

# La grossesse des femmes sans-domicile sollicitant le dispositif 115/SIAO de Paris entre 2016 et 2018

Charlotte Dion, Émilie Segol et Amandine Lebugle

(2020)

## Table des matières

Introduction.....	3
Méthodologie.....	8
Quelle place occupent les femmes enceintes parmi la population sollicitant le dispositif d'hébergement d'urgence et qui sont-elles ?.....	9
De plus en plus de femmes et de plus en plus de femmes enceintes ont recours au dispositif d'hébergement d'urgence.....	9
Des femmes plus jeunes, plus fécondes et majoritairement migrantes.....	10
La situation familiale déclarée au Samusocial.....	18
Le motif de séparation et le temps d'errance, révélateurs de parcours biographiques distincts.....	23
Temps d'errance et ancienneté dans le dispositif : des parcours dépendant de la nationalité, des motifs d'errance et de la situation familiale.....	23
Expulsion, migration et séparation familiale : des motifs différents selon les profils.....	29
Des femmes aux ressources inégales face aux difficultés.....	36
Des femmes plus précaires, et de plus en plus précaires.....	38
Des niveaux de précarité différents, dépendant de facteurs juridiques et administratifs.....	41
Une précarité plus forte au début de l'errance, s'atténuant avec le temps.....	49
Grossesse et parcours d'hébergement.....	53
Réponse donnée au premier appel : des logiques de priorisation complexes.....	53
Le rôle du dispositif d'urgence au cours de la grossesse.....	61
Parcours d'hébergement pendant la grossesse.....	69
L'invisibilité des femmes enceintes à la rue.....	73
Conclusion et pistes d'approfondissement.....	76
Bibliographie.....	78
Annexes.....	81

# Introduction

La présence de familles à la rue, et qui plus est de femmes enceintes, était chose impensable il y a une dizaine d'années, et pourtant cette réalité fait de nos jours partie du quotidien. La situation de pénurie de places d'hébergement, qu'il s'agisse de mise à l'abri ou d'hébergement plus pérenne, met à mal le principe d'inconditionnalité de l'hébergement instauré par la loi du 25 mars 2009, depuis l'apparition des premières familles en situation de rue. Ce rapport traite le cas des femmes enceintes ayant sollicité le dispositif d'hébergement d'urgence 115/SIAO entre 2016 et 2018 (Encadré 1).

Les femmes enceintes constituent un public spécifique de l'hébergement d'urgence : la grossesse nécessite des changements de pratiques et précautions spécifiques pour éviter les risques liés à l'état gestationnel, tant pour la femme que pour l'enfant à naître (fausses couches, infections, bouleversements psychiques, accouchements prématurés, petits poids de naissance, avortements, retards de croissance, etc.), risques qui font considérer la grossesse des femmes sans-domicile comme des grossesses à risque. Nous mobilisons pour les caractériser le concept de vulnérabilité dans son acception commune dans le champ des sciences sociales : il désigne à la fois un état de fragilité par lequel la personne vulnérable a un risque accru de subir un tort, mais il sert également à désigner les formes de pauvreté et de précarité indissociables de leur traitement par l'action publique sanitaire et sociale (Brodiez-Dolino, 2015). Cette définition nous conduit à définir l'axe d'analyse principal de ce rapport : l'état de grossesse est à la fois une ressource et une contrainte, pouvant précipiter la mise à la rue, ou empêcher certaines formes de prise en charge, et inversement. Comment distinguer à l'aune de cette problématique, les femmes dans leurs parcours, à la fois parcours de vie et parcours dans l'assistance, selon leurs profils socio-démographiques ?

---

## **Encadré 1. Population d'étude : les femmes sollicitant le dispositif d'hébergement d'urgence 115/SIAO.**

L'encadrement légal de la prise en charge des femmes enceintes se caractérise par une situation « interstitielle » (Planche, 2014) entre une prise en charge par le département au titre de la protection de l'enfance qui inclut, au moyen des centres maternels, les femmes enceintes et enfants de moins de 3 ans et une prise en charge par l'État français, au titre de la prise en charge des populations à la rue, par l'intermédiaire des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et l'ensemble du parc d'hébergement d'urgence. Les femmes sollicitant le dispositif étatique peuvent le faire via un appel à la plateforme téléphonique du 115 ou via leur assistante sociale qui contacte le SIAO. Ce rapport portant

uniquement sur les femmes sollicitant le dispositif 115/SIAO, les analyses ne peuvent être généralisées à l'ensemble des femmes enceintes sans-domicile.

---

Proportionnellement, les femmes sont moins fréquemment en situation de sans-abrisme que les hommes. Le système de protection sociale protège les femmes plus que les hommes de l'extrême précarité, en leur favorisant l'accès au logement social (Marpsat, 1999), et encore plus si elles sont accompagnées d'enfants, et ou encore si elles sont seules avec eux (en leur accordant des prestations familiales comme l'Aide aux Parents Isolés (API) dont 96% des bénéficiaires sont des femmes en 2017 (Insee, 2019). De ce fait, la grossesse et la maternité peuvent être une protection vis-à-vis de la situation de rue. De plus, la grossesse peut constituer une ressource, au sens où les femmes enceintes peuvent accéder de manière prioritaire à l'hébergement d'urgence (Planche, 2014). Si elles sont migrantes, la grossesse peut enclencher des démarches d'ouverture de droits sociaux ou un processus de régularisation administrative (Virole-Zajde, 2016). Enfin, pour certaines la grossesse peut leur permettre de bénéficier davantage du système de solidarité familiale (Marpsat, 1999). Cependant, la grossesse est aussi parfois à l'origine de la perte du logement ou de l'hébergement. En effet, une nouvelle naissance peut précipiter une expulsion, lorsque les femmes enceintes sont hébergées chez un tiers ou dans un hôtel social, la naissance engendrant numériquement une situation de suroccupation (Berrocal, Le Méner, 2014). On peut supposer que dans le contexte où depuis le début des années 2010 le principe d'inconditionnalité de l'hébergement s'est trouvé mis à mal par l'insuffisance des capacités d'accueil (Eberhard, Guyavarch, Le Méner, 2016), être femme n'est plus un avantage (comme cela était le cas à la fin années 1990) et ne leur permet plus d'éviter des situations de rue.

Les femmes enceintes ne forment pas un public homogène, ayant accès aux mêmes droits ou aux mêmes types d'hébergement. De nationalité étrangère ou française, francophone, ayant un réseau social d'entraide sur lequel s'appuyer ou non, bénéficiant ou non d'une couverture sociale prenant en charge les examens médicaux, d'un suivi social permettant de construire un parcours de réinsertion et protégeant l'enfant à naître, bénéficiant de ressources d'allocations ou du travail couvrant les besoins vitaux quotidiens : les profils des femmes enceintes sont très différents, certaines pouvant être dans des situations d'extrême précarité du fait d'une mauvaise prise en charge et d'une orientation insuffisante dans le circuit d'assistance et de soin (Berrocal, Le Méner, 2014).

Face à la nécessité de trouver un abri et de quoi survivre, et le cas échéant de nourrir ses enfants, les contraintes spécifiques liées à la grossesse, que sont notamment le suivi régulier de grossesse ou les examens médicaux, passent souvent au second plan, mettant en danger

la santé de la mère mais également celle de l'enfant à naître. L'enquête ENFAMS rapporte comme motifs d'absence de recours aux soins des femmes sans logement *“la compétitivité de leurs besoins, notamment alimentaires, vestimentaires, résidentiels, le déni des besoins de soins, les coûts, le transport, le défaut de couverture maladie, la langue et la méfiance face au système de soins”*.

Les femmes enceintes ont aussi très probablement un accès différencié à l'hébergement d'urgence, notamment du fait de leur situation familiale. La présence d'enfants ou le fait d'être en couple peut rendre plus difficile l'accès à l'hébergement, pour des raisons « pratiques » de suroccupation, notamment dans le cas de familles nucléaires avec un nombre d'enfants élevé. Pour certaines femmes en couple ou accompagnées d'enfants majeurs, l'obligation de séparation souvent imposée par la structure d'accueil peut amener à refuser les solutions proposées ; pour les femmes seules avec enfant(s), la garde des enfants est problématique, si la femme souhaite conduire des démarches administratives ou trouver un travail de subsistance, travail qui pour certaines migrantes peut aussi être une solution pour leur ouvrir des droits au séjour (Italiano, 2016).

Enfin, la question des modalités de la prise en charge interroge. La problématique n'est pas spécifique aux femmes enceintes mais peut avoir des conséquences encore plus délétères pour ces femmes en situation de fragilité. La prise en charge en Centre d'hébergement d'urgence (CHU), et/ou localisée à Paris pourrait potentiellement être associée à de meilleures conditions de suivi et de maintien en bonne santé des femmes enceintes tandis que la prise en charge à l'hôtel, et qui plus est en banlieue parisienne, à l'inverse, peut-être davantage source de difficultés : l'éloignement physique des structures d'aide et de suivi peut compromettre les démarches de réinsertion. Mais aussi, du fait des caractéristiques de l'hébergement hôtelier, et des règles d'usage qui y prévalent, en l'absence de cuisine collective et sans autorisation de faire la cuisine dans les chambres, les familles à l'hôtel rencontrent des problèmes d'alimentation, et de fait de santé, ou encore souffrent d'une perte du lien social (Guyavarch, Le Méner, Vandentorren, 2014). En outre, l'hébergement d'urgence étant saturé, les femmes sont parfois déplacées d'hôtels en hôtels sur toute l'Île-de-France, une errance subie qui rend la grossesse d'autant plus épuisante pour ces femmes.

Enfin, la question de la prise en charge ne se limite pas au seul temps de la grossesse. La presse rapporte de plus en plus de cas de femmes mises à la rue par l'hôpital quelques semaines après leur accouchement, lorsque ce n'est pas l'accouchement lui-même qui a lieu

dans la rue<sup>1</sup>. Pourtant, pour limiter ces situations et encadrer la prise en charge de femmes enceintes sans-domicile, un protocole de prise en charge spécifique aux mères venant d'accoucher dans les hôpitaux a été élaboré. Les nouvelles mères sans-abri sont ainsi hébergées à l'hôpital pour une durée maximale d'un mois suivant l'accouchement (Encadré 2). Les hôpitaux, dont les effectifs et les moyens sont déjà sous tension, et de plus en plus soumis à des impératifs de rentabilité, n'ont ni l'espace, ni le temps ni les moyens de protéger ces femmes passé ce délai ; celles-ci sont bien souvent mises à la rue faute d'hébergement-relai disponible. Toutefois, les femmes ayant intégré le protocole AP-HP bénéficient d'un suivi post-natal d'une durée de trois mois.

---

**Encadré 2. Extrait de l'article 95 du règlement intérieur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris**

*“ Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :*

- *d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement*
- *d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.*

*En l'absence de lit disponible au sein du groupe hospitalier, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité. ”*

---

Dans ce rapport, nous mettrons en balance les atouts et obstacles que peut représenter la situation de grossesse, et qui affectent différemment les femmes selon leur profil socio-démographique.

(I) Dans un premier temps, nous décrirons les caractéristiques de la population des femmes enceintes et son évolution.

(II) Puis nous explorerons les motifs qui ont conduit ces femmes à l'errance, dessinant des parcours de vie distincts selon les profils, notamment la nationalité, la situation administrative, ou encore la situation familiale

(III) Nous aborderons ensuite la question des ressources à disposition pour faire face aux impératifs de survie quotidiens ainsi qu'aux besoins spécifiques liés à la grossesse. Ces

---

<sup>1</sup> Extrait d'une déclaration de Gilles Petits-Gats, directeur de la Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile (CAFDA) : « Nous estimons à 146 le nombre de bébés nés dans la rue cette année (2019) alors qu'ils n'étaient que 100 en 2018 et 49 en 2017 »

ressources sont mesurées par trois indicateurs : le fait de bénéficier de ressources financières, d'une couverture sociale et d'un suivi social.

(IV) Enfin, nous aborderons la question des parcours d'hébergement des femmes enceintes : une fois à la rue accèdent-elles de façon prioritaire à l'hébergement d'urgence ? Quelles sont les logiques de priorisation ? Comment sont-elles prises en charge dans le dispositif d'hébergement d'urgence ? Les parcours d'hébergement sont-ils différents selon leurs profils et si oui selon quels critères ?

# Méthodologie

Cette étude s'appuie sur l'analyse des données de la base Aloha renseignée par les écoutants sociaux du 115 et du SIAO Urgence de Paris suite aux déclarations des femmes enceintes ou de leur assistante sociale. Dans cette base de données, les femmes sont identifiées enceintes lorsqu'elles le déclarent au cours de l'appel ou lorsqu'elles le signalent à un travailleur social qui transmet l'information au SIAO Urgence. Il leur est alors demandé de fournir un certificat de grossesse afin que leur grossesse soit officiellement prise en compte au moment des appels et que ces femmes puissent intégrer le protocole AP-HP. À titre d'exemple, lorsqu'elles n'ont pas d'enfant et qu'elles sont enceintes, dès lors qu'elles fournissent un certificat médical<sup>2</sup> attestant d'une grossesse datée d'au moins trois mois, leur prise en charge au sein du 115-SIAO passe du pôle "isolés" au pôle "familles".

Pour analyser l'évolution du nombre de femmes enceintes et leur profil, nous avons constitué un premier échantillon comprenant les femmes se déclarant enceintes auprès du 115/SIAO entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2018. Cet échantillon permet de connaître l'évolution du nombre de femmes enceintes et de décrire leurs profils<sup>3</sup>. Nous avons également observé la réponse donnée au premier appel où les femmes signalent leur grossesse. Des comparaisons ont été menées, entre les réponses données par les femmes enceintes et celles données par l'ensemble des femmes en âge de procréer (15-49 ans) sollicitant le 115/SIAO, ou encore celles de l'ensemble de la population française de femmes en âge de procréer.

Un second échantillon plus restreint a été constitué pour analyser les parcours d'hébergement et l'impact de la grossesse sur ceux-ci. Dans la mesure où le dispositif d'urgence est sollicité à différents moments de la grossesse, il a semblé préférable de cibler les femmes enceintes sur une période réduite, à l'automne 2017, qui correspond à l'année où un travail approfondi d'étude des parcours est mené. Cet échantillon regroupe les femmes qui ont signalé au 115 ou au SIAO une grossesse la première fois entre septembre et décembre 2017, soit 791 femmes. Pour une meilleure compréhension des parcours d'hébergement de ces femmes, nous avons analysé 24 notes rédigées par les écoutants sociaux au moment des appels.

---

<sup>2</sup> Sur la cohorte septembre-décembre 2017, 28 % des femmes enceintes ont fourni un certificat

<sup>3</sup> Il arrive parfois que les écoutants sociaux n'obtiennent pas au premier contact les informations relatives aux caractéristiques socio-démographiques, au parcours migratoire, à la couverture sociale ou au suivi social, mais seulement après plusieurs contacts. Ces renseignements ont été pris en compte dans les caractéristiques des femmes au premier contact pendant la grossesse.

# Quelle place occupent les femmes enceintes parmi la population sollicitant le dispositif d'hébergement d'urgence et qui sont-elles ?

Le nombre de femmes enceintes sans-domicile est loin d'être négligeable et devient de plus en plus important. L'objectif de cette partie est de mieux connaître les profils de cette population. Que représente-t-elle par rapport aux usagers du dispositif d'hébergement d'urgence 115/SIAO ? Que représente-t-elle par rapport à la population générale ? Qui sont ces femmes ? Quelle est la part de femmes de nationalité étrangère, quel est leur statut administratif et leur composition familiale ?

## De plus en plus de femmes et de plus en plus de femmes enceintes ont recours au dispositif d'hébergement d'urgence

Loin d'être un phénomène marginal, la présence de femmes enceintes à la rue sollicitant le dispositif 115/SIAO est non seulement courant, mais de plus en plus fréquent ces dernières années. En 2018, près d'1 femme sur 5 parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) est enceinte (Tableau 1). Cette part est en progression de 3 points de pourcentage par rapport à celle de 2016. L'augmentation du nombre de femmes enceintes entre 2016 et 2018 (36 %) a été près de trois fois plus importante que celle observée parmi les femmes en âge de procréer (15 %).

Si on suppose que toutes les grossesses déclarées lors des appels au 115/SIAO aboutissent à la naissance d'un enfant (sans interruption volontaire de grossesse, sans interruption médicale de grossesse, sans fausse couche, sans enfants mort-nés, et en l'absence de mortalité maternelle), il est possible de comparer la part de femmes enceintes dans le dispositif d'urgence à celle des femmes ayant accouché au sein de la population générale. Par rapport à la population française, la part des femmes enceintes est trois fois plus importante au sein du public 115/SIAO, soit 15 à 18 % contre 5 % à 6 % (Tableau 1).

Tableau 1. **Nombre de femmes enceintes par rapport au nombre de femmes en âge de procréer au sein du public 115/SIAO ; Nombre de femmes en âge de procréer et nombre de naissance en France, de 2016 à 2018.**

	Usagères du 115/SIAO			Femmes françaises de 15 à 49 ans		
	Femmes 15-49 ans	Femmes enceintes	Part de f.e	Femmes 15 à 49 ans	Naissances	Part de f.e.
2016	11 727	1 743	15%	14 059 253	784 000	6%
2017	13 141	2 096	16%	14 015 616	769 553	5%
2018	13 463	2 366	18%	13 972 328	759 000	5%
2016-2017	+11%	+20%	-	-0,3%	-2%	-
2017-2018	+2%	+13%	-	-0,3%	-1%	-
2016-2018	+13%	+36%	-	-0,6%	-3%	-

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris ; INSEE

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes âgées de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée. Femmes françaises âgées de 15 à 49 ans

Note de lecture : En 2016, au sein du public sollicitant le 115/SIAO, 1 743 femmes enceintes ont été enregistrées ; 11 727 femmes de 15-49 ans ont été enregistrées, soit 15% de femmes enceintes parmi les femmes en âge de procréer cette année. En France en 2016, l'INSEE dénombre 14 millions de femmes en âge de procréer, et 784 000 naissances, soit 6% de femmes enceintes parmi les femmes en âge de procréer ayant donné naissance cette année.

La part plus élevée de femmes enceintes au sein du public 115-SIAO s'explique d'une part par une structure par âge distordue, avec des effectifs plus importants aux âges où la fécondité est élevée, et d'autre part, par le fait que les femmes enceintes de nationalité étrangère, majoritaires au sein du public sollicitant le 115-SIAO, ont une fécondité plus élevée que les femmes françaises (Toulemon, 2004).

## Des femmes plus jeunes, plus fécondes et majoritairement migrantes

### *Des femmes plus jeunes qu'en population générale*

Nous constatons que les femmes sollicitant le dispositif sont plus nombreuses dans les tranches d'âge de 20 à 35 ans et sont sous-représentées dans les tranches d'âge de moins de 20 ans et après 35 ans (Tableau 2). La sous-représentation des femmes de 15-19 ans s'explique par le fonctionnement même du dispositif : les personnes mineures ne sont prises en charge par le 115/SIAO que lorsqu'elles sont en famille, les mineur.e.s non accaompagné.e.s relevant des compétences de la protection de l'enfance. Ainsi, la comparaison de la population 115/SIAO et la population générale n'est pas possible sur cette tranche d'âge.

Par conséquent, parmi la population ayant fait appel au dispositif d'urgence, près de 6 femmes sur 10 ont entre 20 et 35 ans. Cette répartition par âge est différente de celle que l'on observe en population générale, celle-ci étant relativement stable entre 15 et 49 ans, où 4 femmes sur 10 sont âgées entre 20 et 35 ans (Insee, 2019).

**Tableau 2. Répartition par âge des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer sollicitant le 115/SIAO en 2018 et de l'ensemble des femmes françaises en âge de procréer en 2020**

	Femmes usagères du 115/SIAO				Femmes françaises	
	Femmes enceintes		F. 15-49 ans		F. 15-49 ans	
AGE	N	%	N	%	N	%
15-19	150	6%	1 115	8%	2 016 553	14%
20-24	584	25%	2 447	18%	1 855 071	13%
25-29	690	29%	2 939	22%	1 878 646	13%
30-34	573	24%	2 852	21%	2 089 885	15%
35-39	299	13%	2 076	15%	2 172 569	15%
40-44	60	3%	1 275	9%	2 070 453	14%
45-49	10	0%	759	6%	2 280 214	16%
<b>Total</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>	<b>13 463</b>	<b>100%</b>	<b>14 363 391</b>	<b>100%</b>

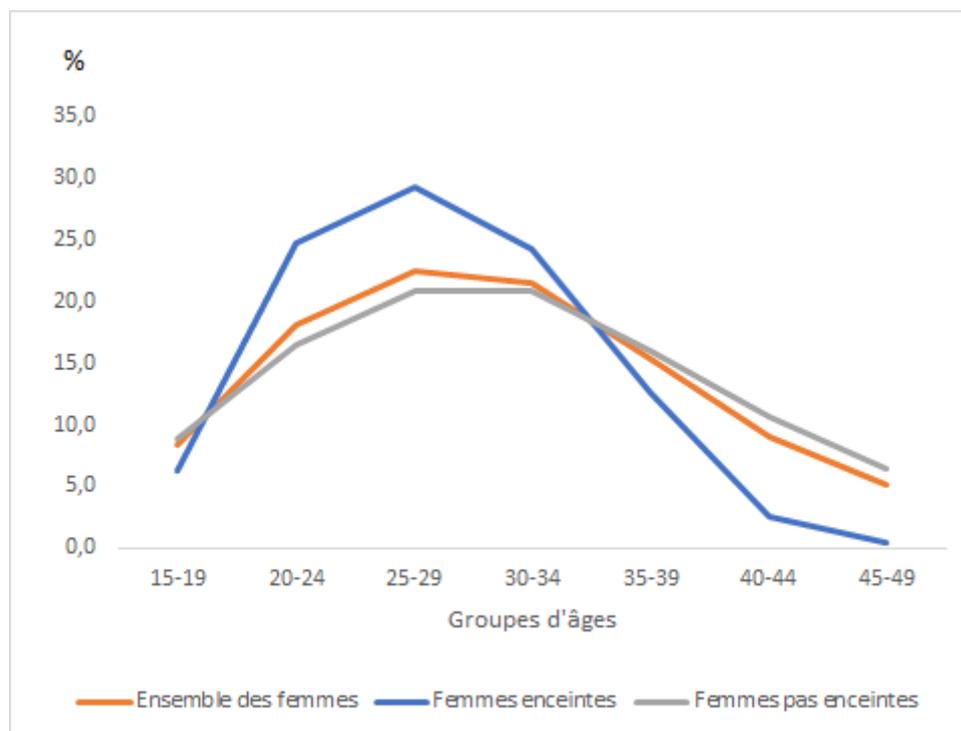
Source : 115/SIAO : Base Aloha du Samusocial de Paris ; et Population générale : INSEE

Champ : 115/SIAO : Femmes se déclarant enceintes et femmes âgées de 15-49 ans ayant émis au moins une demande en 2018 ; Population générale en 2020 : France y.c. Mayotte.

Note de lecture : En 2018, 25% des femmes enceintes en âge de procréer sollicitant le dispositif sont âgées de 20 à 24 ans ; c'est le cas de 18% des femmes en âge de procréer sollicitant le dispositif. En 2020, 13 % des femmes françaises âgées de 15 à 49 ans ont entre 20 et 24 ans.

Les femmes enceintes au sein du public 115/SIAO sont surreprésentées aux âges où la fécondité est la plus forte, soit entre 20 et 35 ans : entre 25 % et 30 % des femmes enceintes sont classées dans cette classe d'âge contre 15 % à 20 % de l'ensemble des femmes sollicitant le dispositif (Figure 1).

Figure 1. Répartition par âge des femmes enceintes et des femmes sollicitant le dispositif en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018 ; et ensemble des femmes âgées de 15-49 ans ayant émis au moins une demande en 2018.

Note de lecture : En 2018, 6,3% des femmes ayant appelé le 115 en étant enceinte étaient âgées de 15-19 ans. C'était le cas de 8,4% de l'ensemble des femmes et de 8,9% des femmes qui n'étaient pas enceintes en 2018.

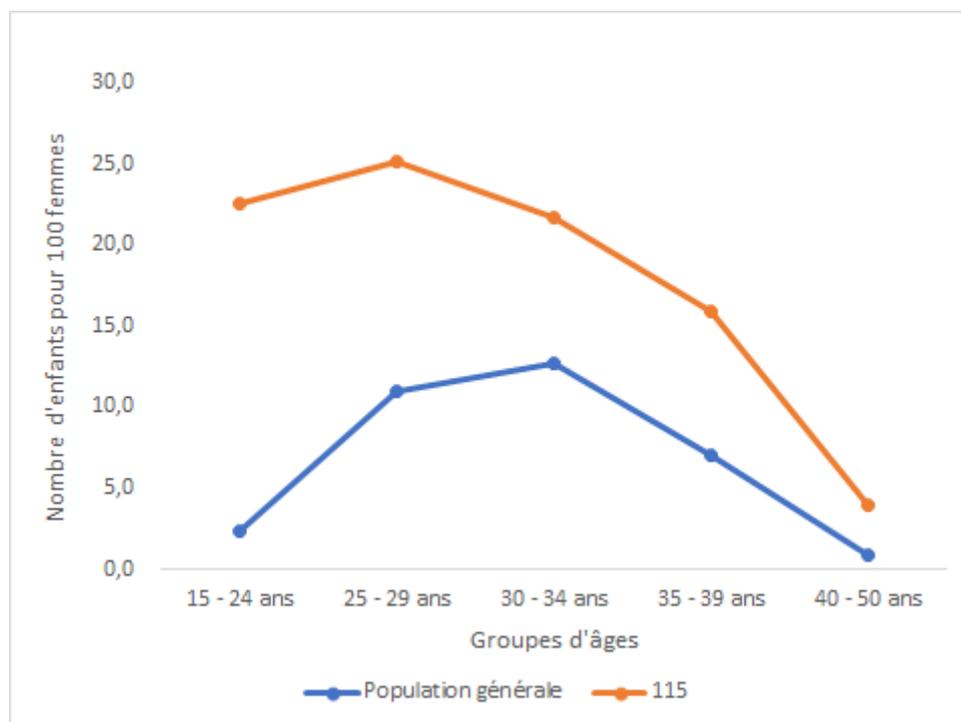
### *Une fécondité par âge plus forte, surtout aux jeunes âges*

En supposant que toutes les grossesses déclarées auprès des écoutants aboutissent à la naissance d'un enfant, il est possible d'évaluer un niveau de fécondité. Notons toutefois que celui-ci est surestimé car ni la mortalité maternelle, ni la mortinatalité et ni les interruptions de grossesses ne sont prises en compte. Or, certaines études ont montré que cette mortalité est plus élevée parmi la population sans-domicile qu'en population générale. En effet, dans l'enquête ENFAMS, 22,1 % des femmes interrogées avaient déclaré au moins une fausse couche, 3 % avoir eu au moins un enfant mort-né, 15,4 % ont eu au moins une interruption volontaire de grossesse et 2,7 % une interruption médicale de grossesse (Guyavarch et al., 2014). A titre de comparaison, en 2010, la mortalité infantile en France s'élève à environ 4 pour mille (Niel, 2011).

La fécondité des femmes sollicitant le dispositif 115-SIAO ainsi obtenue est plus élevée que celle de l'ensemble des femmes françaises en 2018, et ce pour tous les âges. Les écarts de fécondité sont plus marqués parmi les tranches d'âge les plus jeunes. En effet, en moyenne

25 grossesses pour 100 femmes âgées de 25 à 29 ans sollicitant le 115-SIAO ont été déclarées, contre 10 enfants pour l'ensemble des femmes françaises de la même tranche d'âge (Figure 2).

Figure 2. **Nombre moyen de grossesses pour 100 femmes parmi celles ayant appelé le 115 et nombre moyen d'enfants pour 100 femmes en France, selon l'âge**



Source : 115/SIAO : Base Aloha du Samusocial de Paris ; et Population générale : INSEE

Champ : 115/SIAO : Femmes âgées de 15-49 ans sollicitant le dispositif et ayant émis au moins une demande en 2018 ; Population générale : France y.c. Mayotte.

Note de lecture : 100 femmes ayant appelé le 115 en 2018 qui ont déclaré être enceinte, âgées de 15-24 ans, ont eu en moyenne 22,6 grossesses. En France (y.c. Mayotte), en 2018, 100 femmes âgées de 15-24 ans (en âge atteint dans l'année) ont eu en moyenne 2,3 enfants.

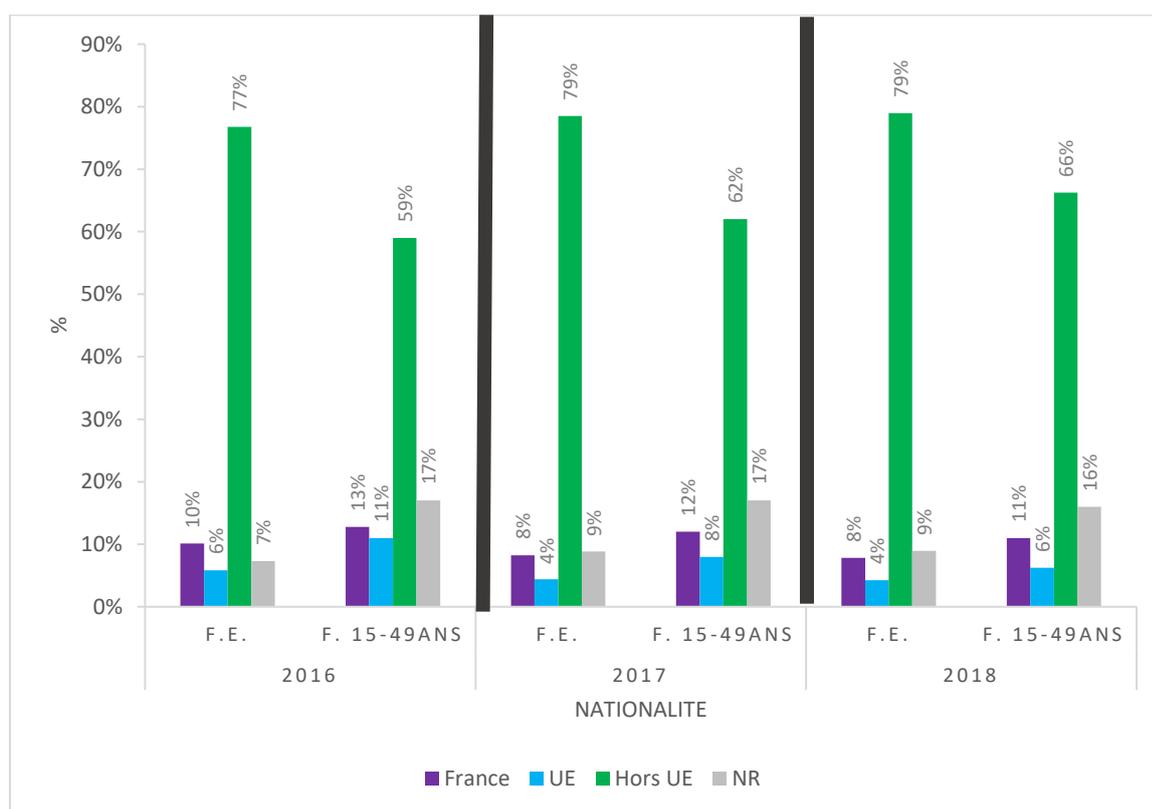
Ainsi, les femmes ayant sollicité le dispositif d'urgence sont à la fois plus nombreuses aux âges où leur fécondité est la plus élevée et ont une fécondité par âge plus élevée. Ceci contribue à expliquer la part relativement importante des femmes enceintes au sein du public 115/SIAO.

### *Des femmes majoritairement de nationalité étrangère*

Au-delà d'un effet de structure par âge, la surreprésentation des femmes enceintes s'explique également par l'importance de la population migrante.

La population de femmes sollicitant le dispositif d'urgence est en grande majorité de nationalité étrangère<sup>4</sup>. En effet, 70 % des femmes en âge de procréer sollicitant le 115/SIAO sont de nationalité étrangère, et cette proportion est encore plus élevée parmi les femmes enceintes sollicitant le dispositif, avec plus de 80 % d'entre elles (Figure 3).

**Figure 3. Répartition des femmes enceintes et des femmes âgées de 15-49 ans selon leur nationalité de 2016 à 2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes âgées de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée.

Note de lecture : En 2016, 77% des femmes déclarant être enceintes sont originaires d'un pays hors UE ; c'est le cas de 59% des femmes de 15-49 ans sollicitant le dispositif.

Par ailleurs, près de 60 % des femmes enceintes sollicitant le dispositif 115/SIAO sont en situation administrative précaire, entre 13 % et 15 % sont régularisées, entre 9 et 12 % sont en cours de régularisation sur la période 2016-2018 (Tableau 3).

<sup>4</sup> La nationalité est renseignée par les écoutants sociaux lors du diagnostic concernant leur situation administrative. Cette information est déclarative et facultative.

Tableau 3. Répartition des femmes enceintes selon leur situation administrative<sup>5</sup>

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Française	171	10%	164	8%	177	7%
Régularisée	315	18%	275	13%	353	15%
En cours de régularisation	151	9%	232	11%	277	12%
Non régulière	992	57%	1 216	58%	1 368	58%
Non Renseigné	114	7%	209	10%	191	8%
<b>Total</b>	<b>1 743</b>	<b>100%</b>	<b>2 096</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO entre 2016 et 2018.

Note de lecture : En 2016, 10 % des femmes déclarées enceintes sont de nationalité française, 18 % sont régularisées, 9 % en cours de régularisation et 57 % non régulières.

Cette forte présence de personnes de nationalité étrangère parmi la population sans-abri et sans-domicile n'est pas spécifique aux personnes appelant le 115, puisque l'enquête ENFAMS, portant sur les familles sans logement personnel en Île-de-France en 2014, rapporte que 93,4 % des adultes en famille ne sont pas nés en France. Ainsi, la part de femmes enceintes de nationalité étrangère s'approche de celle de l'ensemble des familles sans-domicile, qu'elles contactent le dispositif 115/SIAO ou pas. En comparaison, la population immigrée représente 10 % de la population générale en 2018 (Équipe TeO, 2010).

Lorsque l'on différencie la part de femmes enceintes au sein du public sollicitant le 115/SIAO selon leur nationalité, nous observons un écart assez net : la part de femmes enceintes se situe entre 11 % et 12 % chez les femmes de nationalité française, alors qu'elle se situe entre 18 % et 20 % chez les femmes d'une autre nationalité (Tableau 4).

<sup>5</sup> La variable « statut administratif » initiale a été modifiée de cette façon :

- Nous avons isolé les « françaises » des autres « régularisées »
- La catégorie « Protection Subsidiaire » a été reclassée dans la modalité « régularisées »
- La catégorie « Demande d'Asile » a été reclassée dans la modalité « En cours de régularisation »
- La catégorie « Débouté » a été reclassée dans la modalité « Non régulières »

**Tableau 4. Part de femmes enceintes parmi les femmes en âge de procréer usagères du 115/SIAO françaises et de nationalité étrangère entre 2016 et 2018.**

	Femmes enceintes	Femmes (15-49)	Part de femmes enceintes
<b>Nationalité Française</b>			
2016	176	1 521	12%
2017	173	1 574	11%
2018	185	1 531	12%
<b>Nationalité étrangère (UE/hors UE)</b>			
2016	1 440	8 185	18%
2017	1 738	9 315	19%
2018	1 969	9 775	20%

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée. Uniquement les femmes dont la nationalité est renseignée (ex en 2018 N=2 154 contre 2 366 femmes enceintes demandeuses en 2018 (NR=212))

Note de lecture : En 2016, au sein du public 115/SIAO, 12 % des femmes en âge de procréer sont enceintes parmi les femmes françaises, c'est le cas de 18 % au sein des femmes de nationalité étrangère.

À partir des taux de grossesse par âge, il est possible d'estimer un indicateur de fécondité, en supposant que toutes les grossesses signalées au 115-SIAO aboutiront à une naissance vivante. L'indice synthétique de fécondité<sup>6</sup> est de 4,8 enfants par femme, soit un niveau beaucoup plus élevé qu'en population générale avec 1,87 enfants par femme en 2018, et également plus élevé que celui pour les femmes immigrées en 2017 avec de 2,6 enfants par femme (Breton et al. 2019 ; Volant et al. 2019). Comme observé en population générale, les femmes de nationalité étrangère ont une fécondité plus forte que celles de nationalité française (Toulemon, 2004). L'écart est particulièrement élevé entre les femmes de nationalité française et celles de nationalité d'un pays situé en dehors de l'Union européenne (UE) (Tableau 5).

**Tableau 5. Indice synthétique de fécondité chez les femmes enceintes selon leur nationalité en 2018 (estimation haute réalisée à partir du nombre de grossesses)**

	2018
Ensemble des femmes	4,8
Femmes de nationalité française	3,2
Femmes originaires d'un pays de l'union européenne	3,6
Femmes originaires d'un pays situé en dehors de l'union européenne	5,8

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes ayant sollicité le dispositif d'urgence de Paris (115-SIAO) âgées de 15 à 49 ans ayant déclaré être enceinte en 2018

<sup>6</sup> Cet indicateur est calculé en sommant les taux de grossesses par âge. L'indice synthétique de fécondité « mesure chaque année ce que serait la fécondité finale des femmes si elles gardaient toute leur vie le niveau de fécondité observé actuellement aux divers âges » (Volant et al, 2019, page 3).

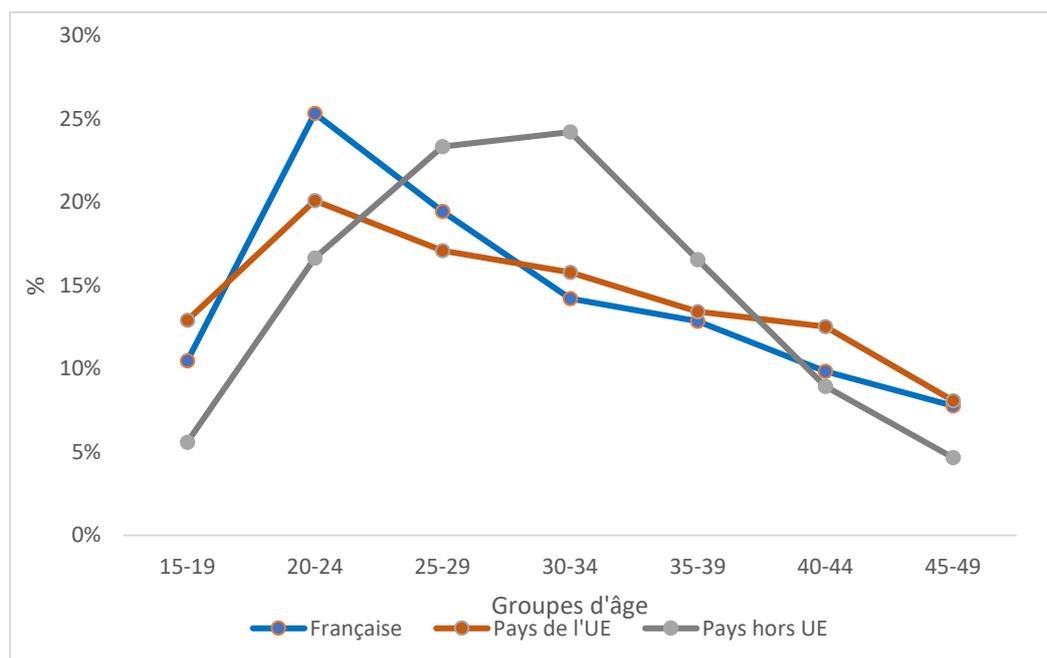
L'écart de fécondité s'explique en partie par une répartition par âge différente. Les femmes enceintes de nationalité française sont plus jeunes que les autres, en particulier que celles de nationalité hors UE (Figure 4). En effet, les Françaises sont plus nombreuses sur un groupe d'âge (20-24 ans), alors que les femmes de nationalité hors UE sont nombreuses sur trois groupes d'âges (de 20 à 34 ans), sur des moments où la fécondité est particulièrement importante.

Pour comprendre ces résultats, il faut les mettre en perspective avec les parcours de vie des personnes. Les femmes venant de pays plus lointains ont probablement un temps de migration plus long qui se répercute sur leur âge à l'arrivée en France, expliquant ainsi la part relativement forte des 20-34 ans de nationalité hors-UE dans le dispositif du 115-SIAO. Par ailleurs, comme cela a pu être montré en population générale, les femmes intègrent leur projet familial dans leur projet migratoire. Ainsi, certaines femmes repoussent les naissances à après leur migration, en ayant leurs enfants une fois leur arrivée à destination (Toulemon, 2004)

Enfin, la plus forte fécondité des femmes de nationalité étrangère est à relativiser car l'indice de fécondité tel que calculé est un indicateur valable pour une année donnée (Volant et al. 2019). On suppose que les femmes auront les mêmes niveaux de fécondité tout au long de leur vie que ceux observés l'année considérée dans le dispositif d'urgence. Seules des analyses longitudinales sur des cohortes de femmes ou l'interrogation sur l'histoire génésique de femmes âgées de 50 ans donnent le niveau réel de fécondité. L'exercice réalisé en population générale montre que les femmes migrantes ont une fécondité finale légèrement supérieure à celle des femmes françaises : en 2011, les immigrées nées entre 1961 et 1965 ont eu en moyenne 2,42 enfants au cours de leur vie, contre 1,99 pour l'ensemble des femmes (Mason, 2013)

On peut également supposer que l'accès à la contraception est plus difficile pour les femmes sollicitant le dispositif du 115-SIAO, et ce d'autant plus si elles sont étrangères. En effet, ce recours est dans l'enquête ENFAMS beaucoup moins important qu'en population générale : parmi les femmes qui ne sont pas enceintes au moment de l'étude, seules 44,5 % d'entre elles déclarent utiliser une méthode contraceptive, alors que cela concerne 92 % des femmes françaises en âge de procréer et non enceintes en 2016 (Santé Publique France, 2016). La contraception nécessite non seulement un suivi médical, une couverture médicale et des ressources financières.

Figure 4. Répartition par âge des femmes enceintes selon leur nationalité en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement en 2018

Note de lecture : En 2018, 36 % des femmes françaises ayant contacté le 115/SIAO en étant enceintes étaient âgées de 20-24 ans. C'était le cas de 28 % des femmes de nationalité d'un pays de l'UE et de 23 % des femmes de nationalité d'un pays hors UE.

Les femmes migrantes et *a fortiori* sans domicile sont également plus souvent victimes de toutes formes de violences sexuelles (viols, agressions physiques et sexuelles, exploitations sexuelles, échanges de service contre logement, rapports sexuels transactionnels, mariages et grossesses "arrangés" (contre logement ou titre de séjour) ...) (Dsafhir, 2017 ; UNHCR, UNFPA, 2016). Dans l'enquête Dsafhir portant sur les femmes migrantes, le taux d'agressions sexuelles et de rapports forcés des femmes enquêtées est de 6 % depuis leur arrivée en France et de 23 % au cours de leur vie. Sur l'ensemble de la population française, l'enquête Virage de 2015 rapporte qu'au cours de leur vie, 3,8 % des femmes françaises sont victimes de viol (1 femme sur 26) et 14 % sont agressées sexuellement (1 femme sur 7) (Hamel et al. 2016).

## La situation familiale déclarée au Samusocial

### *Des femmes enceintes majoritairement seules, et sans enfant*

Les femmes enceintes se distinguent également selon leur composition familiale. La composition familiale est une information enregistrée par les écoutants lors des appels et est actualisée dès lors que les usagères signalent une évolution. Les femmes enceintes sont en

majorité seules sans enfant en France (42 % à 44 % entre 2016 et 2018) puis en couple sans enfant en France (de 22 % à 28 % entre 2016 et 2018), en couple avec enfants<sup>7</sup> (16 % à 18 %) et enfin seules avec enfants (13 % à 16 %) (Tableau 6). Nous pouvons noter l'augmentation conséquente du nombre de femmes enceintes en couple sans autre enfant, qui connaît une hausse de 71 % entre 2016 et 2018.

Pour autant, les enfants ainsi enregistrés dans le dispositif d'urgence sont ceux qui sont intégrés dans les demandes d'hébergement. Ce nombre ne préjuge pas du nombre réel d'enfants, il est probable qu'une partie des mères ont laissé un/des enfant(s) au pays, comme cela a pu être observé dans d'autres contextes (Eberhard, Garcin & al, 2018). L'enquête ENFAMS (2014), portant sur les familles sans domicile en Île-de-France, indique que 24 % des femmes enquêtées déclarent avoir un enfant vivant avec lequel elles ne vivent pas.

Comment expliquer la moindre présence de femmes avec enfants ? Est-ce l'effet du parcours migratoire, les mères migrent-elles le plus souvent sans leurs enfants ? De façon générale les femmes ont-elles des enfants avant ou après le parcours migratoire ? Nous ne pouvons répondre à ces questions avec les données dont nous disposons, cependant, et nous le verrons dans la partie suivante, les femmes enceintes sollicitant le 115 déclarent plus souvent être en situation de rue du fait du départ du pays d'origine ou de l'expulsion de chez un tiers que l'ensemble des femmes sollicitant le dispositif (Figure 10, p.31).

**Tableau 6 Répartition des femmes enceintes selon la situation familiale 2016 à 2018.**

Situation familiale	2016		2017		2018		Evolution 2016-2018
	N	%	N	%	N	%	
En couple avec enfants	311	18%	375	18%	387	16%	+ 24%
En couple sans enfants	386	22%	513	24%	661	28%	+ 71%
Seule avec enfants	278	16%	324	15%	319	13%	+ 15%
Seule sans enfants	761	44%	870	42%	993	42%	+ 30%
Autre situation	7	0%	14	1%	6	0%	- 14%
<b>Total</b>	<b>1 743</b>	<b>100%</b>	<b>2 096</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>	<b>+ 36%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO entre 2016 et 2018. [2016 : N=1 743 ; 2017 : N=2 096 ; 2018 : N=2 366]

Note de lecture : En 2018, 42 % des femmes déclarant être enceintes sont seules et sans enfant (en France). Entre 2016 et 2018, la part des femmes enceintes en couple sans autres enfants a augmenté de 71 %.

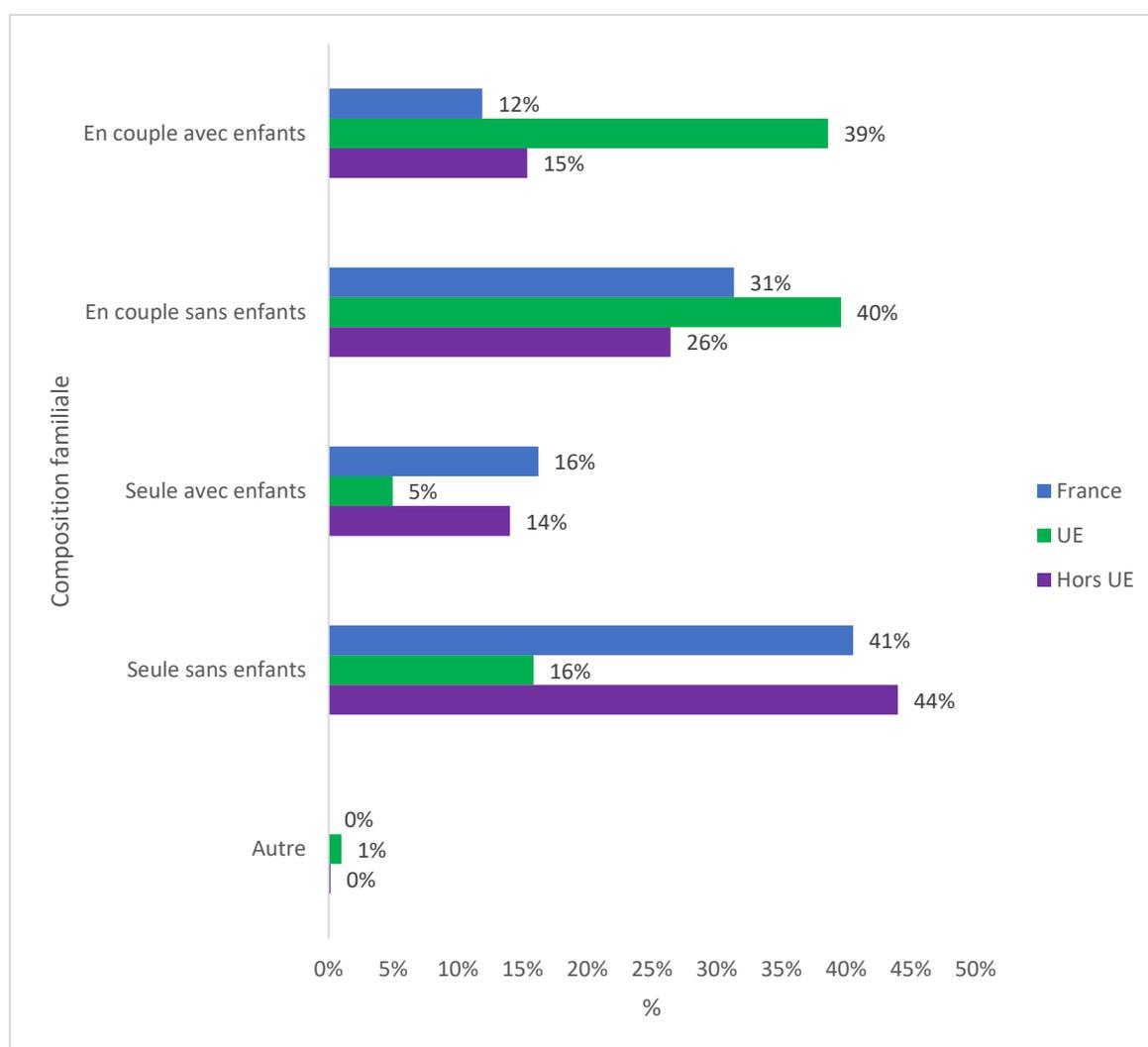
<sup>7</sup> Nous considérons ici les enfants nés en France, pour qui une demande d'hébergement a été faite.

## Une structure familiale différente selon la nationalité

Si la majorité des femmes enceintes sollicitant le dispositif sont des femmes seules et le plus souvent sans enfant, ces résultats cachent une réalité différenciée selon la nationalité.

En effet, 80 % des femmes enceintes sont des femmes de nationalité d'un pays hors UE (Figure 3), or parmi elles 44 % sont seules sans enfant et 26 % sont en couple sans enfant (Figure 6).

Figure 6. Répartition des femmes enceintes selon leur situation familiale et leur nationalité en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement en 2018

Note de lecture : En 2018, 39 % des femmes de nationalité d'un pays de l'UE (hors France) sont en couple avec enfants ; c'est le cas de 12 % des femmes de nationalité française et de 15 % des femmes de nationalité d'un pays hors UE.

La situation familiale des femmes de nationalité française se rapproche de celle des femmes de nationalité d'un pays hors UE : elles sont aussi majoritairement seules sans enfant (pour 41 % d'entre elles) ou en couple sans enfant (pour 31 % d'entre elles) (Figure 6). A l'inverse, les femmes enceintes de nationalité d'un pays de l'UE, qui représentent à peine 5 % des femmes enceintes, sont en grande majorité en couple avec ou sans enfants (pour 79 % d'entre elles).

Des facteurs d'ordre culturel peuvent expliquer la plus grande présence de couples chez les femmes enceintes de nationalité d'un pays de l'UE. Il est en effet plus fréquent pour les migrants de pays d'Europe de l'Est de maintenir une composition familiale nucléaire voire souvent une famille au sens élargi (Vlase, 2007). Mais pour les femmes de nationalité d'un pays hors UE, est-ce l'épreuve de la migration qui explique la moindre présence d'enfant(s) ? Notamment le fait que ces femmes peuvent avoir laissé des enfants au pays (ENFAMS, 2014), ou avoir "décalé" leur calendrier de natalité (Toulemon, 2004) ? Dans un autre registre, les filets de protection sociale favorisent-ils davantage les femmes de nationalité française, qu'elles aient ou non déjà des enfants, qu'elles soient en couple ou non (Marpsat, 1999) ?

### *Un risque d'errance plus fort pour les femmes seules que les femmes en couple*

La structure familiale des femmes enceintes sollicitant le dispositif 115/SIAO est bien différente de la structure des ménages<sup>8</sup> français. La comparaison avec les données de l'Insee de 2016 sur la structure familiale des ménages français (à l'exclusion des ménages sans femme adulte) révèle une surreprésentation des femmes seules, avec ou sans enfants, dans le public des femmes de 15-49 ans sollicitant le 115-SIAO et une sous-représentation des femmes en couple dans cette même sous-population. En effet, si 66 % des ménages de femmes adultes en France sont en couple (avec ou sans enfants), c'est le cas de seulement 37 % des femmes de 15-49 ans sollicitant le 115-SIAO (Tableau 7). Ainsi, hormis le cas des couples de nationalité d'un pays de l'UE, comment expliquer la surreprésentation des femmes seules par rapport à la population générale ? Est-ce du fait que la majorité des femmes sont de nationalité d'un pays hors UE et que la migration est plutôt le fait de personnes seules ? La féminisation de l'immigration est de moins en moins le fait du regroupement familial et concerne de plus en plus de femmes seules, et célibataires : la part de ces femmes migrantes dites "autonome" passe d'environ 20 % dans les années 70 à plus de 50 % depuis les années 2010

---

<sup>8</sup> Bien que la notion de ménage fasse référence aux personnes habitant sous le même toit, nous utilisons ici la comparaison en considérant par ménage les membres d'une même unité familiale.

(Beauchemin et al. 2013) Cependant, les données sur la situation familiale sont déclaratives, et peuvent donc être biaisées.

Lorsque l'on compare la situation familiale des femmes enceintes sollicitant le 115 à celle de l'ensemble des femmes sollicitant le 115, nous observons une surreprésentation des femmes seules sans enfant et des couples sans enfant : 50 % des femmes de 15-49 ans sollicitant le 115-SIAO sont accompagnées d'enfants, c'est le cas de seulement 34 % des femmes enceintes sollicitant le dispositif (Tableau 7). Ceci peut s'expliquer structurellement par le fait que les femmes, seules ou en couple, ayant déjà des enfants, ont moins de chance (ou de volonté) de tomber de nouveau enceinte.

**Tableau 7. Situation familiale des femmes enceintes, et femmes de 15-49 ans sollicitant le 115/SIAO et composition des ménages français (hors ménages sans femmes adultes) en 2016.**

2016	F.e (115)		F. 15-49 ans (115)		Ménages femmes France	
	N	%	N	%	N (en milliers)	%
En couple avec enfants	311	18%	2 931	27%	7 394	33%
En couple sans enfants	386	22%	1 000	9%	7 447	33%
Seule avec enfants	278	16%	2 892	27%	1 553	7%
Seule sans enfants	761	44%	4 340	40%	5 957	27%
Autre situation	7	0%	564	5%	<i>nr</i>	<i>nr</i>
<b>Total</b>	<b>1 743</b>	<b>100%</b>	<b>11 727</b>	<b>100%</b>	<b>22 351</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris et INSEE 2016

Champ : Femmes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2016 ; Ménages en France en 2016 à l'exclusion de ceux sans femmes adultes.

Note de lecture : En 2016, 18 % des femmes enceintes sollicitant le dispositif sont en couple avec enfants. C'est le cas de 25 % des femmes de 15-49 ans sollicitant le dispositif et de 33 % des ménages français composé d'au moins une femme adulte.

Ainsi, la surreprésentation des femmes enceintes au sein du dispositif 115/SIAO s'explique par des facteurs structurels, une structure par âge plus jeune, une plus grande part de femmes de nationalité étrangère, une fécondité plus importante reflétant à la fois une volonté d'avoir ses enfants en France (en ayant reporté son calendrier de fécondité), une fois le parcours migratoire effectué, mais aussi un accès à la contraception probablement plus difficile pour des femmes de nationalité étrangère (plus souvent sans suivi et sans ressources) et enfin par une plus grande vulnérabilité dans leur parcours de vie. La sous-représentation des femmes en couple interroge sur les facteurs d'exclusion qui conduisent davantage les femmes seules à être en situation d'errance.

# Le motif de séparation et le temps d'errance, révélateurs de parcours biographiques distincts

Les profils de femmes enceintes sont certainement variés, traçant des histoires de vie et des parcours différents qui peuvent conduire ces femmes à l'errance ; au-delà de la migration, la grossesse est parfois un des motifs conduisant à une expulsion du logement, ou même à l'origine d'une séparation familiale, ceci pouvant expliquer la plus grande proportion de femmes seules sans-domicile.

Les femmes enceintes n'ont donc pas le même parcours, certaines ont débuté leur errance au moment du départ de leur pays d'origine, d'autres peuvent alterner solution d'hébergement temporaire et situation de rue, en sollicitant plus ou moins fréquemment ou dans la durée, le dispositif 115/SIAO. Le temps d'errance est renseigné au premier contact, et mesure le temps depuis lequel la femme est sans-domicile. L'ancienneté dans le dispositif 115, correspondant davantage à un "temps dans l'assistance" est mesurable dans nos données qui renseignent la date de la première création d'une fiche pour chaque personne.

D'autre part, pour analyser l'hypothèse de la grossesse « facteur déclencheur » de la situation d'errance, nous pouvons observer le motif déclaré de la situation d'errance. Celui-ci est renseigné au premier contact de la personne avec le dispositif et ne donne en général pas lieu à une actualisation au fil du temps.

Si les variables temps d'errance et motifs de séparation sont censées ne pas être actualisées, dans les faits, cela dépend toujours des pratiques des écoutants. Pour réduire cette potentielle imprécision, nous avons choisi pour l'analyse de ces deux variables de ne traiter que la population "primo-appelantes" chaque année.

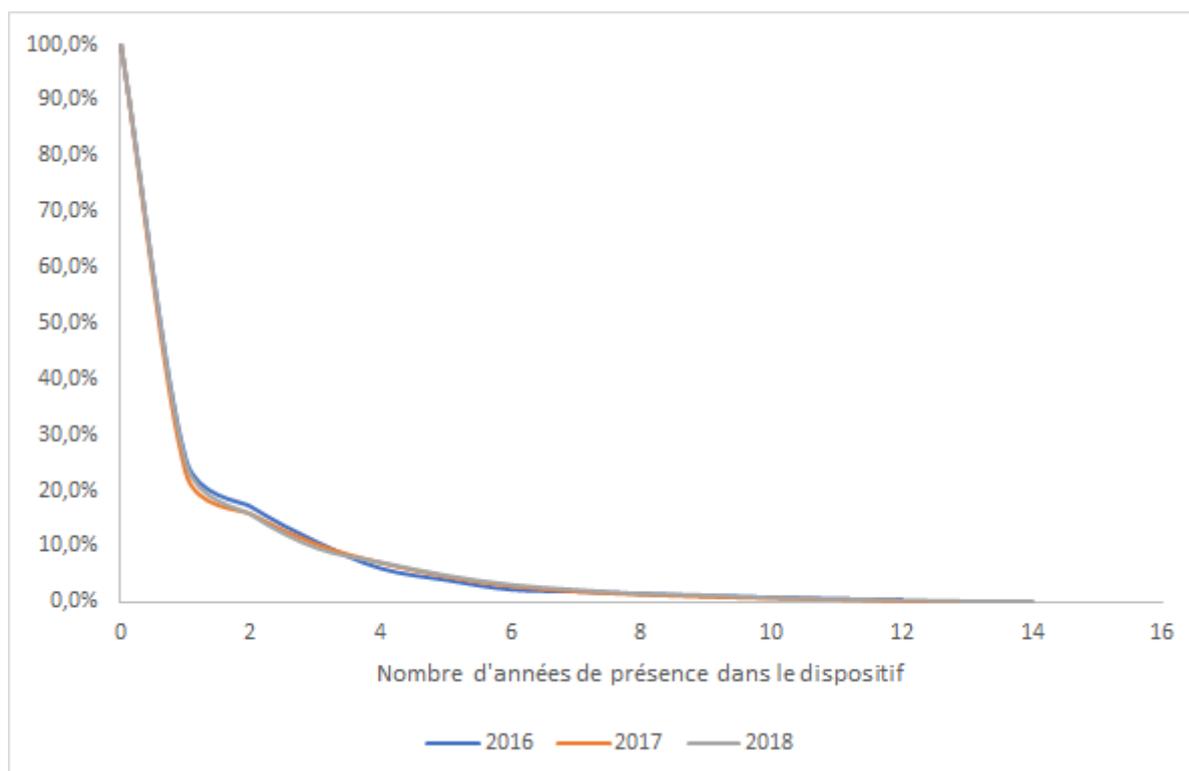
## Temps d'errance et ancienneté dans le dispositif : des parcours dépendant de la nationalité, des motifs d'errance et de la situation familiale

Une des premières caractéristiques discriminantes des parcours est le temps depuis lequel ces femmes sont sans solution d'hébergement. Les femmes migrantes contactent-elles le dispositif dès leur arrivée en France ou seulement après avoir épuisé les solutions d'entraide alternatives ? Les femmes de nationalité française, fragilisées davantage par des problèmes familiaux, ont-elles un réseau social plus important à mobiliser en cas de difficultés ?

### *Un temps de recours au dispositif majoritairement très court*

Les femmes enceintes enregistrées les trois années considérées, sont à plus de 75 % présentes dans le dispositif uniquement depuis l'année au cours de laquelle elles y sont entrées, moins de 17 % y sont présentes depuis 2 ans et plus de 7 % depuis 4 ans et plus (Figure 7).

**Figure 7. Répartition des femmes enceintes selon leur ancienneté dans le dispositif pour les trois cohortes 2016-2017-2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée sur la période 2016-2018

Note de lecture. Pour les trois cohortes de femmes enceintes par année, environ 15 % sont présentes dans le dispositif depuis 2 ans et moins.

De plus, chaque année depuis 2016, les trois quarts des femmes enceintes émettant une demande d'hébergement sont inconnues du 115/SIAO (Tableau 8). Cette information interroge sur l'usage du dispositif : est-ce majoritairement un soutien de court terme lors d'une période de grande fragilité ? Pour aborder la notion d'ancienneté, nous distinguons dans ce rapport les femmes enceintes « primo-appelantes » des femmes enceintes connues dans le dispositif avant l'année considérée, nommées « anciennes » (Encadré 3)

---

### Encadré 3. Définition des appellations « primo-appelantes » et « anciennes »

Nous entendons par « primo-appelantes », les femmes ayant appelé le dispositif 115/SIAO pour la première fois l'année considérée. Est donc considérée comme « primo-appelante » en 2016, une femme enceinte ayant appelé pour la première fois le dispositif 115-SIAO entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2016. Est considérée comme « ancienne » en 2016 une femme enceinte ayant appelé pour la première fois le dispositif avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

La notion de « primo-appelantes » ne fait pas référence à l'hébergement via le dispositif, mais bien seulement au contact avec le dispositif. Ainsi, une femme enceinte « ancienne » en 2016, a bien contacté pour la première fois le dispositif avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, mais n'est pas pour autant hébergée via le dispositif.

---

Tableau 8. Répartition des femmes enceintes selon leur ancienneté dans le dispositif 115/SIAO de 2016 à 2018.

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
<b>Anciennes</b>	442	25%	486	23%	590	25%
<b>Primo-appelantes</b>	1 301	75%	1 610	77%	1 776	75%
<b>TOTAL</b>	<b>1 743</b>	<b>100%</b>	<b>2 096</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée

Note de lecture : En 2016, 75 % des femmes enceintes sont primo-appelantes, et 25 % sont arrivées dans le dispositif avant 2016.

L'hypothèse d'une différence dans l'ancienneté dans le dispositif selon la nationalité semble se vérifier : si 75 % des femmes enceintes de nationalité d'un pays hors UE en 2018 sont présentes dans le dispositif depuis 2018, ce n'est le cas que de 61 % des femmes enceintes de nationalité d'un pays de l'UE et 64 % des femmes de nationalité françaises (Tableau 9).

**Tableau 9. Répartition des femmes enceintes en 2018 selon leur ancienneté dans le dispositif et leur la nationalité**

	Françaises		UE		Hors UE		Non renseignée		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Anciennes</b>	66	36%	39	39%	470	25%	15	7%	590	25%
<b>Primo</b>	119	64%	62	61%	1 398	75%	197	93%	1 776	75%
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>1 868</b>	<b>100%</b>	<b>212</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018. N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 64 % des femmes de nationalité française sont présente dans le dispositif depuis 2018, 36 % y sont présente depuis 2017 ou moins.

Ainsi, les femmes de nationalité française ou européenne sont présentes dans le dispositif sur des temps plus longs que les femmes de nationalité d'un pays hors UE. Comment expliquer cette différence ? Est-ce que les femmes de nationalité française ou européenne ont une situation sociale plus "fragile" que les femmes de nationalité d'un pays hors UE, justifiant une prise en charge par le 115/SIAO plus longue ? Il serait intéressant pour la suite, d'analyser avec plus de précision, le cas de ces femmes prises en charge sur le long voire le très long terme.

### *Des temps d'errance de plus en plus longs, et dépendant des parcours migratoires*

Par ailleurs, nous disposons d'une variable déclarative sur le temps d'errance, renseignée au premier contact avec le dispositif. Comme évoqué plus haut, cette information est censée n'être renseignée qu'au moment du premier appel de l'usagère, mais cela dépend des pratiques des écoutants. Pour pallier cette éventuelle imprécision, nous avons également pour cette information sélectionné uniquement les femmes "primo-appelantes" chaque année, c'est à dire les femmes connues du dispositif uniquement depuis l'année étudiée.

Sur la période 2016-2018, nous constatons une hausse des temps d'errance déclarés longs (plus d'un mois) et une baisse des temps d'errance déclarés courts (moins d'une semaine), par exemple si l'on additionne les temps d'errance de plus d'un mois et ceux de plus d'un an, ils représentent 30 % des femmes enceintes en 2016, et 39 % des femmes enceintes en 2018 (Tableau 10).

Tableau 10. Répartition des femmes enceintes primo-appelantes selon le temps d'errance déclaré de 2016 à 2018.

Temps d'errance	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Moins d'une semaine	553	43%	559	35%	475	27%
1 semaine à moins d'un mois	214	16%	229	14%	313	18%
1 mois à moins d'un an	282	22%	466	29%	511	29%
1 an et plus	101	8%	139	9%	186	10%
NSP	151	12%	217	13%	291	16%
<b>TOTAL</b>	<b>1 301</b>	<b>100%</b>	<b>1 610</b>	<b>100%</b>	<b>1 776</b>	<b>100%</b>

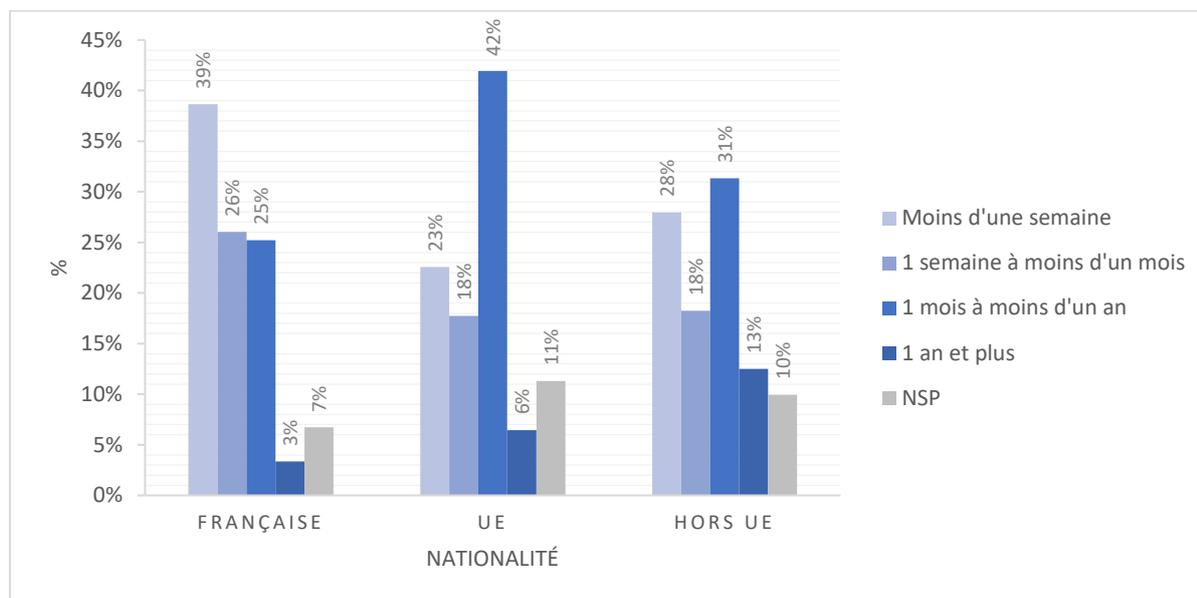
Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes primo-appelantes chaque année, déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO entre 2016 et 2018. [En 2018, N= 1 776]

Note de lecture : En 2018, 10 % des femmes enceintes primo-appelantes déclarent un temps d'errance d'une année et plus.

Si le temps d'errance déclaré dépend des parcours de vie, nous pouvons faire l'hypothèse que la nationalité est un facteur discriminant sur les temps d'errance de ces femmes, le temps de la migration pouvant être considéré comme un temps d'errance. En effet, les femmes de nationalité française sont les plus nombreuses à déclarer des temps d'errance courts : 9 % d'entre elles déclarent être en errance depuis moins d'une semaine, alors que cela ne concerne que 23 % des femmes de nationalité d'un pays de l'UE et 28 % des femmes de nationalité d'un pays hors UE. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette différence, notamment du fait de l'interprétation différente que les écoutants et les usagères peuvent accorder à la définition de l'errance : est-ce l'errance depuis l'arrivée sur le territoire français ou bien le temps d'errance inclut-il le temps de la migration ? Les femmes de nationalité étrangère se distinguent selon leur origine : si les Européennes sont plus nombreuses à déclarer un temps d'errance d'un mois à un an, les femmes de nationalité d'un pays hors UE déclarent le plus souvent des temps d'errance très longs, de plus d'un an pour 13 % d'entre elles (Figure 8). Ainsi, par rapport à l'ancienneté dans le dispositif, le temps d'errance déclaré ici peut faire ressortir le temps de la migration, peut-être plus long pour les femmes de nationalité d'un pays hors UE, mais peut aussi refléter le temps nécessaire pour ces femmes pour prendre connaissance de l'existence des dispositifs d'aide après leur arrivée sur le territoire.

Figure 8. Répartition des femmes enceintes selon le temps d'errance et la nationalité en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

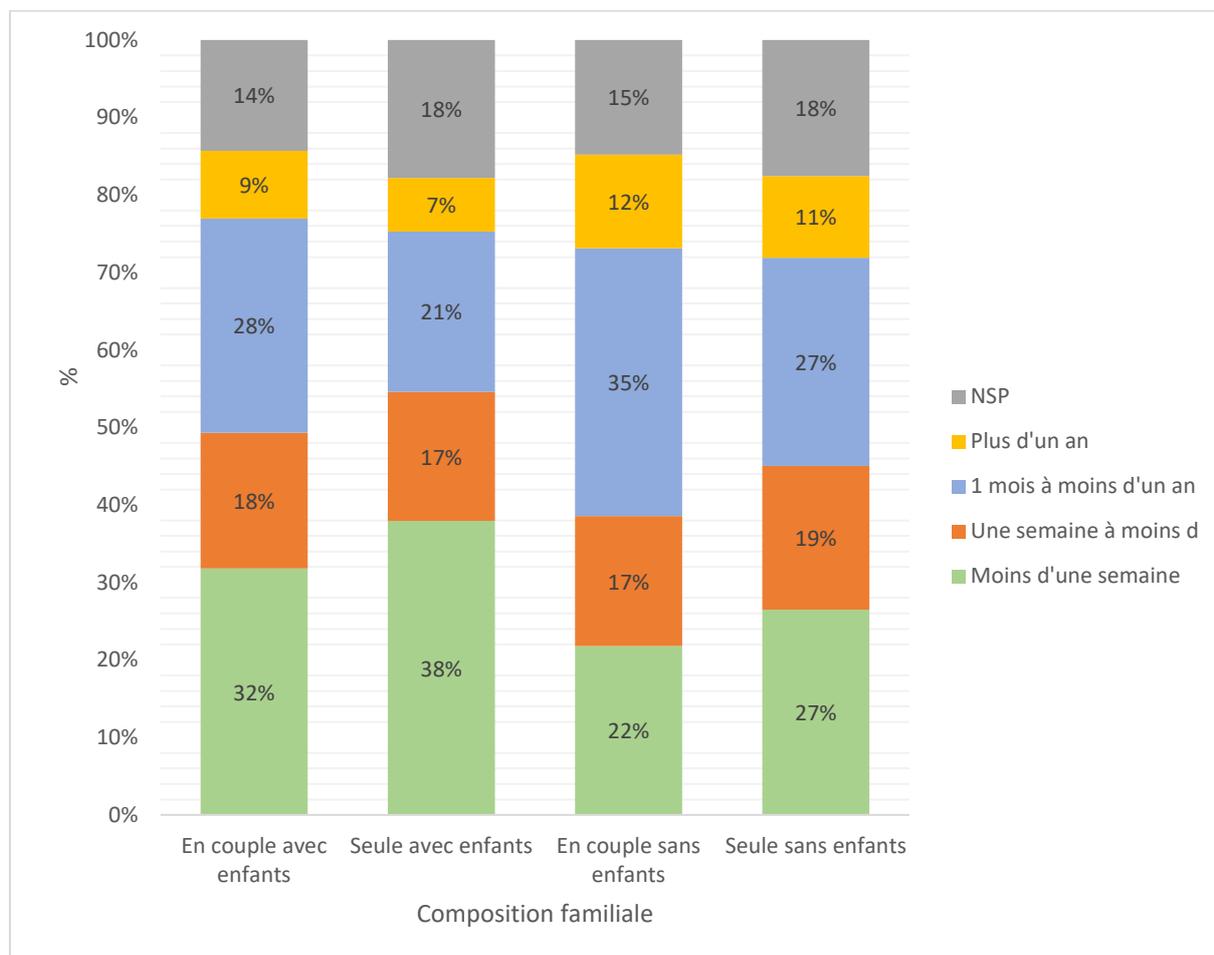
Champ : Femmes primo-appelantes chaque année, déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO entre 2016 et 2018. [En 2018, N= 1 776]

Note de lecture : En 2018, 39 % des femmes de nationalité française déclarent un temps d'errance de moins d'une semaine.

### *Des temps d'errance plus courts pour les femmes avec enfants*

Les femmes enceintes sans enfant, seules ou en couple, déclarent des temps d'errance plus longs que les femmes avec enfants, seules ou en couple. En effet, les femmes avec enfants déclarent un temps d'errance de moins d'une semaine pour 32 % d'entre elles si elles sont en couple et 38 % d'entre elles si elles sont seules, tandis que les femmes sans enfant déclarent un temps d'errance de moins d'une semaine pour seulement 22 % d'entre elles si elles sont en couple et 27 % d'entre elles si elles sont seules (Figure 9). Comment expliquer ce résultat ? Reflète-il le fait que les familles avec enfants seraient plus enclines à solliciter très rapidement le dispositif du fait de la présence d'enfants ?

Figure 9. Répartition des femmes enceintes selon le temps d'errance et le statut familial en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes primo-appelantes chaque année, déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018. [N= 1 776]

Note de lecture : En 2018, 38 % des femmes enceintes primo-appelantes seules avec enfants déclarent un temps d'errance de moins d'une semaine.

## Expulsion, migration et séparation familiale : des motifs différents selon les profils

Nous avons regroupé les modalités de la variable "motif de séparation" d'origine en six catégories : départ du pays d'origine, expulsion de chez un tiers, expulsion du logement personnel, séparation familiale, accidents de la vie (maladie, chômage, incarcération...) et autres motifs (expulsion d'un squat, d'un foyer ou d'un hôtel, et départ de la province).

## *Les motifs principaux de l'errance : expulsion, migration et séparation familiale*

Sur la période 2016-2018, le motif principal déclaré est le départ du pays d'origine, qui représente 40 % des motifs en 2016 et 51 % en 2017-2018. L'expulsion de chez un tiers est le second motif le plus fréquent, qui représente 32 % des motifs en 2016 et 25 % en 2017-2018 (Tableau 11). La séparation familiale est le troisième motif le plus cité, et concerne environ 7 % des femmes sur la période. L'expulsion du logement personnel est très rare, et concerne seulement 2 % des femmes enceintes sur la période, tout comme les accidents de la vie, qui concernent moins d'1 % des femmes.

Un travail réalisé sur l'ensemble des usagers du 115 montre que les femmes en général sont davantage concernées que les hommes par le motif d'expulsion et un peu plus par le motif de séparation familiale, tandis que les hommes sont davantage concernés par les motifs dits "d'accidents de la vie" (notamment le chômage).

**Tableau 11. Répartition des femmes enceintes primo-appelantes selon le motif déclaré de l'errance de 2016 à 2018.**

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Départ du pays d'origine	517	40%	820	51%	898	51%
Expulsion de chez tiers	410	32%	407	25%	439	25%
Expulsion logement personnel	28	2%	25	2%	15	1%
Séparation familiale	88	7%	91	6%	119	7%
Accident de vie (Accident, chômage, décès etc....)	11	1%	15	1%	6	0%
Autres motifs (expulsion squat/foyer..., départ province)	78	6%	63	4%	59	3%
NR	169	13%	189	12%	240	14%
<b>Total</b>	<b>1 301</b>	<b>100%</b>	<b>1 610</b>	<b>100%</b>	<b>1 776</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

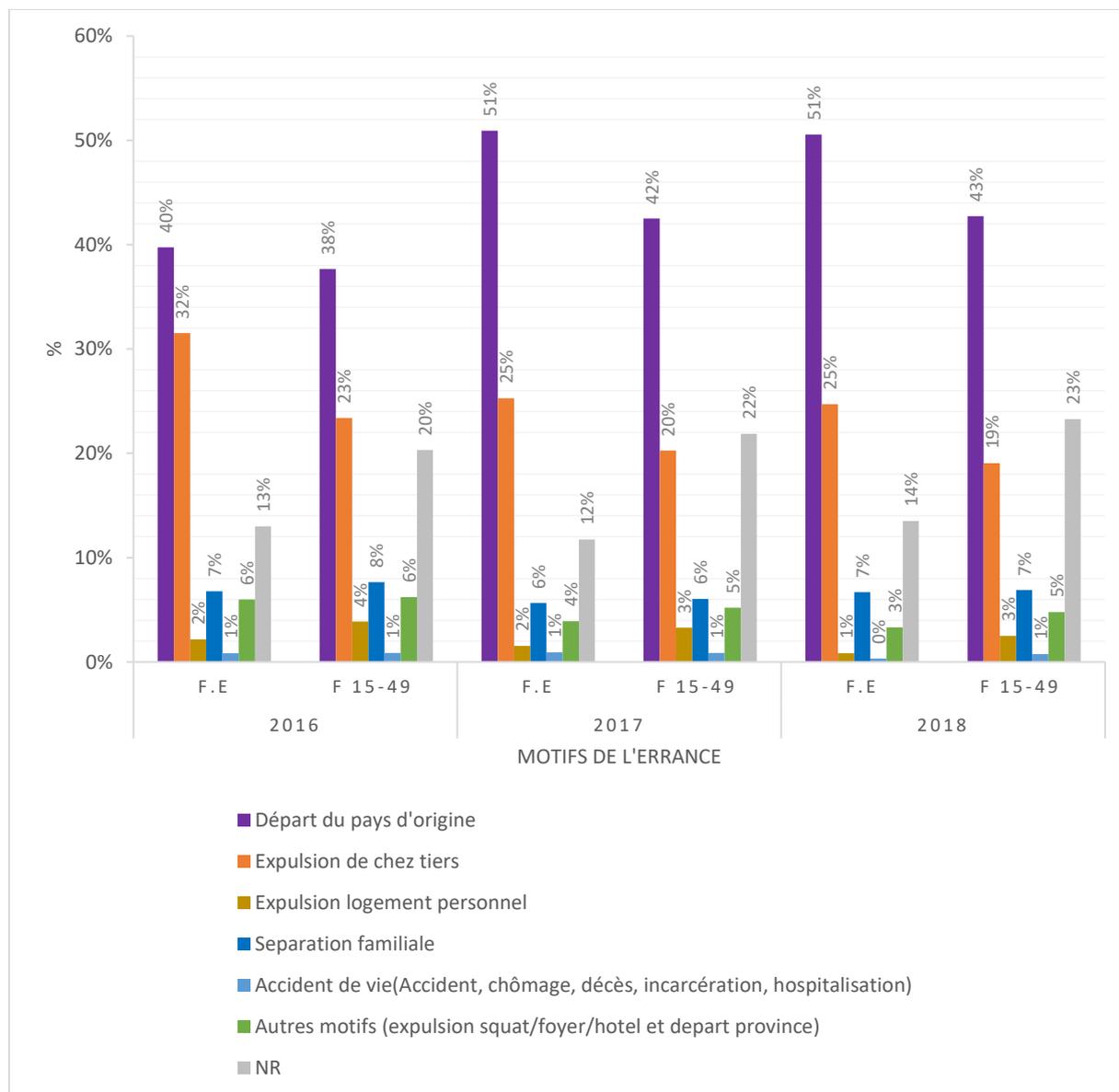
Champ : Femmes primo-appelantes, déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO entre 2016 et 2018. [2016 : N=1 301 ; 2017 : N=1 610 ; 2018 : N=1 776]

Note de lecture : En 2016, 40 % des femmes enceintes déclarent comme motif de l'errance le départ du pays d'origine.

Le motif déclaré des femmes enceintes est similaire à celui de l'ensemble des femmes en âge de procréer sollicitant le 115/SIAO. Les deux motifs principaux sont la migration et l'expulsion avec une augmentation du motif déclaré de départ du pays d'origine passant de 40 % à 51 % de 2016 à 2018 chez les premières et de 36 % à 42 % chez les secondes (Figure 10). La différence de pourcentage entre ces deux populations semble plus liée à une différence de part de non-réponse, plus importante pour l'ensemble des femmes que pour les femmes

enceintes. Ainsi, les raisons qui conduisent les femmes enceintes à l'errance, ne semblent a priori pas différentes de celles de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans.

**Figure 10. Répartition des femmes déclarant être enceintes et des femmes âgées de 15-49 ans selon le motif d'errance de 2016 à 2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée.

Note de lecture : En 2016, au sein du public 115/SIAO, 32 % des femmes déclarant être enceintes sont en situation d'errance suite à une expulsion de chez un tiers, c'est le cas de 22 % de l'ensemble des femmes âgées de 15-49 ans cette année.

## *Des motifs différents illustrant des parcours de vie distincts et l'existence potentielle de réseaux d'assistance pour certaines*

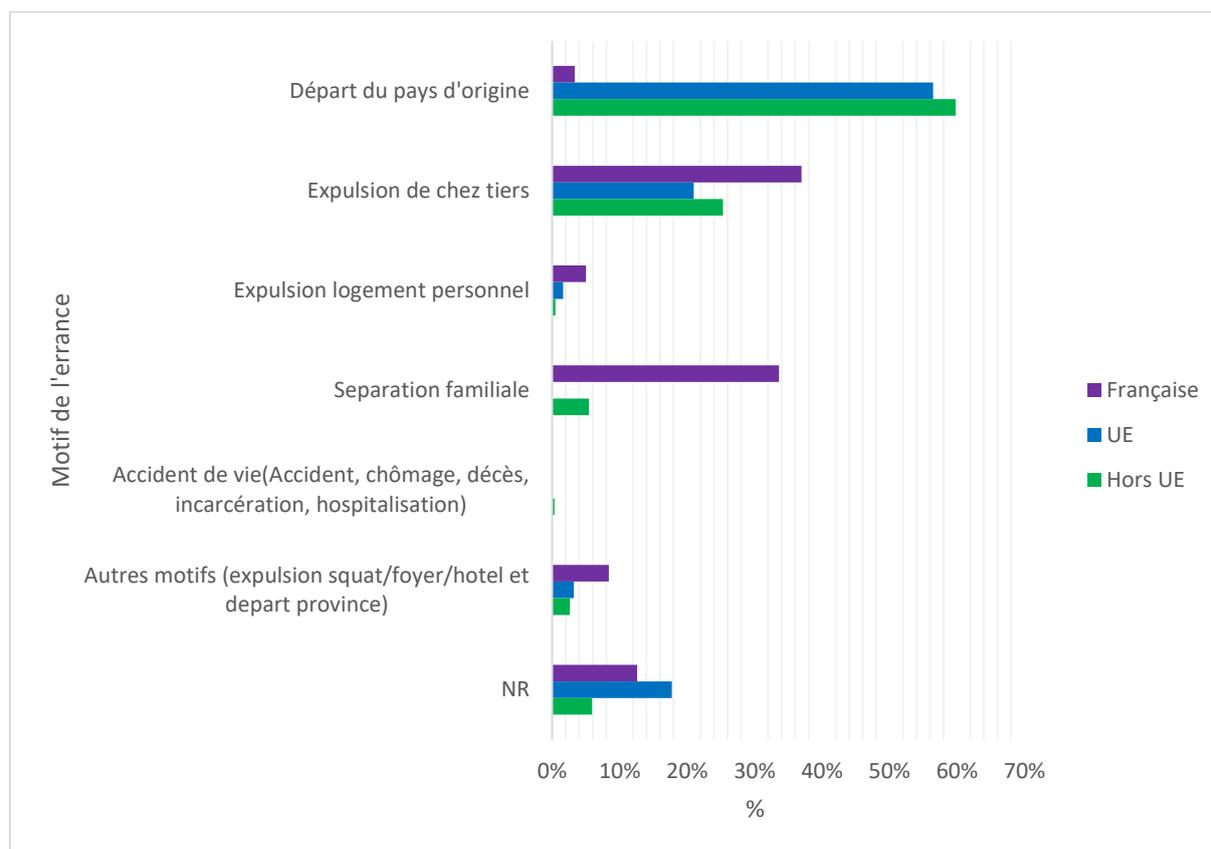
Cependant, pour mieux comprendre les motifs qui ont conduit à la situation d'errance, il est nécessaire de les différencier selon la nationalité, celle-ci pouvant être associée à des parcours de vie distincts. Pour ce faire nous analyserons l'année 2018.

Le motif de « séparation familiale » concerne presque exclusivement les femmes françaises en 2018 (Figure 11). Ce motif peut couvrir plusieurs réalités (Annexe 2) qu'il est difficile de discerner étant donné que le remplissage dépend fortement de la subjectivité des écoutants. Sur ce point, en France selon une enquête récente (Chraïbi, et *al.* 2018) la séparation du couple en cours de grossesse représente 10 % des cas de séparation. De ce fait, si l'ensemble des séparations conjugales ne conduisent pas à une situation de rue pour la femme, il est possible que ce type de séparation, en cours de grossesse, conduise plus souvent à une situation de rue.

D'autre part, l'expulsion de chez un tiers est le motif principal de 37 % des femmes de nationalité française. Il concerne également 25 % des femmes de nationalité d'un pays hors UE, mais seulement 21 % des femmes de nationalité d'un pays de l'UE. De nombreuses femmes, notamment celles hébergées chez un tiers, se voient expulsées du domicile dès lors que leur grossesse est connue : dans l'enquête ENFAMS, parmi les personnes hébergées chez un tiers, la grossesse est le troisième motif expliquant la fin de la cohabitation.

La légère différence entre les femmes de nationalité d'un pays de l'UE et celles de nationalité d'un pays hors UE interroge : peut-elle s'expliquer par la présence pour les secondes d'un réseau social d'entraide, lié à un passé migratoire ancien, assurant la possibilité d'être hébergées chez un tiers avant de se trouver sans domicile ? L'importance des réseaux d'entraide a été montrée dans de nombreuses études sur le phénomène migratoire : "les migrants installés favorisent en effet l'arrivée de nouveaux migrants à l'intérieur de réseaux constitués essentiellement sur la base de liens familiaux et amicaux" (Carnet, 2011) Cependant, nous ne pouvons répondre à cette hypothèse avec nos données.

Figure 11. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon le motif d'errance selon la nationalité en 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

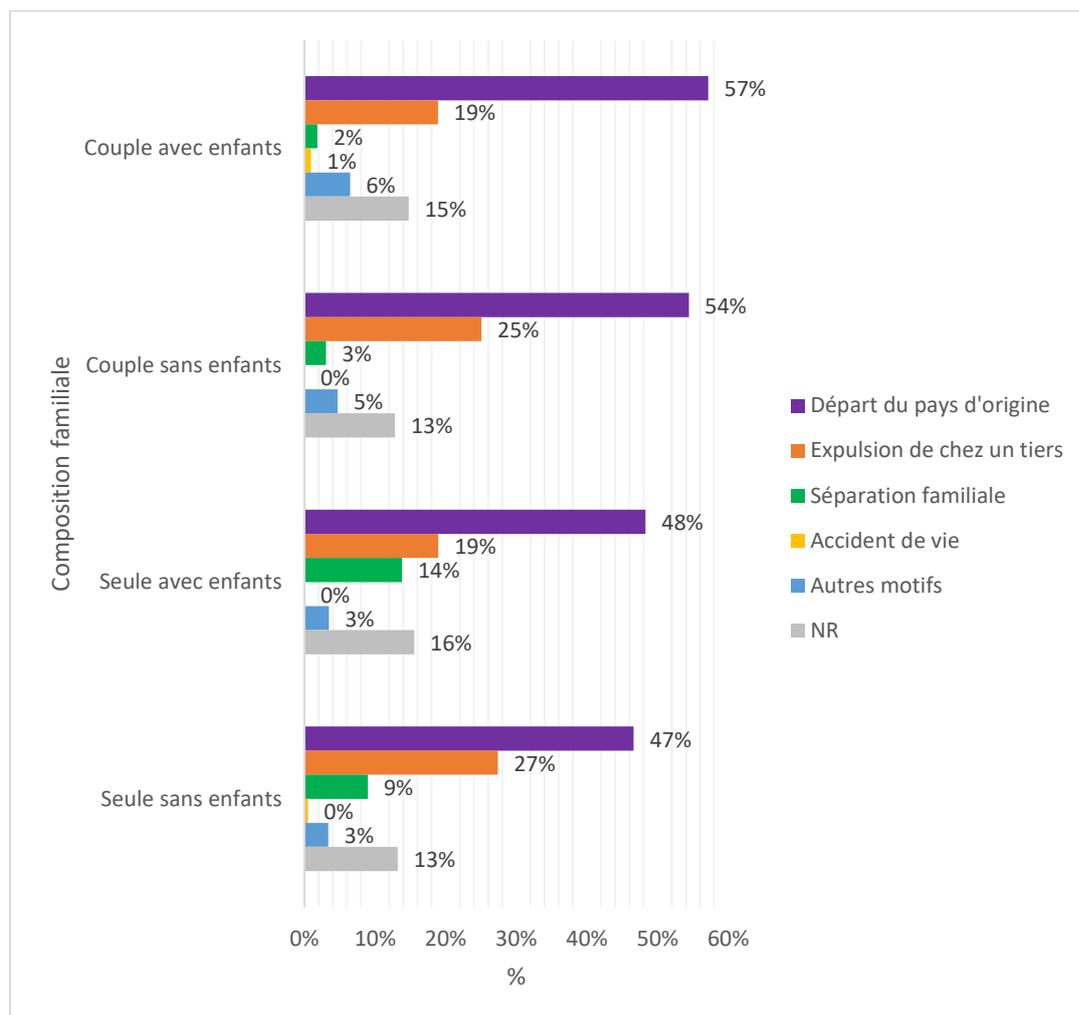
Champ : Femmes primo-appelantes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115/SIAO en 2018. N= 1 776

Note de lecture : En 2018, 37% des femmes primo-appelantes déclarant être enceintes et de nationalité française, sont en situation d'errance suite à une expulsion de chez un tiers contre 21 % de celles de nationalité d'un pays de l'UE et 25 % de celles de nationalité d'un pays situé en dehors de l'UE.

*Des motifs différents selon le statut familial, traduisant des contraintes spécifiques dans l'accès au logement.*

Les motifs sont différents selon le statut familial. La « séparation familiale » concerne, de façon cohérente, davantage les femmes seules avec ou sans enfants : soit 9 % et 11 % contre moins de 3 % pour les femmes en couple (Figure 12). Les familles avec enfants, femmes seules ou en couple, sont un peu plus concernées par le motif d'expulsion, entre 2 et 4 points de pourcentage de plus que les femmes seules ou en couple sans enfant : la présence d'enfants antérieure à la grossesse, peut potentiellement conduire à une situation de suroccupation plus fréquente que pour les familles sans enfant.

Figure 12. Répartition des femmes enceintes selon le motif de séparation et la situation familiale en 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

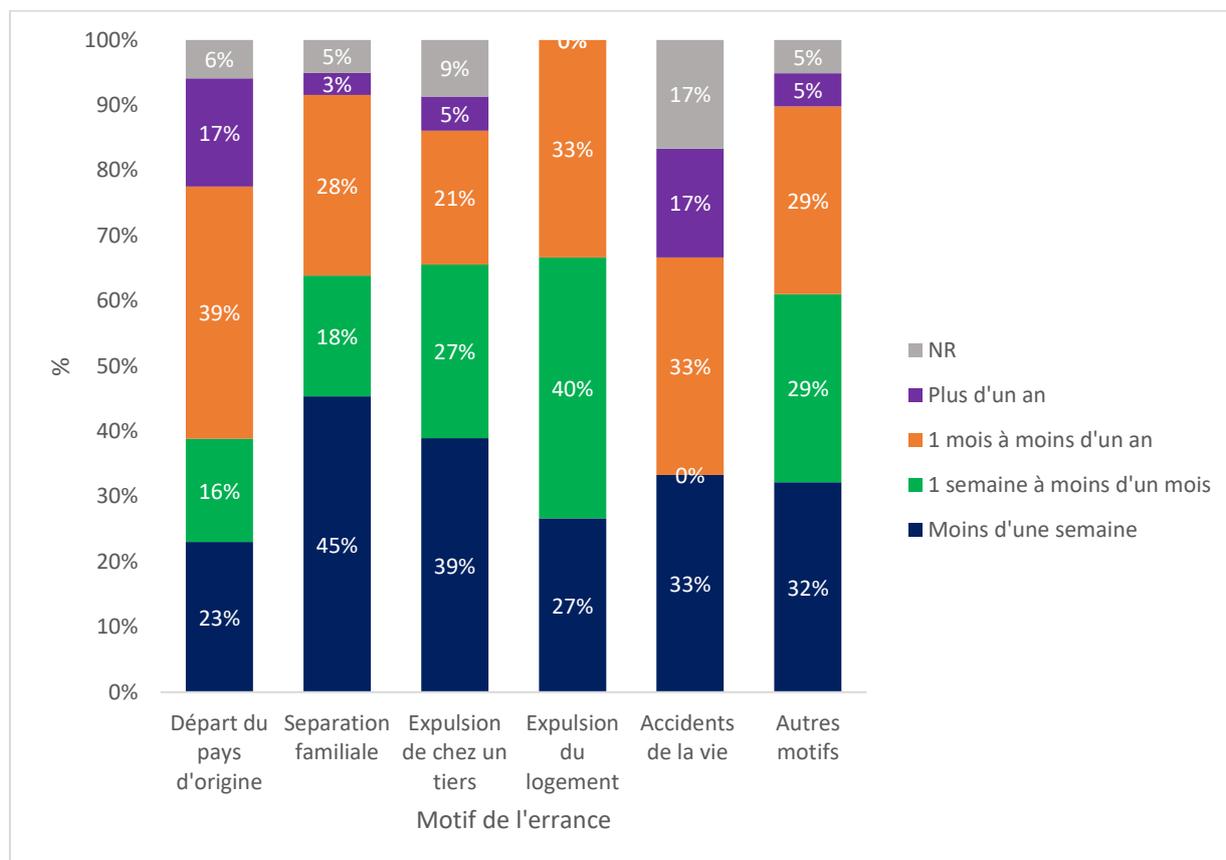
Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018. N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 48 % des femmes seules avec enfant(s) déclarent le départ du pays d'origine comme motif d'errance, 19 % l'expulsion de chez un tiers et 14 % la séparation familiale.

*Motifs de séparation et temps d'errance : un temps d'errance plus long pour les femmes de nationalité étrangère.*

Une autre manière d'illustrer les différences de parcours est de croiser le temps d'errance aux motifs déclarés de l'errance. Les temps d'errance les plus longs sont associés au motif d'errance de "Départ du Pays d'Origine" ; à l'inverse, les temps d'errance les plus courts sont associés au motif de "Séparation familiale" et d'Expulsion de chez un tiers" (Figure 13).

Figure 13. Répartition des femmes enceintes selon le temps d'errance et le motif de l'errance en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes primo-appelantes chaque année, déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018. [N= 1 776]

Note de lecture : En 2018, 45 % des femmes enceintes primo-appelantes déclarant comme motif d'errance la séparation familiale, déclarent un temps d'errance de moins d'une semaine.

Les parcours biographiques des femmes enceintes ne sont pas identiques. Certaines déclarent des temps d'errance très longs, ce qui reflète pour beaucoup leur parcours migratoire ; d'autres ont des temps d'errance plus courts, mais sont à l'inverse prises en charge par le dispositif 115/SIAO plus longtemps. La séparation familiale, tout comme les motifs d'expulsion, concernent les femmes enceintes, de nationalité étrangère ou de nationalité française quittées par leur conjoint, ou des femmes mises à la rue par leur famille ou par des tiers hébergeant, la grossesse étant dans ces cas le facteur déclenchant. La présence d'un réseau social d'entraide peut expliquer la différence entre les migrantes du fait des liens historiques de leur pays d'origine avec la France, et d'un passé migratoire plus ancien.

# Des femmes aux ressources inégales face aux difficultés

La précarité du public sans-domicile affecte la grossesse et a des conséquences sur la santé de l'enfant à naître : elle est associée à davantage de naissances avant terme, de césariennes en urgence ou des retards de croissance (Parigi & al, 2010 ; Sauvegrain, Rico Berrocal, Zeitlin, 2016). Cette partie s'appuie sur l'étude des indicateurs de « qualité » du suivi médical de la grossesse, difficile à maintenir pour ces femmes en extrême vulnérabilité.

Nous cherchons ici à évaluer les chances qu'ont les femmes enceintes d'avoir un suivi médical "normal" au regard des ressources qu'elles ont à leur disposition, à savoir le fait de bénéficier d'une couverture sociale prenant en charge les frais médicaux de suivi de grossesse, le fait de bénéficier de ressources financières leur permettant de faire face aux besoins de survie quotidiens et le cas échéant aux éventuels frais médicaux à déboursier, mais également le fait de bénéficier d'un suivi social, dont nous faisons l'hypothèse qu'il est corrélé à une plus grande ouverture de droits sociaux (couverture médicale et ressources d'allocation). Nous faisons l'hypothèse que les femmes enceintes ne sont pas égales au regard de l'accès à ces droits sociaux, ou à des ressources.

Par ailleurs, la grossesse est pour certaines femmes de nationalité étrangère l'occasion d'une ouverture de droits sociaux et de lancement de procédure de régularisation, et ce à l'occasion des contacts avec les assistantes sociales. Au-delà du suivi de grossesse, ces dernières se chargent du lancement de procédure de stabilisation d'hébergement et d'appui à une transition du suivi social d'urgence vers un suivi social de droit commun, et favorisent ainsi le lancement de démarches pour obtenir un titre de séjour s'il y a une possibilité de régularisation (Virole-Zadje, 2016)

Le déroulement de la grossesse est encadré par un protocole conventionnel recommandé par la Haute autorité de santé (HAS). Le suivi de grossesse implique un suivi médical régulier, avec en principe sept examens prénataux obligatoires, des rendez-vous médicaux de suivi et des examens spécifiques (échographies, etc.), voire des actes médicaux de première urgence en cas de besoin. Ce suivi médical n'est possible que si la femme bénéficie d'une couverture médicale, permettant de prendre en charge les examens, visites, et éventuels médicaments à acheter.

L'enquête nationale périnatale renseigne l'évolution de la santé périnatale et indique que la précarité est associée à des suivis médiocres ou inexistantes de la grossesse (Blondel, et al.

2016). Plusieurs raisons peuvent en être la cause. Parmi elles, figurent les difficultés d'orientation dans le système de soins, liées au « *complexe bureaucratique-sanitaire* » (Rico Berrocal, le Méner ; 2016), encore moins praticable pour des femmes non francophones. Certaines femmes, notamment des migrantes, ne connaissent pas leurs droits (Colmant, 2018) ; mais pour d'autres femmes, c'est la contrainte financière, notamment le problème du reste à charge des échographies jusqu'à un certain stade de la grossesse, qui entraîne un renoncement aux soins du fait de l'absence de couverture complémentaire (Ancelot et al. 2016).

Par ailleurs, sur le plan médical, il est nécessaire de distinguer les femmes selon leur situation administrative : les femmes françaises ou en situation régulière, et les femmes en situation irrégulière. Concernant les femmes en situation régulière, il existe depuis 2016 la Protection universelle maladie (PUMa), destinée aux travailleurs ou, pour ceux n'ayant pas d'emploi, pouvant justifier d'une résidence stable et régulière sur le territoire français. Il faut, pour y avoir droit, avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour, ou avoir entamé les démarches pour l'obtenir. A côté de cela, le dispositif de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (soit un remboursement intégral du tarif de la Sécurité Sociale qui dispense de toute avance de frais). Ainsi, une femme française sans domicile ou en situation régulière sur le territoire bénéficie de la PUMa et de la CMU-c si elle en fait la demande, sous réserve d'avoir une domiciliation. Elle peut de ce fait accéder aux dispositifs de soins de droit commun.

Pour les femmes en situation irrégulière, l'Aide médicale d'Etat (AME) permet l'accès aux soins sous condition de présence en France depuis plus de trois mois. L'AME donne droit à une prise en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais. En l'absence d'AME, seuls les soins urgents à l'hôpital sont pris en charge, ainsi que certains soins spécifiques : ceux qui concernent les femmes enceintes et les nouveau-nés, notamment les examens de prévention, réalisés pendant et après la grossesse ainsi que l'accouchement. Une femme enceinte en situation irrégulière relève d'emblée du dispositif de soins urgents et vitaux à condition d'en faire la demande et d'en avoir reçu l'accord. Les femmes demandeuses d'asile peuvent passer outre le délai de trois mois de résidence en France pour bénéficier de la Puma, mais doivent pour cela prouver de la régularité de leur séjour, accompagnée d'une attestation de domiciliation.

Enfin, à Paris, l'existence du réseau de périnatalité Solipam (Solidarité Paris Maman) est censé prendre en charge les femmes enceintes en situation de grande précarité et de coordonner les acteurs sociaux et de santé.

En outre, au-delà du fait de bénéficier d'une couverture médicale, les femmes enceintes peuvent disposer de ressources financières, qu'ils s'agissent de ressources provenant d'un travail rémunéré, déclaré ou pas, ou bien de ressources provenant d'allocations sociales (RSA, etc.). Comme pour tous les publics en situation de précarité, ces ressources peuvent faciliter pour ces femmes, non seulement les impératifs de la survie quotidienne, mais également l'accès aux dépenses de santé lorsque celles-ci ne sont pas prises en charge par une éventuelle couverture santé.

Enfin, même si ce n'est pas directement lié à la satisfaction des besoins médicaux et de survie, la présence d'un suivi social peut être corrélée à une meilleure qualité de suivi médical de grossesse, les femmes enceintes étant mieux orientées vers les partenaires médicaux-sociaux pouvant les aider non seulement pour le suivi de grossesse mais également pour la régularisation de la situation administrative pouvant leur ouvrir des droits, comme le fait de bénéficier d'une domiciliation, d'une couverture maladie ou encore de ressources d'allocation.

Ainsi, nous cherchons à caractériser les différents profils de femmes enceintes selon leur chance de suivre plus facilement le bon déroulement de leur grossesse, à travers l'accès à une couverture santé, des ressources financières et un suivi social. La grossesse peut aussi être pour les migrantes une porte d'entrée vers l'accès aux droits sociaux et à une régularisation de leur situation administrative (Virole-Zadje, 2016).

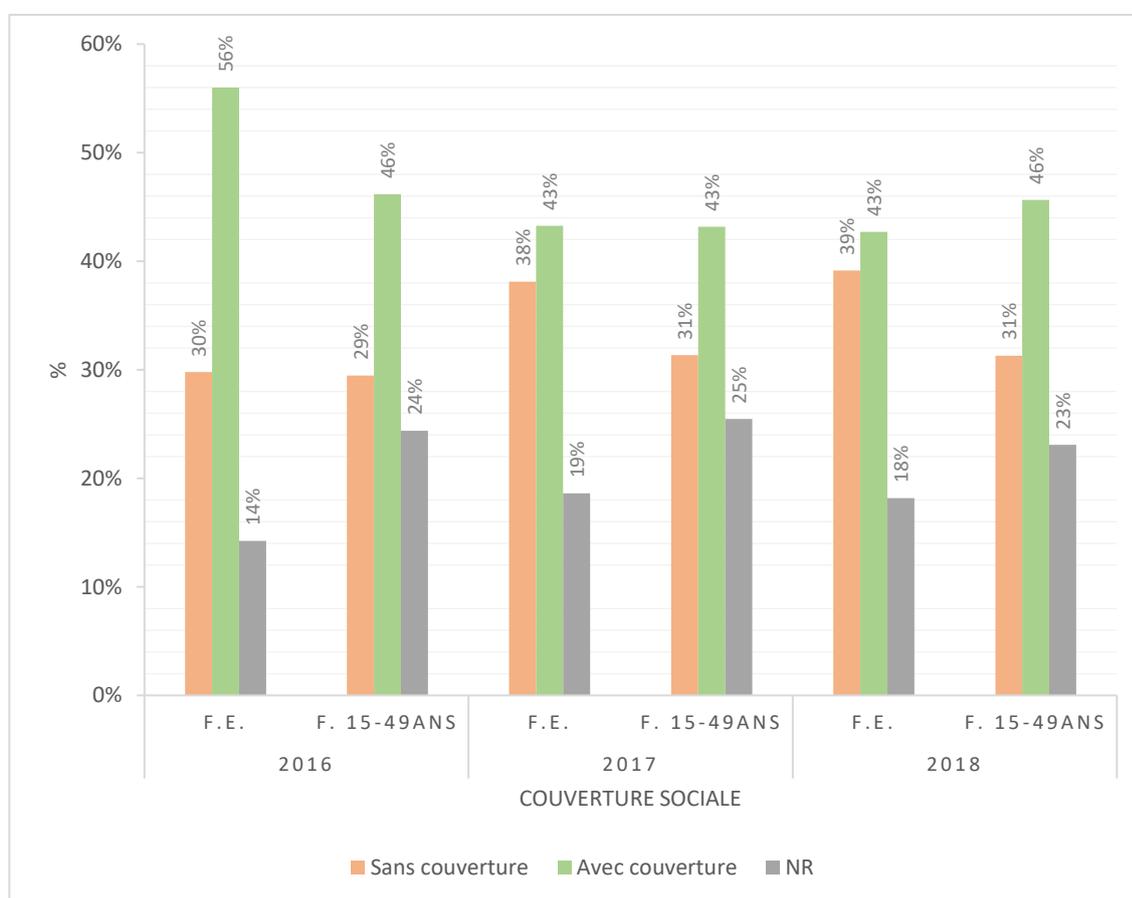
## **Des femmes plus précaires, et de plus en plus précaires**

Les femmes enceintes sans-domicile sont-elles mieux protégées par le système de protection sociale que les femmes sans domicile n'étant pas enceintes ? Nous comparons ici les niveaux de ressources mobilisables des femmes enceintes par rapport aux femmes en âge de procréer usagères du 115/SIAO, et leur évolution sur la période 2016-2018. De ces ressources, nous entendons le fait de bénéficier ou pas d'un suivi social, d'une couverture médicale et de ressources financières, éléments qui permettent de mieux faire face aux besoins liés à la survie quotidienne, mais aussi à ceux plus spécifiques liés au suivi de la grossesse.

## De moins en moins de femmes enceintes déclarant bénéficier d'une couverture médicale

Nous avons dans un premier temps comparé les femmes enceintes et les femmes non-enceintes en âge de procréer selon qu'elles avaient ou non une couverture médicale. De façon générale, entre 2016 et 2018, de moins en moins de femmes déclarent en avoir une. Alors qu'en 2016, les femmes enceintes bénéficiaient davantage d'une couverture médicale que les femmes de 15 à 49 ans, (56 % des premières contre 46 %), la tendance n'existe quasiment plus en fin de période : en 2018, 43 % des femmes enceintes ont une couverture contre 46 % des femmes de 15-49 ans (Figure 14).

Figure 14. Répartition des femmes déclarant être enceintes et des femmes âgées de 15-49 ans selon la couverture médicale entre 2016 et 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

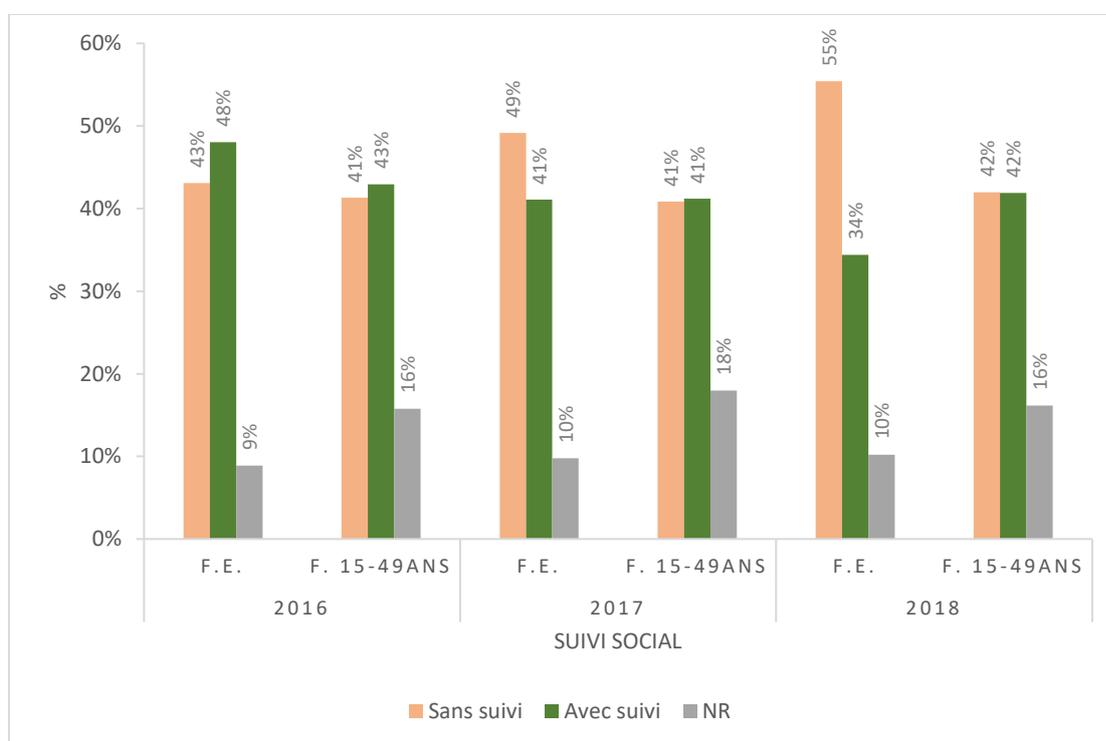
Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée. [2018 : N (f.e.) = 2 366 ; N (f. 15-49 ans) = 13 463]

Note de lecture : En 2018, 39 % des femmes enceintes se déclarent sans couverture médicale ; c'est le cas de 31 % des femmes de 15-49 ans cette année.

## De moins en moins de femmes enceintes avec un suivi social

L'accès à un suivi social se détériore pour les femmes enceintes sur la période : en 2016, 48% des femmes enceintes bénéficient d'un suivi social ; ce chiffre déjà bas se réduit encore en 2018 où elles ne sont plus que 34 % à en bénéficier (Figure 15). En comparaison avec l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans, si leur situation était comparable en 2016, elle se dégrade en 2018, mais moins sévèrement que pour les femmes enceintes : 45 % des femmes de 15 à 49 ans n'ont pas de suivi, contre 55 % des femmes enceintes.

Figure 15. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur suivi social chez les femmes enceintes et les femmes 15-49 ans entre 2016 et 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

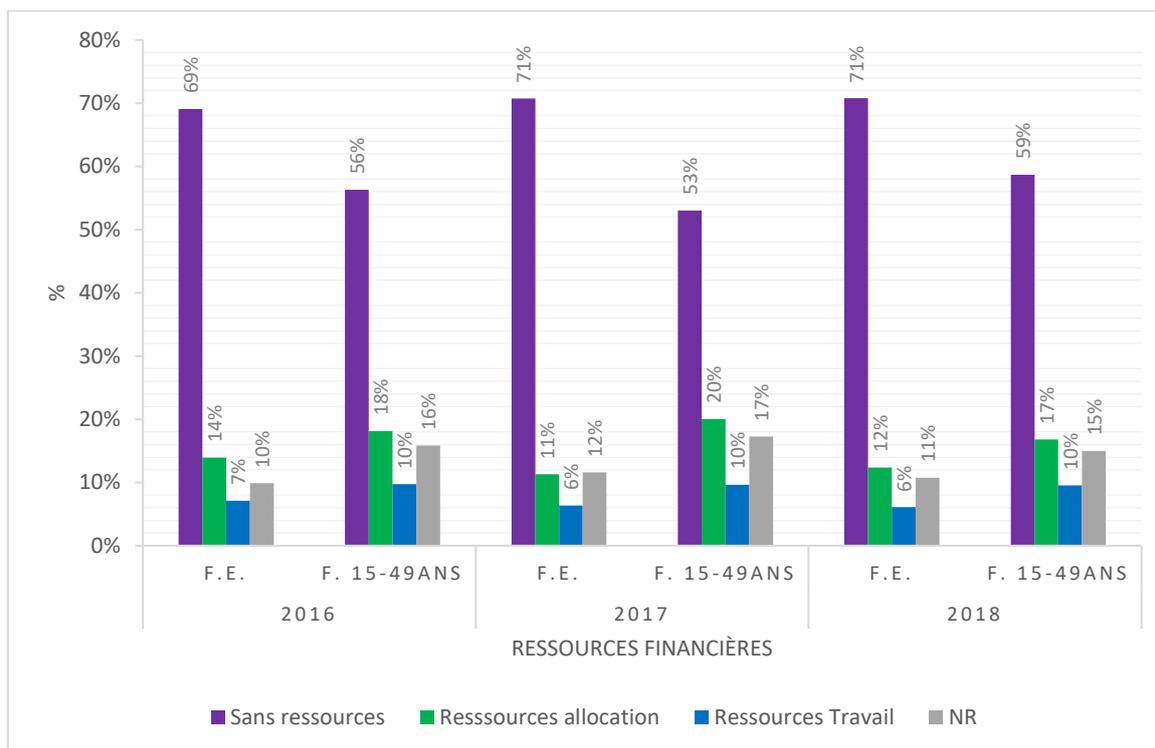
Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée. [2018 : N (f.e.) = 2 366 ; N (f 15-49 ans) = 12 258]

Note de lecture : En 2018, 55 % des femmes enceintes se déclarent sans suivi social, c'est le cas de 42 % des femmes de 15-49 ans cette année.

## Moins de ressources financières pour les femmes enceintes

Enfin, les femmes enceintes sont plus nombreuses que les femmes de 15-49 ans à déclarer n'avoir aucune ressource, avec un écart de près de 10 points de pourcentage chaque année (Figure 16). La situation reste stable sur la période, avec environ 70 % des femmes enceintes sans ressources contre moins de 60 % des femmes de 15-49 ans.

Figure 16. Répartition des femmes enceintes et des femmes âgées de 15 à 49 ans selon leurs ressources financières, entre 2016 et 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO l'année considérée ; et ensemble des femmes de 15-49 ans ayant émis au moins une demande l'année considérée. [2018 : N (f.e.) = 2 366 ; N (f 15-49 ans) = 12 258]

Note de lecture : En 2018, 71 % des femmes enceintes se déclarent sans ressources ; c'est le cas de 59 % des femmes de 15-49 ans cette année.

## Des niveaux de précarité différents, dépendant de facteurs juridiques et administratifs

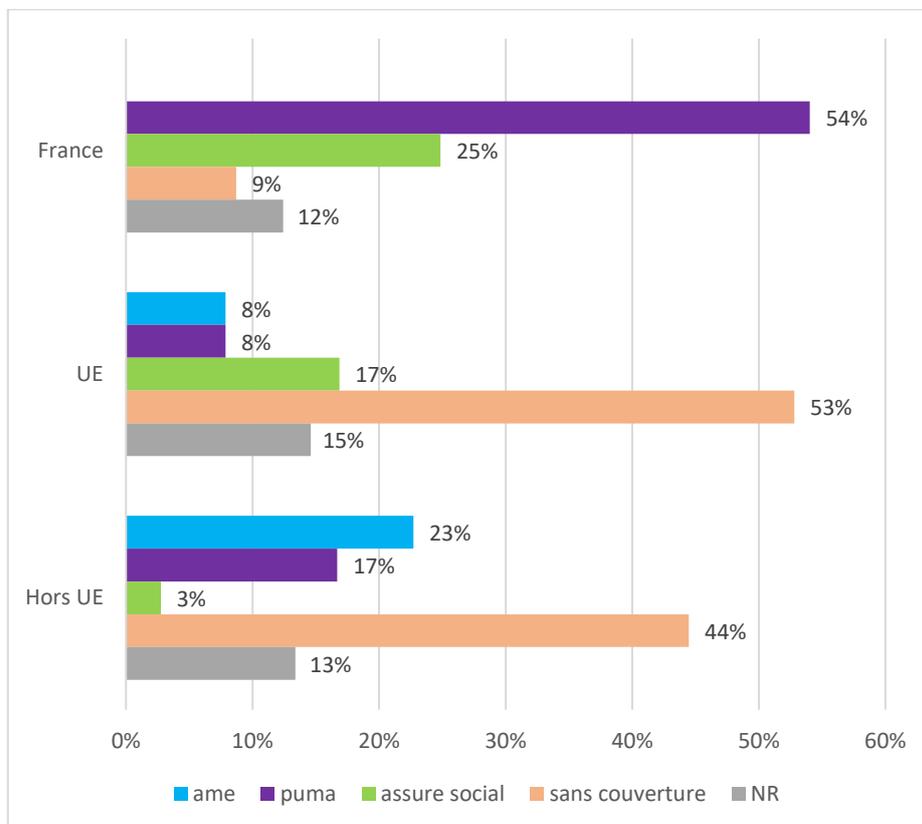
Ainsi, les femmes enceintes semblent plus vulnérables et de plus en plus vulnérables au fil du temps. Cependant, cette information peut cacher des réalités diverses ; en effet, le fait d'avoir des ressources, une couverture médicale et un suivi social dépend de la situation administrative.

### *Différents niveaux de ressources mobilisables selon la nationalité*

Le fait de bénéficier d'une couverture médicale dépend fortement de la nationalité. En effet, seul 9 % des femmes de nationalité française n'ont aucune couverture santé contre 53 % des femmes de nationalité d'un pays de l'UE et 44 % des femmes de nationalité d'un pays hors UE (Figure 17). La situation des femmes de nationalité étrangère est différente entre celles de nationalité d'un pays de l'UE et celles de nationalité d'un pays situé en dehors de l'UE : ces

dernières bénéficient plus souvent de l'AME et de la PUMa, tandis que les premières sont plus souvent affiliées à la sécurité sociale.

Figure 17. **Couverture sociale détaillée selon la nationalité en 2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

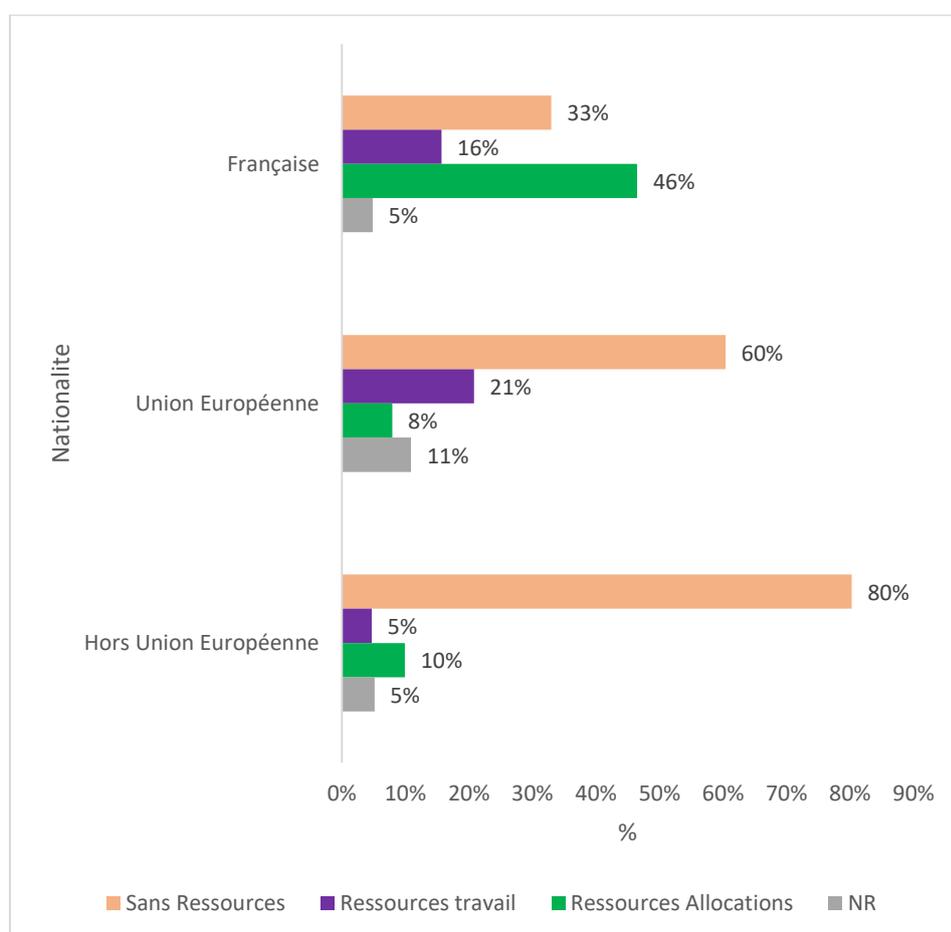
Note de lecture : En 2018, 54 % des femmes enceintes de nationalité françaises bénéficient de la PUMa.

Le fait de bénéficier de ressources, d'allocations ou de travail, ne répond pas à la même logique. Si les femmes enceintes de nationalité française sont toujours les plus nombreuses à bénéficier de ressources, dont 46 % des ressources d'allocations, les femmes enceintes originaires d'un pays hors UE, sont beaucoup plus nombreuses que les femmes originaires d'un pays de l'UE à ne pas bénéficier de ressources, soit 80 % sans ressources pour les premières, contre 60 % pour les secondes (Figure 18).

Les femmes enceintes originaires d'un pays de l'UE sont les plus nombreuses à bénéficier de ressources du travail, légal ou illégal, et même davantage que les femmes de nationalité française. Des recherches menées sur la population Rom ont montré que ces populations migrent pour le travail, légal ou illégal, et ont une plus grande facilité à intégrer des réseaux de mendicité, du fait "de formes spécifiques de capital social", notamment du fait d'une position

très basse dans l'échelle sociale dans leur pays d'origine (Nacu, 2010). De plus, par rapport aux femmes françaises, le droit aux allocations est plus restrictif pour les migrantes même provenant de l'UE; par exemple, le RSA ne peut être perçu qu'après avoir justifié de cinq ans de titre de séjour permettant de travailler sur le territoire français.

**Figure 18. Répartition des femmes enceintes selon leurs ressources financières, par nationalité en 2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

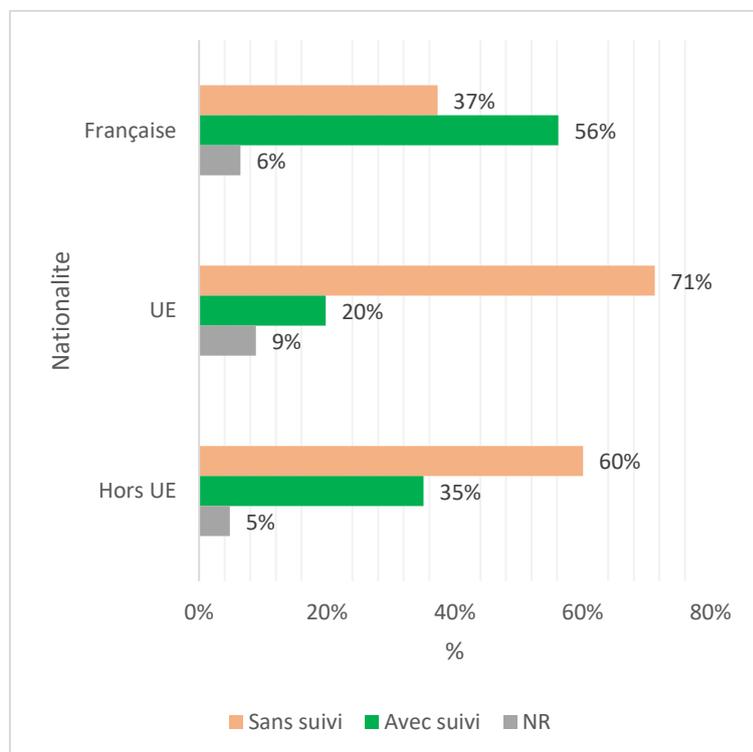
Note de lecture : En 2018, 46 % des femmes déclarant être enceintes de nationalité française déclarent bénéficier de ressources d'allocations.

Le cas particulier des femmes de nationalité d'un pays de l'UE tient très probablement à l'intrication de droits sociaux contradictoires, notamment en ce qui concerne l'accès à une couverture sociale ou des allocations sociales. En effet, l'accès à la PUMA est réservé d'une part aux personnes ayant une activité professionnelle (sans activité minimale) et d'autre part aux personnes inactives si elles sont situation régulière, résident en France depuis au moins trois mois et y vivent pendant au moins 6 mois par an. L'AME est, quant à elle, accessible

sous condition de résidence en France (en y vivant depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue) et de ressources (bénéficiaire de moins de 750 euros de ressources pour une personne seule). Ainsi, les femmes de nationalité d'un pays de l'UE (hors française) sont plus nombreuses à travailler, et si elles ne peuvent justifier de trois mois de résidence sur le territoire, elles ne peuvent bénéficier ni de l'AME, ni de la PUMa. Au niveau européen, la carte européenne d'assurance maladie est censée permettre la prise en charge dans le pays de séjour uniquement des soins dits "urgents ou inopinés" ; De plus, avec l'entrée de la Bulgarie et de la Roumanie dans l'UE en 1997, la perspective de devoir intégrer à la PUMa certains migrants comme les Roms a amené les caisses d'assurance à désormais considérer les communautaires pauvres comme des irréguliers et à les basculer vers l'AME (Izambert, 2010).

Comme pour la couverture maladie, le fait de bénéficier d'un suivi social dépend aussi de la nationalité. Les femmes de nationalité française bénéficient plus souvent d'un suivi social (56 % d'entre elles) que les femmes de nationalité d'un pays hors UE (35 % d'entre elles) et les femmes de nationalité d'un pays de l'UE (20 %) (Figure 19).

**Figure 19. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon le fait d'avoir un suivi social par la nationalité en 2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

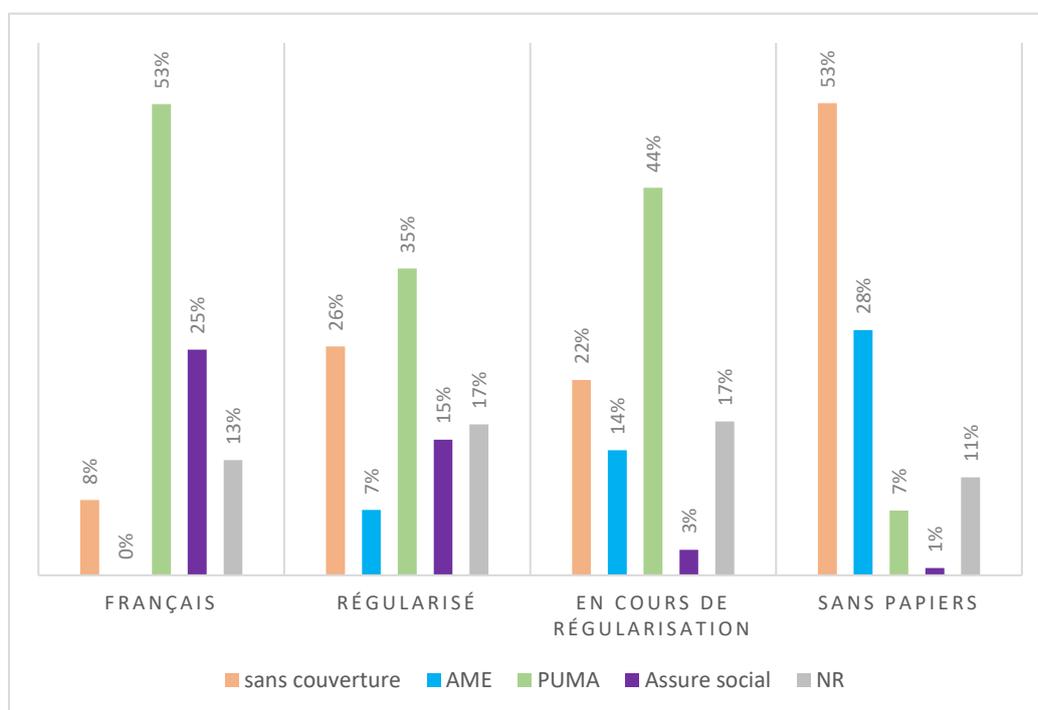
Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 56 % des femmes enceintes de nationalité françaises déclarent bénéficier d'un suivi social.

## Derrière la nationalité, des réalités diverses selon le statut administratif

En plus de la nationalité, les indicateurs de protection médicale et/ou de ressources sont liés à la situation administrative. Nous comparons ces indicateurs à la situation administrative des femmes enceintes. Lorsque l'on croise le statut administratif avec le fait de bénéficier d'une couverture médicale, nous observons un "gradient" selon le statut administratif : les femmes enceintes françaises sont les moins nombreuses à être sans couverture, soit 8 % d'entre elles, contre 26 % des femmes régularisées, 22 % des femmes en cours de régularisation et 53 % des femmes non régulières (Figure 20).

Figure 20. **Couverture sociale selon statut administratif en 2018**



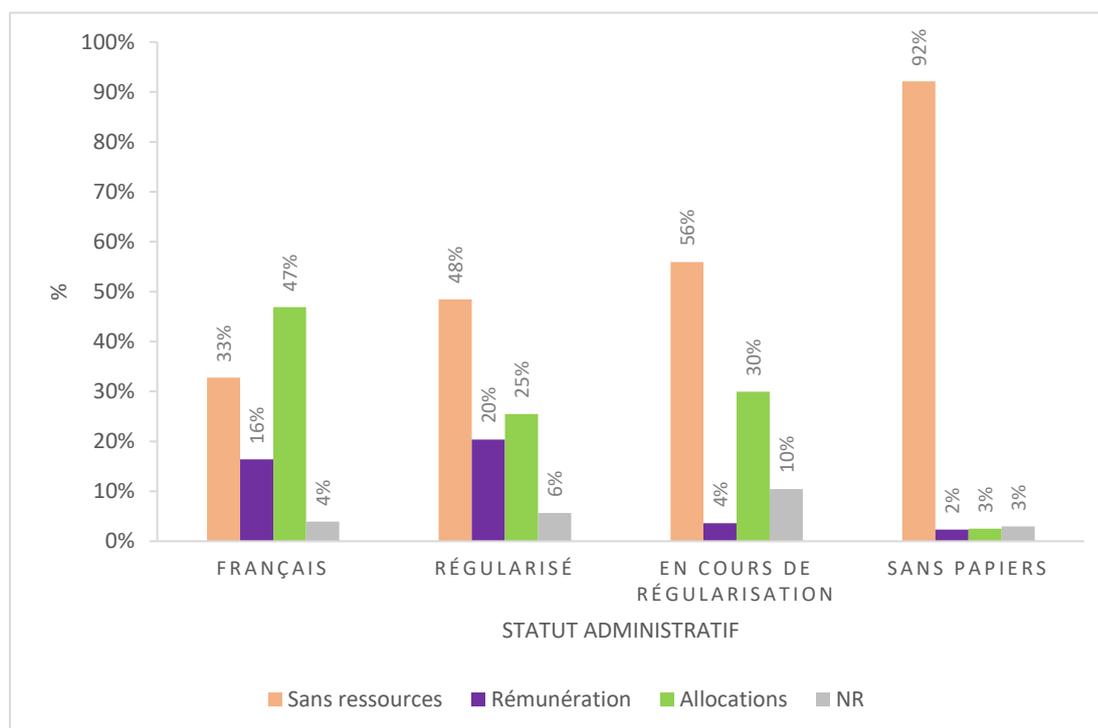
Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 53 % des femmes enceintes françaises déclarent bénéficier de la PUMA.

Le fait de bénéficier de ressources varie également selon les différents statuts administratifs. Les femmes françaises sont les moins nombreuses à ne bénéficier d'aucune ressource (33 % d'entre elles), puis viennent les femmes enceintes régularisées (48 % d'entre elles), les femmes en cours de régularisation (56 % d'entre elles) et enfin les femmes enceintes non régulières (92 % d'entre elles) (Figure 21). Seules 5 % de ces dernières bénéficient de ressources. Le fait de bénéficier de ressources provenant d'un travail rémunéré, déclaré ou non, concerne davantage les femmes régularisées, qu'elles soient de nationalité française ou étrangère.

Figure 21. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leurs ressources et leur statut administratif en 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

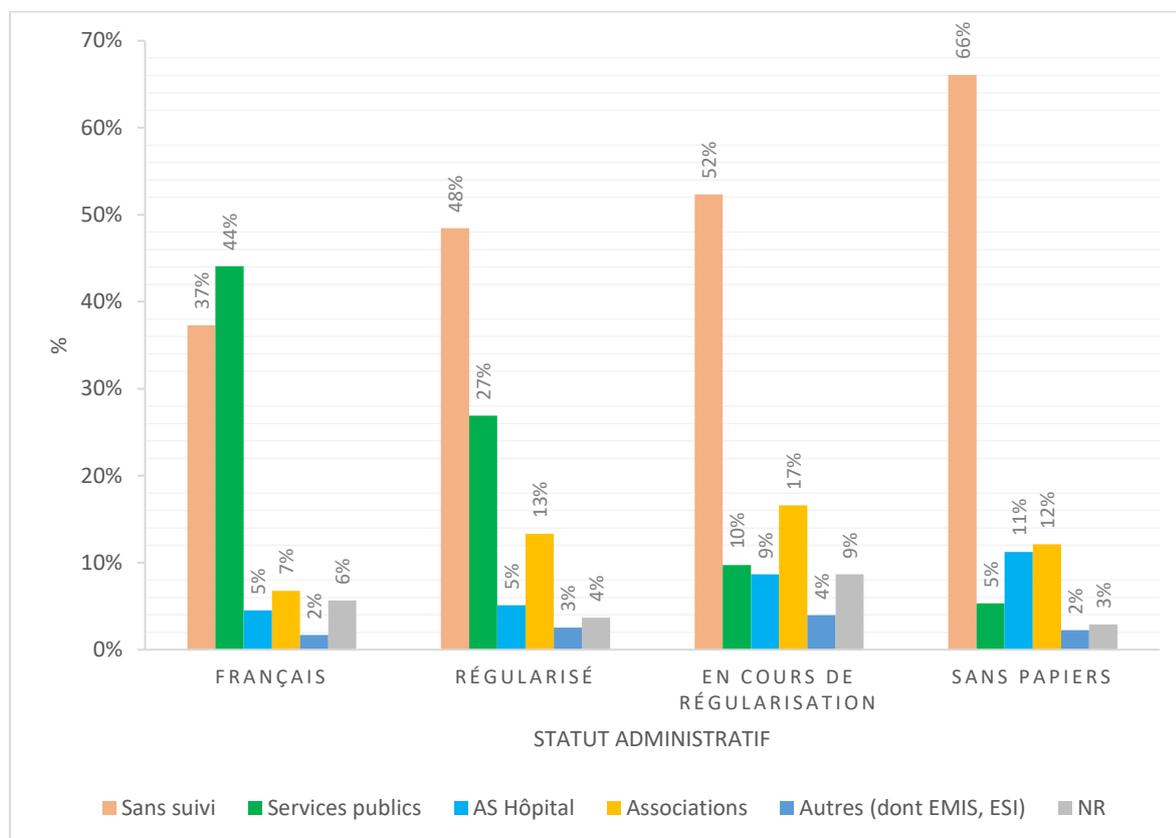
Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 20 % des femmes enceintes régularisées (hors françaises) déclarent bénéficier de ressources provenant d'un travail rémunéré.

Enfin, le statut administratif semble aussi corrélé au fait de bénéficier d'un suivi social. Si 37 % des françaises n'ont pas de suivi médical, c'est le cas de 48 % des femmes régularisées, de 52 % des femmes en cours de régularisation et de 66 % des femmes enceintes non régulières en 2018 (Figure 22).

Par ailleurs, lorsqu'elles ont un suivi médical, celui-ci n'est pas mené auprès des mêmes professionnels du fait des différences de statut administratif. Si les Françaises sont le plus souvent suivies *via* les services publics (pour 44 % d'entre elles), elles sont moins souvent suivies par des associations ou par les assistantes sociales des hôpitaux. Les femmes régularisées tout comme les Françaises, dépendent du droit commun et sont pour 27 % d'entre elles suivies par des structures du service public. Parmi femmes régularisées, 13 % sont suivies par des associations contre seulement 7 % des femmes enceintes françaises. Les femmes enceintes en situation irrégulière sont davantage suivies par des associations, soit 17 % des femmes en cours de régularisation et 12 % des femmes non régulières. Les femmes non régularisées sont plus souvent suivies par les assistantes sociales des hôpitaux, pour près de 10 % d'entre elles, contre moins de 5 % des femmes enceintes régularisées.

Figure 22. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur suivi social et leur statut administratif en 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

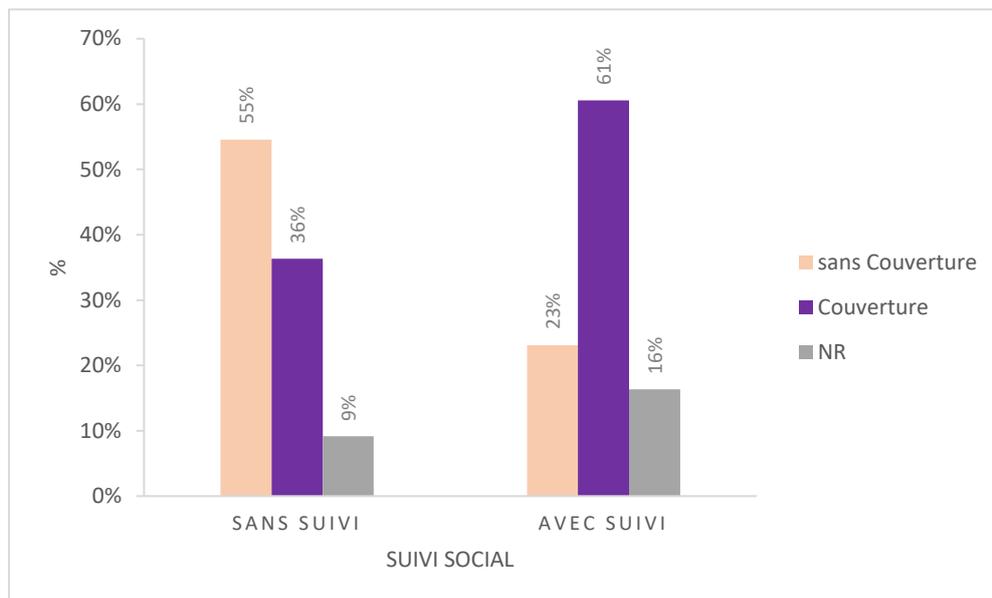
Note de lecture : En 2018, 44 % des femmes déclarant être enceintes françaises indiquent bénéficier d'un suivi social provenant des services publics, c'est le cas de 27 % des femmes enceintes régularisées.

### *L'effet bénéfique du suivi social sur les chances de disposer de ressources ou d'une couverture sociale*

Les ressources notamment provenant d'allocations ou bien le fait de bénéficier d'une couverture médicale sont tributaires de démarches préalables d'ouverture de droits sociaux. Ces démarches sont facilitées par le fait de bénéficier d'un suivi social. En effet, celui-ci ouvre la possibilité pour les femmes enceintes concernées de bénéficier des droits sociaux auxquels elles sont éligibles mais dont elles n'ont pas forcément connaissance.

Les femmes bénéficiant d'un suivi social, bénéficient en grande majorité d'une couverture médicale : si 61 % des femmes avec suivi social bénéficient d'une couverture santé, ce n'est le cas que de 36 % des femmes sans suivi (Figure 23).

**Figure 23. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon qu'elles ont une couverture sociale et un suivi social en 2018**



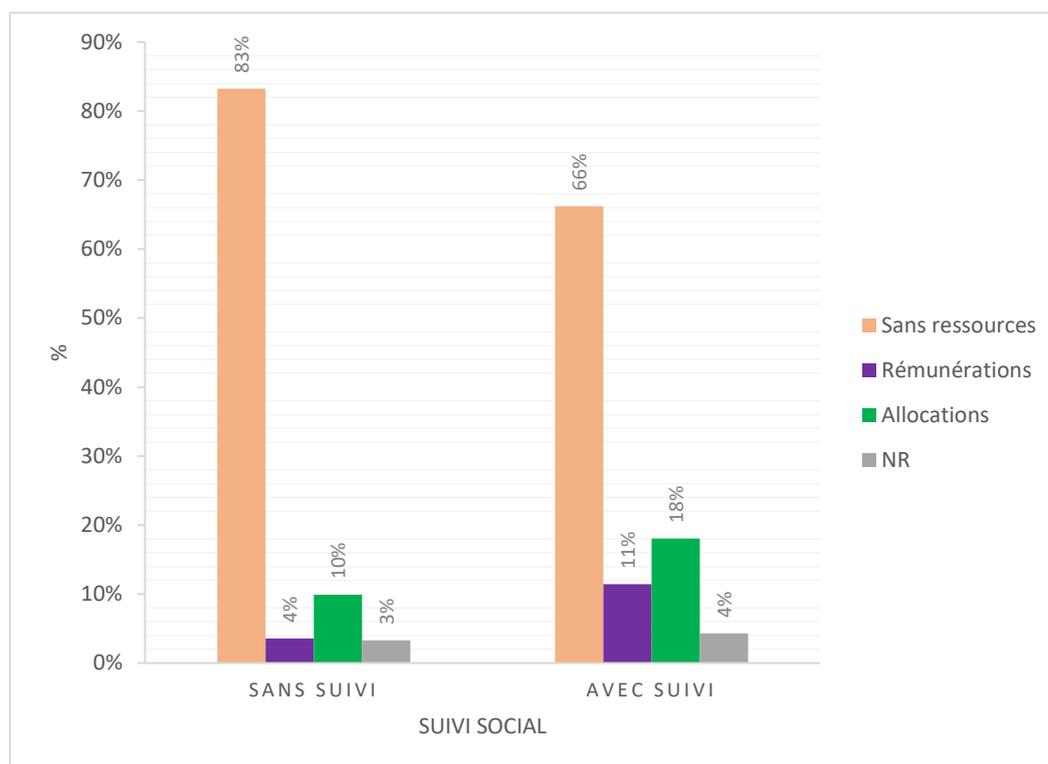
Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 61 % des femmes bénéficiant d'un suivi social, bénéficient aussi d'une couverture sociale.

Le suivi social est aussi corrélé au fait de bénéficier de ressources : si 83 % des femmes sans suivi social n'ont pas de ressource, ce n'est le cas que de 66 % des femmes enceintes avec suivi (Figure 24). Ces dernières sont plus nombreuses à bénéficier de ressources d'allocations (18 % contre 10 % des premières), ce qui confirme le rôle du suivi social pour l'ouverture de droits, mais elles bénéficient aussi davantage de ressources du travail (11 % d'entre elles contre 4 % des premières), ce qui peut potentiellement illustrer un effet "ricochet" de la régularisation administrative qui ouvre le droit au travail légal sur le territoire.

Figure 24. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leurs ressources et leur suivi social en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 18 % des femmes déclarant être enceintes bénéficiant d'un suivi social, indiquent percevoir de ressources d'allocations, c'est le cas de 10 % des femmes sans suivi social.

Ces indicateurs reflètent donc bien des situations administratives différentes. Nous avons vérifié leur potentielle corrélation avec la situation familiale, et aucune différence notable ne semble ressortir, excepté comme étant le reflet d'une structuration différente de chaque population (Annexe 3).

## Une précarité plus forte au début de l'errance, s'atténuant avec le temps

Les femmes ne sont pas égales dans l'accès aux droits sociaux, le statut régularisé est corrélé à une meilleure protection sociale. Sur ce point, les migrantes sont pénalisées de façon générale, mais elles le sont davantage lorsqu'elles viennent d'arriver sur le territoire. Nous cherchons ici à vérifier l'hypothèse d'un "temps de parcours" ou "temps d'insertion", au cours duquel les femmes en errance, essentiellement les femmes migrantes, vont accéder à des droits qui leur étaient fermés à leur arrivée sur le territoire français.

## *Ancienneté et statut administratif : un temps pour la régularisation*

Un temps est nécessaire à ce que la régularisation administrative se fasse, avec l'ouverture de droits sociaux. Ainsi on pourra distinguer les femmes enceintes "primo-appelantes" des femmes enceintes arrivées depuis plus longtemps sur le territoire. Pour aborder cette question, comme défini plus haut (encadré 3 p.25) nous avons dans un premier temps simplement distingué les femmes enceintes qui ont été en lien avec le 115/SIAO la première fois l'année considérée (nommées "Primo-appelantes"), de celles ayant été en lien avec le 115/SIAO avant l'année considérée (nommées "Anciennes").

Le premier croisement que nous avons opéré est l'ancienneté et le statut administratif. Nous remarquons que si 12 % des primo-appelantes sont régularisées en 2018, c'est le cas de 24 % des "anciennes" ; à l'inverse, si 60 % des primo-appelantes sont non régulières, ce n'est le cas que de 51 % des anciennes (Tableau 12). Ainsi, le temps écoulé depuis le premier contact avec le 115/SIAO semble être associé à une régularisation de leur situation administrative.

**Tableau 12. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur situation administrative et leur ancienneté en 2018**

	Anciennes		Primo-appelantes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Français	64	11%	113	6%	177	7%
Régularisé	141	24%	212	12%	353	15%
En cours de régularisation	81	14%	196	11%	277	12%
Sans papiers	298	51%	1 070	60%	1 368	58%
Non Renseigné	6	1%	185	10%	191	8%
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>100%</b>	<b>1 776</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 12 % des femmes déclarant être enceintes primo-appelantes sont régularisées (hors françaises), c'est le cas de 24 % des femmes enceintes arrivées dans le dispositif avant 2018.

## *Ancienneté et suivi social : un temps pour la mise en place d'un suivi et rôle prépondérant des associations avant les services publics*

Le fait de bénéficier d'un suivi social varie selon l'ancienneté dans le dispositif d'urgence. Si 61 % des primo-appelantes sont sans suivi social, ce n'est le cas que de 38 % des anciennes (Tableau 13) ; et si au sein des primo-appelantes, seules 8 % et 6 % sont suivies respectivement par des structures de service public ou par des associations, c'est le cas respectivement de 22 % et 26 % des anciennes. A l'inverse, les primo-appelantes sont plus souvent suivies par des assistants sociaux d'hôpitaux (10 % contre 6 % des anciennes), ce

qui peut refléter le fait que le suivi à l'hôpital est une solution d'urgence, liée uniquement à la grossesse, lorsqu'aucun suivi n'est entamé auparavant via les canaux classiques.

**Tableau 13. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur suivi social et leur ancienneté dans le dispositif 115-SIAO de Paris en 2018**

	Anciennes		Primo-appelantes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sans suivi	227	38%	1 084	61%	1 311	55%
Services publics	132	22%	144	8%	276	12%
AS Hôpital	36	6%	176	10%	212	9%
Associations	156	26%	115	6%	271	11%
Autres (dont EMIS, ESI)	24	4%	31	2%	55	2%
NR	15	3%	226	13%	241	10%
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>100%</b>	<b>1 776</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 61 % des femmes primo-appelantes se déclarent sans suivi social, c'est le cas de 38 % des femmes enceintes arrivées dans le dispositif avant 2018.

### *Deux fois plus de femmes couvertes après un an dans le dispositif*

Le fait de bénéficier d'une couverture médicale varie également selon l'ancienneté dans le dispositif : si 44 % des femmes enceintes primo-appelantes sont sans couverture, ce n'est le cas que de 23 % des anciennes (Tableau 14). Le fait de bénéficier de la PUMa ou de l'AME concerne seulement 15 % des primo-appelantes dans les deux cas contre 30 % et 31 % des anciennes. Ces écarts peuvent s'expliquer par des durées de présence sur le territoire plus long pour les femmes anciennes.

**Tableau 14. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur couverture sociale et leur ancienneté dans le dispositif 115-SIAO de Paris en 2018**

	Anciennes		Primo-appelantes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sans couverture	136	23%	790	44%	926	39%
Assuré social	40	7%	79	4%	119	5%
CMU	180	31%	259	15%	439	19%
AME	178	30%	274	15%	452	19%
NR	56	9%	374	21%	430	18%
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>100%</b>	<b>1 776</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 44 % des femmes primo-appelantes se déclarent sans couverture sociale, c'est le cas de 23 % des femmes déclarant être enceintes arrivées dans le dispositif avant 2018.

## *Deux fois plus de ressources, d'allocations et de travail rémunéré après un an connues dans le dispositif*

On constate que plus les femmes sont « anciennes » dans le dispositif, plus elles déclarent de ressources : 72 % des femmes enceintes primo-appelantes sont sans ressources contre 66 % des anciennes (Tableau 15). Si 5 % des primo-appelantes ont des ressources liées à un travail et 10 % à des ressources d'allocation, c'est le cas respectivement de 10 % et 20 % des femmes enceintes anciennes. Nous précisons ici que l'ancienneté dans le dispositif signifie le fait d'être connu du service 115-SIAO, et non pas d'être hébergé via le dispositif (Encadré 3, p.25). L'effet de l'ancienneté reflète donc en partie le rôle de plateforme d'orientation qu'ont les écoutants du 115-SIAO en plus de l'attribution des places d'hébergement.

**Tableau 15. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur ressources et ancienneté dans le dispositif 115-SIAO de Paris en 2018.**

	Anciennes		Primo-appelantes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sans ressources	389	66%	1 286	72%	1 675	71%
Rémunération	60	10%	84	5%	144	6%
Allocations	120	20%	173	10%	293	12%
NR	21	4%	233	13%	254	11%
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>100%</b>	<b>1 776</b>	<b>100%</b>	<b>2 366</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018. [N= 2 366]

Note de lecture : En 2018, 72 % des femmes primo-appelantes se déclarent sans ressources, c'est le cas de 66 % des femmes enceintes arrivées dans le dispositif avant 2018.

La régularité sur le plan administratif conditionne fortement l'accès aux droits sociaux. L'accès à ces droits dépend du temps passé dans le dispositif et de façon corrélée au fait de bénéficier d'un suivi social permettant l'ouverture de ces droits, notamment pour les femmes de nationalité étrangère. A l'évidence, les femmes de nationalité française bénéficient davantage de droits sociaux que les femmes de nationalité étrangère, et pour ces dernières, la vulnérabilité est plus forte à l'arrivée sur le territoire français, reflétant le temps nécessaire à la régularisation administrative. La grossesse est-elle en elle-même un facteur facilitant l'accès aux droits ? Le travail mené par I. Virole-Zadje en 2016 montre que la grossesse est l'occasion pour les femmes migrantes de lancer des démarches d'ouverture de droits sociaux et de procédure de régularisation. Nous pourrions vérifier cette information dans nos données, dans le cadre d'analyses ultérieures, en reconstituant les parcours de grossesse.

# Grossesse et parcours d'hébergement

La situation de rue peut être différemment vécue, et plus ou moins longue, notamment du fait de l'existence de circuits de prise en charge distincts selon les profils sociodémographiques. Si de plus en plus de femmes enceintes se retrouvent sans-domicile, la grossesse et la maternité confèrent-elle malgré tout un "avantage" dans un accès priorisé à l'hébergement d'urgence ?

En situation de pénurie d'offre d'hébergement, les chances d'obtenir une place en centre ou en hôtel dépend non seulement de critères socio-démographiques et de santé définissant la vulnérabilité de l'usagère, mais aussi de la régularité de la sollicitation du dispositif, c'est à dire au nombre de demandes formulées tout comme l'ancienneté de ces femmes dans le dispositif d'urgence. Ces éléments conduisent à des parcours d'hébergement plus ou moins favorables, certaines femmes sont hébergées tout au long de leur grossesse, tandis que d'autres n'accèdent jamais à l'hébergement d'urgence.

## Réponse donnée au premier appel<sup>9</sup> : des logiques de priorisation complexes

Nous nous attachons ici à décrire la réponse donnée au premier appel lorsque la femme se déclare enceinte. Il s'agit ici d'estimer les "chances" d'accès à l'hébergement selon les profils, pour comprendre les logiques de priorisation qui prévalent dans l'accès de ce public à l'hébergement d'urgence.

### *Une majorité de "demandes non pourvues"*

Les réponses données aux femmes enceintes au premier appel à l'occasion duquel elles se déclarent enceintes, sont assez stables sur la période 2016-2018, et inquiétante pour ce public fragile : entre seulement 25 et 28 % d'hébergements pourvus au premier appel, et entre 28 et 34 % de demandes non pourvues (DNP) (Figure 25). Concernant les réponses autres qu'un hébergement ou une DNP, les types de réponses sont principalement les suivantes : "Personne déjà Orientée" (14 %) ; "Orientation partenaires" (8 %), " Refus d'Orientation par l'Équipe (ROPE)" (9 %) et "Transmis Back<sup>10</sup>" (9 %). A l'exception de cette dernière réponse, les trois premières peuvent être considérées comme des "demandes non pourvues", au sens

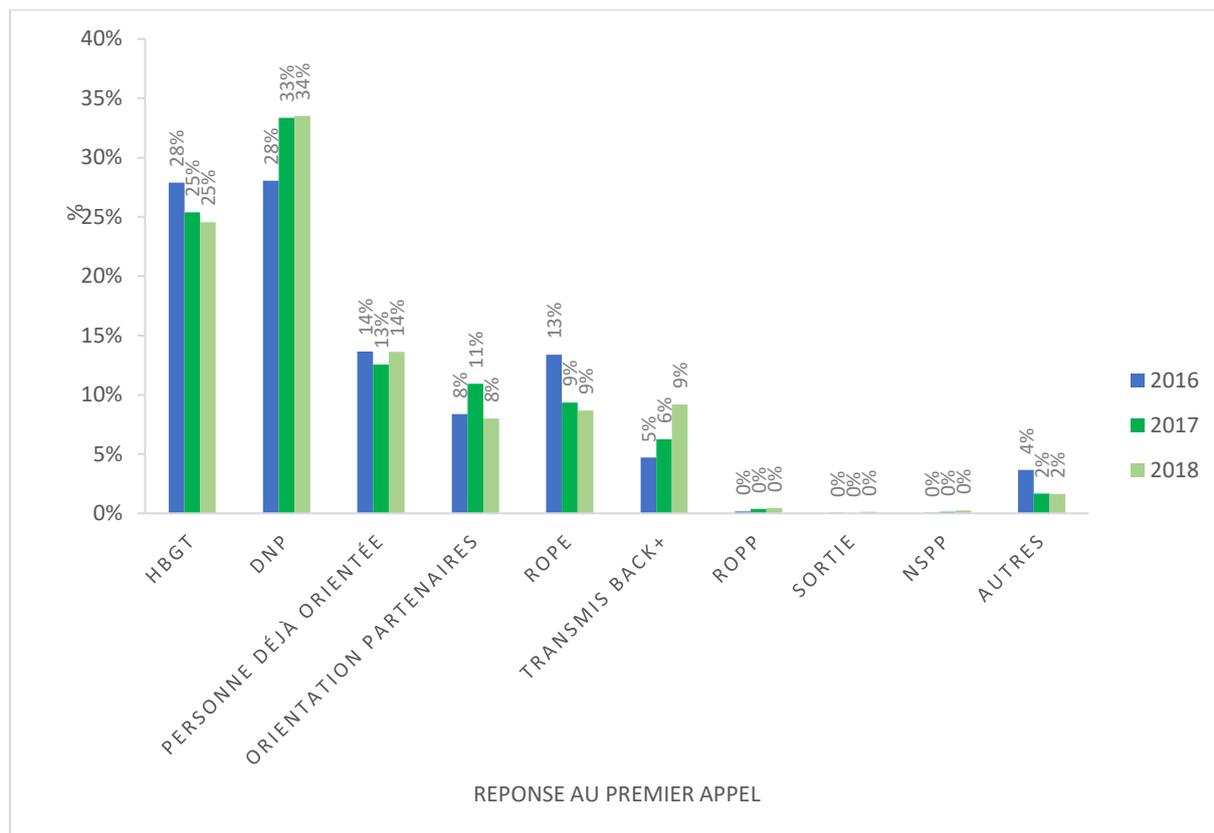
---

<sup>9</sup> Dans les calculs qui suivent, nous prenons en compte la réponse donnée au premier appel/contact lorsque la femme est reconnue enceinte, qu'il s'agisse d'une demande d'hébergement ou non.

<sup>10</sup> La modalité "Transmis Back" signifie que la femme enceinte a contacté le 115, a été reçue par le "Front 115" mais dont l'appel a été interrompu avant que la demande ne soit traitée et le diagnostic social réalisé par le "Back 115". Même si la demande n'est pas "en soi" enregistrée, nous pouvons tout de même considérer cet appel comme une demande.

où il y a bien une demande d'hébergement formulée, qui ne peut être satisfaite, mais à laquelle on attribue au refus un motif d'ordre administratif ou une possibilité pour les personnes concernées d'avoir une solution d'hébergement autre que celle provenant du dispositif d'urgence 115.

Figure 25. Répartition des réponses aux demandes d'hébergement formulées lors du premier appel des femmes déclarant être enceintes entre 2016 et 2018.



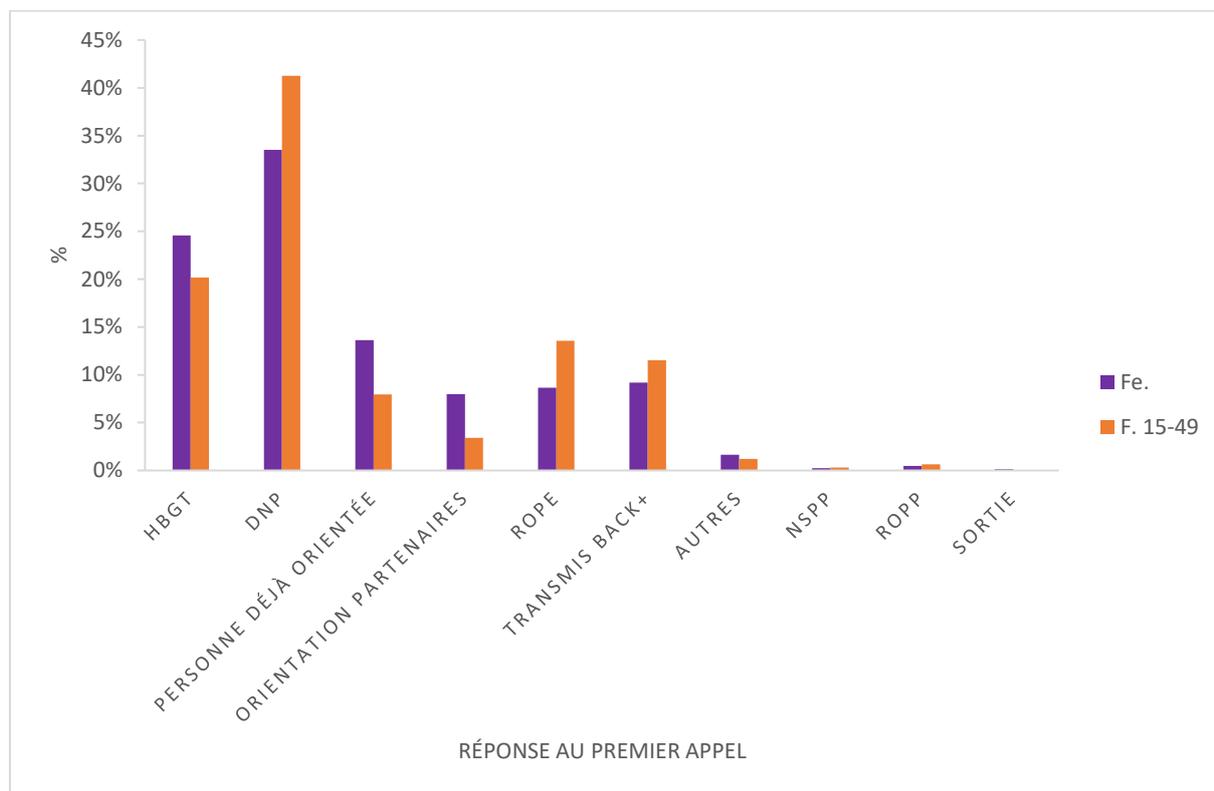
Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO entre 2016 et 2018. [2016 : N=1 743 ; 2017 : N=2 096 ; 2018 : N=2 366]

Note de lecture : En 2018, au premier contact avec le dispositif, 25 % des femmes enceintes ont obtenu un hébergement, 34 % une Demande Non Pourvue, 14 % étaient considérées comme "Personne déjà Orientée", 8 % "Orientation Partenaires", 9 % "ROPE", et 9 % "Transmis Back".

Lorsque l'on compare la réponse donnée aux femmes enceintes au premier appel à la réponse donnée à l'ensemble des femmes de 15-49 ans, nous constatons que le nombre de réponses positives est un peu plus favorable pour les femmes enceintes (25 % d'hébergement pour les femmes enceintes contre 20 % pour les femmes primo-appelantes de 15-49 ans). (Figure 26). Les femmes enceintes reçoivent cependant davantage de réponses "Personne déjà Orientée" et "Orientation Partenaires", mais moins de réponses "ROPE" et "Transmis Back".

Figure 26. Répartition des femmes déclarant être enceintes et des femmes primo-appelantes âgées de 15-49 ans selon la réponse donnée au premier appel, en 2018



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement 115/SIAO en 2018 ; et ensemble des femmes de 15-49 ans et ayant émis au moins une demande en 2018

Note de lecture : En 2018, 25 % des femmes enceintes ont obtenu un hébergement au premier appel en tant que femme enceinte, c'est le cas de 20 % des femmes de 15-49 ans à leur premier contact avec le dispositif cette année.

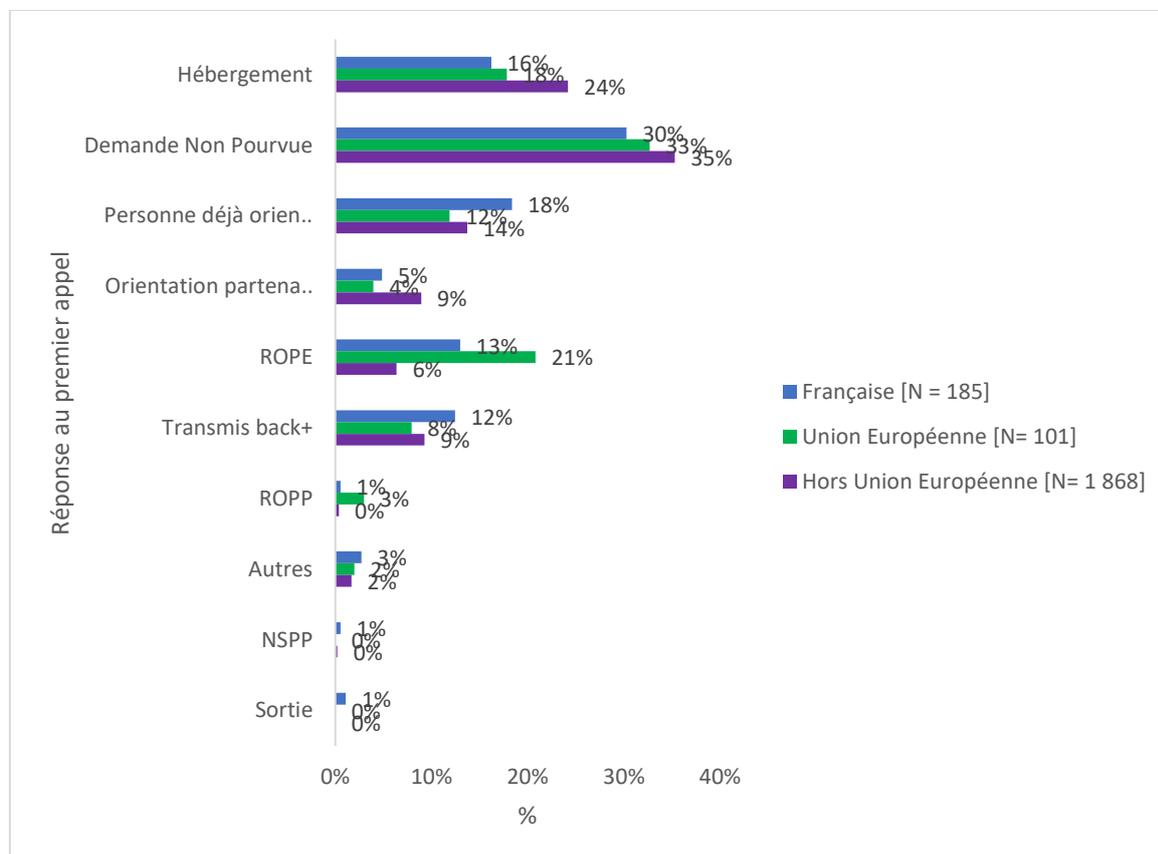
### *Un traitement de la demande qui varie selon la nationalité et le statut administratif des femmes*

La réponse apportée à la demande d'hébergement lors du premier appel des femmes déclarant être enceintes varie selon leurs caractéristiques, notamment la nationalité et la situation administrative. La réponse donnée aux femmes de nationalité française et aux femmes de nationalité d'un pays de l'UE est sensiblement similaire, mais moins favorable que la réponse donnée aux femmes enceintes d'une autre nationalité : si 16 % des femmes de nationalité française et 18 % des femmes de nationalité d'un pays de l'UE accèdent à l'hébergement au premier appel, c'est le cas de 24 % des femmes de nationalité d'un pays hors UE (Figure 27).

Cependant, les autres formes de DNP semblent différencier sensiblement les femmes enceintes selon leur nationalité. Les Françaises sont davantage concernées par la modalité

« Personne déjà Orientée », dont la moitié sont des changements d'orientation, et l'autre moitié des personnes déjà hébergées (Annexe 3).

Figure 27. Répartition des femmes selon les réponses données au premier appel, selon la nationalité en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018, N= 2 366 (Dont 212 Non Renseigné)

Note de lecture : En 2018, les femmes françaises, à leur premier contact en tant que femme enceinte, ont été classées à 16 % en réponse positive d'hébergement, 30 % en demande non pourvue, 18 % en tant que "Personne déjà Orientée", à 13 % en ROPE, et à 12 % en "Transmis Back".

Les femmes de nationalité d'un pays de l'UE sont davantage concernées par les "Refus d'Orientation par l'Équipe" pour 21 % d'entre elles (Figure 27). Il s'agit d'une forme de DNP justifiée par des critères administratifs, c'est-à-dire que leur situation sociale ou administrative ne rentre pas dans le cadre légal de la prise en charge par le Samusocial de Paris. Il s'agit par exemple de personnes arrivées à Paris récemment alors qu'elles sont prises en charge dans un autre département. Ainsi lorsqu'elles contactent le 115 de Paris, elles sont considérées comme personnes qui doivent être prises en charge dans l'autre département. Cependant, il convient de relativiser ces chiffres au regard des effectifs de chaque sous-population, les effectifs des femmes de nationalité française et celles de nationalité d'un pays de l'UE sont dix

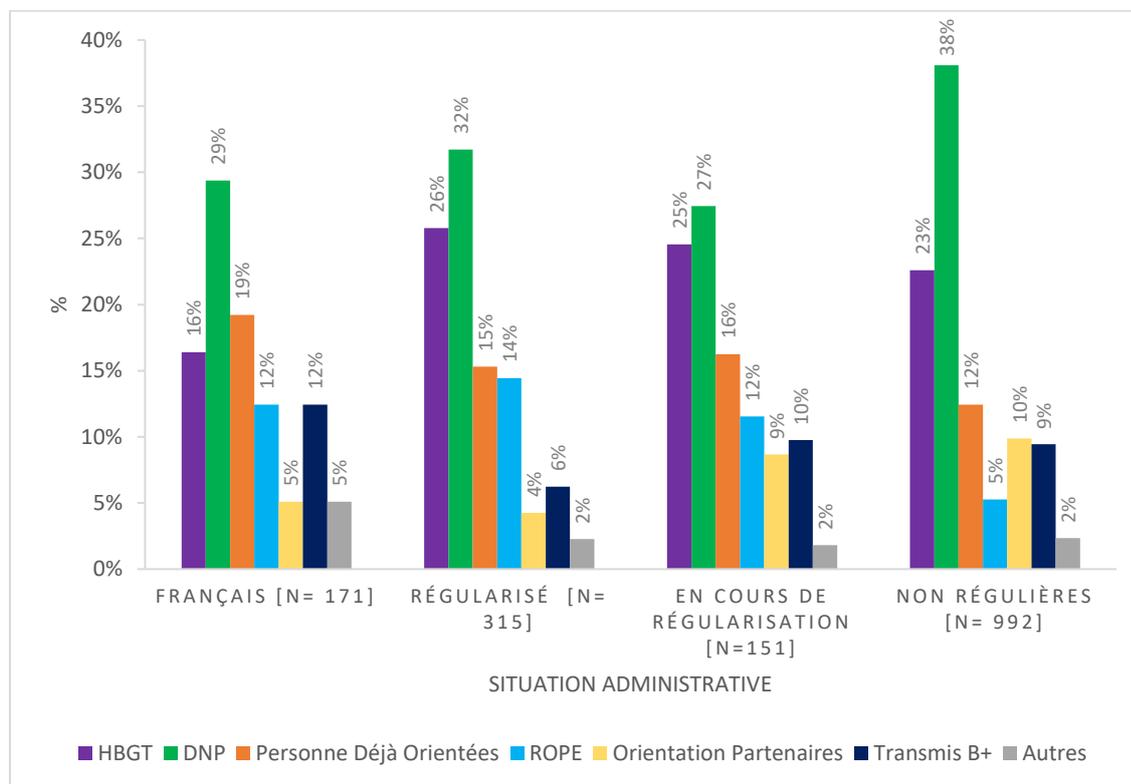
fois moins importants que ceux des femmes de nationalité d'un pays hors UE, ce qui ne permet pas d'établir de corrélations significatives.

Enfin, les femmes de nationalité d'un pays hors UE sont majoritairement concernées par la modalité « Orientation partenaire » dont 90 % sont des orientations vers l'hôpital (Annexe 3).

Les Françaises sont moins souvent prises en charge par le dispositif 115/SIAO que les femmes de nationalité étrangère. La différence de traitement entre les femmes de nationalité étrangères, celles de nationalité d'un pays hors UE qui accèdent plus facilement à l'hébergement que les femmes de nationalité d'un pays de l'UE, semble s'expliquer par des questions d'ordre administratif.

Lorsque l'on compare les réponses au premier appel selon la situation administrative, si les femmes non régulières sont celles qui reçoivent le plus de DNP (38 % d'entre elles au premier appel), les femmes françaises, celles régularisées ou en cours de régularisation sont celles qui reçoivent le plus de réponses classées "Personnes déjà Orientées", ou Refus d'Orientation par l'équipe (Figure 28). La réponse "Orientation Partenaires" concerne davantage les femmes non régulières ou en cours de régularisation, les "partenaires" faisant très probablement référence aux dispositifs d'aides spécifiques dédiés aux réfugiés.

Figure 28. Répartition des femmes selon les réponses données au premier appel, selon la situation administrative en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018, N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 12 % des femmes françaises ont reçu comme réponse un "Refus d'Orientation par l'Équipe", c'est le cas de 5 % des femmes non régulières.

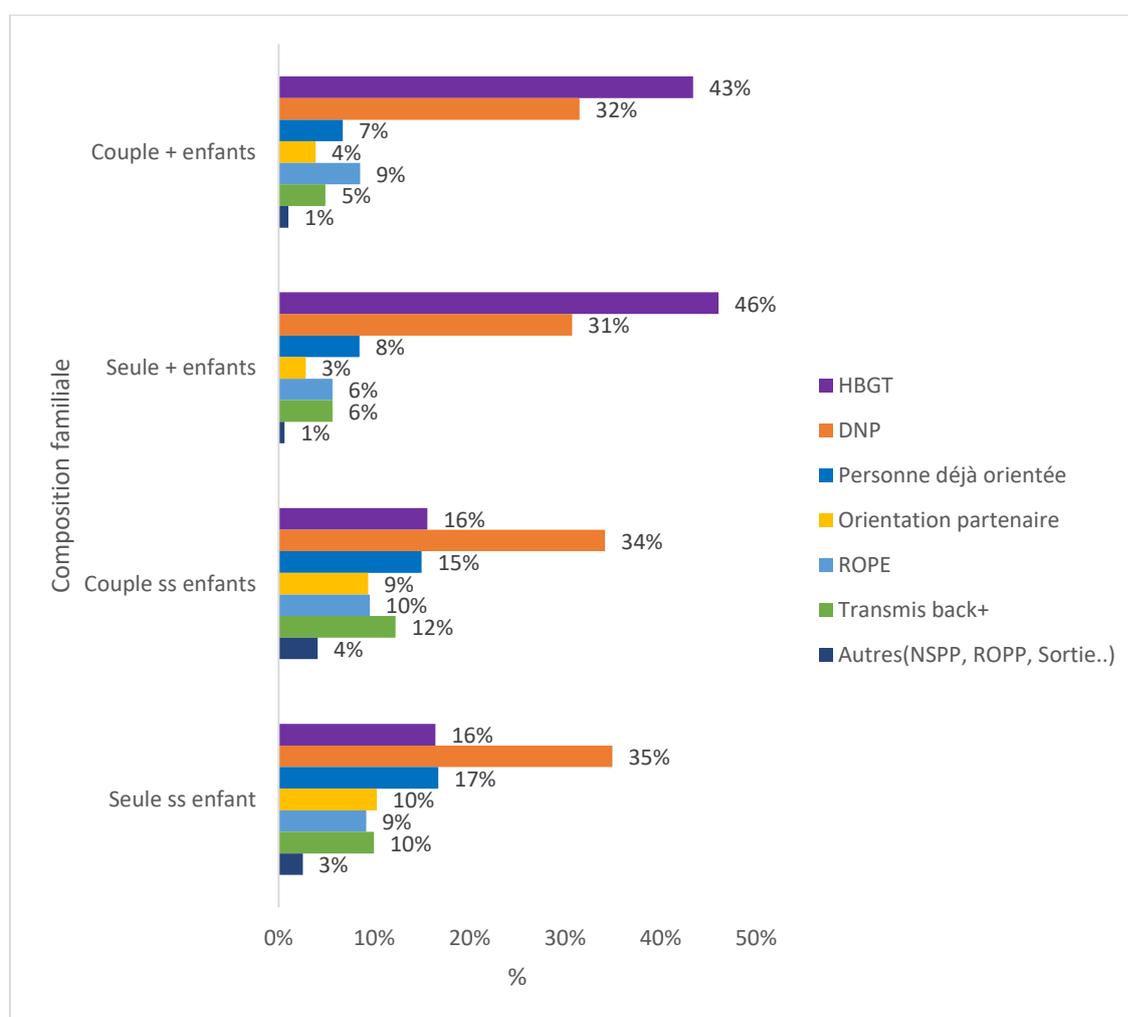
### *Un traitement de la demande qui varie selon la situation familiale des femmes*

Les femmes enceintes déjà accompagnées d'enfant(s), seules ou en couple, paraissent prioritaires dans l'accès à l'hébergement par rapport aux femmes sans enfant. En effet, si entre 43 % et 46 % des femmes avec enfants seules ou en couple accèdent à un hébergement au premier appel, seulement 16 % des femmes enceintes sans enfant qu'elles soient en couple ou non, y accèdent (Figure 29).

Cet écart au moment de la première demande s'explique par le fonctionnement même du dispositif. Une femme enceinte avec enfant, seule ou en couple, sera prise en charge en tant que membre d'une famille, tandis qu'une femme enceinte sans enfant ne sera considérée comme membre d'une famille qu'après la réception d'un certificat de grossesse attestant qu'elle est enceinte depuis plus de 3 mois. Ainsi, dans la mesure où les femmes doivent transmettre leur certificat de grossesse pour que leur prise en charge par le 115 en tant que

membre d'une famille soit prise en compte, dans le contexte de saturation du dispositif d'urgence, leur première demande d'hébergement aboutit moins souvent à un hébergement que pour les femmes qui ont déjà des enfants et sont par conséquent déjà considérées comme membre d'une famille.

Figure 29. Répartition des femmes selon la réponse donnée au premier appel selon la situation familiale en 2018.



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes, et ayant émis au moins une demande d'hébergement au 115-SIAO en 2018. N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 16 % des femmes enceintes seules sans enfants ont reçu un hébergement à leur premier contact avec le dispositif, c'est le cas de 46 % des femmes seules avec enfant(s).

Cependant, si la présence d'enfants est censée favoriser l'accès à l'hébergement, comme cela a été le cas jusqu'en 2015, la saturation du dispositif met à mal ce principe, les taux de réponse positives étant de moins en moins favorables pour les familles (Rapport 115, 2019). En effet, le parc hôtelier, réservé aux familles a atteint ses limites. De plus, les durées de séjours dans l'hébergement hôtelier et non hôtelier s'allongent. Ainsi, on assiste aux premières DNP pour les

personnes en famille dès 2012. Avec les données à disposition, nous constatons néanmoins que les familles (avec enfants), restent prioritaires dans l'accès à l'hébergement par rapport aux femmes sans enfant. Les capacités d'hébergement par l'entourage familial ou par des tiers sont aussi probablement plus grandes pour les femmes seules que pour les personnes en famille.

Ainsi, ce n'est pas tant la grossesse qui apparait comme un critère de priorisation dans l'accès à l'hébergement que le fait d'avoir des enfants, et d'être déjà pris en charge par le pôle Famille.

Si l'on compare les femmes enceintes avec enfants (en couple ou seule) aux femmes âgées de 15-49 ans en famille, la réponse donnée aux demandes d'hébergement des femmes enceintes en famille est plus favorable que celle donnée aux femmes de 15-49 ans en famille : soit 45 % ont un hébergement au premier appel pour les premières contre 23 % pour les secondes (Tableau 16). Ainsi, pour les femmes accompagnées d'enfants, la grossesse peut être un critère supplémentaire d'accès priorisé à l'hébergement d'urgence. Cependant, pour les femmes sans enfant, nous n'observons quasiment pas de différences entre le fait d'être enceinte ou non : la grossesse n'apparait pas alors comme un critère permettant d'accéder plus facilement à un hébergement. Cependant, les femmes sans enfants et qui ne sont pas enceintes reçoivent plus souvent de DNP (46 %) que celles qui n'attendent pas d'enfants (35 %). Les femmes enceintes sans enfants sont davantage orientées vers des partenaires que les autres. Elles sont probablement redirigées vers des hôpitaux afin d'obtenir leur certificat de grossesse.

**Tableau 16. Répartition des femmes enceintes et des femmes de 15-49 ans primo-appelantes en famille et seules selon la réponse donnée au premier appel en 2018.**

Réponse au 1er appel	F.e. Famille		F. 15-49 ans Famille		F.e. sans enfants		F. 15-49 ans sans enfants	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HBGT	315	45%	966	23%	266	16%	683	17%
DNP	220	31%	1 566	37%	573	35%	1 808	46%
Personne déjà orientée	53	8%	480	11%	265	16%	169	4%
Orientation partenaires	24	3%	158	4%	164	10%	120	3%
ROPE	51	7%	526	12%	154	9%	584	15%
Transmis back+	37	5%	496	12%	180	11%	446	11%
Autres (NSPP, ROPP...)	6	1%	69	2%	52	3%	108	3%
<b>Total</b>	<b>706</b>	<b>100%</b>	<b>4 261</b>	<b>101%</b>	<b>1 654</b>	<b>100%</b>	<b>3 918</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant émis au moins une demande d'hébergement au dispositif 115/SIAO en 2018 ; et ensemble des femmes de 15-49 ans primo-appelantes, ayant émis au moins une demande en 2018.

[2018 : En famille : N (f.e) = 706 ; N (f 15-49 ans) = 4 261]

Note de lecture : En 2018, au sein du public 115/SIAO, 45 % des femmes enceintes avec enfant(s) ont accédé à un hébergement à leur premier contact, c'est le cas de 23 % des femmes de 15-49 ans primo-appelantes en famille.

Nous constatons donc que les femmes enceintes avec enfants, qu'elles soient seules ou en couple accèdent plus rapidement à l'hébergement. Cependant, lorsqu'on isole les femmes sans enfant, seules ou en couple, la grossesse ne semble pas jouer beaucoup sur les chances d'accès à l'hébergement d'urgence au premier appel.

## Le rôle du dispositif d'urgence au cours de la grossesse

Au-delà des déterminants socio-démographiques impliqués dans la réponse apportée par le dispositif d'urgence lors du premier contact pendant la grossesse, existent-ils des parcours d'hébergement spécifiques lors d'une grossesse ? Lorsqu'elles ne parviennent pas à obtenir un hébergement d'urgence, de quels recours disposent les femmes enceintes ?

Pour répondre à ces questions, la constitution d'une cohorte a été nécessaire. En effet, lorsqu'elles ont accouché<sup>11</sup>, la perte du statut de femme enceinte des femmes ayant été en contact avec le dispositif d'hébergement d'urgence entre 2016 et 2018 n'a pas été renseigné dans tous les cas dans le recueil standardisé de données, mais parfois dans une note rédigée par les écoutants sociaux. Pour corriger ces données, les dates du dernier contact avec le dispositif d'urgence pendant la grossesse, issues de ces notes ont été recueillies. Cela concernait 791 femmes déclarant être enceintes et pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017, quelle que soit l'avancée de leur grossesse lors de cette première sollicitation.

Les analyses porteront dans un premier temps sur le premier contact pendant la grossesse avec le dispositif d'urgence des femmes composant la cohorte puis sur leur parcours d'hébergement au cours de la grossesse.

*Plusieurs motifs de sollicitation du dispositif d'urgence au premier contact, mais en grande majorité la demande prioritaire : l'hébergement d'urgence*

Dans plus de 3 cas sur 4 (76,2 %), la première sollicitation du dispositif d'urgence depuis le début de la grossesse est une demande d'hébergement. Par ailleurs, pour plus de 10 % des appels téléphoniques passés au 115 par une femme enceinte, la communication n'a pas permis d'identifier la nature de la demande<sup>12</sup>. Enfin, dans 12,8 % des cas, les contacts concernent des femmes enceintes qui ont un hébergement en cours et souhaitent faire un

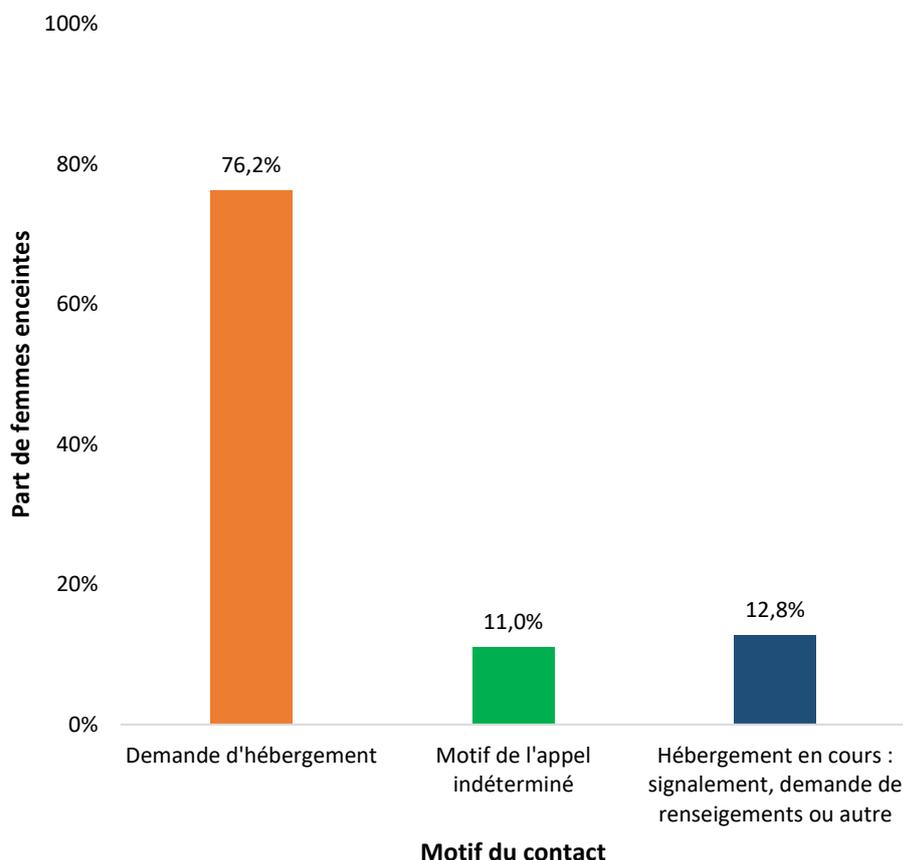
---

<sup>11</sup> La perte du statut de femme enceinte peut aussi être provoquée, dans certains cas, par une fausse couche, une interruption volontaire de grossesse (IVG) ou une interruption médicale de grossesse (IMG).

<sup>12</sup> La communication a coupé avant ou pendant que l'appel était transmis à un écoutant pour une évaluation de la situation de la personne, que cette dernière ait raccroché (notamment en raison de l'importance du temps d'attente) ou parce qu'un incident technique a provoqué l'arrêt de la communication.

signalement (présence de cafards, absence d'eau chaude, etc...), obtenir des informations ou informer de leur grossesse.

Figure 30. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon le motif du premier contact pendant la grossesse



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 (n=791)

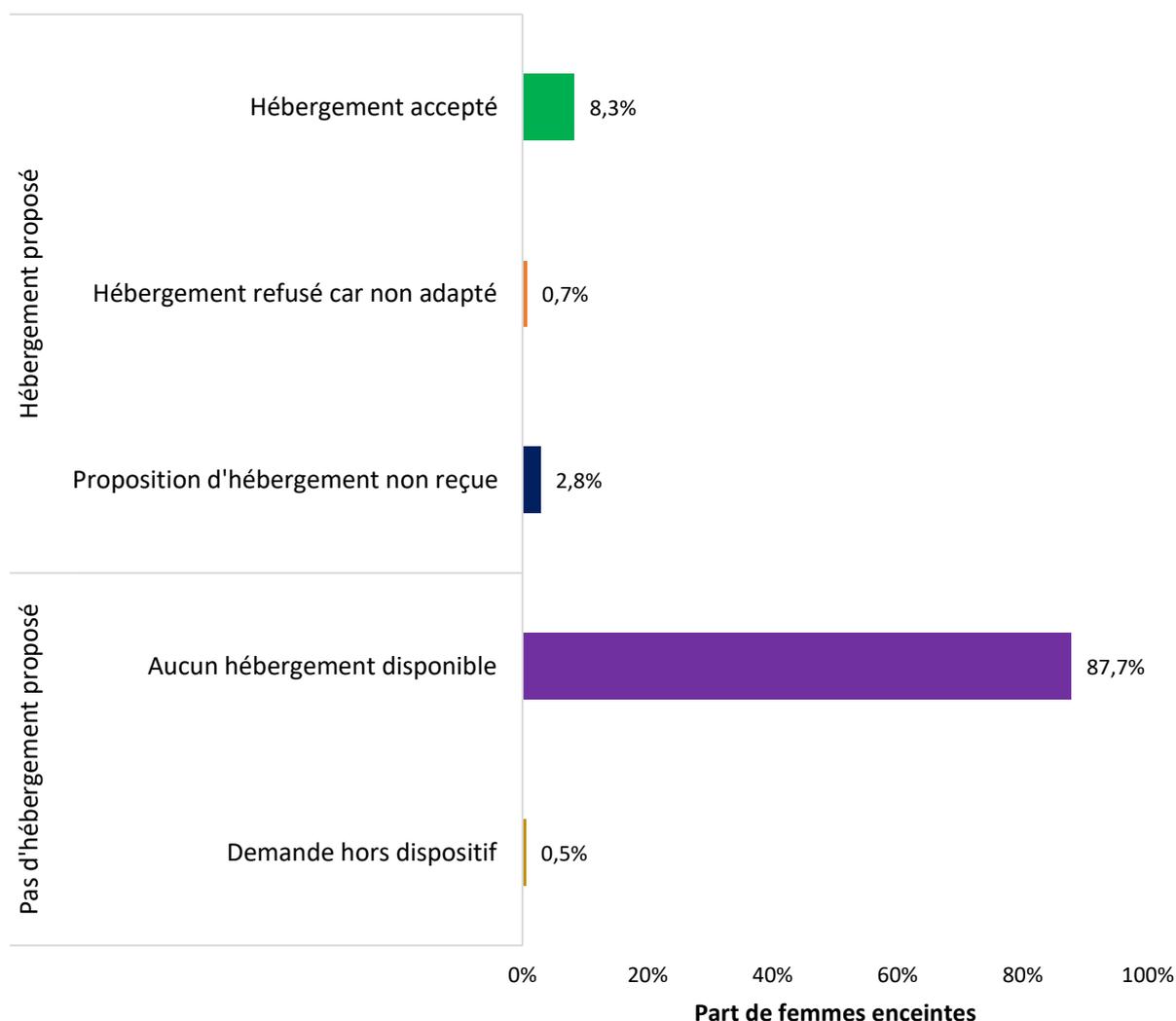
Note de lecture : 76,2 % des premiers contacts pendant la grossesse sont des demandes d'hébergement.

*Lors du premier contact, près de 9 femmes sur 10 n'ont pas reçu de proposition d'hébergement suite à leur demande*

La grande majorité des femmes (87,7 %) en demande d'hébergement lors du premier contact pendant leur grossesse n'ont pas reçu de proposition d'hébergement. Seulement 8,3 % des femmes enceintes ont accepté la proposition d'hébergement qui leur a été faite et s'y sont rendues. Très peu (0,7 %) ont refusé l'hébergement car celui-ci n'était pas adapté à leur situation (éloignement géographique, conditions d'hébergement insuffisantes, etc.) ou parce qu'elles ne pouvaient s'y rendre (notamment par manque de moyens de transport). Dans 2,8 %

des cas, les femmes n'ont pas reçu la proposition d'hébergement car les services n'ont pas réussi à les joindre pour les en informer.

Figure 31. Répartition des réponses apportées aux demandes d'hébergement lors du premier contact pendant la grossesse



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 et ayant formulé une demande d'hébergement (n=603)

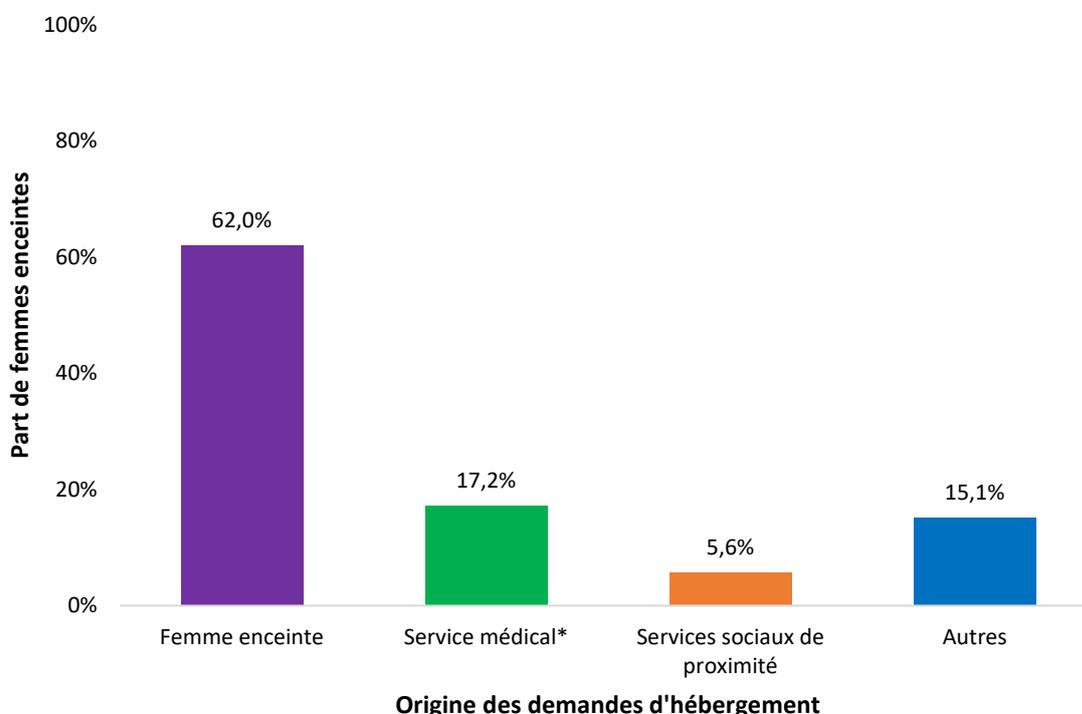
Note de lecture : 8,3 % des femmes en demande d'hébergement au premier contact pendant leur grossesse ont reçu une proposition d'hébergement qu'elles ont accepté.

Note : Les demandes hors dispositif sont celles de femmes enceintes qui ne dépendent pas du secteur parisien, sont présentes sur le territoire depuis moins de trois mois, ont des ressources économiques supérieures au plafond décidé, ou bénéficient d'un domicile ou sont mineures.

## Plus de 6 demandes d'hébergement sur 10 ont été formulées par les femmes enceintes auprès du 115

Plus de 6 demandes d'hébergement sur 10 (62 %) sont formulées par les femmes elles-mêmes, qui contactent par téléphone le 115 pour la première fois depuis le début de leur grossesse. Les demandes d'hébergement émises par les services médicaux<sup>13</sup> ne représentent que 17,2 % des premières demandes pendant la grossesse, et les services sociaux de proximité sont à l'origine de la première demande d'hébergement dans seulement 5,6 % des cas.

Figure 32. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon l'origine des demandes d'hébergement lors du premier contact pendant la grossesse



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 et ayant formulé une demande d'hébergement (n=603)

Note de lecture : 62 % des femmes en demande d'hébergement au premier contact de leur grossesse ont contacté d'elle-même le 115 en vue d'obtenir un hébergement.

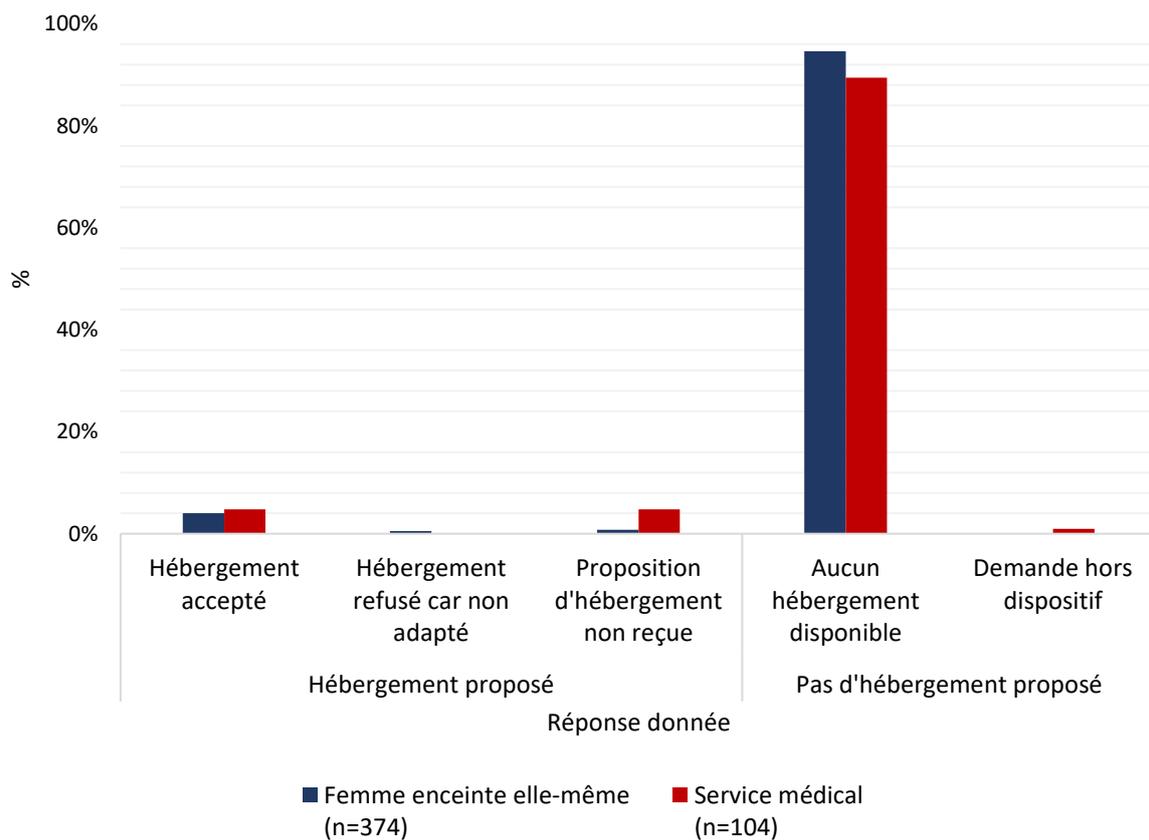
Notes : \* Les services médicaux concernés sont les services de périnatalité, pédiatriques, les hôpitaux, les cliniques, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les centres médicaux.

<sup>13</sup> Les services médicaux concernés sont les services de périnatalité, pédiatriques, les hôpitaux, les cliniques, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les centres médicaux.

*Les premières demandes d'hébergement pendant la grossesse émises par les services médicaux ont plus souvent abouti à une proposition d'hébergement que celles formulées par les femmes elles-mêmes*

Lors du premier appel pendant la grossesse, il a été très rare que des hébergements soient disponibles pour les femmes enceintes lorsqu'elles avaient elles-mêmes appelé le 115 (5,3 % des cas). Lorsque ce premier appel est émis par un service médical, les demandes d'hébergement aboutissent un peu plus souvent à une proposition d'hébergement (9,6 % contre 5,3 %). Le protocole mis en place entre le Samusocial de Paris et l'AP-HP à destination des femmes enceintes sans-domicile présentes dans les hôpitaux ou sortantes de maternité permet à ce public de bénéficier d'une priorité dans la prise en charge (Encadré 2, p.6)

**Figure 33. Répartition des réponses apportées aux demandes d'hébergement lors du premier contact pendant la grossesse selon l'origine de la demande**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 et qui sont à l'origine du contact (n=374) ou lorsqu'un service médical en est à l'origine (n=104)

Note de lecture : 4 % des femmes qui sont à l'origine du premier contact pendant leur grossesse ont bénéficié d'un hébergement au premier contact de leur grossesse.

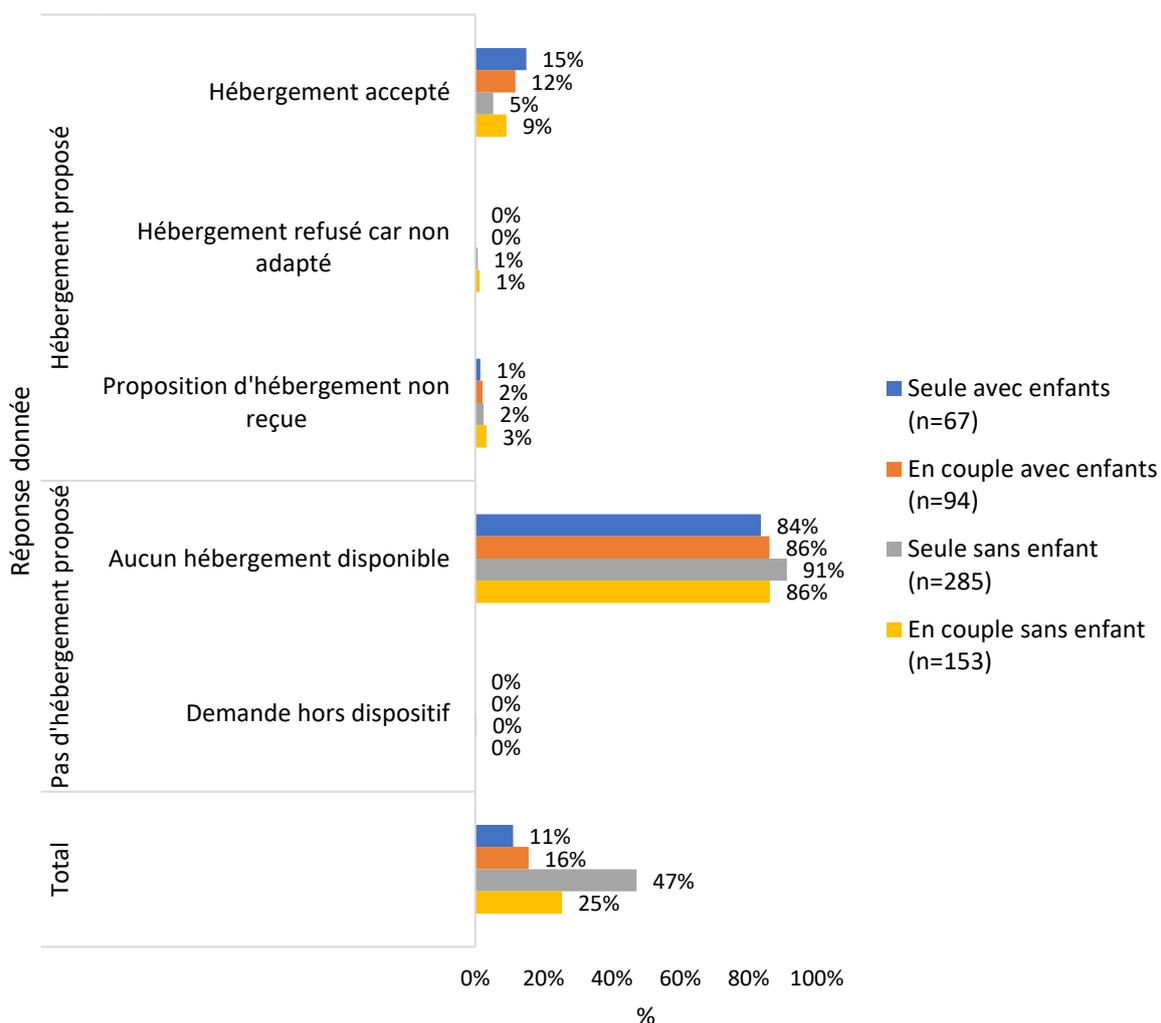
Néanmoins, la moitié des femmes pour lesquelles un hébergement avait été envisagé suite à la demande d'un service médical n'ont pu être contactées pour les en informer. Ainsi, la proportion de femmes hébergées est très similaire, que la demande d'hébergement provienne d'un service médical ou de la femme elle-même (entre 4 et 5 %).

### *Les femmes en demande d'hébergement seules et sans enfant majoritaires*

Près de la moitié des demandes d'hébergement au premier contact pendant la grossesse concernaient des femmes seules sans enfant (47,3 %), et un quart des femmes en couple (25,4 %). Il a été plus fréquent que les demandes des femmes accompagnées d'enfants aboutissent à une proposition d'hébergement, qu'elles soient seules (16,4 %) ou en couple (13,8 %). Ce résultat est similaire à ceux issus des analyses portant sur les femmes ayant sollicité le dispositif d'urgence pour la première fois depuis le début de leur grossesse en 2016, en 2017 et en 2018.

Les femmes seules sans enfant sont celles qui ont le moins souvent obtenu une proposition d'hébergement (8,6 %), et seulement 5,3 % ont effectivement bénéficié de l'hébergement proposé (0,7 % ont refusé l'hébergement proposé car celui-ci n'était pas adapté à leur situation familiale et 2,5 % n'ont pas reçu la proposition d'hébergement car elles n'étaient pas joignables).

Figure 34. Répartition des femmes selon les réponses apportées aux demandes d'hébergement lors du premier contact pendant la grossesse, selon la composition familiale



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 (n=791)

Note de lecture : 14,9 % des femmes seules avec enfants ont bénéficié d'un hébergement au premier contact de leur grossesse.

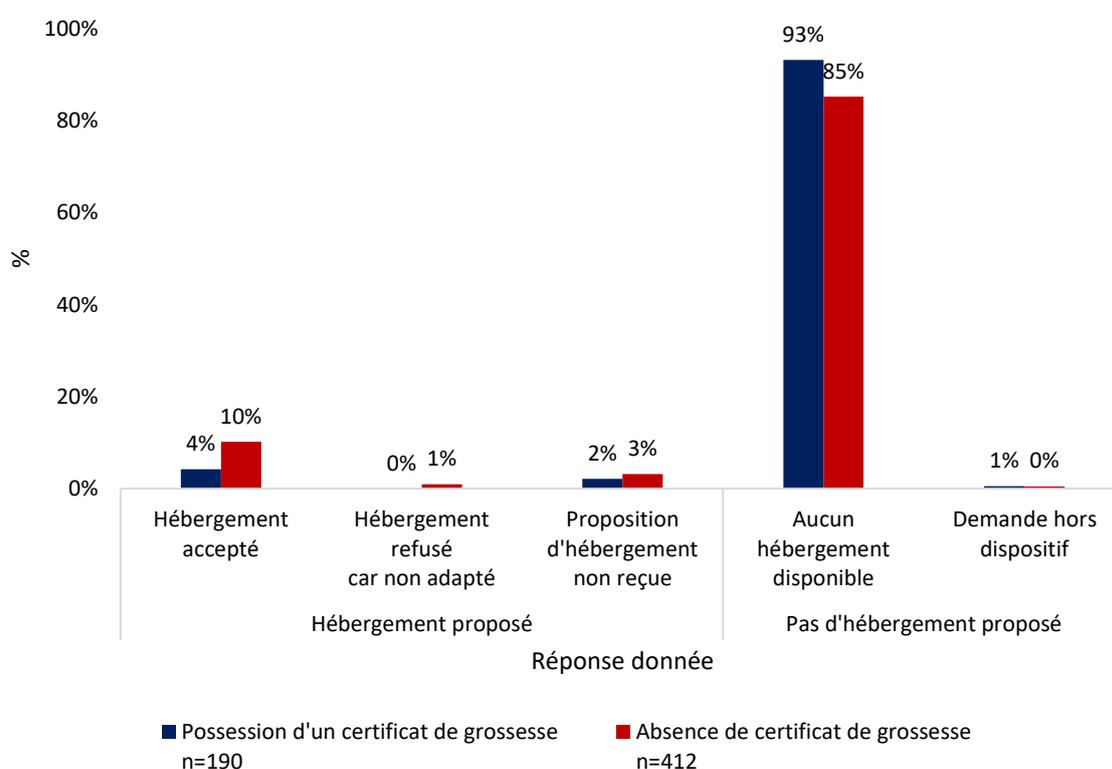
### *Le certificat médical de grossesse et l'accès au dispositif dédié aux familles*

Au premier contact pendant la grossesse, 27,8 % des femmes étaient en possession d'un certificat médical de grossesse<sup>14</sup>. Lorsqu'une femme fournit un certificat de grossesse attestant qu'elle est enceinte de trois mois au moins, elle accède au dispositif spécifique aux

<sup>14</sup> L'information sur la possession ou non d'un certificat de grossesse n'a pas été renseignée pour 8 femmes (1,0%).

familles géré par le pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH). La comparaison des réponses apportées aux demandes d'hébergement au premier contact pendant la grossesse selon la possession ou non d'un certificat de grossesse montre qu'un hébergement était disponible pour 14,3 % des femmes n'ayant pas de certificat de grossesse contre 6,3 % des femmes qui ont fourni ce document. Cependant, nous ne pouvons rien conclure de cette information, puisque nous avons relevé le fait de bénéficier d'un certificat de grossesse seulement au premier appel mentionnant l'état de grossesse. Or les femmes enceintes, suite à la demande des écoutants, fournissent généralement le certificat les jours suivant le premier appel.

Figure 35. Répartition des réponses aux demandes d'hébergement au premier contact pendant la grossesse, selon la possession ou non d'un certificat de grossesse



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 et ayant formulé une demande d'hébergement (n=603)

Note de lecture : 4,2 % des femmes en demande d'hébergement au premier contact pendant leur grossesse en possession d'un certificat de grossesse ont reçu une proposition d'hébergement qu'elles ont acceptée. Parmi les femmes qui n'ont pas fourni de certificat de grossesse, 10,2 % ont bénéficié d'un hébergement.

Note : Les demandes hors dispositif sont celles de femmes enceintes qui ne dépendent pas du secteur parisien, sont présentes sur le territoire depuis moins de trois mois, ont des ressources économiques supérieures au plafond décidé, bénéficient d'un domicile ou sont mineures.

## Parcours d'hébergement pendant la grossesse

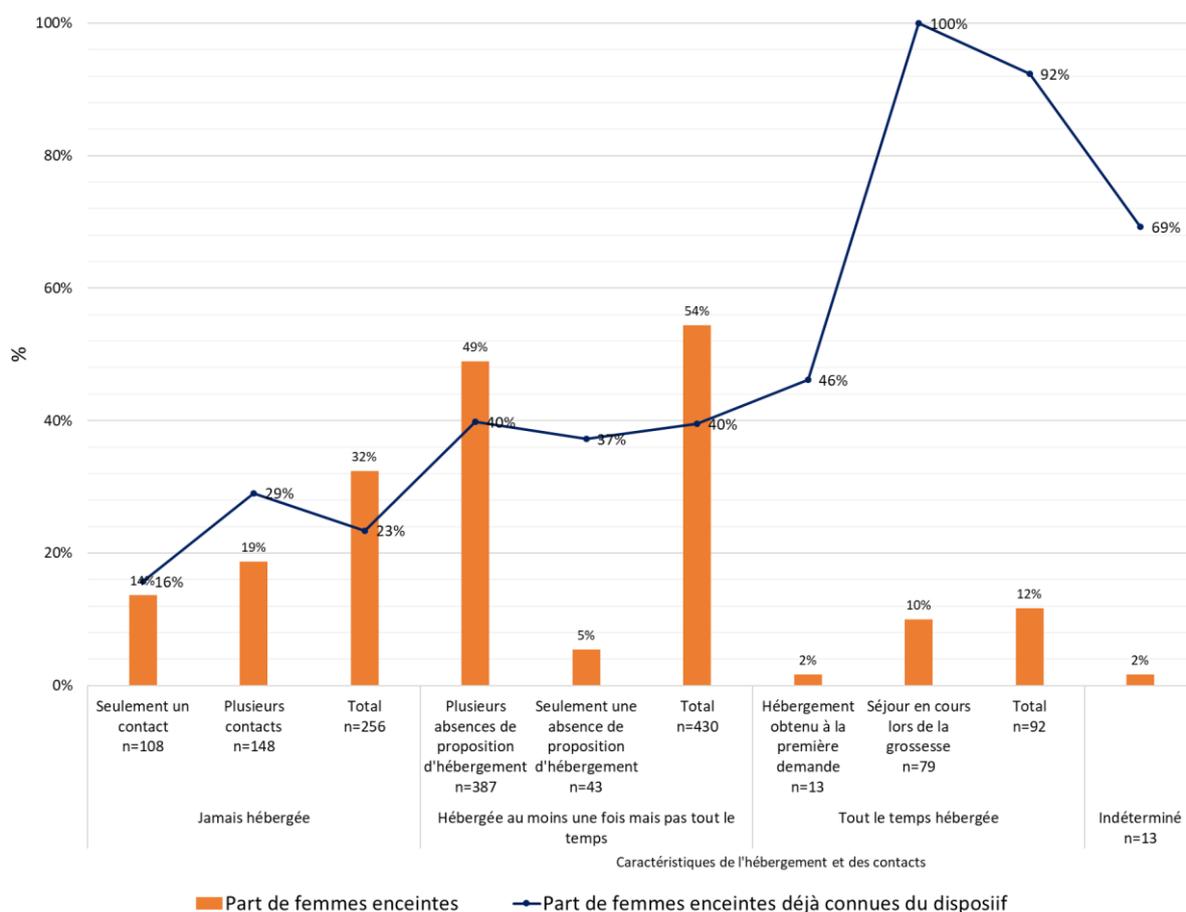
Plusieurs types de parcours d'hébergement durant la grossesse se distinguent. Près d'un tiers des femmes enceintes (32,4 %) n'ont jamais bénéficié d'un hébergement, qu'elles aient eu un seul contact avec le dispositif d'urgence (pour 42,2 % d'entre elles) ou plusieurs (entre 2 et 51 contacts selon les cas, 7 contacts en moyenne par femme). Ces contacts étaient en grande majorité des demandes d'hébergement (dans 80,9 % des cas).

Par ailleurs, plus de la moitié des femmes enceintes (54,4 %) ont obtenu à un moment de leur grossesse un hébergement, mais n'ont pu en bénéficier tout du long. Parmi elles, une partie (10 %) n'ont pas reçu de réponse favorable (aucun hébergement disponible ou hébergement refusé car non adapté) à une seule de leurs demandes d'hébergement. Les autres ont sollicité en vain le dispositif d'urgence à un moment de leur grossesse, et ce à plusieurs reprises (aucun hébergement disponible, hébergement refusé car non adapté ou proposition d'hébergement non reçue).

Enfin, 11,6 % des femmes enceintes ont toujours été hébergées durant leur grossesse. La majorité étaient déjà hébergées dans le cadre d'un séjour lors de leur grossesse et les autres ont tout de suite obtenu un hébergement.

Le fait d'être connue du dispositif d'urgence avant la grossesse semble positivement lié à la probabilité d'obtenir un hébergement. En effet, alors que 23,4 % des femmes n'ayant jamais été hébergées pendant leur grossesse étaient connues au préalable du 115, ce taux s'élève à 39,5 % au sein de celles ayant bénéficié d'un hébergement pendant leur grossesse mais pas toujours. Par ailleurs, parmi les 13 femmes qui ont obtenu un hébergement dès leur première demande et ont pu être hébergées tout au long de leur grossesse, 6 femmes avaient déjà été en contact avec le dispositif. Ce lien peut s'expliquer en partie par le fait que les femmes connues du dispositif d'urgence avant le premier contact de leur grossesse sont celles qui étaient *a priori* informées qu'appeler régulièrement le 115 augmente les chances d'obtenir un hébergement, stratégie qui a pu leur conférer une priorité dans la prise en charge par rapport aux autres. Cependant, bien que la régularité des appels compte parmi les critères de priorisation des demandes d'hébergement, le niveau de vulnérabilité reste le principe premier. Ces femmes, déjà connues des services, ont ainsi probablement été plus souvent prises en charge que les autres par le dispositif car leur situation était plus à risque que celle des autres au moment de leur demande d'hébergement.

**Figure 36. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon leur parcours d'hébergement pendant la grossesse et parmi elles, part de femmes déjà connues du dispositif d'urgence au premier contact pendant la grossesse**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 (n=791)

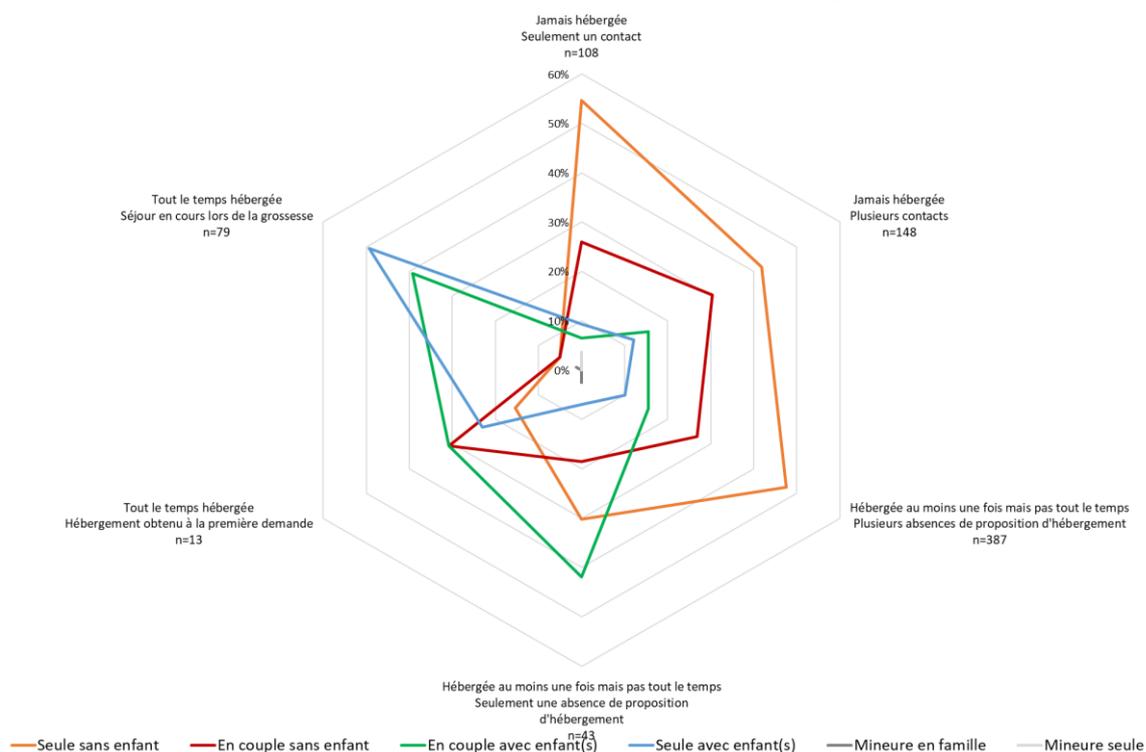
Note de lecture : Parmi les 13,7 % de femmes qui n'ont pas bénéficié d'hébergement et qui ont eu un seul contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse, 15,7 % étaient déjà connues du dispositif.

Note : Le parcours d'hébergement pendant la grossesse de 13 femmes n'a pu être déterminé car la fin de leur grossesse n'a pas été renseignée.

Les femmes enceintes seules sans enfant sont celles qui le plus souvent n'ont jamais été hébergées (54,6 % chez celles n'ayant eu qu'un contact avec le dispositif d'urgence et 41,9 % de celles l'ayant sollicité à plusieurs reprises). Ce sont celles aussi qui ont été le plus souvent hébergées au moins une fois mais pas tout le temps.

Les femmes enceintes ayant bénéficié le plus souvent d'un hébergement pendant leur grossesse sont celles qui sont le plus fréquemment en famille (avec un ou plusieurs enfants), en particulier si elles sont seules.

**Figure 37. Répartition des situations familiales au premier contact pendant la grossesse selon le parcours d'hébergement pendant la grossesse**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

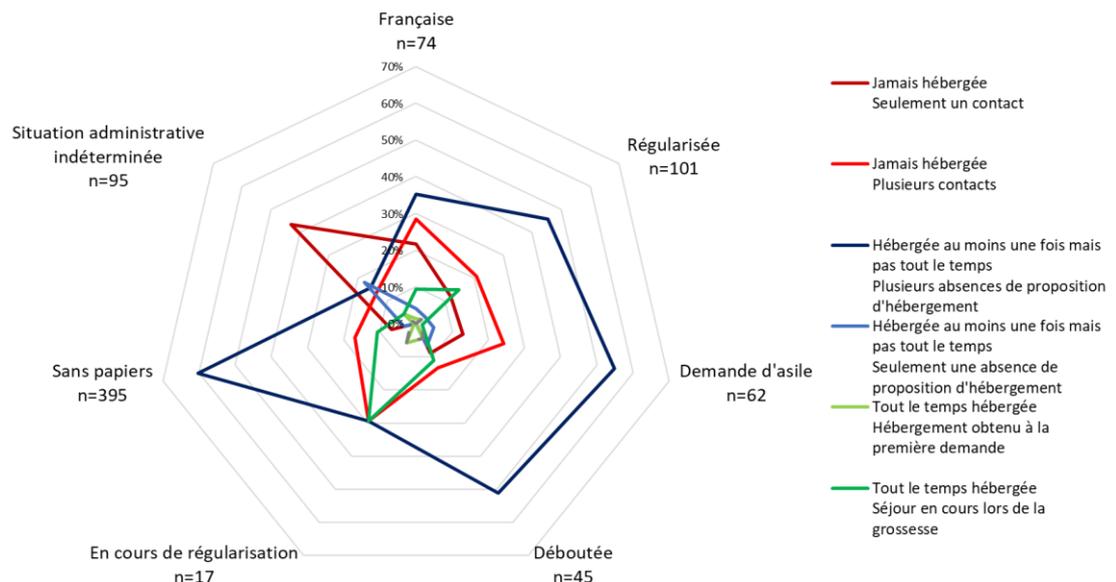
Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 et dont le parcours d'hébergement pendant cette grossesse est connu (n=778)

Note de lecture : Parmi les femmes n'ayant pas bénéficié d'hébergement et ayant eu un seul contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse, 54,6 % sont seules sans enfant, 25,9 % sont en couple sans enfant, 6,5 % sont en couple avec enfant(s), 9,3 % sont seules avec enfant(s) et 3,7 % sont mineures et seules.

Il peut être intéressant de savoir si le statut administratif, qui joue un rôle dans le suivi social, l'accès à la couverture médicale et les revenus, a une incidence sur le parcours d'hébergement. Au premier contact pendant la grossesse, 1 femme sur 2 était non régulière (49,9 %), et 12,8 % étaient régularisées. Le fait de ne pas être en situation régulière sur le territoire semble augmenter les chances d'accéder à un hébergement puisque 23,8 % des femmes non régulières<sup>15</sup> n'ont jamais été hébergées pendant la grossesse, contre 32,7 % des régularisées et la moitié des Françaises.

<sup>15</sup> Les femmes dont la situation administrative n'était pas connue au premier contact pendant la grossesse représentent 12 %.

Figure 38. Répartition des parcours d'hébergement pendant la grossesse selon la situation administrative au premier contact pendant la grossesse



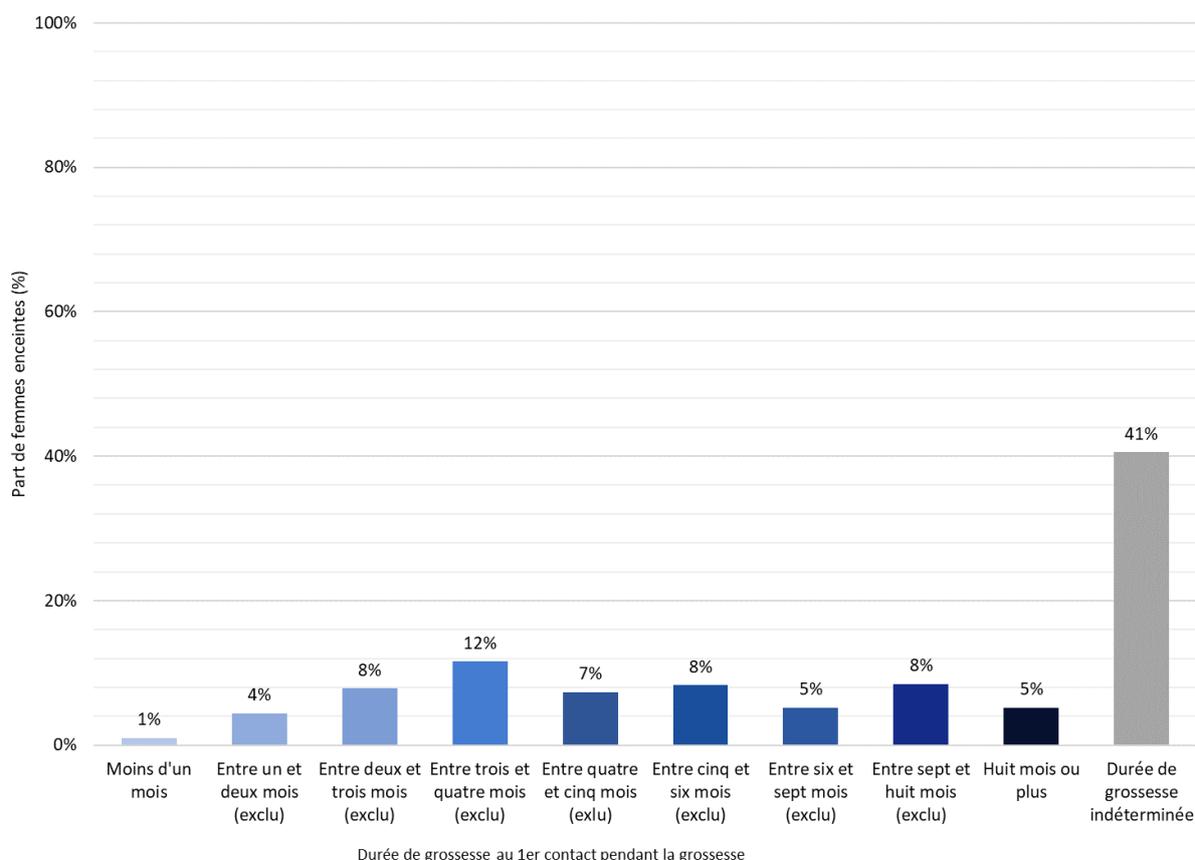
Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 (n=791)

Note de lecture : Parmi les 74 femmes françaises, pendant leur grossesse, 21,6 % n'ont jamais été hébergées en ayant eu un seul contact, 28,4 % n'ont jamais été hébergées en ayant eu plusieurs contacts, 35,1 % ont été hébergées mais pas tout le temps en ayant eu plusieurs absences de propositions d'hébergement, 4,1 % ont été hébergées mais pas tout le temps en ayant eu seulement une absence de proposition d'hébergement, 1,4 % ont été tout le temps hébergées en ayant obtenu un hébergement à leur première demande et 9,5 % ont été tout le temps hébergées et étaient déjà prises en charge au début de leur grossesse.

Les femmes enceintes de trois à moins de six mois sont les plus nombreuses, elles représentent 11,6 % de l'ensemble des femmes. La date de terme de la grossesse n'étant connu que dans 59,4 % des cas, il n'a pas été possible d'analyser le lien entre la durée de la grossesse et les parcours d'hébergement.

Figure 39. Répartition de la durée de la grossesse au premier contact pendant la grossesse



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes pour lesquelles le premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse a eu lieu entre septembre et décembre 2017 (n=791)

Note de lecture : 1 % des femmes étaient enceintes de moins d'un mois au premier contact avec le dispositif d'urgence pendant la grossesse.

## L'invisibilité des femmes enceintes à la rue

Lorsqu'une personne appelle le 115, l'écouter social enregistre un certain nombre d'informations sur sa situation : les lieux occupés par la personne pour passer la nuit lorsqu'elle n'a pu bénéficier d'un hébergement institutionnel sont renseignés au sein d'une fiche rédigée par l'écouter social. En l'absence d'un recueil standardisé de ces données, l'analyse de ces informations n'a pu être réalisée sur l'ensemble des femmes ayant déclaré une grossesse pour laquelle le premier contact avec le dispositif d'urgence a eu lieu entre septembre et décembre 2017. Un échantillon de 24 femmes a été sélectionné, comprenant 4 femmes par type de parcours d'hébergement.

Que font les femmes enceintes lorsqu'elles ne peuvent être prises en charge par le dispositif d'hébergement d'urgence ?

L'analyse du parcours d'hébergement de quelques femmes avant leur premier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse révèle une grande diversité des lieux occupés, dont le point commun est de rendre invisible ces femmes sans-domicile. Ce peut être une église (parfois en échange de ménages), une gare, un squat, les urgences d'un hôpital, un hôtel à leurs frais, mais aussi pour celles bénéficiant d'un réseau sur place un hébergement chez un tiers (parfois contre surveillance des enfants) ou une colocation avec des compatriotes. Pour celles bénéficiant déjà d'un hébergement, elles occupent un hôtel géré par le pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (PHRH) ou un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Les plus exposées sont les femmes à la rue, mais quelques-unes parviennent à se réfugier dans une voiture. Elles sont nombreuses à être mobiles et à alterner plusieurs de ces espaces publics ou privés, ce qui les rend d'autant plus difficiles à identifier.

Une partie des femmes n'ont pu bénéficier d'un hébergement chaque fois qu'elles ont sollicité le dispositif d'urgence pendant leur grossesse. Dans ces cas-là, la plupart des lieux utilisés pour dormir sont similaires à ceux qu'elles occupaient avant leur grossesse. Néanmoins, d'autres lieux sont mentionnés, à savoir une station de métro et un retour transitoire au pays, mettant en évidence les ruptures et l'errance dans leurs parcours de rue. Par ailleurs, les hébergements proposés aux femmes ayant accepté de s'y rendre sont majoritairement des chambres d'hôtels. Quelques-unes se sont rendues dans un centre d'hébergement d'urgence ou une halte de nuit<sup>16</sup>.

La plupart des femmes n'ayant pas été hébergées pendant la grossesse ne sollicitaient plus le dispositif d'urgence après le dernier contact avec le dispositif d'urgence pendant leur grossesse. Les autres ont continué à demander un hébergement, que ce soit d'elles-mêmes par un appel téléphonique au 115 ou via une demande de leur assistante sociale aux services intégrés de l'accueil et de l'orientation gérés par le Samusocial de Paris (SIAO Urgence). Certaines ont obtenu une chambre d'hôtel ou une place dans une halte de nuit, les autres ont été hébergées dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) ou sont restées à la rue.

Dans la grande majorité des cas, les femmes ayant occupé une chambre d'hôtel pendant leur grossesse ont conservé leur hébergement après l'accouchement ou ont éventuellement été

---

<sup>16</sup> Les femmes sans enfant peuvent avoir accès au parc hôtelier dès lors qu'elles atteignent le troisième mois de leur grossesse. En raison de la saturation du parc hôtelier en 2017, certaines femmes remplissant ces conditions sont orientées vers des CHU ou des haltes de nuit, faute de places en hôtel. Une femme parmi les 24 considérées a été dans cette situation pendant sa grossesse.

transférées dans une nouvelle chambre plus adaptée à leur nouvelle composition familiale. D'autres ont décidé de quitter leur chambre avant même la fin du séjour qui leur avait été octroyé ou alors qu'elles étaient encore enceintes, car l'hébergement qu'elles occupaient n'était pas adapté à leur situation (en raison de l'éloignement géographique ou de conditions d'hébergements insuffisantes). Parmi ces femmes, une seule a de nouveau sollicité le dispositif d'urgence après l'accouchement alors qu'elle occupait un squat avec son nouveau-né. Par ailleurs, pour quelques femmes le parcours d'hébergement après la grossesse n'est pas connu.

# Conclusion et pistes d'approfondissement

Les femmes sollicitant les services du Samusocial de Paris sont surreprésentées dans les tranches d'âge les plus jeunes, aux âges où la fécondité est la plus élevée. De plus, elles sont en grande majorité de nationalité étrangère, or d'une part les femmes de nationalité étrangère sont de façon générale plus fécondes que les femmes de nationalité française et d'autre part, le parcours de vie de ces femmes les rendent potentiellement plus exposées à des grossesses non désirées. Les femmes sans domicile en général se retrouvent en situation d'errance pour deux motifs principaux : le départ du pays d'origine et l'expulsion de chez un tiers, ces deux motifs concernent encore davantage les femmes enceintes. De ce fait, la grossesse peut en partie être un des motifs déclencheur de la situation d'errance.

Le temps passé sans domicile avant de solliciter le dispositif 115/SIAO est plus long pour les femmes de nationalité étrangère, reflétant le temps de la migration et/ou le temps pour connaître les dispositifs d'assistance une fois arrivées sur le territoire d'accueil. Le temps de la prise en charge par le dispositif 115/SIAO est également différent, certaines femmes sont connues de longue date, d'autres le sollicitent à l'occasion de la grossesse. Au-delà de cette prise en charge, les femmes enceintes peuvent mobiliser des ressources, mais de façon inégale selon leur situation administrative : celles dont la situation administrative est régulière peuvent bénéficier de droits sociaux. Puis, le fait de bénéficier d'un suivi social conditionne l'ouverture de droits. Le temps passé dans le dispositif, nécessaire à la régularisation de la situation des femmes de nationalité étrangère, a également un impact sur leur prise en charge. La grossesse est alors l'occasion pour certaines femmes migrantes de régulariser leur situation (Virole-Zadje ,2016).

Les femmes enceintes sont une catégorie administrative dépendant de deux pôles distincts au 115 de Paris : avant trois mois de grossesse et sans enfant, elles dépendent du pôle isolé, après trois mois, elles dépendent du pôle famille. La différence entre les deux pôles est un circuit d'hébergement différent : le parc d'hébergement est constitué majoritairement d'hôtels pour les familles, places d'hôtels régulées par le PHRH. Si elles constituent un public vulnérable, les femmes enceintes bénéficient d'un traitement prioritaire surtout si elles ont déjà des enfants et sont également mieux prises en charge lorsqu'elles sont connues de longue date du dispositif. Si le Samusocial ne peut leur fournir d'hébergement, ces femmes n'en restent pas moins invisibles dans l'espace public, et elles trouvent refuge dans les interstices de l'espace urbain.

Afin d'obtenir une analyse plus fine des parcours d'hébergement des femmes pendant leur grossesse, d'autres informations recueillies pourraient être analysées. Par exemple, le délai avant l'obtention d'un hébergement, le nombre de déménagements, les ruptures dans l'hébergement et le type de structures occupées et leur localisation devraient être prises en considération. Aussi, l'analyse des parcours d'hébergement avant, pendant et après la grossesse est nécessaire afin de mettre en évidence d'éventuelles conséquences d'une grossesse dans la prise en charge par le dispositif d'hébergement d'urgence (Encadré 5).

---

**Encadré 4. Méthodologie pour l'analyse des parcours d'hébergement : Analyse des Correspondances Multiples "Dynamique".**

Pour avoir une vision synthétique et en même temps refléter la dynamique temporelle des parcours d'hébergement, nous pourrions mettre en œuvre ce qu'on appelle une "Analyse de Correspondances Multiple Dynamique". Il s'agirait d'une Analyse des Correspondances Multiples qui intégrerait les trois temps du parcours de grossesse, à savoir T1 Avant Grossesse, T2 Pendant Grossesse et T3 Après accouchement. Cette temporalité pourrait servir à refléter l'évolution de caractéristiques d'hébergement, comme par exemple la mobilité des femmes, la "qualité de l'hébergement" ou encore la géographie. Nous pourrions travailler par sous-population distinctes selon par exemple le rapport à la migration, ou encore la composition familiale et distinguer des types de parcours distincts selon certains profils de femmes enceintes.

---

# Bibliographie

- Andro A., Scodellaro C., Eberhard M., Gelly M., (2017) et équipe Dsafhir, « Parcours migratoire, violence déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. »
- Beauchemin C., Borrel C. , Régnard C. , (2013) « Les immigrés en France, en majorité des femmes », *Population et Société*, n°502, 4 pages.
- Boinot, K. (2008). « Femmes sans abri. Précarité asexuée ? », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 97, no. 1, pp. 100-105.
- Breton D., Barbieri M. Belliot N.n D'Albis H., Mazuy M. (2019), L'évolution démographique récente de la France : une singularité en Europe ? *Population* 2019/4 (Vol. 74), pp. 409-497.
- Brodiez-Dolino A. (2015) , « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », *Informations sociales*, n°188
- Carnet P, (2011), "Stratégies d'activation et de construction de réseaux sociaux dans la migration. L'exemple des migrants africains clandestinisés à la frontière sud-espagnole" Université de Toulouse 2 - Université de Séville.
- Chraïbi, Barrère, Lasmolles, Perrot (2008). *Séparation parentale, recomposition familiale : répercussions dans la clinique de l'enfant. Cahiers de psychologie clinique*, N°31.
- Domergue F. , Mainguené A. (2015) *La fécondité des descendantes d'immigrés est très proche de celle de la population majoritaire. INSEE : Infos Migration N°79*
- Dubasque D. (2018), "Qu'est-ce que la vulnérabilité ? Quelles en sont les différentes approches ?" *Ecrire pour et sur le travail social*.
- Eberhard M., Guyavarch E., Le Méner E. (2016), "Structure familiale et hébergement d'urgence au 115 de Paris", *Revue des politiques sociales et familiales*, n°123, p. 123-129.

- Équipe TeO, coordonné par Simon P., Beauchemin C. et Hamel C. (2010), *Trajectoire et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats*, Ined, Document de travail n° 168, 152 p.
- Guyavarch E. ; Le Méner E. ; Vandentorren S. (2014). « *ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France* ». *Observatoire du Samusocial de Paris*.
- Hamel C., Debauche A., Brown E., Lebugle A., Lejbowicz T., Mazuy M., Charruaualt E., Cromer S. et Dupuis J. (2016), *Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage*, Population et sociétés, Ined, N° 538, 4 pages.
- INSEE , (2016) *l" Ménages selon la structure familiale en 2016"*
- INSEE, (2016) *"Structure des familles avec enfants mineurs en 2016"*
- Italiano P. (2016). *Femmes et enfants en errance, le sans-abrisme au féminin*.
- Izambert C. (2010) *"30 ans de régression dans l'accès aux soins". Santé des étrangers, double peine. Plein Droit N°86*.
- La Strada,(2014) *Femmes en rue, dans les services d'hébergement d'urgence, et les maisons d'accueil bruxelloises. Rapport, Bruxelles*.
- Marpsat M. (1999) « *Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri* ». *Population*
- Nacu A., 2010 « *Les Roms migrant en région parisienne : les dispositifs d'une marginalisation* », *Revue européenne des migrations internationales*, vol 26, n°1.
- Niel X, (2011) «*Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente: l'apport de l'échantillon démographique permanent*», *INSEE*
- Papon S. (2018), *La mortalité infantile est stable depuis 10 ans après des décennies de baisse*, *INSEE Focus N°117*.
- Parigi S., Laporte A. , Herschkorn-Barnu P. (2010), « *Le rôle du Samu Social de Paris* », *Réalités en gynécologie et obstétrique*, n° 149, p. 1-4.

- Planche M. (2014). « *L'errance des mères : du tri entre les situations aux registres de justification des orientations dans un contexte de maternité* ». De Boeck Supérieur. *Pensée plurielle*.
- Rico Berrocal R. ; Le Méner E. (2014) . « *La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet RéMI* ». Observatoire du Samusocial de Paris.
- Santé Publique France, (2017) “*Les Françaises et la contraception, premières données du Baromètre santé 2016*”.
- Sauvegrain P. ; Rico Berrocal R. ; Zeitlin J. (2016). « *Quelles sont les causes de la mortalité périnatale et infantile élevée en Seine-Saint-Denis* ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*.
- Toulemon L. (2004) *La fécondité des immigrées, nouvelles données, nouvelles approches. INED, Population et Société, n°400*.
- UNHCR, UNFPA, (2016) “*Women’s Refugee Commission, Initial Assessment Report : Protection Risks for Women and Girl in the European Refugee Crisis*”
- Virole-Zajde L. , (2016) « *Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France* », *Genre, sexualité & société*, 16
- Vlase I., (2007) « *Morphologie des rapports sociaux des migrant(e)s* », *Revue européenne des migrations* , vol 23, p 163 à 179.
- Volant S., Pison G., Héran F. (2019), *La France a la plus forte fécondité d’Europe. Est-ce dû aux immigrées ?*, *Population et sociétés*, 4 pages.

# Annexes

## Annexe 1. Restriction des analyses aux femmes ayant enregistré une demande auprès du dispositif.

Dans la mesure où nous nous intéressons aux issues des demandes d'hébergement, sont exclues de l'analyse les femmes enceintes qui n'ont pas formulé de demande, soit parce qu'elles n'ont pas atteint le stade du diagnostic social, soit parce qu'elles dépendent d'un autre dispositif. Cela concerne 5 à 7% des femmes se déclarant enceintes chaque année (Tableau 17).

Tableau 17. Répartition des femmes déclarant être enceintes selon le fait qu'elles aient enregistré une demande d'hébergement ou non

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
Demande enregistrée	1 743	95%	2 096	94%	2 366	93%
Aucune demande enregistrée	97	5%	136	6%	189	7%
<b>TOTAL</b>	<b>1 840</b>	<b>100%</b>	<b>2 232</b>	<b>100%</b>	<b>2 555</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes déclarant être enceintes et ayant sollicité le dispositif 115/SIAO entre 2016 et 2018.

Note de lecture : En 2016, 1 743 femmes déclarant être enceintes ont enregistré une demande, 97 n'ont pas émis un appel ayant conduit à la formulation d'une demande d'hébergement.

## Annexe 2. Détails statistiques du motif de séparation familiale

Dans la base Aloha, le motif codé « séparation familiale » regroupe deux modalités : « séparation conjugale/divorce » et autres formes de « séparation familiale ». Les femmes seules avec enfants déclarent plus souvent la « séparation conjugale/divorce » comme motif d'errance que les femmes sans enfants. Ceci révèle potentiellement une autre réalité chez les femmes enceintes en situation de rue, en faisant référence aux jeunes femmes habitant chez leurs parents, mises à la rue par leur famille du fait de leur grossesse, ou encore les femmes hébergées chez un tiers.

Nous avons calculé l'âge moyen et médian des femmes déclarant le motif « séparation familiale » qui est beaucoup plus jeune que l'âge moyen et médian des femmes déclarant le motif « séparation conjugale/divorce » : soit en moyenne 24,9 ans (médiane 24 ans) pour les premières contre 31,4 ans (médiane 27 ans) pour les secondes (Tableau 18).

Tableau 18. **Statistiques sur l'âge des femmes déclarant les motifs "Séparation Familiale" et 'Séparation conjugale" (2018).**

Âge	Moyenne	Min	Max	P25	P50	P75	N
Séparation familiale	24,9	17	37	20	24	28	71
Séparation conjugale	31,6	18	41	27	32	37	56

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes reconnues enceintes par le dispositif 115/SIAO en 2018, déclarant comme motif de séparation la "séparation conjugale" ou la "séparation familiale. N=127

Note de lecture : En 2018, l'âge moyen des femmes déclarant comme motif d'errance la séparation conjugale est de 31,4 ans, celui de celles déclarant comme motif d'errance la séparation familiale est de 24,9 ans.

Enfin, si l'on croise les deux motifs selon la nationalité, la « séparation familiale » concerne à 51% des femmes de nationalité françaises et 45% des femmes de nationalité d'un pays hors UE, tandis que la « séparation conjugale » concerne à 18% des françaises et à 73% des femmes de nationalité d'un pays hors UE (Tableau 19).

Tableau 19 **Répartition des femmes enceintes selon la nationalité et les motifs séparation familiale ou séparation conjugale**

	Séparation conjugale		Séparation familiale		Total	
	N	%	N	%	N	%
Française	11	20%	37	52%	48	38%
UE	41	73%	32	45%	73	57%
Hors UE	1	2%	1	1%	2	2%
NR	3	5%	1	1%	4	3%
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes reconnues enceintes par le dispositif 115/SIAO déclarant comme motif de séparation la "séparation conjugale" ou la "séparation familiale. N=140

Note de lecture : En 2018, la séparation conjugale concerne à 73% des femmes originaires d'un pays hors UE, et à 18% des femmes françaises.

### Annexe 3. Détails de la réponse donnée au premier appel

Nous présentons ici quelques détails sur la réponse donnée au premier appel. La modalité "Personne déjà Orientée" pour les femmes de nationalité française comprend à 65% des "changement d'orientation", et à 27% des personnes déjà hébergées.

Tableau 20 **Répartition des femmes enceintes ayant reçu comme réponse “Personne déjà Orientée en 2018**

<b>F.e. Françaises : détail « Personne déjà Orientée”</b>		
<b>2018</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Changement orientation	22	65%
Personne déjà orientée	2	6%
Personne encore hébergée	9	26%
Hospitalisé	1	3%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes enceintes françaises en 2018, ayant reçu comme réponse au premier appel “Personne déjà Orientée” N=34

, Note de lecture : En 2018, les femmes françaises ayant reçu comme réponse au premier appel “Personne déjà Orientée”, ont comme détail de la réponse, la modalité “Changement d’orientation, dans 65% des cas.

La réponse “Orientation Partenaires” pour les femmes de nationalité d’un pays hors Union Européenne montre que 88% de cette modalité fait référence à une orientation vers l’hôpital, et 6% correspondent à une orientation vers la CAFDA. Comme nous l’avons vu plus haut dans le document, l’orientation vers l’hôpital semble être une solution spécifiquement liée à la grossesse, lorsque aucun autre suivi n’est mené via les autres canaux.

Tableau 21. **Détail de la Réponse “Orientation Partenaires” des femmes de nationalité d’un pays hors UE en 2018**

<b>F.e. Hors UE : détail "Orientation Partenaire"</b>		
<b>2018</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Orientation APTM	1	1%
Orientation CAFDA	10	6%
Orientation Commissariat	2	1%
Orientation PSA Gauthey	1	1%
Orientation RHVS Adoma	1	1%
Orientation Services sociaux	5	3%
Orientation vers hôpital	147	88%
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100%</b>

Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

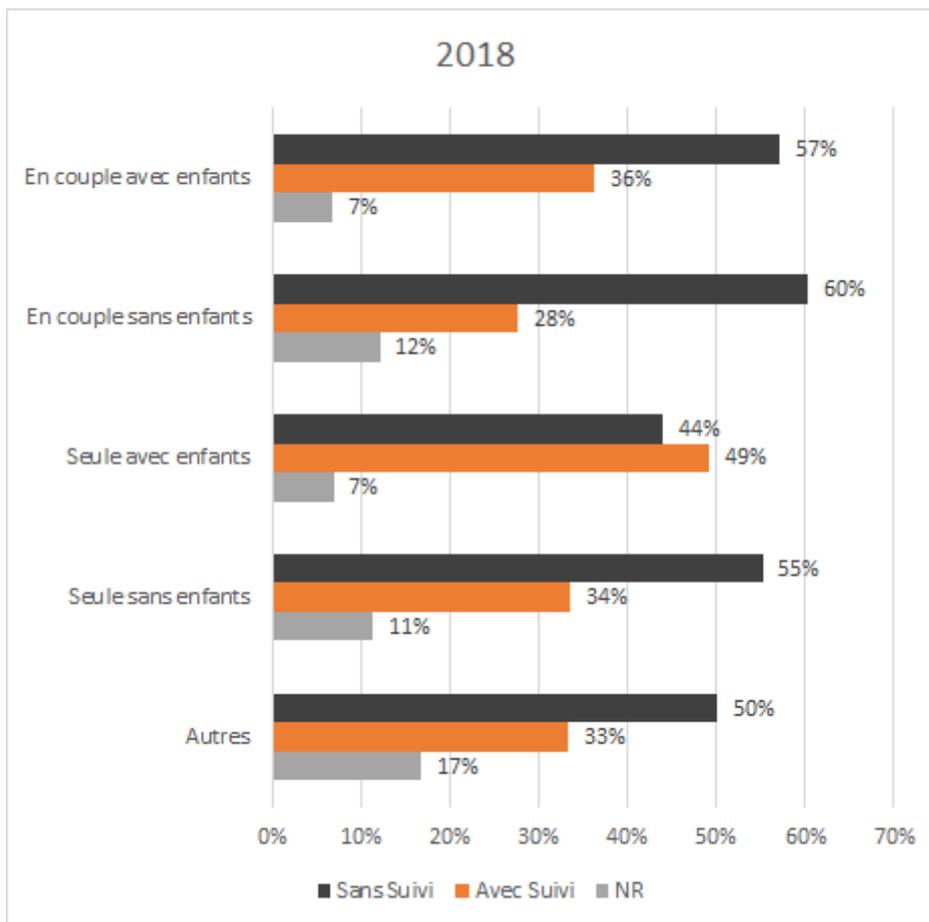
Champ : Femmes enceintes originaires d’un pays hors UE en 2018, ayant reçu comme réponse au premier appel “Orientation Partenaires” N=167

, Note de lecture : En 2018, les femmes originaires d’un pays Hors UE ayant reçu comme réponse au premier appel “Orientation Partenaires”, ont comme détail de la réponse, la modalité “Orientation vers hôpital”, dans 88% des cas.

## Annexe 4 Situation familiale et indicateurs de vulnérabilité

Ici nous croisons la situation familiale avec les trois indicateurs de vulnérabilité (Suivi social, couverture sociale et ressources). Peu de différence sont notables : seules les femmes seules avec enfants déclarent un peu plus que les autres catégories, bénéficier d'un suivi social, d'une couverture sociale et de ressources d'allocation.

Figure 40. **Situation familiale et suivi social en 2018.**

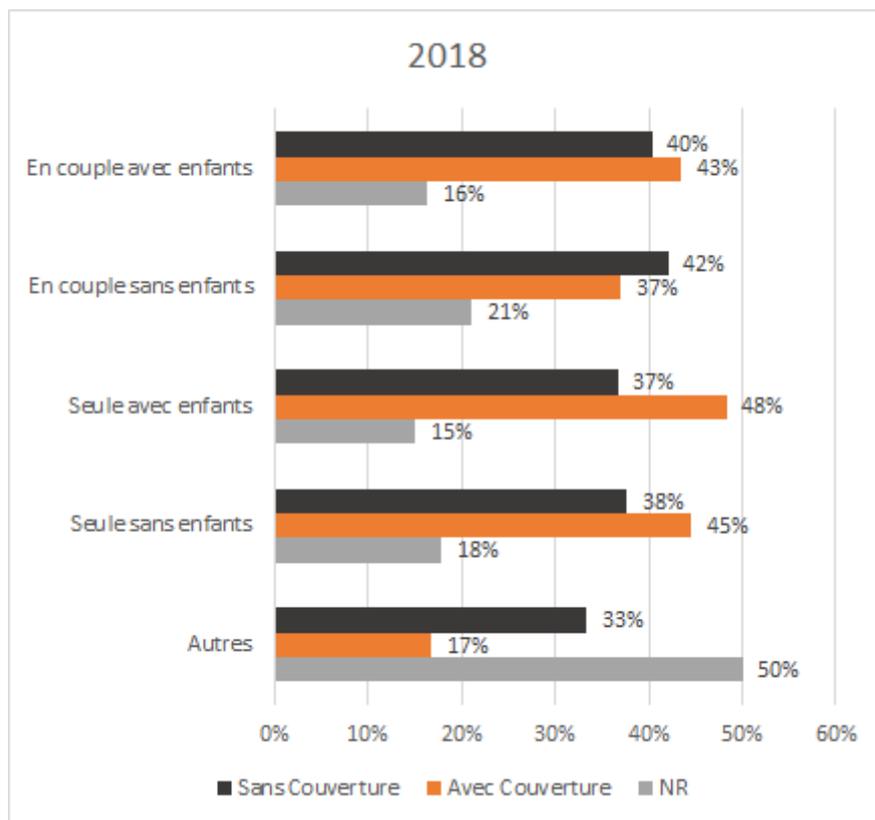


Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes reconnues enceintes par le dispositif 115/SIAO en 2018, et ayant émis au moins une demande d'hébergement. N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 57% des femmes enceintes en couple avec enfant(s) se déclarent sans suivi social.

Figure 41. **Situation familiale et couverture sociale en 2018.**

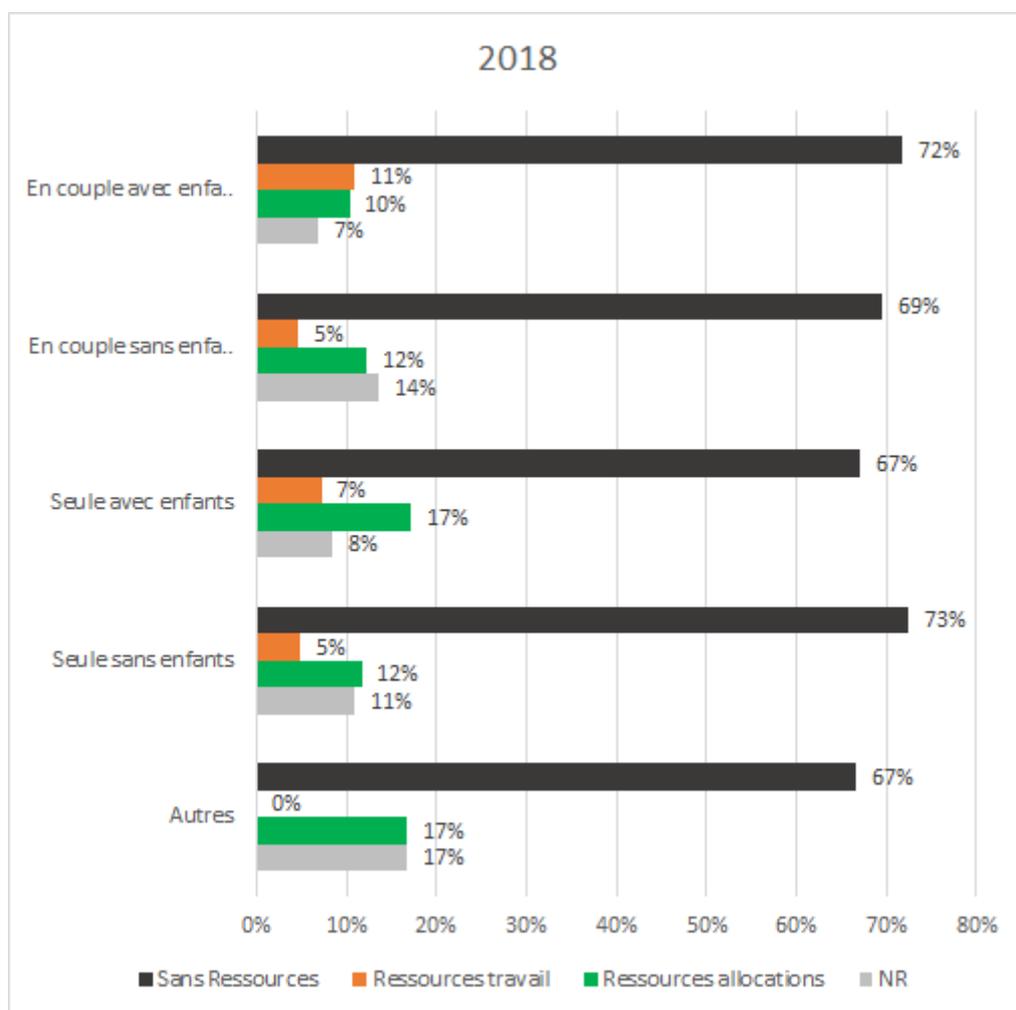


Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes reconnues enceintes par le dispositif 115/SIAO en 2018, et ayant émis au moins une demande d'hébergement. N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 40% des femmes enceintes en couple avec enfant(s) se déclarent sans suivi social.

Figure 42. **Situation familiale et ressources en 2018**



Source : Base Aloha du Samusocial de Paris

Champ : Femmes reconnues enceintes par le dispositif 115/SIAO en 2018, et ayant émis au moins une demande d'hébergement. N= 2 366

Note de lecture : En 2018, 72% des femmes enceintes en couple avec enfant(s) se déclarent sans ressources. .