psychique des femmes de REPERES Hôtel

Caractéristiques	Effectif N = 420	Pourcentage
Anxiété perçue		
Assez ou Extrêmement	117	28,5 %
Peu ou pas	294	71,5 %
Manquant	9	
Anxiété mesurée (EPDS – 3A)		
Symptomatologie anxieuse	63	16,2 %
Non	325	83,8 %
Manquant	32	
État dépressif majeur (seuil 13)		
Risque faible de dépression	328	82,6 %
Risque important de dépression	69	17,4 %
Manquant	23	
État dépressif majeur (seuil 11)		
Risque faible de dépression	298	75,1 %
Risque important de dépression	99	24,9 %
Manquant	23	
Exposition à un évènement traumatique		
Oui	214	53,8 %
Non	184	46,2 %
Manquant	22	
Syndrome de stress post-traumatique (PC-PTSD-5)		
Oui	78	20,7 %
Non	299	79,3 %
Manquant	43	
Présence d'idées suicidaires		
Oui	8	2,0 %
Non	386	98,0 %
Manquant	26	
Parle de santé mentale avec un.e professionnel.le		
Oui	162	41,3 %
Non et aurait aimé en discuter	46	11,7 %
Non, mais ne souhaitait pas en discuter	184	46,9 %
Manquant	28	

Note Tableau 12 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

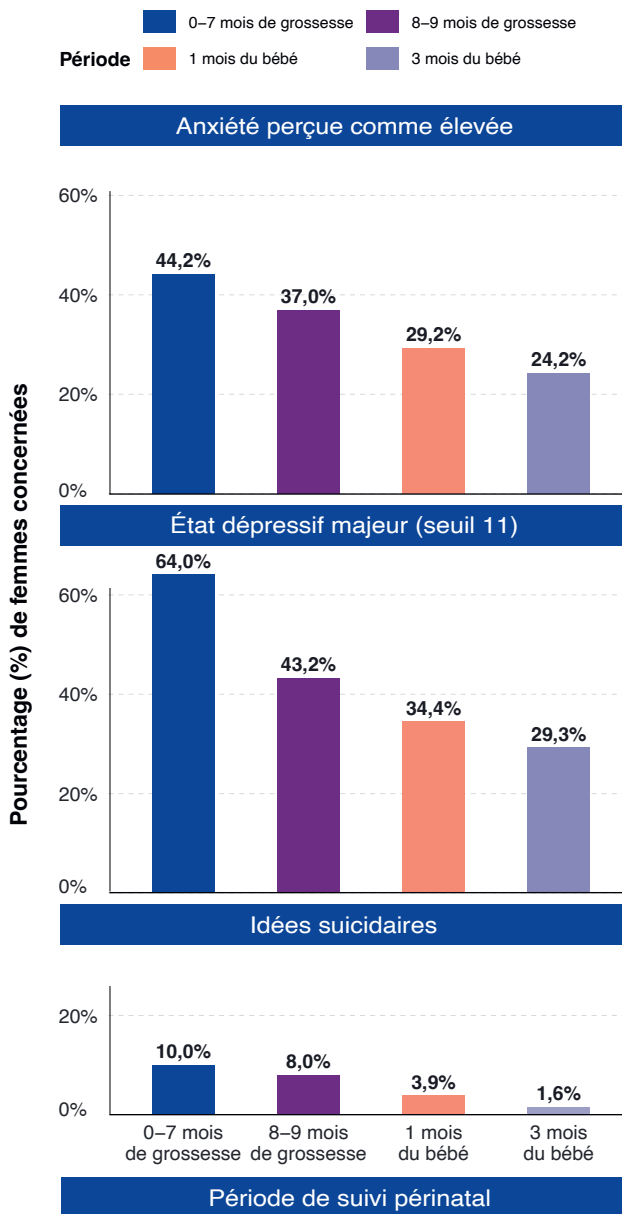


Figure 8 : État de santé psychique des mères au cours de la période périnatale dans REPERES Solipam.

Note Figure 8 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes, ce qui fait un effectif compris entre 114 et 138 selon la période de suivi périnatale et l'indicateur investigué.

► Anxiété

L'anxiété est caractérisée par un état de tension émotionnelle marqué par l'anticipation d'un danger imminent et indéterminé, s'accompagnant d'un malaise, d'une agitation ou d'un désarroi, et pouvant s'associer à des manifestations physiques. Lorsqu'elle est excessive, elle peut être difficile à maîtriser, entraîner une détresse importante et perturber les activités courantes, affectant ainsi la vie quotidienne sur les plans familial, social ou professionnel (67).

Dans RH, environ 29 % des femmes rapportent un niveau d'anxiété perçu comme assez ou extrêmement élevé (Tableau 12). Dans RS, 44 % se disent être dans cet état lors du suivi précoce de grossesse (0-7 mois) et cette proportion décroît progressivement pour atteindre 24 % à trois mois post-partum (Figure 8). À deux mois post-partum, le pourcentage de femmes percevant un niveau d'anxiété post-partum est proche de celui observé en population générale (27 % en population générale, 29 % à 1 mois puis 24 % à 3 mois du bébé dans RS et 21 % dans RH)(44).

Selon l'échelle EPDS-3A⁴⁶, 16,2 % des femmes de RH présentent des symptômes anxieux. Dans RS, un tiers des femmes présente ces symptômes en début

de grossesse (34,6 %) et ce pourcentage diminue progressivement jusqu'à 18,0 % au troisième mois post-partum.

Parmi les femmes de RH, les principales sources d'inquiétude rapportées sont le logement (56 %), leur situation administrative (30 %), l'incertitude face à l'avenir (20 %), la grossesse ou l'accouchement (28 %), la santé du futur bébé (12 %) et les problèmes familiaux (10 %). Pour les femmes de RS, le logement reste également une préoccupation majeure (52 %), avec d'autres inquiétudes qui concernent davantage les conditions de vie quotidienne : l'incertitude face à l'avenir (33 %) et la santé du futur bébé (17 %) sont plus fréquemment citées, tandis que la situation administrative (14 %) est moins souvent rapportée comme source majeure d'inquiétude. Dans RH, l'isolement (10 %) et les conditions matérielles difficiles, en particulier le froid et le manque d'accès à la nourriture, sont également mentionnés de manière significative, contrairement aux femmes de RS. Ces éléments montrent que, pour les femmes de RS, les inquiétudes sont plus souvent liées à des problématiques de survie, et non aux démarches administratives, qui apparaissent secondaires.

► État dépressif

Les troubles dépressifs sont des troubles mentaux courants qui se caractérisent par une tristesse persistante ou par une perte durable de la capacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir pour les activités qui en procuraient auparavant (68). La dépression peut avoir une incidence sur tous les aspects de la vie et ont un impact à long terme sur la mère et son nouveau-né (66).

En utilisant un seuil de 11 sur 30 sur l'échelle EPDS⁴⁷, 24,9 % des femmes de RH présentent une symptomatologie dépressive probable (Tableau 12). Cette proportion est deux à trois fois plus élevée chez les femmes de RS lors du suivi précoce de grossesse, où 64,0 % des femmes rencontrées présentent des symptômes compatibles avec un état dépressif (Figure 8).

Bien que la proportion de femmes présentant des symptômes dépressifs diminue au cours du suivi dans le groupe RS, elle reste systématiquement plus élevée que dans le groupe RH. À l'entretien à trois mois post-partum, 29 % des femmes de RS présentent encore une symptomatologie dépressive, ce qui traduit une amélioration par rapport aux premiers mois, tout en soulignant que ce groupe demeure plus exposé au risque dépressif que

les femmes de RH. Dans le groupe RH, les proportions observées sont également plus élevées chez les femmes rencontrées pendant la grossesse que chez celles rencontrées en post-partum (28 % contre 21 %), sans que cette différence ne soit toutefois statistiquement significative ($p = 0,13$).

En utilisant un seuil plus strict de 13 sur 30 au score EPDS, 17,4 % des femmes de RH présentent une symptomatologie compatible avec un état dépressif sévère. Ce taux est comparable à celui observé en population générale chez les femmes enceintes en France (16,7 %) et en Île-de-France (19,3 %)(69). Toutefois, cette comparaison doit être interprétée avec prudence, dans la mesure où pour plus de la moitié des femmes de RH, l'évaluation de leur santé mentale a été faite pendant la grossesse. Or, la dépression post-partum constitue une complication fréquente et bien documentée de la période périnatale (70). Ces troubles peuvent apparaître dans les semaines ou les mois suivant l'accouchement et persister dans le temps. Ils se manifestent notamment par une fatigue intense, des troubles du sommeil, une tristesse profonde, des sentiments de culpabilité ou d'incompétence, ainsi que des difficultés à s'occuper du nouveau-né. Ainsi, l'absence de suivi post-partum complet dans RH pourrait conduire à

46. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale – 3 Anxiety Items (EPDS-3A) est une sous-échelle de trois items dérivés de l'EPDS, utilisée pour le dépistage des symptômes anxieux en période périnatale. Un score supérieur ou égale à 5 sur 12 a été utilisé pour identifier les femmes présentant des symptômes anxieux.

47. Dans cette étude l'état dépressif est mesuré via le score d'Edinburgh (EDPS). Ce score a été validé au niveau international, y compris dans sa version française chez les femmes en période pré et post natale (55,56).

une sous-estimation de la prévalence réelle de la dépression périnatale dans cette population, en particulier si des épisodes dépressifs surviennent ou s'aggravent après la naissance. En utilisant ce seuil plus strict, une proportion particulièrement élevée de femmes suivies dans RS présente une symptomatologie compatible avec un état dépressif sévère, atteignant 51,4 % en début de suivi. Cette proportion diminue progressivement au cours de la période périnatale pour atteindre 25,0 % à trois mois post-partum, illustrant un recul partiel des symptômes

mais confirmant que la vulnérabilité reste particulièrement inquiétante au sein de cette population.

Les chiffres observés ne reflètent pas le schéma classique d'apparition de la dépression post-partum documenté dans la littérature. Cela ne signifie pas que cette forme de dépression n'existe pas dans cette population, mais plutôt que son impact est en grande partie masqué par la mise à l'abri, parfois temporaire, des femmes pendant la grossesse.

► Risque suicidaire

Le suicide est la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après l'accouchement avec un décès maternel de cause psychiatrique toutes les trois semaines en France (4). En population générale, environ 5,4 % des femmes déclaraient avoir des idées suicidaires à deux mois post-partum (71).

Dans RH, 2,0 % des femmes rapportent des idées suicidaires, sans différence entre les femmes enceintes et celles en post-partum (Tableau 12). Ce taux est de 10,0 % dans RS au moment du suivi précoce de grossesse, 8,0 % lors du suivi tardif de grossesse, 4,0 % à un mois post-partum et 1,6 % à trois mois post-partum (Figure 8). Parmi les femmes de RH rapportant des idées suicidaires, environ deux tiers présentent un risque modéré ou élevé de passage à l'acte⁴⁸. Dans RS, cette proportion varie selon le moment du suivi : 66 % au moment du suivi précoce de grossesse, 64 % au moment du suivi tardif de grossesse, 40 % au moment du suivi à un mois post-partum et 50 % au moment du suivi à trois mois post-partum. Ces chiffres illustrent que, pour une part non négligeable des femmes, les idées suicidaires représentent un risque réel de passage à l'acte.

« Je ne suis pas seule, j'ai un enfant. Je dois prendre les choses du bon côté mais la vie qu'on mène c'est pas facile. »

Pour certaines femmes, l'arrivée du bébé devient une véritable raison de continuer à avancer, leur donnant la force de surmonter leur détresse. Par exemple, une participante rapporte : « Depuis que j'ai le bébé, je ne pense pas à me faire du mal mais avant oui ». Ces témoignages suggèrent que, malgré la présence d'idées suicidaires ou de vulnérabilité psychique, la relation à l'enfant et la responsabilité parentale peuvent jouer un rôle protecteur, mobilisant des ressources psychiques et émotionnelles qui contribuent à réduire le risque effectif de passage à l'acte. La dimension religieuse est également souvent rapportée par les femmes comme un facteur protecteur de passage à l'acte.

Ces résultats montrent que les idées suicidaires et le risque réel de passage à l'acte sont significatifs au sein de cette population, en particulier pendant la grossesse. Cette observation souligne l'importance pour les professionnel-le-s du secteur social et médical de détecter les idées suicidaires, évaluer systématiquement le risque et de mettre en place des mesures adaptées de prévention et de suivi.

► État de stress post-traumatique

Les événements à fort potentiel traumatique se définissent comme des situations au cours desquelles un individu est exposé à une menace de mort, de blessures graves, ou à des violences sexuelles (agressions physiques, abus ou viol), de manière directe, ou indirecte en y étant exposé comme témoin ou ayant connaissance qu'une personne proche en a été victime. Ces événements impliquent une situation extrêmement menaçante, suscitant des réactions de peur intense, d'horreur ou un sentiment d'impuissance. On parle de potentiel traumatique parce que l'exposition à un tel événement n'entraîne pas systématiquement le développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) : l'apparition et la sévérité des symptômes dépendent notamment de l'histoire de

chacune et de chacun, des ressources, du contexte, et du soutien social (72). À l'échelle mondiale, plus de 70 % des adultes seraient exposés à au moins un événement au potentiel traumatique au cours de leur vie, mais seulement 5,6 % d'entre eux développent un TSPT (73).

Dans les deux volets de l'étude, plus de la moitié des femmes déclare avoir vécu un événement à fort potentiel traumatique (63,2 % en RS et 57,6 % en RH). La nature de ces événements est variée, regroupant principalement des scènes de guerre, des violences intrafamiliales, des violences conjugales et des agressions sexuelles.

48. Une évaluation du risque suicidaire a été réalisée à l'aide du Mini Entretien Neuropsychiatrique International pour les études sur les troubles suicidaires (MINI-SD).

Cette question a été posée à deux reprises aux femmes suivies par le réseau Solipam : lors de l'entretien initial (54 % mentionnent avoir vécu un événement de ce type, ce pourcentage est équivalent à celui des femmes de RH) et lors de l'entretien réalisé aux 3 mois de vie du nouveau-né (48 % déclarent un tel événement). Dans l'analyse, une femme est considérée comme exposée si elle a répondu par l'affirmative à au moins l'un des deux entretiens, ce qui explique le taux plus élevé observé parmi les femmes de RS par rapport à celles de RH. Il est important de noter qu'environ un quart des femmes (22 %) donne des réponses différentes entre les deux entretiens, alors même que l'événement évoqué ne s'est pas nécessairement produit dans l'intervalle. Cela suggère que la réponse cette question est fortement liée à la disposition des femmes à aborder un sujet sensible, à sa capacité à se remémorer les faits au moment de l'entretien, ou encore à choisir de les partager avec une tierce personne. Ces résultats laissent ainsi penser que ce phénomène est très probablement sous-estimé, notamment pour les femmes de RH.

Un TSPT se manifeste par le revécu du traumatisme (flashbacks, cauchemars, souvenirs intrusifs), l'évitement des situations rappelant le traumatisme, une hyperactivation (anxiété, irritabilité, troubles du sommeil) et des altérations émotionnelles et cognitives (détachement, culpabilité) (74). Ces symptômes durent généralement plus d'un mois et entraînent une souffrance altérant la vie quotidienne, les relations sociales, le travail et la santé mentale et physique de la personne. Dans REPERES, la présence de signes évocateurs d'un TSPT est évaluée grâce à l'échelle PC-PTSD-5 (75).

Dans le volet RH, 20,7 % des femmes présentent des signes évocateurs d'un TSPT au cours du dernier mois⁴⁹. Dans le volet RS, cette proportion est plus élevée en début de suivi de grossesse, avec 31,1 % des femmes concernées, puis diminue à 20,4 % lors du suivi à trois mois post-partum.

Les taux observés dans REPERES sont beaucoup plus élevés que ceux observés en population générale, autour de 3 % pendant la grossesse et 7 % en post-partum (76). Dans une étude concernant des mères migrantes sans abri en Île-de-France, plus de 60 % rapportaient au moins un événement traumatique au cours de leur vie ; 16 % présentaient un syndrome de stress post-traumatique au cours des douze derniers mois et près de 25 % au cours de leur vie. Cette étude soulignait également que certaines sous-populations étaient particulièrement exposées, notamment les mères originaires d'Afrique centrale, chez lesquelles l'accumulation de plusieurs événements traumatiques est fréquente (4). Cette différence reflète la conjonction de traumatismes antérieurs liés à l'exil et de situations actuelles particulièrement précaires, ce qui est en accord avec la littérature existante (77,78).

Pour les femmes de REPERES présentant des signes évocateurs d'un TSPT et qui le souhaitent, une prise en charge par Parcours d'Exil a été mise en place. Cet accompagnement peut expliquer en partie la diminution de la prévalence au cours du temps. Cette amélioration de l'état de santé grâce à l'accompagnement est par exemple rapportée par une femme lors d'un entretien : « *Quand je pense à mon enfant je pense que je dois être forte pour lui. J'ai le bonheur d'être enceinte. Je suis accompagnée à Parcours d'Exil ça me fait du bien* ».

Le syndrome de stress post-traumatique a un impact significatif sur la santé mentale des femmes, affectant notamment le bien-être, le sommeil, les capacités de concentration et les relations sociales (76). Il entraîne également des conséquences durables sur la santé physique, se traduisant par des manifestations somatiques, une prévalence accrue de pathologies médicales générales, une fréquence et une intensité accrues de douleurs, ainsi que des troubles cardiovasculaires et gastro-intestinaux (79). Le témoignage d'une participante illustre bien cette réalité : « *Je ne me sens pas angoissée mais c'est comme si j'ai sommeil, je me sens fatiguée, faible. Je vois flou, je ne vois pas encore la lumière. Dès fois je me sens seule, je ne sais pas comment sera demain, ça me fait peur en même temps. La nuit je dors et j'ai l'impression qu'il y a quelqu'un qui vient me réveiller, quelqu'un qui crie* ».

Le TSPT a de multiples impacts sur la santé périnatale (80). Il augmente le risque de complications durant la grossesse, notamment de diabète gestationnel et de prééclampsie (81,82). D'autres études indiquent que les TSPT pourraient augmenter le risque d'accouchement prématuré (83), ainsi que celui de faible poids à la naissance (84). Les TSPT en période périnatale pourraient même influencer la vie future des enfants, avec des effets sur la croissance et le développement (85). Un travail spécifique est mené sur ce sujet à partir des données de RH⁵⁰.

Ces résultats suggèrent l'importance d'un repérage précoce et systématique des symptômes de TSPT chez les femmes en situation de grande précarité, ainsi que la mise en place d'un accompagnement thérapeutique adapté et accessible, afin de limiter les répercussions sur la santé mentale et physique des mères et sur le devenir périnatal et développemental des enfants.

49. Sans différence entre les femmes enceintes et celles en post-partum.

50. Ce travail est effectué dans le cadre de la thèse de médecine générale de Margot Henry-Batt. Dans le cadre du projet RH, elle a participé au travail de terrain, à l'élaboration des pistes d'analyse ainsi qu'à la rédaction de cette partie du rapport.

► Recours aux soins de santé mentale

Dans le volet RH, 41 % des femmes ont déjà abordé leur santé mentale avec un ou une professionnel·le. Un pourcentage similaire est observé lors du suivi précoce de grossesse dans RS, où 40 % des femmes rapportent avoir déjà discuté de leur santé mentale. Cependant, au troisième mois post-partum, après plusieurs mois d'accompagnement par le réseau Solipam, ce taux atteint 50 %, suggérant un effet possible de l'accompagnement sur la propension des femmes à solliciter un soutien ou encore de leur séjour à la maternité sur l'accès à un suivi psychologique.

Lorsque les femmes de RH abordent leur santé mentale avec des professionnel·le·s, il s'agit le plus souvent d'un ou une psychologue (71 %), et/ou leur médecin généraliste (12 %) et/ou un ou une psychiatre (5 %). La tendance est similaire pour les femmes de RS : il s'agit majoritairement d'un ou une psychologue, avec 60 % des cas lors du suivi initial et 80 % au troisième mois post-partum. Cette évolution suggère un accès accru à un ou une psychologue autour de la période de l'accouchement, notamment à la maternité.

Parmi celles qui n'ont pas encore abordé la question, une part importante indique pourtant le besoin de le faire⁵¹. Certaines participantes de RS, initialement réticentes, ont par ailleurs modifié leur position à ce sujet au cours du suivi. Dans l'ensemble, les résultats de ces deux volets d'étude mettent en évidence des prévalences élevées de troubles anxieux, d'états dépressifs et de troubles de stress post-traumatique. Ces taux sont particulièrement importants dans le volet RS, où les femmes sont souvent récemment arrivées en France, primipares et disposent de réseaux de soutien limités. Ces observations confirment les données de la littérature concernant les populations vivant dans un contexte de précarité, d'exil et de vulnérabilité périnatale (77,86).

Bien qu'une part importante des femmes ait pu consulter un ou une psychologue à un moment de leur parcours, la mise en place d'un suivi régulier n'est pas systématique. De plus, ce suivi est souvent entravé par des conditions de vie dégradées, notamment la mobilité forcée, qui conduit à des ruptures dans les parcours de soins et fragilise davantage le soutien psychologique.

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES REPERES À PARCOURS D'EXIL

Parcours d'Exil est une association spécialisée dans la prise en charge globale des personnes exilées souffrant de stress post-traumatique, combinant soins physiques et psychologiques. Son équipe pluridisciplinaire propose des thérapies intégratives incluant l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), la TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives), des approches psychocorporelles, pour favoriser la reconstruction psychique des patientes et des patients.

Parcours d'Exil a assuré un suivi médico-psychologique pour des femmes du projet REPERES identifiées en situation de souffrance. Au total, 22 femmes ont été orientées vers Parcours d'Exil pour un suivi médico-psychologique.

Parmi elles, 9 femmes ne se sont pas présentées au premier rendez-vous, malgré une relance téléphonique effectuée quelques jours avant puis la veille. Parmi les 13 femmes reçues après le premier entretien, la majorité (7) n'a pas donné suite : annulations pour raisons pratiques (enfant malade, cumul de rendez-vous), absence de réponse aux rappels téléphoniques, ou absence de demande de suivi psychologique exprimée. Une femme est venue par exemple uniquement pour demander un certificat de vulnérabilité en vue d'un hébergement, elle avait elle-même formulé clairement ne pas se sentir disponible pour un soin : « *Mon corps est ici, mais ma tête, elle est ailleurs. Elle est au 115* ». Une autre patiente par exemple était déjà suivie par une autre structure.

Deux femmes ont bénéficié d'un suivi pluridisciplinaire (médecin et/ou psychologue) avec plusieurs consultations, permettant une stabilisation et une amélioration

clinique. L'une a cessé de venir après la rédaction d'un certificat pour la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), sans nouvelles depuis. Quatre femmes sont actuellement toujours suivies à Parcours d'Exil, avec des consultations régulières, certaines avec médecin, psychologue et ostéopathe. L'une d'elles avait interrompu puis annulé plusieurs rendez-vous : elle a repris un suivi en février 2026, expliquant que son enfant était désormais assez grand pour être gardé, et qu'elle se sentait prête. Une autre était accompagnée par Parcours d'Exil avant même l'inclusion dans l'étude.

Le taux élevé d'absences et d'interruptions précoces invite à interroger le cadre même de l'orientation. La période périnatale, de la grossesse aux premiers mois post-partum, est marquée par une accumulation de préoccupations matérielles, administratives et résidentielles. Le temps psychique ne suit pas le même rythme que l'agenda institutionnel. La reprise spontanée du suivi par l'une des patientes, une fois la situation stabilisée après l'accouchement, illustre cette réalité : la demande de soins peut émerger avec un certain décalage, quand les conditions minimales de sécurité et de disponibilité psychique sont réunies.

Ces observations questionnent moins l'adhésion des femmes que la temporalité de l'orientation : proposer un suivi psychologique dans un moment de crise aiguë multidimensionnelle peut être prématuré. D'autres types d'interventions pourraient être proposées (aller-vers, réorientation différée...), afin que l'offre de soins reste accessible quand la demande se manifeste.

51. 20 % pour RH, et environ 32 % pour RS, quel que soit le moment du suivi.

5.5 ► État de faim de la mère

Les femmes ont été interrogées sur leur état de faim au cours des 30 derniers jours⁵².

Parmi les femmes dans RH, 17,0% présentent un état de faim sévère, 16,5% un état de faim modéré et 66,5% peu ou pas de faim, sans différence notable entre les femmes rencontrées pendant la grossesse et celles en post-partum.

De manière préoccupante, 17 % déclarent souvent ne disposer d'aucun aliment et jusqu'à 8 % rapportent passer fréquemment 24 heures sans manger, ce qui constitue un risque majeur pour leur santé. Même lorsque les femmes peuvent prendre un repas, celui-ci est souvent insuffisant en quantité. Près de la moitié des femmes (45 %) déclare réduire parfois à souvent la quantité de nourriture consommée, traduisant des arbitrages contraints face à l'insuffisance des ressources alimentaires.

Au-delà de la quantité, la qualité de l'alimentation apparaît également fortement dégradée. Ainsi, 22 % des femmes déclarent parfois et 39 % souvent consommer une variété limitée d'aliments. Cette faible diversification alimentaire est particulièrement préoccupante pendant la grossesse, car elle augmente le risque de carences nutritionnelles essentielles, notamment en fer, acide folique, calcium, iode ou vitamines (88). Ces carences sont associées à des conséquences délétères sur la santé maternelle et fœtale, telles qu'un risque accru d'anémie maternelle, de retard de croissance intra-utérin, de faible poids de naissance, de prématurité, ainsi que des altérations du développement neurologique de l'enfant (89).

Les résultats suggèrent une association claire entre l'instabilité résidentielle et le manque d'accès à des équipements

de cuisine et le risque accru de présenter un état de faim modérée à sévère. Les femmes de RH en errance résidentielle pendant la période périnatale présentent par exemple des niveaux de faim modéré à sévère plus de deux fois supérieurs à ceux des femmes disposant d'une situation résidentielle stabilisée (Cf 5.6. Impact de l'errance résidentielle). De manière similaire, les femmes vivant dans un hôtel social dépourvu d'équipements pour cuisiner présentent un état de faim modéré à sévère plus de deux fois supérieurs à celles ayant un espace de cuisine individuel (45 % pour celles sans équipement, 37 % chez celles disposant d'une cuisine partagée dans leur lieu d'hébergement et 19 % chez celles ayant un espace de cuisine individuel dans leur chambre, $p < 0,001$). Ces chiffres soulignent ainsi l'urgence de politiques publiques ciblées sur la stabilisation résidentielle et l'amélioration des conditions matérielles d'accueil.

La situation apparaît encore davantage préoccupante chez les femmes de RS, avec 76,3% d'entre elles qui présentent un état de faim modéré ou sévère lors du suivi précoce de grossesse (avant sept mois).

Cette période correspond également à une phase durant laquelle les femmes ne sont pas prioritaires pour l'accès à l'hébergement⁵³, les exposant plus fréquemment à des conditions de vie extrêmement précaires, telles que la vie à la rue ou l'hébergement chez des tiers. Bien que la prévalence de l'état de faim diminue en fin de grossesse, elle demeure élevée à l'arrivée de l'enfant, alors même que la majorité des femmes sont allaitantes⁵⁴, ce qui accentue les besoins nutritionnels et les risques associés à l'insécurité alimentaire (Tableau 13).

Tableau 13 : État de faim au cours de la période périnatale pour les femmes de REPERES Solipam.

	Suivi de début de grossesse (N = 123)		Suivi de fin de grossesse (N = 138)		Suivi à 1 mois du bébé (N = 126)		Suivi à 3 mois du bébé (N = 127)	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Faim sévère	51	44,7 %	24	18,0 %	22	18,3 %	17	14,6 %
Faim modérée	36	31,6 %	42	31,6 %	24	20,0 %	22	17,9 %
Peu ou pas faim	27	23,7 %	67	50,4 %	69	61,7 %	82	67,5 %

La majorité des femmes de RH (70%) déclare recourir à l'aide alimentaire pour subvenir à leurs besoins. De même, le recours aux distributions alimentaires est élevé parmi les femmes de RS, bien qu'il varie selon la période périnatale : 64 % en début de grossesse, 59 % en fin de grossesse, 65 % à 1 mois de vie de l'enfant et 74 % à 3 mois.

Ces résultats traduisent une forte dépendance à l'aide alimentaire tout au long de la période périnatale, qui tend à s'accroître après la naissance, dans un contexte d'augmentation des besoins et de persistance des contraintes matérielles.

Le pourcentage de femmes de RH en état de faim modérée à sévère est significativement plus élevé par

52. Un calcul d'indice domestique de faim module HHS (Household hunger scale), a été réalisé à partir de trois questions (87).

53. Dans la grille de priorisation utilisée par le 115, la priorité 1 correspond à une situation de danger immédiat, pouvant entraîner des dommages irréversibles pour la personne ou le ménage. Ces situations sont considérées comme celles pour lesquelles la rue représente un danger immédiat. Ces demandes sont donc traitées avant les autres demandes (priorités 2 à 4). Les repères régionaux de priorisation indiquent que les priorités 1 sont les femmes victimes de violences nécessitant une mise en sécurité immédiate, les personnes ou couples avec un enfant de moins de 3 mois et les femmes enceintes de plus de six mois.

54. Près de 80 % des femmes de RH et de RS à trois mois pratiquent un allaitement exclusif ou mixte.

mi celles ayant recours à l'aide alimentaire (39 %) que parmi celles qui n'y ayant pas recours (19 %, $p = 0,001$). Une tendance similaire est observée dans le suivi RS : d'après les données de l'ensemble des suivis combinés, les femmes rapportant recourir à l'aide alimentaire présentent également plus fréquemment un état de faim (52 %) que celles n'y ayant pas recours (42 %, $p = 0,05$). Ces résultats suggèrent que les foyers les plus exposés à un risque de faim sont ceux qui se rendent dans les dispositifs d'aide alimentaire, faute de moyens suffisants pour acheter eux-mêmes de la nourriture ou recourir à d'autres solutions. Par ailleurs, le recours à l'aide alimentaire ne protège pas entièrement contre le risque de présenter un état de faim, et ce pour plusieurs raisons : le nombre ou la quantité de produits distribués peuvent être insuffisants, les produits proposés peuvent ne pas

correspondre aux habitudes alimentaires et l'accès régulier à ces distributions peut être difficile.

Il existe également une variation saisonnière. La prévalence de l'état de faim sévère au cours des 30 jours précédant chaque suivi de RS est particulièrement élevée aux mois d'août et de janvier, périodes correspondant à la fermeture estivale ou hivernale de certaines distributions alimentaires (Figure 9). Parmi les 34 suivis réalisés en août 2024 (période des JOP à Paris) ou en août 2025, 38 % des femmes présentent un état de faim sévère, contre 16 % en moyenne entre septembre et décembre 2024 et 25 % entre février et juillet. Ces résultats suggèrent une dégradation marquée de l'accès à l'alimentation lors des périodes de réduction de l'offre d'aide alimentaire, soulignant la forte dépendance des femmes à ces dispositifs.

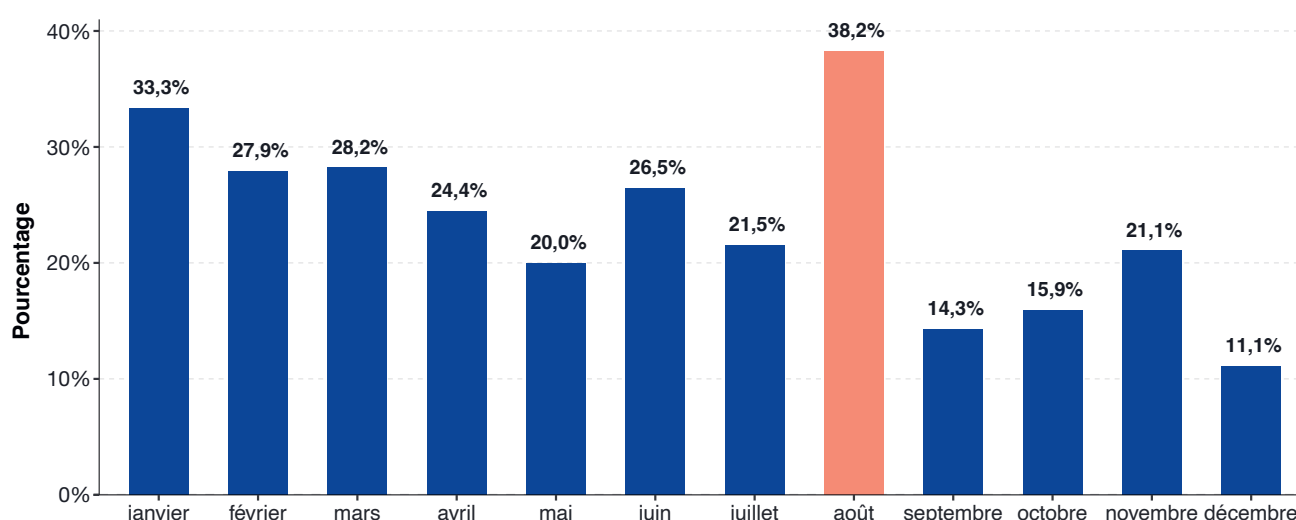


Figure 9 : Pourcentage d'état de faim sévère rapporté par mois de suivi dans REPERES Solipam.

Note Figure 9 : 490 suivis sur 2024 et 2025 correspondant à 185 femmes

La situation est particulièrement préoccupante pour les femmes qui développent un diabète gestationnel, pathologie qui demande une gestion stricte de l'alimentation, qui doit être équilibrée, régulière et adaptée (Cf 5.3. Diabète gestationnel). Or, dans ces conditions, de telles recommandations sont difficilement applicables, avec de potentielles conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant. Lors d'un entretien, une enquêtrice note « Elle est diabétique donc doit avoir un régime particulier. Le problème c'est qu'elle n'a pas d'argent ni lieu pour acheter les bons produits pour sa santé et n'a souvent pas le choix quand elle va dans les associations. Elle pleure beaucoup en parlant de ça, elle est très stressée ». Les associations d'aide alimentaire distribuent généralement des produits ne nécessitant pas de réfrigération. Ainsi, les colis alimentaires contiennent majoritairement des féculents, tels que du riz ou des pâtes, qui sont précisément les aliments dont la consommation doit être limitée en cas de diabète gestationnel.

En 2025, l'Insee publiait une analyse de la précarité ali-

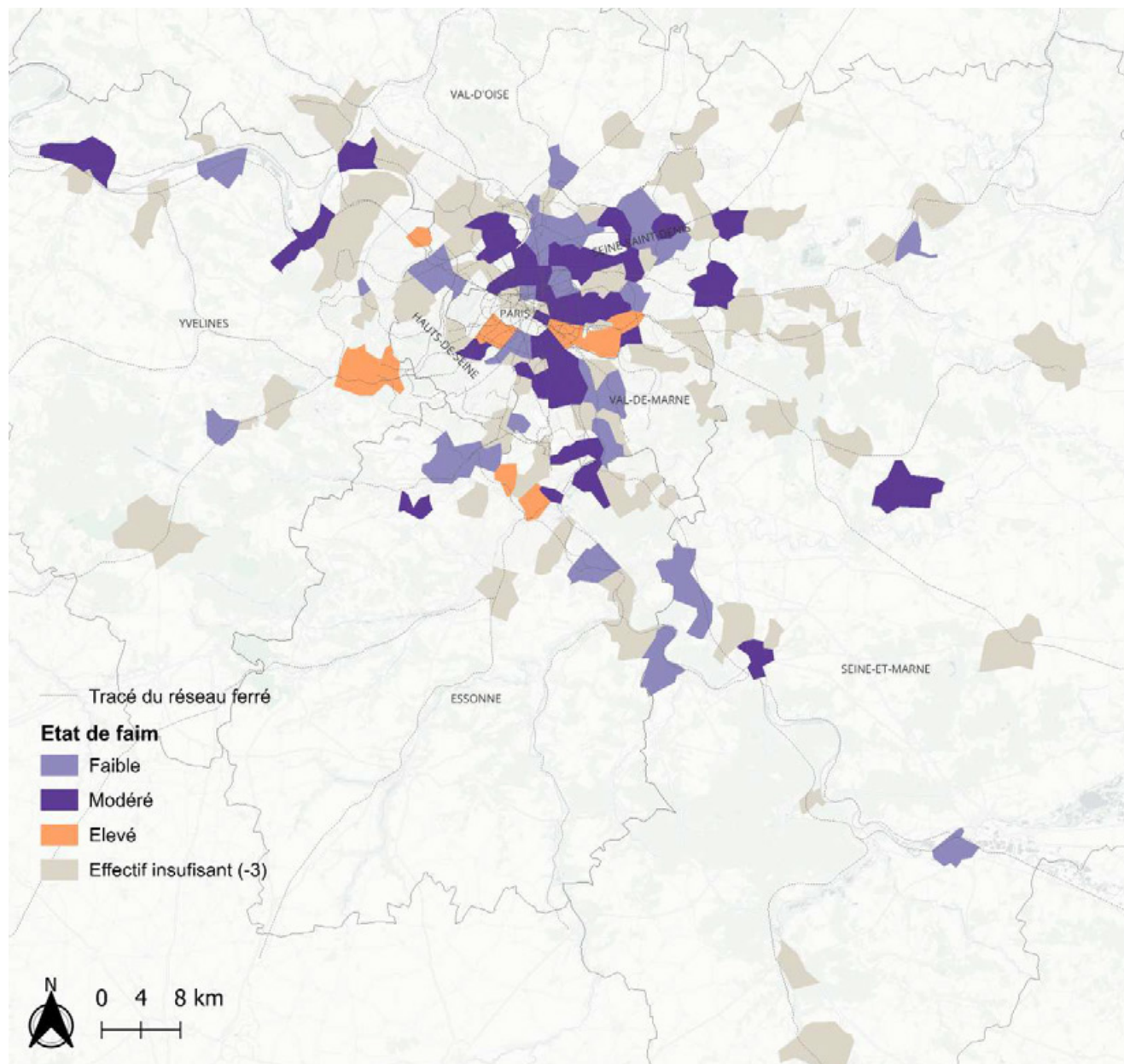
mentaire en Île-de-France (90). Elle montre notamment l'inégale répartition de l'aide alimentaire, principalement disponible à Paris et en petite couronne et dans certaines communes les plus peuplées de la grande couronne. L'offre est beaucoup moins développée à la périphérie de la région, notamment en Seine-et-Marne et dans le Val d'Oise. Selon un diagnostic effectué en 2023 par l'Agence nouvelle des solidarités actives, 10 % de la population de Seine et Marne se trouvent dans des communes caractérisées par un éloignement fort de l'offre d'aide alimentaire et des structures de santé.

Alors que les femmes interrogées dépendent exclusivement des transports en commun pour leurs déplacements et sont enceintes et/ou avec de jeunes enfants, l'éloignement géographique des services d'aide alimentaire représente un frein important à l'accès à l'alimentation, en fonction de l'emplacement de leur hôtel (91). D'après la localisation des hôtels au moment de l'entretien, une carte a été créée pour représenter un indicateur territorial de l'état de faim, construit à partir des réponses

des femmes de RH et RS (**Carte 2**). On observe un état de faim modéré sur le territoire parisien et en petite couronne, y compris dans des zones pourtant bien dotées en points d'aide alimentaire. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par les conditions d'hébergement : les hôtels disposant d'une cuisine semblent associés à un état de faim plus faible. À l'inverse, certaines zones de grande couronne concentrent des états de faim sévère,

dans des contextes où, même lorsque les hôtels disposent d'un espace pour cuisiner, l'éloignement ou le manque d'accessibilité en transports en commun des points d'aide alimentaire reste un facteur aggravant. Cependant, ces résultats devront être consolidés en tenant compte de la stabilité de l'hébergement dans cet hôtel. Il serait également pertinent de reproduire cette carte à partir d'un échantillon plus important.

Carte 2 : Distribution spatiale de l'indice territorial de faim en Île-de-France parmi les femmes des deux volets de l'étude REPERES



Note Carte 2 : À partir des réponses au module HHS de l'indice domestique de faim des femmes de REPERE Hôtel et REPERES Solipam, un indice territorial de faim a été construit. Pour cela, les réponses qualitatives issues du questionnaire ont été converties en variables numériques avec une pondération à 3 niveaux : 0 pour peu ou pas de faim, 1 pour une faim modérée, et 2 pour une faim sévère afin d'établir un score.

L'agrégation spatiale a ensuite été réalisée à l'échelle de l'arrondissement pour Paris et de la commune pour le reste de l'Île-de-France. Ce choix permet de préserver la granularité infra-urbaine de la capitale et d'éviter un effet de lissage qui masquerait les poches de précarité locales si Paris était traitée comme une entité unique. Deux traitements ont été effectués sous QGIS : un comptage simple des points dans les polygones pour obtenir l'effectif total de femmes suivies par zone (n total), et un comptage pondéré utilisant le champ score comme valeur de pondération divisé par le nombre totale de répondante sur la zone, ce qui permet d'obtenir pour chaque commune ou arrondissement la somme des scores de gravité. Pour REPERES Solipam, un suivi réalisé est choisi au hasard pour ne représenter qu'une seule fois chaque femme incluse. L'effectif représenté sur cette carte est N = 465.

Carte réalisée par Luke Creveau-Genty.

5.6 ► Impact de l'errance résidentielle

Dans cette partie, la stabilisation résidentielle est définie comme un parcours d'hébergement périnatal au cours duquel la femme a connu au maximum un changement d'hébergement pendant la période périnatale. L'errance résidentielle correspond à un parcours comprenant entre

deux et quatre changements d'hébergement au cours de cette même période. Enfin, la grande errance résidentielle désigne un parcours caractérisé par au moins cinq changements d'hébergement pendant la période périnatale.

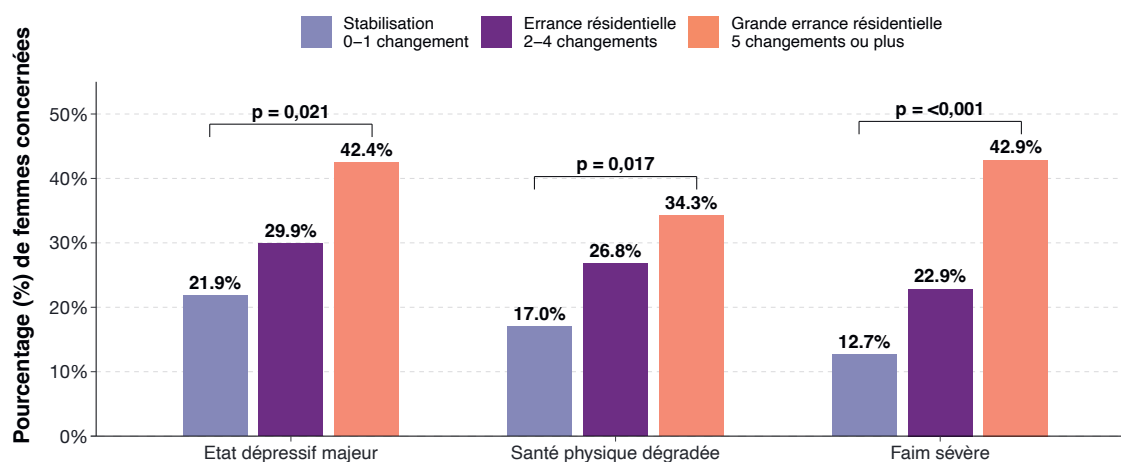


Figure 10 : Impact de l'errance résidentielle sur la santé psychique, physique et l'état de faim chez les femmes de REPERES Hôtel.

Note Figure 10 : Parmi les femmes incluses dans REPERES Hôtel (N = 420). Pourcentage calculé sans prise en compte des données manquantes. L'effectif final affiché est de N = 397 pour l'état dépressif majeur, N = 417 pour la santé physique dégradée et N = 412 pour l'état de faim sévère

La Figure 10 met en évidence une relation marquée entre l'errance résidentielle pendant la période périnatale et la dégradation de la santé mentale et physique des femmes. La prévalence d'un état dépressif majeur et celle d'une perception dégradée de la santé physique sont environ deux fois plus élevées chez les femmes ayant connu une grande errance résidentielle que chez celles ayant bénéficié d'un parcours résidentiel stabilisé. Cette relation suit un gradient clair, avec une augmentation progressive de ces indicateurs à mesure que le nombre de changements d'hébergement augmente. Ce phénomène est encore plus marqué pour l'état de faim sévère, dont la prévalence est multipliée par trois chez les femmes en situation de grande errance résidentielle par rapport à celles stabilisées.

Les témoignages des participantes illustrent concrètement les mécanismes sous-jacents à cette association entre errance résidentielle et dégradation de l'état de santé. L'une d'elles décrit l'épuisement physique et psychologique lié aux déplacements répétés et à l'incertitude permanente concernant l'hébergement : « On me promène, c'est le problème, on me met dans le 77. J'avais rendez-vous à 9h30 à l'hôpital. On devait libérer l'hôtel à 11h. Avec les bagages et les transports j'étais trop fatiguée. Ça me stresse d'appeler le 115 et qu'ils me disent qu'il n'y aurait pas de place. Quand je pense à mon enfant, je pense que je dois être forte pour lui ». Une autre participante souligne l'angoisse quotidienne générée par l'instabilité résidentielle et ses conséquences sur la vie familiale et professionnelle : « Les changements d'hébergement m'angoissent beaucoup. Tous les matins j'appelle mais personne ne me répond. J'attends tout le temps d'avoir le message et en attendant on est dehors. [...] »

L'errance résidentielle ne constitue pas uniquement un marqueur de précarité matérielle, mais apparaît comme un facteur structurant de vulnérabilité, affectant de manière concomitante la santé mentale, la santé physique et les conditions de vie des femmes pendant la période périnatale. L'errance résidentielle compromet en particulier l'accès aux soins, la continuité des prises en charge et la possibilité de s'inscrire dans des réseaux de soutien et de socialisation. La mise en évidence d'un gradient dose-effet entre le nombre de changements d'hébergement et la dégradation progressive des indicateurs de santé soutient l'hypothèse d'un effet propre de l'errance résidentielle sur la santé périnatale. Ce résultat suggère que la répétition des déménagements agit comme un facteur cumulatif de risque, susceptible d'accentuer la vulnérabilité des femmes déjà exposées à des conditions de grande précarité. Il souligne ainsi l'importance de politiques visant à favoriser une stabilisation précoce et durable de l'hébergement des femmes enceintes, ainsi que la nécessité de limiter autant que possible les changements d'hôtels au cours de la période périnatale, afin de réduire leurs effets délétères sur la santé et les conditions de vie.

LE CAS DE MME X.

Madame X. a été incluse dans le réseau Solipam en juillet 2024, après orientation par une psychologue. Au moment de son inclusion, elle était enceinte de sept mois et son suivi de grossesse était déjà mis en place dans une maternité sur le territoire parisien. Mme X. explique qu'au début de sa grossesse elle dormait à la rue, ou bénéficiait ponctuellement de mises à l'abri avec une association proposant des solutions chez des personnes hébergeuses solidaires. Le 115 a commencé à prendre en charge Madame à partir du septième mois de grossesse⁵⁵.

Madame X. a un conjoint soutenant et présent, et a été orientée pour différentes démarches administratives. La famille a changé neuf fois d'hôtels entre mai et septembre 2024, sur trois départements différents, avec des rotations hebdomadaires entre Paris, les Yvelines et la Seine-et-Marne (Figure 11). Madame a accouché début septembre, suite à un déclenchement lié à un diabète gestationnel sous insuline non équilibré, aggravé par des difficultés à s'alimenter correctement.

Il est important de noter que lorsqu'une femme est hospitalisée, le conjoint doit quitter la chambre d'hôtel et une fin de prise en charge est annoncée. La place étant attribuée au ménage, Monsieur ne peut pas rester dans une

chambre initialement prévue pour deux personnes. Cette logique reste souvent incomprise des familles concernées, et le conjoint se retrouve fréquemment sans aucune solution d'hébergement.

Après la sortie de l'hôpital, la famille a subi 23 changements d'hôtel (Carte 3) sur cinq départements différents, ainsi que deux ruptures d'hébergement au cours desquelles elle a dormi à la rue. Depuis fin janvier 2025, le couple n'a plus de solution d'hébergement, n'étant plus considéré comme un ménage prioritaire, l'enfant ayant désormais plus de 3 mois. Jusqu'en mars 2026, la famille n'a pu bénéficier que de deux mises à l'abri dans un dispositif hivernal, dans le cadre du plan grand froid.

Ce parcours a eu un impact réel sur la santé physique et psychique de Madame. Le diabète mal équilibré, en lien notamment avec des difficultés d'alimentation liées à la grande précarité, a nécessité un déclenchement de l'accouchement ainsi qu'une poursuite du traitement après la naissance. Sur le plan psychologique, la famille était très fragilisée et démunie face à l'instabilité de l'hébergement, et la logique de fin de prise en charge est restée très difficile à comprendre et à accepter. La famille ne dispose toujours pas d'un hébergement stable à ce jour.

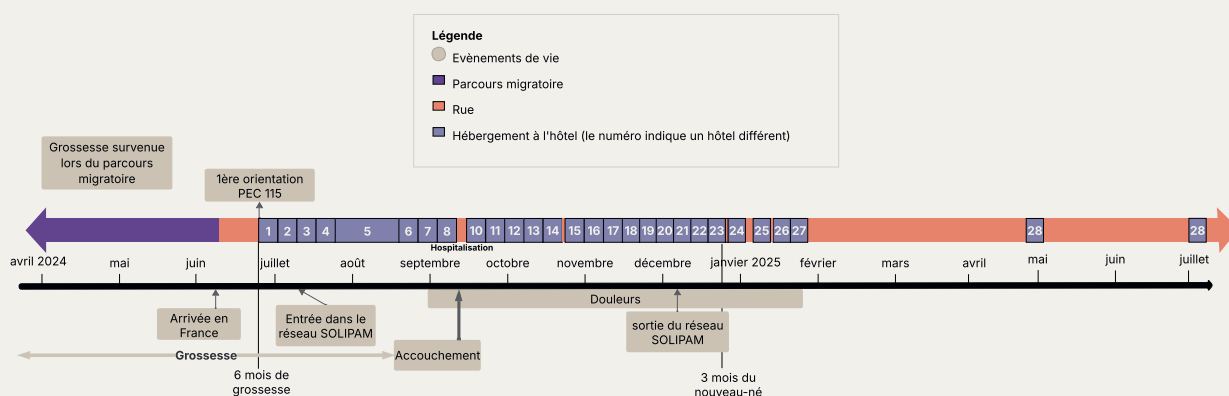


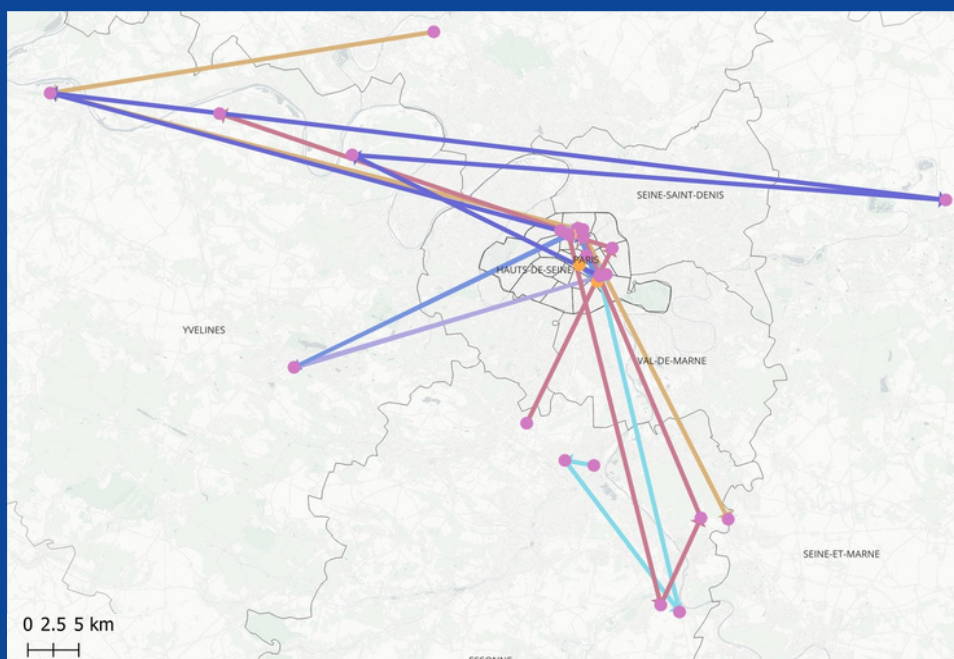
Figure 11 : Parcours de Madame X. pendant la période périnatale

Note Figure 11 : Ce parcours a été réalisé à partir des informations recueillies lors de l'entretien qualitatif, lors des entretiens de suivi de REPERES Solipam et d'après les informations disponibles dans le logiciel ROSALIE permettant la gestion des nuitées hôtelières. Ce parcours a été co-construit avec Clémence Bin, cheffe de projet parcours usager au pôle Delta.

Carte 3 : Cartographie du parcours d'hébergement de Mme X. à trois étapes différentes de la période périnatale avec un focus sur certains périodes avec une forte errance résidentielle.

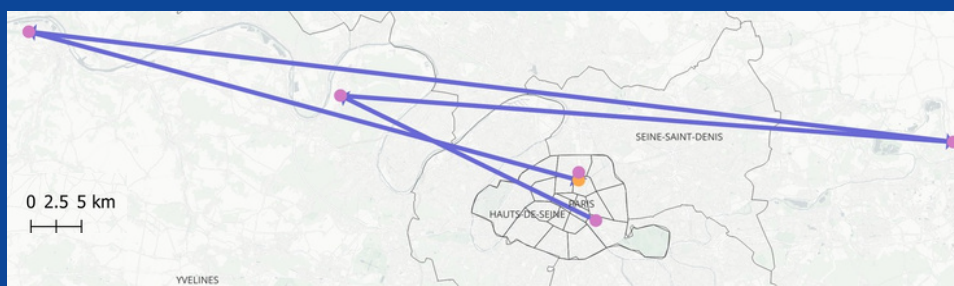
Totalité du parcours en période périnatale

Période de sept mois



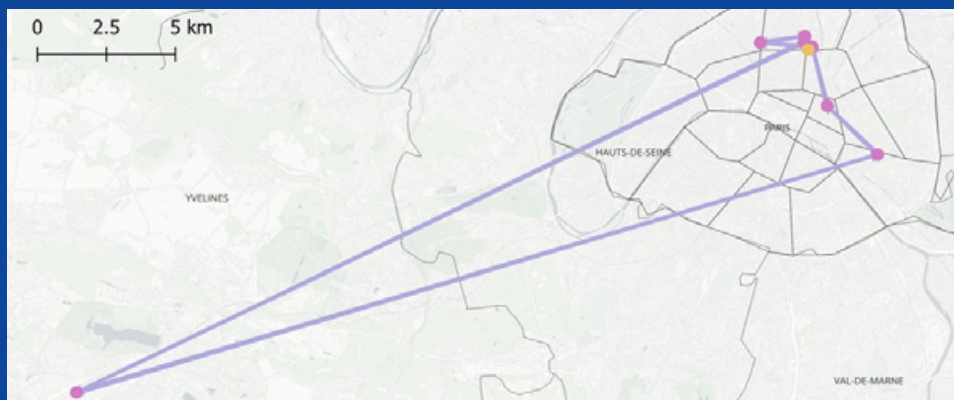
Focus sur le 3^e trimestre de grossesse

Période de trois mois



Focus sur le 3^e mois post-partum

Nouveau-né de deux mois - Période d'un mois



LÉGENDE

Type d'hébergement

- Hôpital / clinique
- Hôtel
- Pas d'hébergement (rue/campement/...)

Trajets

- 2^e trimestre de grossesse
- 3^e trimestre de grossesse
- Bébé < 1 mois
- Bébé 1 mois
- Bébé 2 mois
- Bébé 3 mois ou plus

Note Carte 3 : Ce parcours a été réalisé à partir des informations recueillies lors de l'entretien qualitatif, lors des entretiens de suivi de REPERES Solipam et d'après les informations disponibles dans le logiciel ROSALIE permettant la gestion des nuitées hôtelière.
Carte réalisée par Luke Creveau-Genty.

5.7 ► Recours aux soins

Le suivi prénatal constitue un élément central de la prévention en santé périnatale, permettant de surveiller l'évolution physiologique de la grossesse, de dépister précocement les complications maternelles et fœtales, et de mettre en place des interventions adaptées afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande au minimum sept visites prénatales et trois échographies au cours de la grossesse (92). Parmi les femmes pour lesquelles les données sont disponibles, 12 % de celles du volet RH

et 23 % de celles du volet RS n'ont pas réalisé ces sept visites. Concernant les échographies, 3,5 % des femmes de RH et 12 % de celles de RS ont effectué moins de trois échographies (Tableau 14).

Au total, 85,9 % des femmes de RH et 71,9 % des femmes de RS ont bénéficié d'un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS concernant le nombre de consultations prénatales et d'échographies à réaliser.

Tableau 14 : Description du recours aux soins pendant la grossesse des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES et en population générale des deux volets de l'étude REPERES

	REPERES Hôtel ¹ (N = 420)		REPERES Solipam ² (N = 185)		Population générale ³
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Nombre de visites prénatales					
Moins de 7	33	12,0 %	36	22,5 %	
7 et plus	242	88,0 %	124	77,5 %	
Manquant	145		25		
Médiane ± écartype	289	10 ± 6,6	171	9 ± 4,1	
Nombre total d'échographies					
<3	10	3,5 %	19	11,1 %	0,4 %
3	70	24,2 %	64	37,4 %	13,1 %
4 ou 5	150	51,9 %	65	38,0 %	37,5 %
≥ 6	59	20,4 %	23	13,5 %	49,0 %
Manquant	131		14		
Moyenne ± écartype	289	4 ± 2,6	171	4 ± 1,8	6,3 ± 3,1
Consultation en urgence ou sans rendez-vous pour un motif lié à la grossesse					
Oui	153	47,2 %	33	43,4 %	50,1 %
Non	171	52,8 %	97	56,6 %	49,9 %
Manquant	96		55		
Lieu de suivi de la grossesse au moment de la rencontre initiale					
Hôpital / clinique	173	41,3 %	86	47,3 %	
Médecine de ville ou maternité ⁴	159	38,2 %	67	36,8 %	
Les deux	64	15,5 %	26	14,3 %	
Aucun suivi	20	4,8 %	3	1,6 %	
Manquant	4		3		

1. Pour REPERES Hôtel, les données sont disponibles pour des femmes rencontrées ou recontactées en post-partum afin d'avoir la totalité des visites sur la période de grossesse

2. Pour REPERES Solipam, les données sont recueillies lors de l'entretien téléphonique de fin de grossesse. Si cette donnée n'était pas disponible, alors une visite par mois théorique a été ajoutée entre l'entretien initial et la fin de la grossesse.

3. Données issues de l'enquête nationale périnatale 2021

4. Consultation avec des sages-femmes en maternité

Note Tableau 14 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

La proportion plus importante de femmes avec un suivi non conforme aux recommandations de la HAS dans le volet RS s'explique notamment par un début de suivi de grossesse plus tardif, parfois mis en place au début de l'accompagnement par le réseau Solipam. Il convient

toutefois de préciser que la conformité du calendrier des consultations et des échographies n'était pas renseignée dans le cadre de l'étude REPERES.

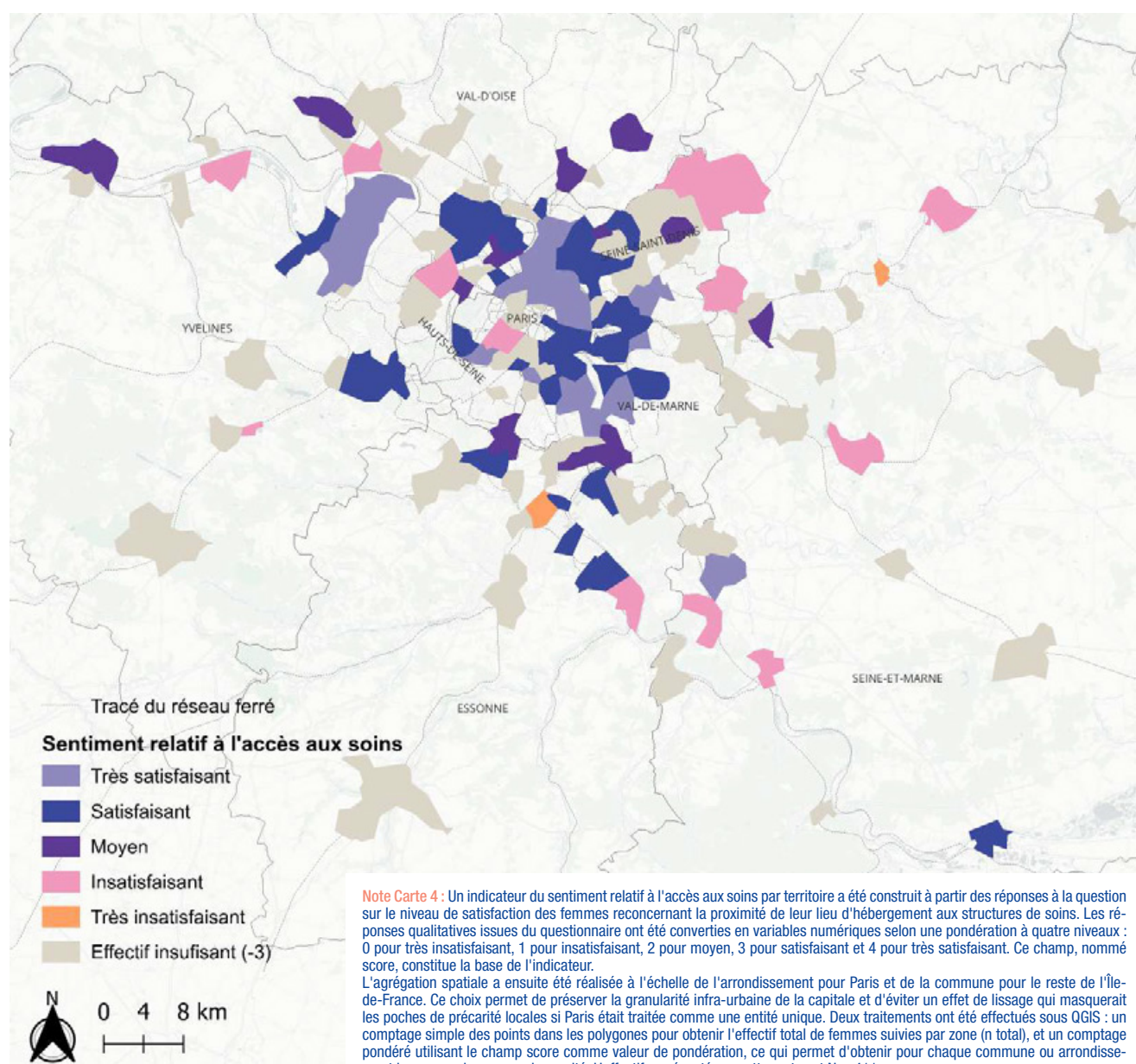
Au moment de la rencontre initiale, le suivi de grossesse est principalement assuré en milieu hospitalier (41 % dans

RH ; 47 % dans RS) ou en médecine de ville/maternité (38 % et 37 % respectivement). L'absence totale de suivi au moment de l'entretien initial concerne 5 % des femmes de RH et 2 % de celles de RS. Par ailleurs, les femmes de REPERES n'ont pas davantage consulté aux urgences que les femmes enceintes en population générale (50 % en population générale, 47 % dans RH et 43 % dans RS). Une autre carte a été faite pour illustrer, à une échelle territoriale, le niveau de satisfaction des femmes concernant l'accès aux soins (Carte 4). Les femmes semblent rapporter davantage de difficultés d'accès aux soins lorsqu'elles sont hébergées en grande couronne ou dans le 15^{ème} arrondissement parisien.

Le niveau de satisfaction le plus élevé est souvent associé à la proximité entre le lieu d'hébergement et un lieu de

soins, comme une maternité. À l'inverse, le niveau d'insatisfaction augmente dans les territoires où l'offre de soins est inégalement répartie et où l'accessibilité en transports en commun est plus limitée, une situation particulièrement marquée dans les territoires de grande couronne. Dans ces contextes, l'accès à la maternité la plus proche peut nécessiter des trajets indirects en transports en commun, parfois via Paris, bien que celle-ci semble géographiquement proche. La plupart du temps, les femmes sont ainsi contraintes de repasser par la capitale pour emprunter la ligne adéquate afin de se rendre à leur rendez-vous. Une analyse plus approfondie des disparités géographiques d'accès aux soins et des contraintes de mobilité sera menée ultérieurement.

Carte 4 : Distribution spatiale du sentiment d'accès aux soins en Île-de-France chez les femmes de l'étude REPERES Hôtel



5.8 ► Renoncements aux soins

Le renoncement aux soins correspond au fait de ne pas recourir à des soins pourtant perçus par la personne concernée comme nécessaires, autrement dit à renoncer à satisfaire un besoin de santé ressenti. Il peut relever d'un renoncement-barrière, lorsque la personne souhaite consulter mais se heurte à des obstacles externes (coûts, démarches, délais, distance, indisponibilité de l'offre), ou d'un renoncement-refus, lorsqu'une expérience négative, la défiance, la peur, le découragement ou un senti-

ment d'inutilité conduisent à se détourner du système de soins (93,94). Le non-recours, quant à lui, désigne l'absence de soins attendus selon une norme médicale (soins recommandés, parcours théorique), indépendamment du besoin ressenti. Renoncement et non-recours aux soins ne sont donc ni distincts, ni imbriqués, ils se chevauchent partiellement. Il peut y avoir renoncement sans non-recours, non-recours sans renoncement ou renoncement et non-recours à la fois.

Tableau 15 : Description du renoncement aux soins des femmes rencontrées dans les deux volets de REPERES.

	Total (N = 420)	Femmes enceintes (N = 245)	Femmes en post-partum (N = 175)	
Caractéristiques	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	P-valeur
Renoncement aux soins pour soi (3 mois)¹				0,4
Oui	72 (17,6%)	33 (19,4%)	39 (16,3%)	
Non	337 (82,4%)	137 (80,6%)	200 (83,7%)	
Manquant	11	6	5	
Renoncement pour raisons financières (12 mois)				0,5
Oui	84 (23,4%)	159 (75,4%)	116 (78,4%)	
Non	275 (76,6%)	52 (24,6%)	32 (21,6%)	
Manquant	61	34	27	
Choisir entre soins et dépenses essentielles (12 mois)				0,014
Oui	100 (28,1%)	69 (33,0%)	31 (21,1%)	
Non	256 (71,9%)	140 (67,0%)	116 (78,9%)	
Manquant	64	28	36	
Renoncement aux soins pour le nouveau-né (3 mois)^{1,2}				0,5
Oui	23 (7,4%)	9 (6,3%)	14 (8,4%)	
Non	287 (92,6%)	134 (93,7%)	153 (91,6%)	
Manquant	110	102	8	

1. La perception du renoncement au soin a été mesurée par la question « Au cours des trois derniers mois, avez-vous pu consulter dès que vous en avez besoin un professionnel de santé ? »
2. Pour les femmes rencontrées initialement enceintes, cette question a été posée lors du suivi téléphonique post-partum.

Note Tableau 15 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

Parmi les femmes interrogées, 17,6% des femmes de RH déclarent avoir dû renoncer à des soins au cours des trois derniers mois, c'est-à-dire ne pas avoir consulté alors qu'elles en ont besoin (Tableau 15).

Les données en population générale font apparaître des niveaux nettement plus faibles : autour de 4 % de renoncements pour raisons financières chez les femmes enceintes (95) et 2,8 % selon l'ENP 2021 (44). La comparaison entre des populations d'étude très différentes demeure complexe et doit être interprétée avec précaution, ces phénomènes dépendant étroitement des déterminants sociaux de la santé et du système de soins, tout en étant très sensibles à la formulation des questions et à la période de temps investiguée (96).

Le taux de renoncement aux soins chez les femmes de RS est estimé à 22% en début de grossesse et à 15% en fin de grossesse (Figure 12). Il augmente fortement en post-partum, atteignant 29% à un mois et 36% à trois mois après l'accouchement, ce qui illustre la faible accessibilité des soins pour les mères durant cette période.

Cette situation s'explique en partie par le fait que, durant le post-partum, l'attention des professionnel-le-s de santé se concentre majoritairement sur le nouveau-né, laissant moins de place à la prise en compte des besoins maternels, comme la rééducation périnéale. En revanche, le renoncement aux soins pour le bébé reste stable, compris entre 11 et 13 % à 1 et 3 mois de vie. Ces résultats sug-

gèrent que le post-partum constitue une période critique pour l'accès aux soins maternels, alors que les soins néonataux semblent relativement mieux préservés. Un travail spécifique sur ce sujet est mené sur les données de RH⁵⁶. Dans ce cadre, des questions supplémentaires sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois ont été posées à toutes les femmes de RH (n=359)⁵⁷.

Parmi les femmes interrogées, 23,4 % déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, et 28,1 % avoir dû choisir entre soins et autres dépenses essentielles.

Les niveaux observés sont cohérents avec ceux retrouvés dans des populations comparables. L'enquête ENFAMS rapporte un taux de renoncements de 27 % chez les femmes enceintes sans domicile (43), tandis que l'étude SPHERE menée auprès d'adultes hébergés à l'hôtel fait état d'environ 25 % de renoncements aux soins (59). L'étude DSAFHIR retrouve des niveaux encore plus élevés chez les femmes migrantes hébergées à l'hôtel (46 % toutes causes confondues), dont 20 % pour raisons financières (6). La distinction entre le renoncement aux soins et le non-recours est délicate, ces deux phénomènes s'inscrivant dans un continuum influencé par des contraintes financières, administratives, organisationnelles et sociales. Leur définition et leur compréhension variant selon les individus, l'absence de cadrage préalable favorise une confusion des termes, compliquant leur identification.

Dans RH, les soins maternels les plus fréquemment concernés par un renoncement sont les consultations de médecine générale (49 %) et de gynécologie-obsté-

trique (43 %). Les autres soins cités incluent la délivrance de médicaments en pharmacie (13 %), les échographies (6 %), les consultations de psychologie ou de psychiatrie (6 %) et, plus rarement, les soins dentaires ou d'imagerie. Le renoncement aux soins chez ces femmes concerne donc principalement les soins de premier recours et ceux constituant le socle du suivi périnatal, c'est-à-dire les soins indispensables en périnatalité et les principales portes d'entrée dans le système de soins.

Les principaux motifs de renoncements rapportés sont l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous (39 %), des difficultés administratives telles que l'absence de couverture sociale ou de documents (33 %), ainsi que des contraintes financières (30 %). Le manque de temps (16 %) et la méconnaissance du professionnel-le-s de santé à consulter (13 %) sont également fréquemment mentionnés.

Les résultats quantitatifs sont enrichis par des verbatim recueillis lors du questionnaire, qui illustrent concrètement les situations de renoncement aux soins. Les obstacles identifiés relèvent de trois grandes dimensions. La première est administrative, lorsque l'accès aux structures de soins est limité, comme le rapporte un enquêteur au sujet d'une femme rencontrée « Elle a perdu ses droits et n'est plus en situation régulière. Quand elle était à l'hôpital ça allait mais depuis qu'elle est sortie c'est compliqué avec la pharmacie ». La seconde est financière, quand le coût constitue un frein direct, comme le décrit un autre enquêteur : « Madame n'a plus de couverture médicale, ce qui l'inquiète beaucoup. Elle aimerait aller voir un médecin, cependant elle a peur de payer. Elle dit qu'elle a déjà des dettes », ou encore « Madame indique qu'une échographie lui avait été prescrite en dehors de l'hôpital, mais qu'elle n'a pas pu la faire en raison du coût trop élevé ». Enfin, le dernier type d'obstacle est d'ordre organisationnel, notamment lié à la garde d'enfants ou aux obligations professionnelles, en raison de contraintes familiales ou de formation, comme l'illustrent les notes d'un autre entretien : « Madame avait une formation pour travailler dans les crèches et après elle devait s'occuper de ses enfants. Parfois, elle n'a pas consulté de médecin alors qu'elle en avait besoin ». Ces exemples confirment que le renoncement aux soins est multifactoriel, combinant contraintes économiques, administratives et logistiques, et qu'il reflète des arbitrages quotidiens difficiles pour les femmes en situation de précarité.

Le renoncement aux soins pour le nourrisson concerne 7,4 % des femmes de RH et 10,5 % des femmes de RS. Bien que moins fréquent que pour la mère, ce résultat reste important car il touche une période où la prévention, le suivi et la prise en charge précoce sont déterminants, comme le note l'une des enquêtrices lors d'un entretien « Son renouvellement AME est en cours, du coup la pharmacie ne lui donne pas les vaccins pour sa fille, or ils sont trop chers. Elle ne peut pas non plus faire son suivi post partum ».

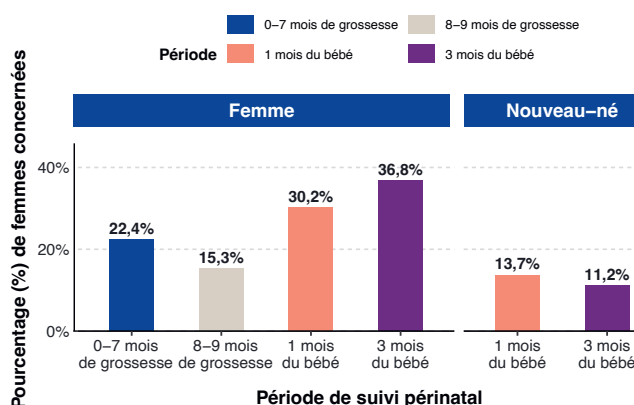


Figure 12 : Taux de renoncement aux soins pour la mère et le nouveau-né dans REPERES Solipam selon le moment de la période périnatale.

Note Figure 12 : Renoncement aux soins sur les trois derniers mois. Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes, ce qui fait un effectif de 116, 137, 126 et 125 selon la période de suivi périnatale pour le renoncement aux soins des femmes et des effectifs de 124 et 125 pour le renoncement aux soins pour le nouveau-né.

56. Ce travail est effectué dans le cadre de la thèse de médecine générale de Margaux Feat. Dans le cadre du projet RH, elle a participé au travail de terrain, à l'élaboration des pistes d'analyse ainsi qu'à la rédaction de cette partie du rapport.

57. Sauf celles rencontrées en Seine et Marne, les questions ayant été ajoutées après la réalisation de ces entretiens.

5.9 ► Déroulé de l'accouchement

► Issue de la grossesse

Parmi les 177 femmes de RH rencontrées durant leur grossesse puis recontactées en post-partum, 4 ont présenté un arrêt spontané de grossesse. Ces 4 femmes avaient toutes été rencontrées au cours du premier trimestre de leur grossesse. L'un des arrêts est survenu à quatre mois de grossesse ; pour les trois autres, le terme précis n'a pas été renseigné.

Le taux d'arrêt de grossesse observé ici est de 2,26 pour 1 000 grossesses.

Ce taux est toutefois probablement sous-estimé, dans la mesure où l'inclusion des femmes n'avait pas lieu exclusivement au premier trimestre, période durant laquelle le risque d'arrêt spontané de grossesse est le plus élevé. Seules 25 % des femmes ont été incluses au premier trimestre de grossesse. Parmi ces participantes, une proportion importante (43 %) n'a pas encore été recontactée en post-partum car l'accouchement n'avait pas encore eu lieu ; par conséquent, l'issue de grossesse n'est pas encore renseignée pour ces femmes.

Parmi ces 177 femmes, trois ont perdu leur nouveau-né au cours de la période néonatale : deux décès sont survenus lors de l'accouchement et un décès au 27^e jour de vie du nouveau-né. Ces trois femmes ont précisé que le nouveau-né était vivant à la naissance.

Le taux de mortalité néonatale observé dans RH est de 16,9 pour 1 000 naissances vivantes, soit un taux huit fois supérieur à celui observé en population générale.

En France, des estimations datant de 2015-2017 font état d'un taux de mortalité néonatale de 2,53 pour 1 000 naissances vivantes, avec un risque accru pour les mères résidant dans les communes les plus défavorisées (3,34 pour 1 000 naissances) [\(97\)](#). Ainsi, plus les mères sont issues d'un territoire défavorisé, plus le risque de décès néonatal augmente. Cependant, et bien que notre échantillon soit limité, le taux de mortalité néonatale observé dans RH est environ 5 fois supérieur à celui rapporté dans les communes les plus défavorisées du territoire.

Parmi les 185 femmes suivies dans RS, 2 n'ont pas mené leur grossesse à terme. Pour une d'elles, une IMG a été réalisée, le fœtus étant non viable. La seconde a fait un arrêt spontané de grossesse à la suite d'une agression physique. L'analyse des dossiers médicaux permettront de mieux comprendre les conditions de survenue de ces événements indésirables. Aucun décès en post-partum n'a été observé.

► Grossesses multiples

Les naissances gémellaires représentent un groupe particulièrement à haut risque. Les jumeaux ou jumelles présentent un risque environ dix fois plus élevé de prématurité et de faible poids à la naissance par rapport aux naissances simples, tandis que les mères concernées sont elles-mêmes exposées à des complications accrues pendant la grossesse et l'accouchement [\(44\)](#). Dans le volet RH, 10 femmes attendaient ou venaient de donner naissance à des jumeaux ou jumelles (2,4 %), et c'était le cas de 6 femmes dans le volet RS (3,2 %). En population générale, la prévalence des grossesses gémellaires est d'environ 1,5 % [\(98\)](#).

Dans le cadre de cette analyse préliminaire, seuls les indicateurs relatifs au premier nouveau-né rapportés par la mère sont présentés. Cependant, il sera important, dans des analyses futures, de prendre en compte les informations pour les deux nouveau-nés. Les grossesses gémellaires nécessitent une attention particulière en raison de leurs risques spécifiques et de la nécessité d'un suivi adapté.

► Indicateurs de santé à l'accouchement

Dans les deux volets de l'étude, 31 % des femmes ont accouché par césarienne, dont la majorité (66 % pour RH et 95 % pour RS) sont des césariennes réalisées en urgence (Tableau 16).

Ce taux est nettement supérieur à celui observé en population générale (21,4 %) [\(44\)](#). En Île-de-France, le taux de césarienne était de 23,9 % en 2023, atteignant 26,1 % dans le département des Yvelines [\(99\)](#). Plusieurs études ont montré que les femmes nées à l'étranger, notamment en Afrique subsaharienne, présentent un taux de césarienne plus important que les femmes nées en France [\(100,101\)](#). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce taux élevé de césariennes : un état de santé moins favorable en fin de grossesse, une propension à présenter des indications de césarienne (utérus cicatriciel, taille du bassin), ainsi qu'une survenue plus fréquente de complications au cours du travail [\(102\)](#). Cependant, il est également possible que les représentations sur une catégorie de population de la part du personnel soignant influence ce choix sans prise en compte des situations individuelles [\(102\)](#).

Parmi les femmes interrogées ayant accouché par voie basse, 22 % de celles de RH et 13 % de celles de RS n'ont pas eu de péridurale. La majorité des femmes rapporte que cette absence de péridurale relevait d'un choix personnel. En population générale, la proportion de femmes accouchant par voie basse sans péridurale est estimée à environ 15 %, ce qui situe les résultats de REPERES dans un ordre de grandeur similaire.

Tableau 16 : Description des indicateurs de santé des femmes et de leur nouveau-né dans les deux volets de REPERES et en population générale.

	REPERES Hôtel ¹ (N = 353)		REPERES Solipam ¹ (N = 185)		Population générale
Caractéristiques	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Indicateurs de santé pour la mère					
Voie d'accouchement					
Voie basse	236	68,6 %	114	69,5 %	78,6 %
Césarienne	108	31,4 %	50	30,5 %	21,4 %
Manquant	9		21		
Péridurale ⁴					
Non	21	21,9 %	11	13,1 %	14,9 %
Oui	75	78,1 %	73	86,9 %	85,1 %
Manquant	140		51		
Hémorragie post-partum					
Oui	42	13,7 %	13	11,0 %	11,5 %
Non	265	86,3 %	105	89,0 %	88,5 %
Manquant	46		67		
Episiotomie ^{4,5}					
Oui	57	26,4 %	/	/	8,3 %
Non	159	73,6 %	/	/	91,7 %
Manquant	20				
Indicateurs de santé pour le nouveau-né					
Prématurité					
Oui (<37SA)	15	4,5 %	12	7,7 %	7,0 %
Non	319	95,5 %	143	92,3 %	93,0 %
Manquant	19		30		
Petit poids de naissance					
Oui (<2500g)	39	12,4 %	21	15,4 %	7,1 %
Non	275	87,6 %	115	84,6 %	92,9 %
Manquant	39		49		
Sous assistance respiratoire ⁵					
Oui	36	11,5 %	/	/	7,8 %
Non	278	88,5 %	/	/	92,2 %
Manquant	40				
En réanimation					
Oui	15	4,8 %	19	16,1 %	6,1 %
Non	296	95,2 %	99	83,9 %	93,9 %
Manquant	43		67		

1. Données du volet REPERES Hôtel déclaratives, recueillies auprès des femmes ayant été rencontrées en post-partum ou incluses pendant la grossesse mais ayant bénéficié d'un suivi téléphonique en post-partum.

2. Données du volet REPERES Solipam issues des dossiers médicaux, complétés par les déclarations des femmes lorsque l'information était absente (notamment pour la voie d'accouchement et le poids de naissance).

3. Les pourcentages d'épisiotomie et de péridurale sont calculés uniquement parmi les femmes ayant accouché par voie basse (n = 236).

4. En population générale, l'hémorragie du post-partum (HPP) est définie comme une perte sanguine supérieure à 500 mL après l'accouchement. Dans l'étude REPERE Solipam, l'HPP est identifiée à partir des comptes rendus médicaux, selon cette définition objective. Dans l'étude RH, l'HPP repose uniquement sur la déclaration des participantes à la question « saigner beaucoup », sans mesure objective du volume sanguin perdu.

5. Les données relatives à l'hémorragie du post-partum et à la mise sous assistance respiratoire des nouveau-nés pourront être extraites du volet Solipam à partir des comptes rendus d'accouchement dans un second temps.

Note Tableau 16 : Les pourcentages sont calculés sans prise en compte des données manquantes.

L'hémorragie du post-partum est rapportée par 13,7 % des femmes de RH et 11,0 % de celles de RS, des valeurs proches de celle observée en population générale, estimée à 11,5 %.

Parmi les femmes ayant accouché par voie basse dans RH, 26,4 % ont eu une épisiotomie. Ce taux s'élève à 28 % chez les femmes ayant subi des mutilations génitales contre 22 % chez les autres femmes. À titre de comparaison, la proportion d'épisiotomies en population générale a fortement diminué ces dernières années, et était 8,3 % en 2021 (44).

Dans le volet RH, le taux de prématurité est de 4,5 %⁵⁸ pour RH et 7,7 %⁵⁹ pour RS.

Parmi ces naissances prématurées dans RH, trois nouveau-nés sont décédés en période néonatale, soit 20,0 % des naissances prématurées. Aucun décès en période néonatale parmi les nouveau-nés prématurés n'a été observé dans RS.

En population générale, le taux de prématurité est estimé à 7,0 %. Le taux observé dans RH est donc inférieur à celui rapporté en population générale. Néanmoins, l'analyse des issues néonatales met en évidence des éléments de vulnérabilité importants. Parmi les 15 nouveau-nés prématurés dans le volet RH, 3 sont décédés en période néonatale, soit une proportion de 20 %. Ce niveau apparaît particulièrement élevé au regard des taux de mortalité néonatale observés en population générale, suggérant une gravité accrue des situations de prématurité dans cette population. Le taux observé dans RS est comparable à celui de la population générale.

Le petit poids de naissance, défini par un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance, constitue un indicateur majeur de santé périnatale (103).

Le taux de petit poids de naissance est de 12,4 %⁶⁰ pour RH et de 15,4 %⁶¹ pour RS.

Ces niveaux sont nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale en France (7,1 %), ainsi qu'en Seine-Saint-Denis, département le plus défavorisé d'Île-de-France (8,4 %)(44). Ces prévalences observées se rapprochent, voire dépassent, celles rapportées dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, comme en Côte d'Ivoire (12,7 %), pays dont près de la moitié des femmes incluses dans l'étude est originaire de ce pays (104). Ces résultats suggèrent que les bénéfices attendus du système de santé français ne profitent pas pleinement à ces femmes, en raison d'une persistance de vulnérabilités structurelles après la migration, notamment liées à la précarité résidentielle, aux barrières linguistiques ou administratives, et aux difficultés d'accès et de continuité des soins. Le petit poids de naissance est associé à un risque accru de morbidité et mortalité néonatales, ainsi qu'à des conséquences à long terme sur le développement et la santé de l'enfant (105).

Dans RH, 11,5 % des nouveau-nés ont nécessité une assistance respiratoire, un taux supérieur à celui observé en population générale (7,8 %).

Par ailleurs, 4,8 % des nouveau-nés de RH et 16,1 % des nouveau-nés de RS ont été admis en réanimation. En population générale, 6,1 % des nouveau-nés sont transférés en service de réanimation ou de néonatalogie, et 1 % si l'on considère exclusivement les admissions en service de réanimation.

Ces résultats indiquent que, comparativement à la population générale, les femmes et les nouveau-nés inclus dans REPERES présentent des taux plus élevés de césarienne, d'épisiotomie et de petit poids de naissance, ainsi qu'une nécessité plus fréquente d'utilisation d'une assistance respiratoire pour les nouveau-nés. Ces constats reflètent la vulnérabilité médicale et sociale accrue de cette population en situation de précarité.

Ces résultats mettent en évidence la nécessité d'une mise à l'abri dès le début de la grossesse. Cette intervention précoce est d'autant plus pressante que la majorité de ces femmes bénéficie d'un suivi de grossesse sous-optimal, fragilisées par l'errance résidentielle et des déplacements répétés. Les conséquences obstétricales en sont directement mesurables : à l'instar de ce qui est documenté dans les zones de conflit armé, où le poids de naissance est fréquemment diminué et les naissances prématurées plus nombreuses (106), les femmes accompagnées par Solipam présentent des taux de césarienne et de petit poids de naissance supérieurs à ceux de la population générale. À ces vulnérabilités obstétricales s'ajoutent des états de santé préexistants susceptibles de compromettre le bon déroulement de la grossesse : utérus cicatriciel, pathologies chroniques, entre autres.

Ces risques sanitaires s'inscrivent dans un contexte de vulnérabilité sociale extrême dont la gravité est documentée à l'échelle nationale. Selon la dernière Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (2016-2018), 1 femme décédée sur 3 était en situation de vulnérabilité sociale. Et si Paris et l'Île-de-France ne sont pas des zones de conflit, les politiques répressives exercées à l'encontre des populations considérées comme « indésirables » génèrent au quotidien un climat de violence dont certaines caractéristiques rappellent celles vécues en contexte de guerre : peur d'être séparées de sa famille ou de perdre un enfant, impossibilité de s'alimenter correctement, peur du contrôle permanent, vie à la rue, perte du domicile, accès très difficile à l'eau et à l'hygiène, exil permanent.

L'exemple des orientations vers les sas régionaux illustre concrètement ces dynamiques. Certaines structures d'accueil ont réorienté le public qu'elles accompagnent habituellement vers ces dispositifs, conçus pour désengorger le système d'hébergement francilien. Deux femmes accompagnées par le réseau Solipam se sont retrouvées éloignées du territoire francilien à la suite d'une orientation vers un SAS, malgré des situations de santé fragiles nécessitant le maintien de leur hébergement en Île-de-France.

58. IC95 % : [2,6 % – 7,4 %]

59. IC95 % : [4,2 % – 13,4 %]

60. IC95 % : [9,2 % – 16,5 %]

61. IC95 % : [10,3 % – 22,5 %]

► Facteurs associés au petit poids de naissance

Un travail spécifique sur les facteurs de risque associés à la survenue de petit poids de naissance a été réalisé à partir des données de RH⁶².

Un Diagramme Acyclique Dirigé (DAG) a été élaboré afin d'identifier, sur le plan théorique, les facteurs susceptibles d'influencer la survenue d'un petit poids de naissance⁶³.

Après élaboration du modèle de régression logistique multivariable⁶⁴, le passage à la rue pendant la grossesse était significativement associé au petit poids de naissance, tandis que le caractère planifié de la grossesse et le sexe du nouveau-né présentaient des associations proches du seuil de significativité.

Les femmes ayant vécu une partie de leur grossesse à la rue présentent un risque presque trois fois plus élevé de donner naissance à un bébé de petit poids (Odd Ratio (OR) : 2,9, IC95 % [1,3 – 6,4]).

Ce résultat souligne l'impact délétère de la non-priorisation des femmes pour l'accès à un hébergement pérenne dès le début de leur grossesse. La vie à la rue expose les femmes à un stress psychosocial chronique, à une insécurité alimentaire, à des conditions sanitaires précaires, et limite l'accès aux soins prénataux, retardant la détection et la prise en charge des complications potentielles. Ces conditions augmentent la probabilité d'altération de la croissance fœtale, ce qui se traduit par un poids à la naissance plus faible. Ce résultat illustre donc que l'instabilité résidentielle n'est pas seulement un marqueur de précarité sociale, mais un déterminant direct de santé périnatale, soulignant l'importance d'une intervention précoce et ciblée pour ces femmes afin de réduire les inégalités en santé.

Le deuxième facteur sélectionné dans le modèle, à la limite du seuil de significativité, est le fait que le nouveau-né soit une fille (OR : 2,0 [1,0 – 4,3], $p = 0,05$). Cette association peut s'expliquer par des différences biologiques normales de croissance fœtale selon le sexe. En effet, des données échographiques longitudinales ont montré que les garçons présentent dès 20 semaines de gestation un diamètre bipariétal et un périmètre crânien significativement plus élevés que les filles, et conservent à la naissance un poids, une taille et une circonférence crânienne supérieurs (107).

Le dernier facteur gardé dans le modèle est le fait d'avoir une grossesse planifiée, sans dépasser le seuil de significativité (OR : 1,9 [1,0 – 4,0], $p = 0,07$). L'analyse des caractéristiques

des participantes montre que les femmes de RH ayant déclaré une grossesse planifiée sont moins scolarisées (37,9 % jamais scolarisées vs 26,1 %) et possèdent moins de connaissances sur la contraception (64,2 % connaissent moins de deux moyens de contraception vs 35,8 %). Ces résultats suggèrent que la « planification » pourrait refléter davantage une méconnaissance des possibilités de contrôle de la fertilité qu'une décision pleinement éclairée. Des études qualitatives futures explorant la manière dont les femmes interprètent et mettent en œuvre la planification de la grossesse seraient particulièrement pertinentes pour mieux comprendre cette association.

Par ailleurs, 84 % des femmes dont l'enfant est né avec un petit poids de naissance bénéficient d'un suivi prénatal conforme (contre 86 % des femmes dont l'enfant avait un poids normal, $p=0,8$). Ce résultat démontre que le suivi médical seul ne suffit pas à prévenir ce risque. Une approche globale et intégrée est indispensable, incluant : la prévention du passage à la rue par une priorisation précoce à l'hébergement (dès la confirmation de la grossesse plutôt qu'à partir du sixième mois comme actuellement), le renforcement de l'information et de l'éducation à la contraception, une prise en charge psychosociale adaptée, ainsi qu'une meilleure coordination entre tous les acteurs concernés (santé, social, hébergement).

Les critères de priorisation du 115 devraient par ailleurs être réalignés sur les périodes critiques identifiées par le concept des « 1000 premiers jours » (du premier jour de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant), plutôt que sur la fenêtre actuellement retenue, limitée au sixième-neuvième mois de grossesse et aux trois mois post-partum (108,109). Une telle réorientation permettrait d'agir plus précocement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé périnatale, maximisant ainsi l'impact des mesures de prévention sur la croissance fœtale et le développement de l'enfant.

► Vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement a été évalué auprès des 248 femmes du volet RH rencontrées initialement en face à face en période post-partum, ainsi qu'auprès des 144 femmes du volet RS ayant bénéficié d'au moins un suivi post-partum.

Dans l'étude REPERES, la douleur médiane rapportée lors de l'accouchement est de 9 sur 10 dans RH et de 8 sur 10 dans RS⁶⁵. Parmi les femmes ayant accouché par voie basse, 68 % dans RH et 74 % dans RS déclarent une douleur élevée⁶⁶. Ces proportions apparaissent nettement plus élevées que celles observées en population générale

62. Ce travail est effectué dans le cadre d'une thèse de médecine générale de Kenza Fakrouline. Dans le cadre du projet RH, elle a participé au travail de terrain, à l'élaboration des pistes d'analyse ainsi qu'à la rédaction de cette partie du rapport.

63. Les facteurs sélectionnés et disponibles dans le cadre de l'étude incluaient des caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, ressources du foyer, région d'origine, statut administratif, fait de vivre seule), des facteurs liés au parcours migratoire et aux conditions de vie (grossesse survenue au cours du parcours migratoire, errance résidentielle, passage à la rue pendant la grossesse, insécurité alimentaire), des facteurs de santé et antécédents obstétricaux (antécédent de fausse couche, parité, MGF, hypertension artérielle, anxiété, état dépressif, littératie en santé), des facteurs liés au recours aux soins (couverture médicale, caractère planifié de la grossesse, conformité du suivi prénatal), ainsi que des caractéristiques néonatales (sexe de l'enfant).

64. Les associations entre ces facteurs et le petit poids de naissance ont d'abord été explorées par des analyses univariées. Les variables avec une p-valeur inférieure à 0,20 ont été retenues pour l'élaboration d'un modèle de régression logistique multivariable initial. Une procédure de sélection descendante a ensuite été appliquée, basée sur le critère de la p-valeur, jusqu'à obtention d'un modèle final dans lequel toutes les variables présentaient une p-valeur inférieure à 0,10.

65. Les femmes ont été interrogées sur la douleur ressentie lors de l'accouchement à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 10.

66. Comprise entre 7 sur 10 et 10 sur 10.

(30 % des femmes ayant accouché par voie basse spontanée et 38 % de celles ayant accouché par voie basse instrumentale). Toutefois, la comparabilité de ces résultats est limitée en raison de différences dans la formulation des questions, notamment concernant le moment précis d'évaluation de la douleur. Enfin, parmi les femmes ayant accouché par césarienne, 54 % dans RH et 79 % dans RS déclarent une douleur élevée avant la réalisation de la césarienne.

Par ailleurs, 23 % des femmes dans RH⁶⁷ et 24 % dans RS déclarent ne pas avoir été accompagnées par un proche lors de l'accouchement.

Cette proportion est nettement plus élevée que celle observée en population générale, estimée à 11 %. Les situations d'accouchement sans accompagnant concernent principalement des femmes célibataires, ou dont le conjoint devait garder les autres enfants ou faire face à des contraintes professionnelles (Cf 1.1. Caractéristiques socio-démographiques). Lorsqu'un accompagnant est présent, il s'agit le plus souvent du père de l'enfant (92 % dans RH et 85 % dans RS), plus rarement un membre de la famille proche (parents, frère ou sœur, 4 % dans RH et 4 % dans RS) ou une autre personne, le plus souvent une amie (4 % dans RH et 11 % dans RS). Environ les trois quarts des femmes déclarent s'être senties inquiètes à l'approche de l'accouchement (77 % dans RH et 76 % dans RS). Certaines femmes déclarent ne pas s'être senties protégées ni en sécurité à l'hôpital avant l'accouchement (8 % dans RH et 10 % dans RS) et ne pas s'être senties soutenues émotionnellement par les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge (5 % dans les deux volets). Enfin, une part non négligeable indique ne pas avoir été informée du déroulement de la prise en charge (9 % dans RH et 5 % dans RS) et ne pas avoir pu exprimer leur avis ni participer aux décisions les concernant (11 % dans RH et 10 % dans RS).

Ces éléments mettent en lumière l'enjeu d'une qualité de soins intégrant pleinement l'information et la participation des femmes, condition essentielle d'une prise en charge équitable, particulièrement lorsque des obstacles linguistiques ou culturels complexifient la relation de soin. Ces résultats sont illustrés par le témoignage d'une participante ayant rapporté une expérience négative de sa prise en charge : « *Je suis restée une semaine à l'hôpital. Je n'étais pas du tout contente de la manière dont j'ai été prise en charge. J'ai été mal accueillie, le personnel me parlait mal, personne ne m'aidait alors que j'étais seule pour m'occuper de mon bébé après la naissance* ». À l'inverse, d'autres femmes décrivent des expériences positives, y compris dans des situations d'accouchement médicalement compliquées. Ainsi, une participante ayant accouché par césarienne non programmée rapporte : « *L'accouchement ne s'est pas bien passé. Je devais accoucher par voie basse mais j'ai dû avoir une césarienne car l'enfant ne voulait pas sortir et elle buvait le liquide dans mon ventre. Pour chaque chose qu'ils faisaient, ils m'ont demandé mon avis et m'ont bien expliqué. À la naissance, je ne l'ai pas vue tout de suite*

car on devait vérifier si j'allais bien, mais je l'ai vue rapidement après. Je ne voulais pas accoucher par césarienne. Je voulais qu'ils me laissent le temps d'accoucher par voie basse mais les médecins m'ont dit que c'était impossible. Quand elle est née, j'ai aimé l'avoir auprès de moi enfin ». Ce témoignage souligne que, même lorsque l'accouchement ne se déroule pas conformément aux attentes initiales, la qualité de la communication, l'explication des gestes médicaux et l'implication de la patiente dans les décisions constituent des éléments déterminants du vécu de l'accouchement.

Environ un tiers des femmes rapporte des regrets concernant le déroulement de leur accouchement (33 % dans RH et 28 % dans RS), proportions qui augmentent nettement en cas de césarienne, touchant près de la moitié des femmes concernées (47 % dans RH et 51 % dans RS).

De la même manière, les premiers instants avec leur nouveau-né ne correspondent pas toujours à ce qu'elles avaient imaginé (19 % dans RH et 17 % dans RS), proportion qui s'élève à environ 30 % chez les femmes ayant accouché par césarienne dans les deux volets. Certaines femmes déclarent par ailleurs ne pas avoir pu voir leur enfant immédiatement après la naissance (12 % dans RH et 6 % dans RS), un phénomène également plus fréquent en cas de césarienne (25 % dans RH et 15 % dans RS). La césarienne apparaît comme un facteur particulièrement stressant et traumatisant pour certaines femmes. Le témoignage suivant illustre cette réalité : « *Je suis mal mentalement, moralement, physiquement depuis la césarienne. Je n'étais pas préparée. Cela m'a traumatisée. Je n'en avais jamais entendu parler* ». Ces éléments mettent en évidence la nécessité de fournir aux femmes une information claire et compréhensible sur les différents scénarios possibles avant l'accouchement et de leur proposer un accompagnement émotionnel adapté en post-partum. Ces résultats traduisent l'impact émotionnel et psychologique que peut représenter l'accouchement, et en particulier la césarienne, notamment lorsqu'elle est réalisée en urgence, comme c'est le cas pour la majorité des femmes de REPERES. La littérature montre que les césariennes d'urgence sont significativement associées à un risque accru de stress aigu pendant l'accouchement, avec un impact important sur le risque de survenue d'un TSPT, de symptômes dépressifs et de difficultés d'attachement mère-enfant (110,111). Un vécu difficile de l'accouchement a des conséquences à long terme, en augmentant le risque de problèmes comportementaux chez l'enfant, un effet notamment médié par le risque accru d'un état de santé maternelle dégradé en post-partum (112,113). L'expérience des femmes de leur accouchement ne dépend pas uniquement du déroulement médical, mais également de la qualité de la relation avec les professionnels de santé. Ces dimensions apparaissent particulièrement importantes pour les femmes en situation de précarité, pour lesquelles la maternité constitue parfois le principal lieu de soutien et d'interaction sociale.

67. Dans RH, cette information était également recueillie lors du suivi post-partum téléphonique (n = 345).

LE CAS DE MADAME Z

Madame Z. a été orientée vers le réseau Solipam par une assistante sociale. Elle était alors enceinte de jumeaux à quatre mois de grossesse et suivie dans une maternité parisienne.

Lors de l'entretien, Cette femme nous a expliqué que malgré une grossesse à haut risque, à savoir une grossesse gémellaire monochoriale biamniotique et des appels réguliers au 115, aucune proposition d'hébergement ne lui a été faite avant son sixième mois de grossesse. Elle avait pourtant déjà été hospitalisée à deux reprises pour menace d'une fausse couche tardive sévère. Lors de la deuxième hospitalisation, elle est restée plus de deux semaines à l'hôpital faute d'hébergement adapté. L'équipe médicale insistait alors sur la nécessité d'une solution stable, pérenne et adaptée, d'autant que les orientations proposées, situées en grande couronne, étaient trop éloignées de la maternité, alors même que son état nécessitait des consultations régulières.

À la suite de sa dernière hospitalisation, elle a été orientée vers des hôtels situés à Paris intra-muros, plus proches de la maternité. Cependant, toutes les chambres proposées se trouvaient à des étages élevés et sans ascenseur. Elle a été hospitalisée à nouveau à deux reprises dans ce contexte. Au total, elle a occupé quatorze hôtels différents avant son accouchement et a vécu huit hospitalisations.

L'accouchement s'est déroulé avec plusieurs complications : un déclenchement a été réalisé en raison d'une prééclampsie. Le premier enfant est né par extraction instrumentale, tandis que le second a nécessité un passage au bloc opératoire pour une césarienne en urgence. Madame a donc subi une épisiotomie et une césarienne

au cours du même accouchement.

Les deux nouveau-nés ont été hospitalisés en néonatalogie sur site. Au regard des multiples facteurs de risque identifiés : gémellité, prématurité, accouchement traumatique et grande précarité sociale, l'équipe médicale envisageait la mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) pédiatrique après la sortie de la famille de l'hôpital.

À la sortie de la maternité, et bien que la situation d'hébergement de Madame fût connue à l'avance, aucun lien n'a été établi avec la PMI et aucune HAD pédiatrique n'a été mise en place, malgré les indications médicales. La famille s'est ainsi retrouvée à l'hôtel pendant deux semaines, avant d'être orientée vers une place en hébergement de longue durée dans un département voisin. Une équipe mobile a alors été mobilisée afin qu'elle et ses enfants puissent bénéficier des soins nécessaires.

« Moi, mon seul stress c'est le 31 qui arrive, chaque 31. On est le 22, jusqu'au 8, je prie Dieu qu'on nous envoie un message pour nous dire : vous êtes encore là. Voilà... Exactement, on sait que le 31. La famille, vous allez partir, vous allez bouger encore alors que c'est stable. Mais vu que chaque mois, on nous envoie un message là c'est comme ça, juste dans ma tête voilà. Mais tout ça, paf, souvent c'est devenu comme un traumatisme. Les dimanches, nous on n'arrive pas à dormir ».

Cette situation a eu un véritable impact sur cette femme et son conjoint. La famille bénéficie aujourd'hui d'un hébergement stable. Cependant, le parcours d'hébergement fragmenté vécu pendant une grossesse à haut risque a laissé des séquelles importantes, tant sur le plan physique que psychique.

Dans les deux volets de l'étude, environ deux tiers des femmes (65 %) déclarent s'être inquiétées de leur situation d'hébergement à la sortie de l'hôpital.

« J'étais très très inquiète pour le logement à la sortie de l'hôpital. J'avais peur que ce ne soit pas adapté à sa santé [du bébé], peur de devoir changer chaque semaine. Je ne voulais pas partir de l'hôpital. J'ai discuté avec l'assistante de Solipam. Elle m'a encouragée et consolée, ça m'a aidée à partir ».

Pendant leur séjour à la maternité, les principales préoccupations des femmes portent sur la crainte de ne pas avoir de lieu d'hébergement et sur l'inadéquation de l'hébergement aux besoins du nouveau-né (manque de place, environnement peu favorable, humidité ou froid). De nombreuses femmes expriment également l'angoisse liée à l'incertitude et à l'impossibilité de prévoir les conditions de sortie comme le témoigne une des femmes : *« Je pleurais beaucoup pour mon logement. J'avais peur de passer des moments à la rue avec mon bébé. J'ai appelé l'assistante sociale du 115 et j'ai réussi à obtenir un hébergement dans le 20^{ème} ».*

Certaines femmes rapportent avoir ressenti une pression de la part de quelques professionnel-le-s de santé pour quitter l'hôpital. Une participante témoigne : *« Je me sentais inquiète pour le logement, je ne savais pas où aller car l'hôtel où j'étais à ce moment-là n'avait pas de chauffage. Les professionnels de santé (médecin, sage-femme) me disaient de partir, qu'ils allaient me mettre dehors même s'il faisait froid (j'ai accouché en décembre), certains n'étaient pas gentils, et certains étaient gentils. Ils me disaient d'appeler le 115. J'étais très angoissée, ça faisait monter ma tension artérielle, je ne me sentais pas bien physiquement. J'ai appelé le 115 et j'ai pu directement obtenir un logement, celui où je suis encore actuellement ».* D'autres rapportent des pressions en lien avec le système d'hébergement, notamment de la part des hôteliers, avec la crainte de perdre leur chambre d'hôtel. Une participante rapporte : *« J'ai été hospitalisée pendant un mois à cause de ma tension. J'avais informé le 115 de mon hospitalisation. Pendant mon absence, la responsable de l'hôtel venait frapper à ma porte pour savoir où j'étais. J'ai signé une décharge pour sortir de l'hôpital car j'avais peur qu'on pense que j'avais abandonné ma place à l'hôtel ».*

Enfin, certaines femmes décrivent l'hôpital comme un lieu de stabilité temporaire, constituant un abri dans un parcours résidentiel instable avec de fréquents changements d'hébergement. Une participante raconte : « On a fait une semaine à l'hôpital. À l'hôpital je me sentais bien car j'étais dans un endroit stable. J'avais peur de retourner à la rue, je ne voulais pas changer tout le temps ». Ces résultats montrent que pour certaines femmes en situation de précarité, l'hôpital représente non seulement un lieu de soins mais également un refuge temporaire.

Même si les femmes obtiennent quasi systématiquement une place d'hébergement à leur sortie de maternité, l'impossibilité de pouvoir anticiper leur parcours d'hébergement demeure une source majeure de préoccupation au moment de l'accouchement. Ces résultats mettent en évidence l'importance de proposer aux femmes un parcours périnatal clair et prédéfini, incluant une solution d'hébergement stable et adaptée à la sortie de maternité. Une meilleure visibilité sur leur devenir permettrait de réduire le niveau d'anxiété durant cette période de grande vulnérabilité, où l'accès à un logement ne devrait pas constituer une source majeure de préoccupation.



© Pauline Gauer

Forces et Limites

► REPERES : une étude pionnière sur les femmes sans domicile en période périnatale

REPERES est la première étude de cette ampleur à s'intéresser aux femmes en période périnatale sans domicile, une population particulièrement difficile à repérer et à inclure dans des projets de recherche. Cette spécificité a permis de produire des données précieuses, tant pour la connaissance en santé publique, que pour orienter les politiques publiques. La collaboration directe avec des acteurs opérationnels, tels que le réseau Solipam et le pôle Delta du Samusocial de Paris, a permis une identification spécifique des femmes, tandis que l'implication de nombreux et nombreuses professionnel-le-s a été un facteur déterminant de la réussite du projet. Leur expertise dans le domaine médico-social et leur connaissance fine du public ont garanti un accompagnement adapté et pertinent des participantes.

► Volet REPERES Solipam : une cohorte pour suivre l'évolution des états de santé dans le temps

Dans RS, les femmes ont été suivies tout au long de leur grossesse et jusqu'aux trois mois post-partum, ce qui a permis de recueillir plusieurs points de mesure des indicateurs et d'ajouter une dimension temporelle à l'analyse. Croisés avec les données qualitatives, les résultats permettent de retracer finement les parcours et d'identifier de potentiels liens entre conditions d'hébergement, accompagnements et évolutions de santé. Prolonger le suivi de cette cohorte, en y intégrant les femmes du volet RH et en suivant les enfants à des âges plus avancés serait très pertinent pour approfondir la compréhension des trajectoires d'hébergement et de santé.

► Une méthodologie mixte pour comprendre des parcours complexes

L'étude a combiné une approche mixte quantitative-qualitative, dans laquelle les deux méthodes se sont nourries mutuellement. Les données quantitatives ont permis d'établir des constats, de repérer des tendances et de mesurer des prévalences via des échelles standardisées. Les entretiens qualitatifs ont fourni des informations riches et nuancées, permettant de retracer le parcours biographique des participantes et de recueillir leurs perceptions détaillées. La complémentarité de ces approches a orienté les pistes d'analyses quantitatives et la sélection des profils à interroger dans la partie qualitative. L'aspect pluridisciplinaire du projet, intégrant l'épidémiologie, la géographie de la santé et plus largement les sciences sociales, a permis d'enrichir l'interprétation des données et de croiser différents regards sur la précarité et la santé périnatale. Dans le présent rapport, l'analyse des trajec-

toires et des expériences des femmes s'appuie sur des matériaux qualitatifs. Ces derniers ont servi à nourrir et étayer les données épidémiologiques produites dans ce travail, mais aussi à en développer la dimension socio spatiale.

Néanmoins, les temporalités de l'analyse qualitative et de l'analyse quantitative ne permettent pas toujours de mener une analyse croisée synchronisée des données. Si certains résultats préliminaires de l'analyse qualitative ont été présentés ici, d'autres sont encore en cours d'analyse. Certaines pistes et constats de terrain restent ainsi à approfondir en raison de leur caractère encore trop préliminaire. Ils contribuent néanmoins à étayer l'hypothèse de l'impact et des effets des trajectoires et des expériences de ces femmes sur les professionnel-le-s et leur travail. Ils éclairent également sur l'effet des politiques publiques sur les expériences des femmes, des professionnel-les et de leurs possibilités d'interaction. Ces éléments renvoient à une mise à mal de l'éthique du travail médico-social, en prise à de profondes transformations et mutations, tout particulièrement dans un contexte contraint de l'action publique. Ces aspects seront développés dans un prochain rapport du projet, qui déploiera les éléments qualitatifs de l'étude. Il s'intéressera notamment aux impacts que les prises en charge d'un public en errance résidentielle peuvent avoir sur le travail des acteurs et actrices de terrain. On interrogera par ailleurs la manière dont ces situations sont considérées dans le cadre de l'action publique, mais aussi les dynamiques de réagencement mises en oeuvre par les professionnel-le-s, tant en terme de contraintes (résistance) que de résistances (bricolage).

► Un taux de participation élevé malgré des biais persistants

Parmi les femmes éligibles, les taux de participations sont élevés (70 % pour RH et 85 % pour RS). Dans RH, toutes les femmes en âge de procréer ont été contactées, ce qui a permis d'identifier les femmes enceintes ou en post-partum, qu'elles aient eu recours aux soins ou non, permettant d'obtenir un échantillon représentatif des femmes en période périnatale hébergées à l'hôtel.

Le réseau Solipam permet de capter des femmes très vulnérables, difficilement accessibles sans un accompagnement médico-social. Par ailleurs, lorsque des situations de violences actuelles étaient connues, notamment conjugales, les professionnel-le-s du réseau Solipam pouvaient choisir de ne pas leur proposer de participer à l'étude afin de prioriser leur accompagnement (6 femmes concernées). Dans RH, certaines participantes ont rapporté devoir demander l'autorisation de leur conjoint avant d'accepter de participer ; lorsque cet accord n'était pas donné, l'inclusion n'était pas possible. Les femmes exposées à des violences actuelles, notamment conjugales, sont donc certainement sous-représentées dans REPERES.

Enfin, les femmes mineures ont été exclues pour des raisons juridiques, entraînant une absence de données sur les grossesses précoces et créant ainsi un angle mort sur la santé périnatale des adolescentes.

► Des informations déclaratives complétées avec des informations médico-administratives

Afin d'obtenir des données aussi fiables que possible, les informations déclaratives recueillies dans RH ont été collectées par des professionnel·le·s de santé en devenir (médecins et sages-femmes), qui proposaient aux participantes de se référer à leur carnet de santé pour préciser certaines informations. Dans RS, les entretiens ont été conduits par des enquêteurs et enquêtrices du secteur médico-social, ayant reçu une formation spécifique à la passation d'entretien.

Les données déclaratives ont été complétées par les informations médico-sociales recueillies par le réseau Solipam dans le cadre de leur accompagnement. Dans les deux volets, les informations sur l'hébergement ont été croisées avec celles connues par le Samusocial de Paris. Ce croisement de sources multiples contribue à fiabiliser les données et à garantir leur qualité. Cependant, il aurait été intéressant de pouvoir croiser les données déclaratives de RH par des données médicale, par exemple auprès des maternités.

► Un cadre clair autour des entretiens

Le rôle des enquêteurs et enquêtrices a été expliqué à plusieurs reprises afin de rassurer les participantes et de préciser que leur participation à l'étude n'aurait aucun impact sur leur prise en charge. Malgré ces précautions, certaines femmes ont pu moduler leurs réponses par crainte d'éventuelles conséquences.

Dans RS, la participation à l'étude se faisait par l'intermédiaire des équipes de Solipam : le fait d'être mises en relation avec l'équipe d'enquête par une personne qu'elles connaissaient a pu favoriser un climat de confiance et les mettre plus à l'aise pour poser des questions.

Dans RH, les entretiens en face-à-face ont renforcé le lien de confiance, permettant de clarifier autant de fois que nécessaire le cadre de l'étude. Par ailleurs, un travail d'information sur les documents de présentation du projet a été mis en place pour répondre aux difficultés d'alphabétisation et de maîtrise du français, garantissant ainsi la compréhension de l'étude et la participation des femmes.

► Inclusion des populations invisibilisées grâce à l'interprétariat

Le recours à l'interprétariat, proposé systématiquement, dès lors que les femmes en exprimaient le besoin, a permis d'inclure une population souvent invisibilisée et de réduire les biais liés à la langue. Les interprètes ont assuré une information claire sur les objectifs de l'étude, facilité la compréhension des questions et garanti la libre expression des participantes.

► Une vision claire de la situation des femmes sans domicile en période périnatale en Île-de-France, mais pas toujours applicable au reste de la France

Dans RH, le tirage au sort des femmes a permis d'obtenir un échantillon représentatif du département étudié, renforçant ainsi la validité des résultats. Bien que le Val-d'Oise n'ait pas été investigué, il est très probable que les conclusions de REPERES y soient également applicables, les problématiques rencontrées y étant globalement communes. En revanche, ces résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la France (métropolitaine et DROM-TOM), où les problématiques de précarité et d'accès aux soins peuvent être très différentes. Une extension de l'étude dans ces zones serait pertinente pour élargir la portée des conclusions.

► Des effectifs parfois insuffisants pour étudier des événements rares

Les effectifs disponibles sont parfois insuffisants pour étudier avec précision des événements rares, tels que la prématurité ou la mortalité néonatale.

De plus, l'exposition aux violences actuelles n'a pas été systématiquement évaluée dans RH (hors sous-étude du département Seine-et-Marne) et leur impact sur le déroulé des grossesses n'est donc pas quantifiable. Une formation spécifique des enquêteurs et enquêtrices aurait été utile pour accueillir ces récits et mettre en place des orientations adaptées, ce qui aurait été très bénéfique pour ces participantes. Ce point devra être pris en compte dans des études futures.



Perspectives et travail à venir



©Pauline Gauer

► Poursuite de la collecte et mise à jour des données

- Finaliser la collecte et actualiser les analyses, en intégrant les deux suivis encore en cours dans RS et le suivi téléphonique post-partum des 42 femmes de RH restant à contacter après leur accouchement.
- Élaborer une fiche chronologique recensant tous les dispositifs et les changements relatifs à l'accès à l'hébergement et aux soins pour ce public entre juillet 2023 et novembre 2026, afin de retracer leur évolution et d'analyser leurs effets sur les femmes concernées.
- Recroiser les données déclaratives et les données disponibles dans les comptes rendus d'accouchement des femmes suivies dans RS.
- Mettre en place un suivi longitudinal des enfants inclus dans RH et RS à 2 ans pour évaluer l'évolution de leur état de santé (incluant des mesures de neurodéveloppement), celui de la mère et de la fratrie.

► Approfondissement des analyses quantitatives et qualitatives

- Approfondir l'analyse quantitative sur différents aspects incluant notamment l'état de santé maternelle, la perception de la contraception, la qualité d'héberge-

ment perçue et objective, l'impact sur la santé mentale et physique, facteurs de césarienne et d'état dépressif, etc.

- Prendre en compte le deuxième bébé dans le cadre de grossesses gémellaires pour les indicateurs du nouveau-né.
- Réaliser des analyses sur l'état de santé des enfants et son évolution (infections, croissance, etc.) et prendre en compte l'aspect longitudinal des données de RS.
- Décrire et analyser les parcours de soins et l'impact de la situation sociale sur l'accès, la continuité et la qualité de la prise en charge.
- Réaliser des études de cas approfondies sur l'articulation entre parcours d'hébergement, accès aux soins et accès à l'aide alimentaire.

► Tirer des leçons et valoriser le projet

- Évaluer l'impact du projet sur les professionnelLe.s impliqué.e.s, en analysant l'évolution de leurs pratiques, leurs représentations et leurs modalités d'accompagnement des femmes.
- Porter un plaidoyer pour améliorer les conditions de vie des femmes sans domicile en période périnatale.
- Valoriser scientifiquement le projet via un deuxième rapport détaillé et des publications scientifiques.

Recommandations

1 • Garantir un hébergement stable et continu à minima tout au long des 1 000 premiers jours.

L'accès à un hébergement stable et adapté doit être assuré dès le début de la grossesse et maintenu jusqu'aux deux ans de l'enfant, période correspondant aux 1 000 premiers jours⁶⁸, déterminants pour la santé maternelle et le développement de l'enfant. Cet hébergement doit être garanti sans aucune remise à la rue, de façon continue dans le même dispositif, en intégrant la prise en compte de toute la structure familiale et en proposant systématiquement un accompagnement global et adapté.

Dans cette perspective, il importe de :

- Augmenter le nombre de places d'hébergement pour permettre aux femmes enceintes et les mères avec enfant de moins de deux ans d'être hébergées sans limitation de durée liée au statut administratif ou à la saturation des dispositifs et sans distinction de la composition familiale.
- Limiter les parcours d'errance résidentielle et garantir la continuité de l'hébergement entre les différents dispositifs afin d'éviter toute rupture de prise en charge.
- Préparer en amont les orientations vers une solution d'hébergement pérenne pour prévenir les situations de remise à la rue.
- Rendre effectif le caractère prioritaire de ces situations par la mise en œuvre systématique de réponses adaptées et coordonnées afin d'éviter toute rupture de prise en charge.

2 • Garantir un parcours de santé global et non discriminatoire

L'accès aux soins doit être garanti à toutes les femmes enceintes, en particulier celles sans domicile, indépendamment de leur statut administratif. Cet accès ne doit pas se limiter au suivi prénatal, il doit s'inscrire dans un parcours de santé global, continu et coordonné, incluant la santé mentale, la santé gynécologique et reproductive, ainsi que l'accès aux droits. Les refus de soins, les obstacles administratifs et les violences institutionnelles constituent des atteintes aux droits fondamentaux, compromettent la continuité de ce parcours, avec de réelles conséquences sur la santé des femmes et des enfants.

Il est donc indispensable de :

- Prévenir les refus de soins en sensibilisant et en formant les professionnel-le-s, tant lors de leur formation initiale que continue, aux enjeux liés à la précarité, à

la migration et aux violences. Parallèlement, informer et sensibiliser les femmes sur leurs droits et sur les recours possibles.

- Simplifier les démarches administratives et sécuriser l'ouverture et le maintien des droits.
- Mettre en place une vigilance particulière face aux violences gynéco-obstétricales et garantir un consentement libre et éclairé.
- Assurer un accès effectif à l'interprétariat professionnel et à la médiation en santé.
- Mettre en place un suivi gynécologique régulier (diagnostic, pathologies gynécologiques), et cela même en dehors de la période de la grossesse.
- Améliorer l'information et l'accès aux moyens de contraception et permettre un choix éclairé.
- Intégrer la santé sexuelle et reproductive, y compris la prise en compte de la précarité menstruelle, dans les parcours d'accompagnement.

3 • Intégrer systématiquement les violences, le psycho-traumatisme et la santé psychique dans la prise en charge

Les parcours des femmes enceintes sans domicile sont fréquemment marqués par des formes de violences variées. Ce constat nécessite d'intégrer systématiquement le repérage et la prise en charge des violences dans l'accompagnement sanitaire et social.

Cela implique de :

- Mettre en place un repérage précoce et sécurisé des violences en formant les équipes professionnelles à l'écoute, au repérage et à l'orientation des femmes victimes de violences.
- Développer un accompagnement en santé mentale adapté en mettant en place des dispositifs accessibles.
- Garantir des mises à l'abri immédiates en cas de danger.

4 • Lutter contre la précarité alimentaire et améliorer les conditions matérielles essentielles à la santé

La précarité alimentaire constitue un déterminant majeur de la santé des femmes enceintes sans domicile et de leurs jeunes enfants. L'insuffisance ou l'irrégularité de l'accès à une alimentation adaptée, combinée à l'absence d'espaces permettant de cuisiner, compromet la santé de la mère et le développement de l'enfant.

68. Comme défini par Santé publique France : [Les 1 000 premiers jours](#) - Santé publique France

Il est nécessaire de :

- Reconnaître la précarité alimentaire comme un enjeu central de santé maternelle et infantile.
- Renforcer l'accès aux dispositifs d'aides alimentaires et adapter leur contenu aux besoins spécifiques de la grossesse, du post-partum et de la petite enfance.
- Favoriser des solutions d'hébergement avec un accès à des espaces de préparation des repas.

5 • Renforcer les moyens et les conditions de travail des équipes professionnelles

L'accompagnement des femmes en situation de grande précarité et en période périnatale nécessite des compétences spécifiques et une articulation étroite du secteur médical et du secteur social.

Cela suppose de :

- Renforcer les effectifs et les financements des structures d'accompagnement.
- Proposer des formations adaptées aux enjeux de précarité, de migration et de violences.
- Mettre en place des espaces de soutien pour répondre aux situations complexes.

6 • Promouvoir et soutenir les démarches de recherche-action

Les femmes enceintes en situation de précarité sont largement invisibilisées dans les dispositifs d'observation et d'évaluation des politiques publiques. Cette invisibilisation entraîne une sous-estimation de leurs besoins et de fait, soit l'absence soit l'inadaptation des réponses apportées. Il est donc essentiel de mener des démarches de recherche-action afin de mieux documenter les réalités de terrain et d'ajuster les politiques aux besoins effectifs des personnes concernées.

Cela implique de :

- Inclure les publics en situation de précarité dans les enquêtes et les dispositifs d'observation.
- Croiser données déclaratives, données d'activité et analyses qualitatives pour mieux appréhender les parcours complexes.
- Associer les professionnel-le-s et les personnes concernées à la conception, à la mise en œuvre et à l'analyse des recherches.
- Garantir un cadre éthique et un accompagnement adapté des enquêtrices et enquêteurs.
- Assurer une articulation effective entre productions de connaissances, actions de terrain et décisions publiques.



De la recherche à l'action

Sensibilisation et formation des équipes professionnelles

Dans le cadre du projet REPERES, la démarche de recherche s'est accompagnée d'un important travail de sensibilisation et de formation des professionnels impliqués, traduisant une articulation concrète entre production de connaissances et actions de terrain. Au total, 45 enquêtrices et enquêteurs ont été mobilisé·e·s pour le volet RS (professionnel·le·s du Samusocial de Paris et de santé publique) et 13 enquêtrices pour le volet RH (étudiantes avancées en santé, en médecine générale ou en maïeutique).

Ces enquêtrices et enquêteurs ont été formé·e·s à la méthodologie d'enquête ainsi qu'à l'orientation vers les

dispositifs sociaux. Les agent.es du Samusocial de Paris ont bénéficié d'une formation aux premiers secours en santé mentale. Des petits-déjeuners trimestriels dédiés ont également permis des temps d'échanges et de formation complémentaires.

Au-delà de la collecte de données, la mobilisation de ces professionnel·le·s a permis de valoriser leurs compétences sociales et médicales au service de la recherche, tout en renforçant leur sensibilisation aux enjeux spécifiques rencontrés par les femmes sans domicile en période périnatale.

Signalements

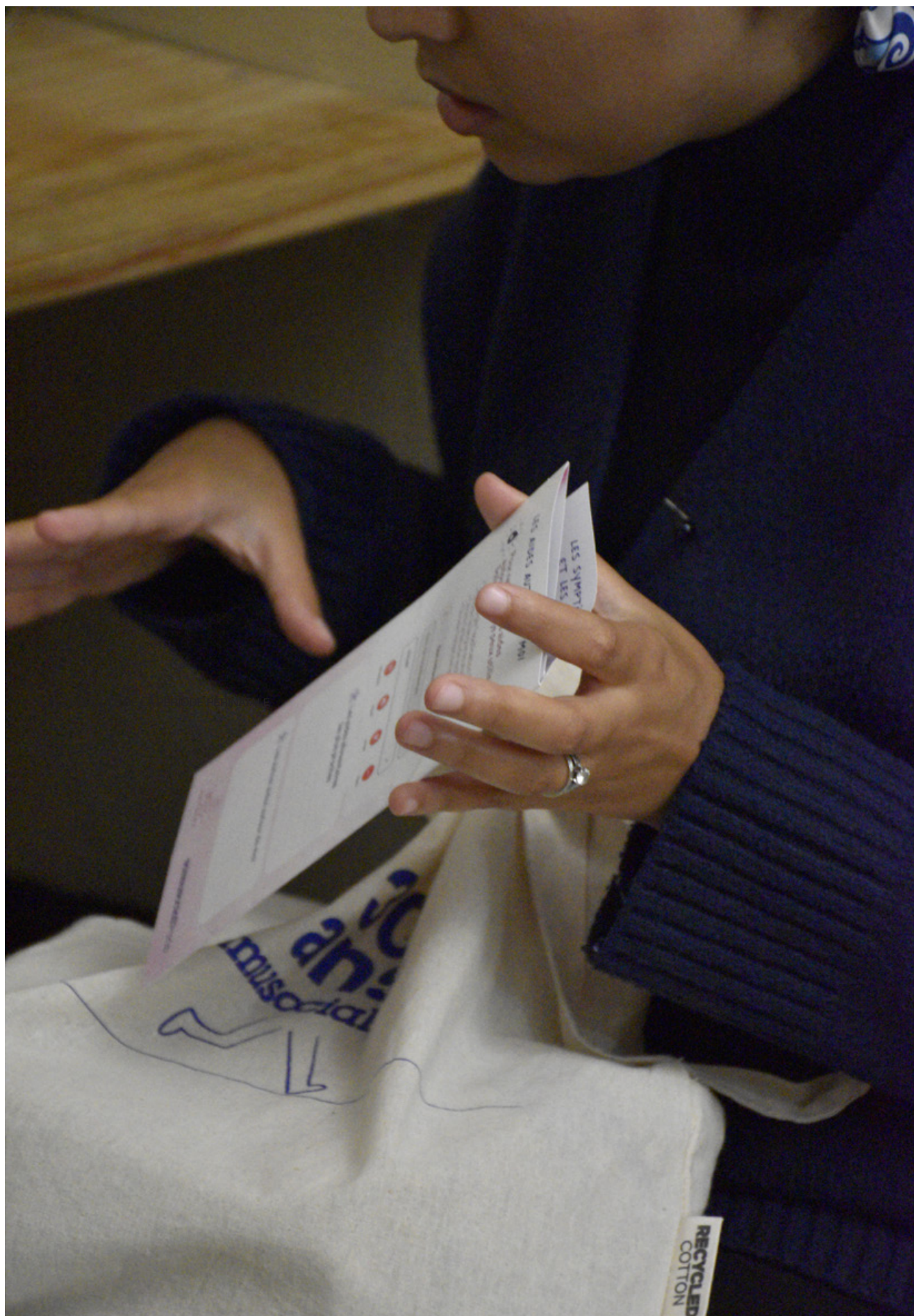
La plateforme de recueil de données du projet REPERES a permis aux enquêtrices et enquêteurs de signaler tout problème identifié durant les entretiens. Les signalements ont été traités directement sur cette plateforme par les professionnel·le·s de Solipam et de Delta, afin de garantir une réponse rapide et structurée via les canaux officiels.

Orientations

Chaque page du questionnaire comportait des liens vers les numéros d'urgence, ainsi que vers des lieux et services d'orientation adaptés, afin de faciliter l'accès aux dispositifs adaptés. Dans le cadre de RH, un flyer d'orientation personnalisé était complété avec la femme et remis systématiquement à la fin de chaque entretien. Dans le cadre du projet, 22 femmes ont pu bénéficier d'une prise en charge psychique par l'association Parcours d'Exil, comprenant environ 12 séances avec un médecin et un psychologue ([Cf 5.4. Recours aux soins de santé mentale](#)).

REPERES a conjugué production de connaissances et action de terrain. Les échanges, formations et discussions tout au long du projet ont favorisé l'appropriation par les équipes mobilisées des enjeux de santé des femmes sans domicile.





Conclusion

Les 1000 premiers jours de vie constituent une période déterminante pour le développement de l'enfant et la santé maternelle. Les femmes sans domicile en période périnatale et leur nouveau-né sont particulièrement exposés à de multiples vulnérabilités, notamment une instabilité résidentielle fréquente, un accès limité aux soins, une exposition importante aux violences et un isolement social marqué. Les données montrent des indicateurs de santé maternelle et infantile préoccupants : des niveaux élevés de symptomatologie anxieuse et dépressive, un risque élevé de stress post-traumatique et des vulnérabilités physiques. La mise à l'abri rapide et la stabilisation de l'hébergement sont des facteurs essentiels pour prévenir des événements indésirables graves et soutenir la santé materno-infantile.

L'accompagnement médico-social, comme celui assuré par le réseau Solipam, apparaît comme un levier protecteur. Il permet de renforcer la continuité des soins, le suivi psychologique et le soutien à la parentalité, tout en favorisant l'accès à l'information sur la contraception, les soins prénataux et postnataux. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une prise en charge holistique avec une approche intégrée et coordonnée entre le social et le médical, qui prend en compte l'ensemble des déterminants sociaux, psychologiques et sanitaires. Enfin, ces constats soulignent la nécessité d'un suivi longitudinal et approfondi des femmes et de leurs enfants afin de mieux comprendre l'impact de la précarité, de l'instabilité résidentielle et des interventions médico-sociales sur la santé et le développement. Ils confirment également le rôle central de la période périnatale comme fenêtre d'opportunité pour prévenir les inégalités sociales de santé tout au long de la vie.



© Pauline Gauer

Références

1. Trinh NTH, de Visme S, Cohen JF, Bruckner T, Lelong N, Adnot P, et al. Recent historic increase of infant mortality in France: A time-series analysis, 2001 to 2019. *Lancet Reg Health Eur*. 2022;16:100339. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100339
2. Bret B. Géonconfluences [En ligne]. Notion à la une : justice spatiale — Géonconfluences [cité le 11 décembre 2023]. Disponible: <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/a-la-une/notion-a-la-une/notion-a-la-une-justice-spatiale>
3. Diakiese BM, Arnaud A. Pauvreté territoriale et santé périnatale en Île-de-France - Analyse des premiers certificats de santé 2016. Observatoire Régional de Santé; septembre 2025.
4. INSERM, Santé Publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Avril 2024 p. 232.
5. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015.
6. Andro A. DSAPHIR - Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées. Observatoire d Samusocial de Paris; 2020.
7. Davoudian C. Femmes enceintes, mères et bébés sans papiers. *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2020;N° 2(1):125–36. DOI: 10.3917/nrea.002.0125
8. Azria É. Précarité sociale et risque périnatal. *Enfances & Psy*. 2015;N° 67(3):13–31. DOI: 10.3917/ep.067.0013
9. Borghi G, Cailliet P, Devriendt S, Lebeaupin M, Poirier M, Poveda J-D. The perceived impact of homelessness on health during pregnancy and the postpartum period: A qualitative study carried out in the metropolitan area of Nantes, France. *PLoS ONE*. 2023;18(2):e0280273. DOI: 10.1371/journal.pone.0280273
10. Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M. Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. *Enquête Dsaahir. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2019;17–18:334–41.
11. Roze M, Vandentorren S, van der Waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. *J Affect Disord*. 2018;229:314–21. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.053
12. Diop S, Turmes L, Juckel G, Mavroggiorgou P. [Postpartum depression and migration]. *Nervenarzt*. 2020;91(9):822–31. DOI: 10.1007/s00115-019-00828-5
13. Fondation Abbé Pierre. 30^e rapport sur l'état du mal-logement en France 2025. Janvier 2025 p. 341.
14. Lapinte A, Legendre B. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DRESS; 2021. Rapport no 1200.
15. Inserm, Drees. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2017.
16. Enquête « périnatalité et grande précarité » : enquête un jour donné. *ARS Île-de-France*; 4 July 2023.
17. Rouff-Florenzi K. Métiers de l'humain, Entretien avec Manuel Pélissier. *Lien Social*. 2021;18–24.
18. Deplanques L, Cazé C. Exemples d'articulation / collaboration institutionnelle en réponse à un problème de santé publique. 2023.
19. Eugenia G, Claudie M, Lisa C, Élodie L, Nolwenn R. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. *Santé publique France*; 2024 p. 164.
20. [En ligne]. OpenData Périnat IDF [cité le 5 mars 2026]. Disponible: https://opendata-perinat.sante-idf.fr/app_direct/open/data/
21. [En ligne]. Selon l'âge de la mère et du père l'Insee [cité le 28 février 2026]. Disponible: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/7673408](https://www.insee.fr/fr/statistiques/7673408?geo=FRANCE)
22. Strauss AL, Fagerhaug S, Sucek B, Wiener C. The work of hospitalized patients. *Soc Sci Med*. 1982;16(9):977–86. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90366-5
23. Dubois V. L'action publique. *Nouveau manuel de science politique*. 2009;La Découverte:311–25.
24. Dubois V, Cohen, Lacroix, Riutort. L'action publique. *Nouveau manuel de science politique*. 2009;La Découverte:311–25.
25. Baudouin J, Mény Y, Thoenig JC. Politiques publiques. *Revue française de science politique*. 1990;3(40):394–7.
26. [En ligne]. Un premier enfant à 29,1 ans en 2023 : un âge qui continue d'augmenter - Insee Focus - 356 [cité le 5 février 2026]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8608134>
27. [En ligne]. AME femmes enceintes : droits et prise en charge de la grossesse en 2025 - CMU [cité le 5 février 2026]. Disponible: <https://www.cmu.fr/info/ame-femmes-enceintes-droits-et-prise-en-charge-de-la-grossesse-en-2025/9931/>
28. Jusot F, Carré B, Wittwer J. Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. *rfeco*. 2019;Vol. XXIV(1):133–81. DOI: 10.3917/rfe.191.0133
29. [En ligne]. Très cher premier enfant - Observatoire des Nouvelles Consommations [cité le 5 février 2026]. Disponible: <https://nouvellesconso.leclerc/tres-cher-premier-enfant/>
30. Lebugle A, Pisarik J, Eloy P, Garcin E, Malbrel J. Enquête Hebtiens. Être hébergé-e chez des tiers et recourir aux services d'aide en Île-de-France. Observatoire du Samusocial de Paris; 2026 p. 250.
31. Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE, Les résultats en bref. European Union Agency For Fundamental Rights; 2014.
32. [En ligne]. Violence à l'encontre des femmes [cité le 1 mars 2026]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
33. [En ligne]. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes | OHCHR [cité le 28 février 2026]. Disponible: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
34. Schmoll C. Les damnées de la mer. Femmes et frontières en Méditerranée. La Découverte; 2025.
35. Organisation Internationale pour les Migrations. [En ligne]. 2024. Rapport État de la migration dans le monde [cité le 1 mars 2026]. Disponible: <https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/foreword/foreword>
36. Arnaud A, Caum C, de Watrigant T, Garcin E, Guyavarch E, Jangal C, et al. Enfants et familles sans logement - Rapport d'enquête ENFAMS. Observatoire du Samusocial de Paris; 2014.
37. Khouani J, Landrin M, Boulakia RC, Tahtah S, Gentile G, Desrues A, et al. Incidence of sexual violence among recently arrived asylum-seeking women in France: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;34:100731. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100731
38. Andro A, Eberhard M, Gelly M. DSAPHIR : Droits , santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées , réfugiées. Observatoire du Samusocial de Paris; 2017.
39. Condon S, Dauphin S, Dupuis J. Violences envers les femmes dans les espaces publics, au travail et dans les couples à La Réunion - Premiers résultats de l'enquête Virage dans les Outre-mer. Ined; 2019.
40. [En ligne]. Excision et mutilations génitales féminines | UNICEF France [cité le 23 février 2026]. Disponible: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/excision-et-mutilations-genitales-feminines/>
41. World Health Organization. Female genital mutilation. *Lancet*. 2020;362 Suppl:s26-7. DOI: 10.1016/s0140-6736(03)15064-7
42. Lesclingand M, Andro A, Lombart T. Estimation du nombre de femmes adultes ayant subi une mutilation génitale féminine vivant en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2019;21.
43. Arnaud A. ENFAMS - Enfants et familles sans logement. Observatoire du Samusocial de Paris; 2014.
44. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, Demiguel V, Lebreton É, Deroyon T. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. . Inserm; October 2022 p. 297.
45. N'Da SR esse, N'Da C, Soumahoro KA. On the fight against Female Genital Mutilation (FGM): an Analysis of Cultural Substitutes as Strategies for Collective Change and Abandonment in Côte d'Ivoire. *EAS J Humanit Cult Stud*. 2023;5(02):99–106. DOI: 10.36349/easjhc.2023.v05i02.006
46. Défenseur des droits. Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité. 2025 p. 68.
47. [En ligne]. Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance [cité le 4 mars 2026]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045292687
48. Le Rolland L, Mendras P, Roy D, Sultan Parraud J, Toulemon L. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DRESS; May 2023.
49. Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)*. 2018;
50. Sidibé A, Thibeaud M, Pertinand S, Maille D, de Pascalis C, Bellon G. Entraves dans l'accès à la santé - Les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'aide médicale d'état. Rapport d'enquête interassociatif; avril 2023.
51. [En ligne]. Douleurs pendant les règles ou dysménorrhée : quelles sont les causes ? | ameli.fr | Assuré [cité le 23 février 2026]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/regles-douloureuses/douleurs-regles>
52. Fernandez H, Barea A, Chanavaz-Lacheray I. Prevalence, intensity, impact on quality of life and insights of dysmenorrhea among French women: A cross-sectional web survey. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;101889. DOI: 10.1016/j.jogoh.2020.101889
53. [En ligne]. Règles douloureuses | ameli.fr | Assuré [cité le 23 février 2026]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/regles-douloureuses>
54. [En ligne]. Endométriose : définition et facteurs favorisants | ameli.fr | Assuré [cité le 23 février 2026]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/definition-facteurs-favorisants>
55. [En ligne]. WHO statement on menstrual health and rights [cité le 23 Février 2026]. Disponible: <https://www.who.int/news/item/22-06-2022-who-statement-on-menstrual-health-and-rights>
56. Mari-Klose M, Julià A, Escapa S, Gallo P. Period poverty and mental health in a representative sample of young women in Barcelona, Spain. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):201. DOI: 10.1186/s12905-023-02328-w
57. Assurance maladie. Améliorer le recours aux soins gynécologiques des femmes en situation de précarité. Un nouveau regard sur l'Assurance Maladie consultation de suivi gynécologique de prévention auprès d'une Sage-Femme. 2021.
58. Vuillermoz C, Vandentorren S, Chauvin P. Le dépistage des cancers féminins chez les femmes sans logement personnel en Île-de-France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2014;62:S192. DOI: 10.1016/j.respe.2014.06.068
59. Ramblière L, Gallet C, Douay C, David M, Gerard-Dematons P, Yeann A. SPHERE : Santé et Précarité - Hébergement à l'Hôtel social et Étude sur les Réalités à Paris. Samusocial de Paris et Direction de la santé Publique de la ville de Paris; September 2025.
60. [En ligne]. AGIR ensemble pour la santé des femmes précaires - Agir pour le cœur des femmes [cité le 23 Février 2026]. Disponible: <https://www.agirpourlecoeurdesfemmes.com/agir/parcours/AGIR-ensemble-pour-la-sante-des-femmes-precaires>

61. France Terre d'Asile. Le parcours des combattantes - Santé sexuelle et menstruelle : obstacles et initiatives dans le parcours santé des femmes exilées. La lettre de l'asile et de l'intégration. 2021;
62. [En ligne]. Un nouveau rapport de l'OMS met en avant une baisse alarmante de l'utilisation des préservatifs chez les adolescents et un risque accru d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées [cité le 23 Février 2026]. Disponible: https://www.who.int/europe/fr/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report?utm_source=chatgpt.com
63. Rouchou L, Hugon-Rodin J, Le Ray C, Azria E. Statut migratoire des femmes et contraception à deux mois de l'accouchement en France : une analyse à partir de l'Enquête nationale périnatale 2021. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2025;53(11):594. DOI: 10.1016/j.gofs.2025.09.016
64. GBD 2021 Sickle Cell Disease Collaborators. Global, regional, and national prevalence and mortality burden of sickle cell disease, 2000–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Haematol*. 2023;10(8):e585–99. DOI: 10.1016/S2352-3026(23)00118-7
65. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;377:e067946. DOI: 10.1136/bmj-2021-067946
66. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800–19. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0
67. [En ligne]. 8 September 2025. Troubles anxieux [cité le 2 Mars 2026]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
68. [En ligne]. Dépression [cité le 2 Mars 2026]. Disponible: https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab_1
69. Doncarli A, Demiguel V, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Lebreton E, Apter G, et al. Depression at 2 months postpartum: results from the french national perinatal survey. *J Clin Psychiatry*. 2025;86(4). DOI: 10.4088/JCP.25m15818
70. [En ligne]. Dépression post-partum : un accompagnement possible - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [cité le 26 Février 2026]. Disponible: https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/sante-des-femmes/article/depression-post-partum-un-accompagnement-possible?utm_source=chatgpt.com
71. Doncarli A, Tebeka S, Demiguel V, Lebreton É, Deneux-Tharaux C, Boudet-Berquier J, et al. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2023;12:348–60.
72. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Russo AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016;46(2):327–43. DOI: 10.1017/S0033291715001981
73. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5):1353383. DOI: 10.1080/2008198.2017.1353383
74. [En ligne]. 27 May 2024. Trouble de stress post-traumatique [cité le 2 Mars 2026]. Disponible: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
75. Bovin MJ, Kimerling R, Weathers FW, Prins A, Marx BP, Post EP, et al. Diagnostic accuracy and acceptability of the primary care posttraumatic stress disorder screen for the diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition) among US veterans. *JAMA Netw Open*. 2021;4(2):e2036733. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36733
76. Viaux-Savelon S, Dupont C. Stress post-traumatique en périnatalité : prévention, diagnostic et prise en charge. *La Presse Médicale Formation*. 2024;5(5):353–9. DOI: 10.1016/j.lpmfor.2024.08.003
77. Stevenson K, Fellmeth G, Edwards S, Calvert C, Bennett P, Campbell OMR, et al. The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2023;8(3):e203–16. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00342-5
78. El-Khoury F, Sutter-Dallay A-L, Panico L, Charles M-A, Azria E, Van der Waerden J, et al. Women's mental health in the perinatal period according to migrant status: the French representative ELFE birth cohort. *Eur J Public Health*. 2018;28(3):458–63. DOI: 10.1093/eurpub/cky008
79. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2013;27(1):33–46. DOI: 10.1016/j.janxdis.2012.08.004
80. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18–31. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.045
81. Shaw JG, Asch SM, Katon JG, Shaw KA, Kimerling R, Frayne SM, et al. Post-traumatic Stress Disorder and Antepartum Complications: a Novel Risk Factor for Gestational Diabetes and Preeclampsia. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017;31(3):185–94. DOI: 10.1111/ppe.12349
82. Rocha M, Daniels K, Chandrasekaran S, Michopoulos V. Trauma and posttraumatic stress disorder as important risk factors for gestational metabolic dysfunction. *Am J Perinatol*. 2024;41(14):1895–907. DOI: 10.1055/a-2260-5051
83. Yonkers KA, Smith MV, Forray A, Epperson CN, Costello D, Lin H, et al. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(8):897–904. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.558
84. Sanjuan PM, Fokas K, Tonigan JS, Henry MC, Christian K, Rodriguez A, et al. Prenatal maternal posttraumatic stress disorder as a risk factor for adverse birth weight and gestational age outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021;295:530–40. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.079
85. Ye F, Chen J, Gao X, Lin H, Chen Y, Liu J, et al. Effect of pandemic-induced PTSD in pregnant women on infant physical growth: a prospective cohort study. *BMC Pediatr*. 2024;24(1):771. DOI: 10.1186/s12887-024-05244-6
86. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215(2):341–6. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.003
87. Ballard T, Coates J, Swindale A, Deitchler M. Indice domestique de la faim : Définition de l'indicateur et guide de mesure. *Food and nutrition technical assistance*; August 2011 p. 7.
88. Ménard V, Sotunde OF, Weiler HA. Ethnicity and immigration status as risk factors for gestational diabetes mellitus, anemia and pregnancy outcomes among food insecure women attending the montreal diet dispensary program. *Can J Diabetes*. 2020;44(2):139–145.e1. DOI: 10.1016/j.cjcd.2019.05.004
89. Lee CY, Zhao X, Reesor-Oyer L, Cepni AB, Hernandez DC. Bidirectional relationship between food insecurity and housing instability. *J Acad Nutr Diet*. 2021;121(1):84–91. DOI: 10.1016/j.jand.2020.08.081
90. [En ligne]. Diagnostic de la précarité alimentaire en Île-de-France | Agence Nouvelle des Solidarités Actives [cité le 28 Février 2026]. Disponible: <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/publication/diagnostic-de-la-precarite-alimentaire-en-ile-de-france>
91. [En ligne]. Précarité alimentaire en Île-de-France : un risque important dans les grandes villes mais présent aussi dans les zones rurales - Insee Analyses Île-de-France - 168 [cité le 28 Février 2026]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7453506>
92. [En ligne]. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [cité le 28 Février 2026]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
93. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économies et de la santé*. 2011;1(69).
94. Després C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *sosan*. 2013;31(2):71–96. DOI: 10.1684/sss.2013.0205
95. Ancelot L, Bonnal L, Depret M-H. Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. *rfeco*. 2017;Vol. XXX(4):63–107. DOI: 10.3917/rfe.164.0063
96. Lapinte A. La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins . DREES Méthodes; August 2023. Rapport no 10.
97. Sartorius V, Torchin H, Gaulard L, Philibert M, Butler V, Saucedo M, et al. Evaluation of area based socioeconomic inequalities and neonatal mortality rates in France: national population based study. *bmjmed*. 2025;4(1):e000954. DOI: 10.1136/bmjmed-2024-000954
98. [En ligne]. Multiple births | INED [cité le 27 Février 2026]. Disponible: https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/births-fertility/multiple-births/?utm_source=chatgpt.com
99. [En ligne]. Indicateurs de santé périnatale | Stats ATIH [cité le 25 Février 2026]. Disponible: <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>
100. Sauvegrain P, Gosselin A, Bertuzzi L, Melchior M, Kotobi L. La santé des femmes immigrées en France. *adsp*. 2020;(111).
101. Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *BEH*. 2012;
102. Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *remi*. 2012;28(2):81–100. DOI: 10.4000/remi.5902
103. [En ligne]. Low birth weight [cité le 25 Février 2026]. Disponible: <https://www.who.int/data/nutrition/nlts/info/low-birth-weight>
104. Mare KU, Andarge GG, Sabo KG, Mohammed OA, Mohammed AA, Molero AH, et al. Regional and sub-regional estimates of low birth weight and its determinants in 44 low- and middle-income countries: evidence from demographic and health survey data. *BMC Pediatr*. 2025;25(1):342. DOI: 10.1186/s12887-025-05691-9
105. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med*. 1985;312(2):82–90. DOI: 10.1056/NEJM198501103120204
106. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083–8. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0
107. Galjaard S, Ameys L, Lees CC, Pexsters A, Bourne T, Timmerman D, et al. Sex differences in fetal growth and immediate birth outcomes in a low-risk Caucasian population. *Biol Sex Differ*. 2019;10(1):48. DOI: 10.1186/s13293-019-0261-7
108. [En ligne]. Les évolutions du Cadre Unifié pour les 115 – SIAO 95 [cité le 25 Février 2026]. Disponible: <https://siao.esperer-95.org/2024/07/08/les-evolutions-du-cadre-unifie-pour-les-115/>
109. Clermidy PP. Les 1000 premiers jours - Là où tout commence, Rapport de la commission des 1000 premiers jours, Ministère des solidarités et de la santé, septembre 2020, 130 p. Laennec. 2020;Tome 68(4):56a–57. DOI: 10.3917/ae.204.0056a
110. Orovou E, Antoniou E, Zervas I, Sarantaki A. Prevalence and correlates of postpartum PTSD following emergency cesarean sections: implications for perinatal mental health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol*. 2025;13(1):26. DOI: 10.1186/s40359-025-02344-5
111. Allouche-Kam H, Arora IH, Pham CT, Chon E, Lee M, Agwu O, et al. The psychological impact of childbirth: Unscheduled cesarean delivery associates with increased risk for acute stress response. *Pregnancy (Hoboken)*. 2026;2(1):e70220. DOI: 10.1002/pmf2.70220
112. Grisbrook M-A, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanga H, Letourneau N. The Association between Cesarean Section Delivery and Child Behavior: Is It Mediated by Maternal Post-Traumatic Stress Disorder and Maternal Postpartum Depression? *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(1). DOI: 10.3390/bs14010061
113. Nahaei J, Rezaie M, Abdoli E, Mirghafourvand M, Ghanbari-Homaie S, Jafarzadeh M. Association of childbirth experience with long-term psychological outcomes: a prospective cohort study. *Reprod Health*. 2024;21(1):71. DOI: 10.1186/s12978-024-01819-9



samusocialParis