

Médiation en santé et femmes à la rue

Enjeux d'une approche au plus près des réalités, des temporalités et des spécificités des femmes

« La rue est le miroir grossissant de notre société, les rapports entre les hommes et les femmes y sont exacerbés, et il semble que la société amène les femmes à vivre l'errance différemment parce qu'elles sont des femmes »¹

Diplôme Universitaire Médiation Santé 2024 – 2025

Mémoire rédigé par Lisa PASTOR

Faculté de médecine Santé Médecine et Biologie Humaine (SMBH), 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny

1 VANNEUVILLE M.-C., *Femmes en errance, femmes en souffrance, au-delà des apparences*, Diversité, 2011, [En ligne]

Table des matières

Remerciements.....	3
Introduction	3
Méthodologie.....	5
PARTIE 1 : Les femmes à la rue, « <i>des sans abris pas comme les autres</i> », comprendre les parcours féminins en errance.....	6
Qui sont-elles ?.....	6
Des besoins en santé spécifiques.....	8
Freins à l'accès aux soins.....	12
PARTIE II : Aller vers pour renouer avec le soin.....	13
Un enjeu de repérage, se rendre là où les femmes se trouvent.....	13
Adopter une approche centrée sur la personne, sa temporalité et son vécu spécifique, créer un lien de confiance.....	14
Comprendre et travailler sur les représentations des personnes et des professionnels de santé.....	17
PARTIE III : Refaire sens dans le parcours de soins : <i>orienter et guider dans un écosystème complexe de partenaires</i>	20
De l'importance d'une vision globale de la santé des femmes.....	20
Accueil, accompagnement et suivi global des femmes : exemple de l'ADSF.....	21
Mise à l'abri et besoins de première nécessité.....	23
Accès aux droits santé.....	23
Partenaires et dispositifs pour la prise en soins globale.....	24
Prise en compte et accompagnement des vécus de violence.....	28
Spécificités et difficultés de la prise en soins en santé mentale.....	29
PARTIE IV : Médiation en santé et émancipation des femmes	31
Travailler le pouvoir d'agir.....	31
L'approche de la pair-aidance : les femmes « repaires ».....	32
Vers un véritable projet émancipateur pour les femmes ?.....	34
Conclusion	35
Bibliographie.....	37

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accordé du temps lors d'échanges téléphoniques pour mieux comprendre et appréhender les réalités des femmes à la rue et sans domicile. Ainsi que toute l'équipe pédagogique du D.U de Médiation en santé qui nous a beaucoup apporté lors de ces différentes semaines d'apprentissage.

Introduction

« *Le nombre de personnes sans domicile a doublé en dix ans, atteignant 330 000 en 2024, dont près de 120 000 femmes* ». Pour nombre d'entre elles, et du fait de la saturation des dispositifs d'hébergements, la rue est devenue un passage obligé « *elles sont chaque soir, environ 3 000 femmes et autant d'enfants à passer la nuit dans la rue* »².

Ces femmes, décrites comme « *passées sous les radars* » n'ont pendant longtemps fait l'objet d'aucune politique publique adaptée et à la hauteur de leurs besoins spécifiques.

C'est ce que pointe un récent rapport du Sénat qui met en lumière les difficultés auxquelles elles sont confrontées et l'inadaptation des réponses proposées en matière de santé, de politique du logement et de structures d'aide et d'accueil.

Cette « invisibilisation » des femmes se traduit tout d'abord en termes statistiques. Les données actuelles, issues de l'Insee et d'une compilation d'enquêtes, bien que donnant une idée de l'ampleur du phénomène, souffrent d'une absence de ventilation systématique par sexe³ et sont ainsi encore largement incomplètes et certainement sous-estimées⁴. Les recherches en travail social ont ainsi pendant longtemps occulté les spécificités liées au genre⁵.

Pourtant, contrairement aux idées reçues, les femmes constituent la majorité des personnes en situation de précarité⁶ et cela se décline dans tous les domaines : revenus inférieurs, conditions de travail, emplois plus précaires, majorité des familles monoparentales⁷, etc.

Les études montrent aujourd'hui, qu'à cette précarité des conditions de vie, s'ajoutent un ensemble d'inégalités et de discriminations liées au genre (violences sexistes et sexuelles, négligences d'aspects spécifiques de la santé des femmes notamment au niveau gynécologique, sur-exposition aux troubles psychiques), mettant ainsi en avant les effets conjugués des inégalités

2 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

3 Ibid.

4 Ibid.

5 LOISON M., BRAUD R., *Le sans abrisisme au féminin quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale*, Travail Genre et Sociétés, 2022, [En ligne]

6 Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, 2017, [En ligne]

7 Ibid.

liées à la précarité et au genre⁸. Ces inégalités sociales et genrées ont de fortes conséquences, à la fois sur leur santé et leur accès aux soins (état de santé dégradé, renoncement, moindre accès, etc.)⁹.

Le secteur de la grande exclusion ne fait pas exception. Ainsi, si la rue est source d'exclusion et de violences pour les hommes comme pour les femmes, elle représente « *un miroir grossissant* » des inégalités sociales et de santé présentes dans la société en direction des femmes¹⁰.

Les femmes à la rue sont ainsi particulièrement exposées à d'importantes problématiques de santé et à des violences physiques, sexuelles qui s'ajoutent à des parcours souvent déjà douloureux de ruptures dans l'enfance mais également à des parcours d'exils.

L'ensemble des travaux actuels pointent l'importance de réinventer les pratiques d'accompagnement pour s'adapter à leurs besoins spécifiques. C'est l'un des défis que porte l'association ADSF, Association pour la Santé des Femmes, en déployant une approche fortement centrée sur la médiation en santé.

« La médiation en santé a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'information. C'est un processus de tissage de liens, d'interface, entre les professionnels de santé et les patients qui permet de les maintenir dans le système de santé et de réduire les inégalités de santé. Le médiateur doit faire preuve d'écoute active, d'aller vers et de non-jugement et d'une utilisation maîtrisée de son réseau pour orienter, accompagner, autonomiser et améliorer l'état de santé global des personnes. Il tient également un rôle de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernant les difficultés des patients à réaliser leur parcours de soins » - définition de la promotion 2025 du D.U Médiation en santé.

Dans le cadre de ce travail d'étude, j'ai souhaité m'interroger, en m'appuyant tout particulièrement sur les actions déployées par l'ADSF, croisées avec divers apports théoriques et pratiques, *en quoi la médiation en santé peut constituer une approche particulièrement adaptée pour penser un accompagnement au plus proche des spécificités, des temporalités et des réalités des femmes à la rue ?*

Nous reviendrons dans une première partie sur les spécificités des parcours d'errance au féminin, nous verrons ainsi que les femmes, de par leurs trajectoires de vie, ont des besoins particuliers en santé et font face à de nombreux obstacles dans l'accès aux soins.

Puis je tenterai de donner à voir comment la médiation en santé constitue un des pivots pertinents pour renouer avec le soin (partie 2), refaire sens dans le parcours de soins (partie 3) et participer à un projet plus large d'émancipation des femmes connaissant ou ayant connu un parcours d'errance (partie 4).

8 Ibid.

9 Ibid.

10 VANNEUVILLE M.-C., *Femmes en errance, femmes en souffrance, au-delà des apparences*, Diversité, 2011, [En ligne]

Méthodologie

Cette étude prend appui sur une série de recherches documentaires et notamment sur un récent rapport du Sénat intitulé « *Femmes sans abri, la face cachée de la rue* ».

Plusieurs échanges ont également pu être réalisés avec des médiateurs en santé agissant auprès de personnes en grande vulnérabilité dont des femmes. L'expérience de l'association ADSF, agissant spécifiquement auprès des femmes sans abri a été analysée pour étayer notre propos.

La réflexion est évidemment fortement nourrie par l'ensemble des apports théoriques et pratiques étudiés dans le cadre du D.U Médiation en santé ainsi que du stage réalisé dans le cadre de la formation.

- **Échanges réalisés dans le cadre du mémoire :**

- **Médiateur santé Médecins du Monde mission « Pas de santé sans toit » Paris :** programme de Médecins du Monde qui travaille auprès de personnes à la rue pour favoriser leur accès aux droits et aux soins. Y sont menées des actions de maraudes, d'accompagnement ainsi que des permanences médico-sociales et des actions collectives en santé.

- **Médiatrice santé, association ADSF, Association pour la Santé des Femmes, Paris :** créée en 2001, elle vise à améliorer la prise en charge et l'état de santé globale des femmes en situation de grande exclusion en organisant des actions favorisant leur accès à des soins de droit commun adaptés à leur parcours de vie¹¹. Elle mène notamment des actions d'aller vers, propose un accompagnement global et pluri-disciplinaire et travaille autour de la pair-aidance au travers de la formation de « femmes repaires », issues du public cible. Elle porte également des actions de sensibilisation et d'information auprès des professionnels (santé, social) pour une meilleure prise en compte des spécificités des femmes.

- **Médiatrice santé, Dispositif Parcours – Hôpital Avicenne - Paris :** implanté au sein de l'hôpital, accompagnement pluri-disciplinaire des femmes exilées ayant vécu des violences sexuelles dans leur pays d'origine, au cours du parcours migratoire et à l'arrivée en France.

-

11 Site web ADSF : <https://adsfasso.org/>

PARTIE 1 : Les femmes à la rue, « des sans abris pas comme les autres », comprendre les parcours féminins en errance

• Qui sont-elles ?

Pour approcher au mieux la réalité des femmes « sans abris », il convient de sortir d'une forme de dichotomie entre la notion de « sans-abrisme » et de « sans-domicilisme »¹². En effet, excepté des femmes en situation de grande marginalité, il existe une forte porosité entre les femmes sans domicile et celles sans abri¹³.

Il est important de se mettre au clair sur les définitions. En effet, le terme « sans domicile » plus large, correspond à « toute personne sans logement personnel, qu'elle soit hébergée majoritairement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou en hôtel social ».

L'appellation « sans abri » désigne « toutes les personnes qui passent la nuit dans la rue, des tentes, des habitats de fortune, des parkings ou d'autres lieux non prévus pour l'habitation »¹⁴.

Ainsi, la plupart des femmes sont moins à la rue à proprement parler sur de longues périodes en comparaison aux hommes¹⁵, avec dans les faits, des parcours qui tendent à être davantage fragmentés entre des périodes d'hébergements très précaires (urgence/nuitée : 115, haltes, hôtels sociaux), des hébergements chez des tiers et des périodes de rue.

« chaque mois, chaque semaine, chaque matin parfois il faut quitter un hébergement, repasser par la rue, parfois pendant plusieurs jours, avant de retrouver un nouvel abri. »¹⁶.

Loin de la représentation unique de la femmes dite « grande cassée » et très éloignée des dispositifs¹⁷, les parcours des femmes sans domicile sont d'une extrême diversité¹⁸ ;

Sur les 120 000 femmes « sans domicile », on retrouve¹⁹ :

- **Des femmes qui ne parviennent plus à payer leur loyer**, avec notamment des femmes âgées à la retraite, dont les revenus ne permettent plus de se loger.
- **Des femmes plus marginalisées, aux troubles psychiatriques lourds, souvent non traités et couplé avec des problématiques d'addictions.**
- **Des femmes qui ont fui leur pays** : plus de la moitié des femmes sans-domicile sont d'origine étrangère (34 % nées dans un pays de l'Union européenne hors France, 24 % nées

12 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

13 Ibid.

14 Ibid.

15 LOISON M., BRAUD R., *Le sans abrisisme au féminin quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale*, Travail Genre et Sociétés, 2022, [En ligne]

16 Ibid.

17 Ibid.

18 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

19 Ibid.

hors de l'Union européenne). Il faut également rappeler que les femmes représentent la moitié des personnes déplacées dans le monde²⁰.

- **Des femmes victimes de violences.**
- **Des femmes issues de l'aide sociale à l'enfance** : 25 % des femmes sans domicile nées en France sont issues de l'aide sociale à l'enfance, avec un passé de rupture familiale.
- **De nombreuses mères, isolées ou en couple, avec leurs enfants ou enceintes.**
- **Des familles qui vivent en bidonvilles ou en squats/des familles en habitat insalubre.**

Le parcours de ces femmes correspond ainsi souvent à une spirale de précarité, de violences et d'isolement²¹. L'élément central présent dans tous ces parcours sont les vécus de violences :

- **Comme facteur de basculement en rue** : 15 % des femmes sans domicile nées en France ont perdu leur domicile suite à des violences familiales²².

- **Des violences physiques et sexuelles à la rue** : « Au bout d'un an passé à la rue, 100 % des femmes ont subi un viol, quel que soit leur âge, quelle que soit leur apparence. Pour elles, c'est un trauma parmi d'autres. » Aurélie Tinland, médecin-psychiatre à l'AP-HM²³

- **Des violences dans l'enfance** : les femmes sans domicile déclarent plus souvent que les hommes avoir été victimes de violences avant l'âge de 18 ans, à hauteur de 36 % contre 19 % pour les hommes²⁴.

- **Des violences dans le cadre du parcours d'exil** : comme raison de départ du pays d'origine (violences conjugales, intrafamiliales, communautaire, mariage forcé, excision , etc.²⁵), lors du parcours mais également à l'arrivée en France.

Elles sont aussi particulièrement exposées aux risques d'exploitation, traite des êtres humains et de prostitution²⁶. Nombre d'entre elles étant « hébergées chez des tiers » parfois contre services sexuels. Ces situations sont souvent difficiles à détecter par les professionnels de l'aide médico-sociale, renforçant encore la fragilité de leur situation²⁷.

Du fait des violences subies, des risques encourus, et de l'inadaptation de structures d'accueil pensées au masculin (accueils mixtes), elles développent des stratégies d'invisibilisation²⁸, de survie et s'isolent. Elles poussent ainsi pas ou peu la porte des dispositifs étiquetés « sans-abris ».

20 MOREAU E., PEYRE L., PSALTI S., La prise en charge psychique des femmes victimes de violence à la Maison des Femmes, Aix-Marseille Université, [En ligne]

21 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

22 Ibid.

23 Ibid.

24 Ibid.

25 MOREAU E., PEYRE L., PSALTI S., La prise en charge psychique des femmes victimes de violence à la Maison des Femmes, Aix-Marseille Université, [En ligne]

26 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

27 DAGUZAN A., MAGNANI C., KASZUBA L., FARNARIER C., *Sans-abris à Marseille : ce que les chiffres révèlent. L'essentiel du recensement 2019, 2022*, [En ligne]

28 Ibid.

Les vécus de ces femmes diffèrent ainsi pour partie des parcours de désaffiliation au masculin²⁹, même si ces situations existent.

Les différents articles sur le sujet pointent des situations de blocages structurels, d'engorgement des dispositifs d'hébergements et de logements. Malgré une augmentation de l'offre d'hébergements (CHRS, CHU, hôtels sociaux)³⁰, la montée des demandes mais également le manque de solutions de sorties vers le logement pérenne (blocages administratifs notamment) créent une saturation des dispositifs. Cette saturation implique des critères « de vulnérabilités » pour les orientations du 115,³¹ de plus en plus restrictifs³². Ainsi, en dépit des appels, de nombreuses femmes et familles ne sont pas mises à l'abri et demeurent dans la rue.

Ces femmes, en situation de grande précarité, d'exil, victimes de violences se retrouvent, fautes de places dédiées et adaptées, au sein de dispositifs de grande urgence (haltes à la nuitée) initialement pensés en direction de personnes très marginalisées³³ et qui ne correspondent pas du tout à leur profil ni à leurs besoins.

- **Des besoins en santé spécifiques**

- **Santé mentale**

Les besoins en santé mentale, du fait de la dureté des parcours des femmes sont repérés comme prédominants par l'ensemble des professionnels rencontrés lors des entretiens.

En plus de troubles psychiques, de problématiques préexistantes³⁴ à l'origine ou non du basculement en rue (passés traumatiques, maladies psychiques), l'extrême précarité de la situation, les angoisses permanentes face aux risques de violences, le manque de sommeil exposent les femmes à un très fort épuisement psychique³⁵.

Les parcours d'exil (ruptures avec ses proches restés au pays, perte de repères, ruptures sur le plan identitaire), mettent à l'épreuve les capacités adaptatives³⁶. Ainsi, tout en observant les forts parcours de résiliences des personnes, les professionnels pointent de très importants risques

29 LOISON M., BRAUD R., *Le sans abrisisme au féminin quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale*, Travail Genre et Sociétés, 2022, [En ligne]

30 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

31 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

32 En Ile de France : femme victime de violence, enceinte de plus de 6 mois et enfant de moins de 3 mois

33 LOISON M., BRAUD R., *Le sans abrisisme au féminin quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale*, Travail Genre et Sociétés, 2022, [En ligne]

34 BOINOT K., *Femmes sans abri : Précarité asexuée ?*, V.S.T Vie Sociale et Traitements, 2008, [En ligne]

35 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

36 BENOIT M., RONDEAU L., AUBIN E., *Venir de loin et se retrouver : intervention de groupe pour femmes immigrantes et réfugiées ayant vécu la violence*, Santé mentale au Québec, 2020, [En ligne]

psycho-sociaux et de santé mentale ainsi que des approches pas toujours adaptées aux systèmes de référence des personnes³⁷.

L' ADSF dans son étude auprès d'un échantillon de 1000 femmes repère qu'un peu moins de ces dernières présentent des difficultés sur le plan de la santé mentale³⁸ avec :

- Symptômes liés à un probable stress post-traumatique (problèmes de sommeil, reviviscence, évitement) ;
- Manifestations anxieuses (état d'alerte, angoisse) ;
- État dépressif (tristesse, repli, culpabilité) ;
- Troubles du comportement consécutif à la souffrance psychique (évitement, retrait social) ;
- Troubles du sommeil ;

Et sur le plan psycho-somatique des céphalées, des douleurs généralisées, des problématiques sur le plan gynécologique et un impact sur l'estime de soi.

De plus, des articles pointent une « *sur-exposition des femmes en comparaison aux hommes à des atteintes psychiques* ³⁹ ». Cela est expliqué par l'exposition aux violences mais également par le poids des représentations et des stéréotypes qui pèsent sur les femmes. Ainsi, pour celles ayant « échoué dans ce rôle », cela entraînerait un sentiment de honte, de culpabilité et une très mauvaise image de soi renforçant parfois des mécanismes de désaffiliations importants⁴⁰.

- **Santé globale et gynécologique**

« *Ces femmes ont vécu des traumatismes physiques et psychologiques, avec des répercussions sur leur corps, notamment sur le plan hormonal et gynécologique* » - Anne Bourgognon, directrice générale de l'association ADSF⁴¹

Quel que soit leur mode d'hébergement à l'instant de la rencontre (mise à l'abri, hébergées, logées, sans abri), la presque totalité des femmes rencontrées par l'ADSF expriment des besoins très importants en matières de santé physique⁴².

Néanmoins, l'ensemble des professionnels témoignent de la quasi absence de suivi médical et notamment gynécologique de la part des femmes⁴³. Cela avec des retards importants de prises en soins⁴⁴, quasiment uniquement en situation d'urgence, et entraînant de fortes complications des maladies.

37 Ibid.

38 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

39 BOINOT K., *Femmes sans abri : Précarité asexuée ?*, V.S.T Vie Sociale et Traitements, 2008, [En ligne]

40 Ibid.

41 DIEGO C., *Face à la santé précaire des femmes à la rue, quelles réponses ?*, Carenews Infos, 2022, [En ligne]

42 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

43 Entretien réalisé avec l'ADSF

44 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

Les femmes souffrent de troubles liés aux mauvaises conditions de vie⁴⁵ : mauvaise alimentation, difficultés d'accès à l'hygiène avec une sous-fréquentation des femmes des lieux types douches mixtes⁴⁶, exposition à des zones polluées (nuisibles, déchets, métaux lourds).

Ces conditions viennent se rajouter à l'ensemble des éléments déjà vus plus haut en termes d'exposition aux violences, au stress, à l'épuisement psychique, etc.

Médecins du Monde pointe une consommation importante d'alcool et de substances psychoactives⁴⁷, notamment de crack chez certaines femmes sans abri afin de supporter la rue.

Ainsi, « Selon l'ARS d'Île-de-France, environ 30 % des usagers de crack en rue en région parisienne sont des femmes, souvent en danger du fait de leur dépendance à des réseaux dont il est difficile de les extraire »⁴⁸.

La question de la précarité menstruelle est une problématique forte relevée par les associations de solidarité⁴⁹ : par manque de moyens financiers, d'une faible mise à disposition de protections périodiques, les femmes utilisent des moyens de fortune dangereux pour leur santé⁵⁰.

Du fait de ces conditions de vie, les femmes développent :

- Des douleurs physiques persistantes ;
- Des pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, etc. ;
- Des mycoses, des infections urinaires et des infections dermatologiques⁵¹ ;
- Des troubles du cycle menstruel et/ou maladies gynécologiques (fibrome, myome).

Les associations alertent⁵² sur l'absence de suivi gynécologique et un très faible accès des femmes aux informations de prévention :

- Selon l'enquête ADSF auprès de sa file active plus de 70 % des femmes rencontrées et/ou accueillies n'utilisent pas de méthodes contraceptives⁵³.
- Selon Médecins du monde, 90 % des femmes accueillies dans leurs services n'ont jamais eu accès à un dépistage du cancer du col de l'utérus⁵⁴.

Avec des conséquences importantes pour leur santé et un risque d'exposition accru à des grossesses non désirées mais également à des infections et maladies sexuellement transmissibles, en particulier au VIH et aux hépatites.

45 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

46 Samusocial de Paris, *Communiqué de presse : mobilisé pour les femmes à la rue*, 2022, [En ligne]

47 Entretien Médecins du Monde « Mission Pas de santé sans toit » - Paris

48 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

49 Ibid.

50 GOLLINOT I., *En France, les femmes sans domicile fixe courent les rues, Celles Qui Osent*, 2022, [En ligne]

51 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

52 Ibid.

53 ADSF, *Agir Pour la Santé des Femmes, État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

54 Médecins du Monde, *Rapport 2024 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*, 2024, [En ligne]

- **Grossesses et naissances à risque**

Globalement, les associations observent que la présence de familles en rue ou hébergement précaire tend à fortement s'accroître⁵⁵ ces dix dernières années. Si ces dernières étaient auparavant plutôt protégées face au risque de la rue, cela n'est plus totalement le cas aujourd'hui, même si l'accès à un logement demeure encore facilité⁵⁶.

Les femmes enceintes représentent aujourd'hui 20 % de la file active de l'ADSF et 70 % d'entre elles n'ont pas de suivi⁵⁷.

En plus de la saturation des dispositifs, s'ajoutent les ruptures de cohabitations, ainsi, lors des logements chez un tiers, la grossesse est souvent un des principaux motifs de mise à la rue⁵⁸.

La précarité ainsi que l'insuffisance de suivi médical multiplient les facteurs de risques importants pour la mère et l'enfant (complications et/ou de décès périnataux⁵⁹).

Faute d'assez de repérage en amont, les situations de prise en soins s'effectuent souvent en urgence et à un stade avancé de la grossesse, entraînant des situations d'hospitalisations de femmes enceintes ou avec un nouveau né faute d'hébergement⁶⁰. Et avec des risques forts de retours en rue ensuite par manque de places dédiées disponibles.

La méconnaissance des droits, la barrière de la langue mais également l'instabilité résidentielle et l'hyper-mobilité des femmes créent autant de barrière à la prise en soins :

« Des femmes domiciliées au Samu social de Paris sont en réalité logées jusque dans les départements de la grande couronne »⁶¹, « ces femmes déménagent 4,6 fois en moyenne au cours de la grossesse, et jusqu'à onze fois ! »⁶².

Des situations de craintes vis-à-vis des services sociaux sont relevées dans le rapport du Sénat : ainsi même si dans les faits, les mesures de placement sont citées comme extrêmement rares, les femmes développent des appréhensions, *« se font discrètes par peur »*, avec un besoin fort de réassurance des mères pour qu'elles ne s'isolent pas davantage.

55 LAY E., *Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ?*, La Gazette Santé-Social, 2016. p. 32-33, [En ligne]

56 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

57 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

58 LAY E., *Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ?*, La Gazette Santé-Social, 2016. p. 32-33, [En ligne]

59 Ibid.

60 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

61 LAY E., *Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ?*, La Gazette Santé-Social, 2016. p. 32-33, [En ligne]

62 Ibid.

- **Freins à l'accès aux soins**

Nous avons pu tenter d'appréhender la complexité des parcours et des conditions de vie des femmes sans domicile. Nous avons pu voir qu'elles connaissent des facteurs de vulnérabilités spécifiques (liés à la précarité, au genre, etc.) entraînant de nombreux risques d'isolement et avec d'importantes conséquences sur leur santé. Les femmes sont ainsi particulièrement exposées à des phénomènes de renoncement aux soins et à des retards de prise en charge⁶³. Ces mécanismes de renoncement recouvrent une diversité de réalités et peuvent survenir à toutes les étapes du parcours de soins⁶⁴. Si il faut spécifier un renoncement « refus » (lié au choix de la personne de pas engager ou continuer les soins), nous voyons apparaître surtout un renoncement « barrières »⁶⁵, lié notamment à l'inadaptation du système de soins aux conditions de vie et aux spécificités des femmes. Dans le cadre de nos recherches, nous avons tenté d'en faire ici une synthèse⁶⁶, cela sera développé plus en détails dans la suite de ce travail :

- **Raisons économiques, précarité administrative des personnes** : absence totale ou partielle de couverture maladie et/ou de complémentaire santé ;
- **Inadaptation du système de soins et droits en santé** : complexité du système, méconnaissance du circuit, inadaptation des horaires et des modes d'accueil, manque d'informations accessibles, dématérialisation des démarches, difficile accès et utilisation du numérique, éloignement géographique, manque de formation des professionnels de santé sur les spécificités des femmes et de leurs conditions de vie.
- **Hyper-mobilité subie, instabilités résidentielles** ;
- **Barrière de la langue, inégal recours à l'interprétariat professionnel** ;
- **Freins psychologiques, « représentations du soin »** : traumatismes, sentiment de honte, isolement, pas volonté de demander de l'aide, peur du jugement, méfiance envers les institutions, mauvaises expériences du soin, etc.
- **Des mécanismes de discriminations** ;

Face à l'ensemble de ces freins, nous faisons l'hypothèse que la médiation en santé a un rôle pivot à jouer dans :

- **L'aller-vers pour renouer avec le soin** : repérage, proximité , posture d'ouverture et travail autour des représentations (des femmes et des professionnels de santé).
- **Refaire sens dans le parcours de soins** : accueillir, orienter et guider dans un écosystème complexe.
- **Dans un travail plus large d'émancipation des femmes** : « de faire avec » et notamment au travers d'actions de médiation santé paire.

63 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

64 DÉPRÉS C., *Les différentes figures du renoncement aux soins*, *La Santé de l'Homme* - N° 422, 2012, [En ligne]

65 DÉPRÉS C., *Les différentes figures du renoncement aux soins*, *La Santé de l'Homme* - N° 422, 2012, [En ligne]

66 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

PARTIE II : Aller vers pour renouer avec le soin

Pour travailler l'accès aux soins des femmes en situation d'errance il est indispensable de développer des réponses d'aller vers afin de les repérer, de les informer et d'amorcer une première rencontre. La notion « *d'aller vers* » n'est pas nouvelle, elle trouve ses origines dans le champ du travail social avec l'idée de sortir d'une logique de guichet⁶⁷ et de pratiquer le « hors les murs » pour aller au devant des populations dans leurs milieux de vie (domicile, espace public, rue, squats, bidonvilles, etc.). La notion intègre également l'idée d'un « *déplacement de posture professionnelle* » et d'une ouverture vers la personne dans sa globalité. Ainsi, il ne s'agit pas uniquement de faire « *ailleurs mais autrement* »⁶⁸.

Cette double approche de la dynamique d'aller vers est au cœur de la fonction du médiateur en santé avec pour objectifs de « (re)-créer la rencontre » avec les personnes éloignées du soin dans une logique de proximité et de disponibilité⁶⁹.

- **Un enjeu de repérage, se rendre là où les femmes se trouvent**

*« les grands cassés hommes ils sont toujours au même endroit, les maraudeurs savent où les trouver, ce qui n'est absolument pas le cas pour les femmes qui sont très mobiles »*⁷⁰.

Les femmes, pour se protéger, adoptent différentes stratégies, souvent très différentes de celles des hommes. Elles soignent leur apparence pour se fondre dans la masse, adoptent une grande mobilité, se dissimulent surtout la nuit dans des espaces ouverts jours et nuits (aéroports, gares), des espaces non visibles (halls d'immeubles, caves, parkings). Ou à contrario « se déguisent en hommes » ou cherchent à « inspirer le dégoût » comme façon de se protéger⁷¹. Les médiateurs observent ainsi une hyper-mobilité ou au contraire, des femmes très « ancrées » en rue et « très peu mobiles avec souvent de lourdes problématiques physiques et psychologiques ».

L'association l'ADSF, en lien avec un réseau de partenaires et au travers de plusieurs maraudes exploratoires effectue un travail important pour repérer les femmes et se rend ainsi dans divers lieux : les gares, les métros en lien notamment avec le recueil social de la RATP, différents lieux d'accueil et de mise à l'abri (hôtels sociaux, centres d'accueil, CADA, etc.), ou encore au Bois de Vincennes auprès de victimes de la traite des êtres humains à des fins d'exploitations sexuelles.

« Ce n'est pas évident de les repérer car elles ne sont pas forcément « clochardisées », on peut repérer qu'elles ont un caddie, plusieurs valises, on repasse plusieurs fois et on peut voir si certaines sont toujours là... » (médiatrice en santé – ADSF).

67 PARISSE J., PORTE E., *Les démarches d' « aller vers » dans le travail social : une mise en perspective*, Cahiers de l'Action, 2022, [En ligne]

68 Ibid.

69 Haute Autorité de Santé, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, 2017, [En ligne]

70 LOISON M., BRAUD R., *Le sans abrisisme au féminin quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale*, Travail Genre et Sociétés, 2022, [En ligne]

71 Ibid.

Dans ce travail de repérage, l'association s'est beaucoup appuyée sur le vécu des femmes repaires. En effet, ayant elles-mêmes connues un parcours d'errance, elles connaissent bien les habitudes des femmes. Pendant ces maraudes, la distribution de kits d'hygiène permet souvent d'entrer en contact avec les femmes sans être intrusif.

Pour aller au devant des femmes, l'ADSF peut se déplacer également via son camion aménagé : « le frottis truck ». Ce dernier constitue un lieu d'échange confidentiel et sécurisé et permet la tenue de consultations de médecine générale, gynécologique et psychologique⁷².

Équipé d'un fauteuil de consultation, il peut accueillir des examens ainsi que différents actes de dépistage : prélèvements vaginaux (HPV), frottis cervico-utérin (FCU), palpation des seins, tests PCR ou antigéniques, pansements, prise de constantes, dextro glycémie.

L'équipe, pluridisciplinaire, est composée d'un trio médical-psychologique-social et d'une femme repaire afin d'évaluer les besoins en matière de santé des femmes. Le fait d'avoir des intervenantes femmes apparaît aussi important compte tenu des vécus traumatiques des femmes accueillies.

« L'objectif c'est de rapprocher des femmes très éloignées du soin vers la consultation et, in fine, essayer de les réconcilier un peu avec leur corps » (sage-femme ADSF).

Pour comparaison en terme d'approche, Médecins du Monde au travers de sa mission « *Pas de santé sans toit* » et qui adopte une approche globale et non spécifique aux femmes, et avec une équipe pourtant formée en santé sexuelle et reproductive, n'a qu'une faible minorité de femmes dans leur file active souvent avec de longs parcours de rue. Pour le médiateur, l'ADSF en proposant une offre de soins plus ciblée sur les besoins des femmes permet d'avoir une meilleure accroche.

- **Adopter une approche centrée sur la personne, sa temporalité et son vécu spécifique, créer un lien de confiance**

Dans son travail auprès des femmes sans domicile, un des enjeux du médiateur sera de créer une accroche, un lien de confiance, de travailler l'adhésion, pour orienter et accompagner vers le soin⁷³. Selon les parcours des femmes, cette accroche aux soins sera plus au moins complexe à créer et demandera une véritable posture d'écoute, d'empathie, de respect de ses priorités et de compréhension de ses conditions de vie.

Les médiateurs observent des adhésions aux soins différents selon les femmes. Si l'ADSF constate en majorité une forte demande de soins chez les femmes rencontrées, les refus peuvent être particulièrement prégnants chez des femmes au profil de longs parcours de rue avec des situations d'intrication forte de troubles psychiques et de problématiques d'addictologies (qui constituent un frein important au recours aux soins).

72 Entretien médiatrice en santé ADSF

73 Entretien médiatrice en santé ADSF

Pour la plupart d'entre elles, se soigner pourra être considéré comme du temps perdu face à l'urgence de se mettre à l'abri, soi et ses enfants, sur du temps de ressources (manches) ou de régularisation de la situation administrative par exemple⁷⁴ : « *Quand leur urgence au quotidien c'est manger, se protéger, avoir un toit, elles mettent de côté leur santé, leur propre corps et l'état se dégrade* »⁷⁵.

Le rapport au temps, à la douleur, à la maladie doit pouvoir s'analyser et se comprendre à l'aune de ces besoins prioritaires et immédiats.

En terme d'éthique cela implique d'adopter une posture non-invasive dans le respect de la personne (par exemple souhait ou non d'être abordée⁷⁶ en rue) et centrée sur ses priorités et/ou refus de soins. Il apparaît essentiel de partir des craintes ou des demandes prioritaires formulées pour cheminer avec la personne. Le médiateur de Médecins du Monde raconte ainsi que les besoins en santé vont parfois beaucoup plus se faire ressentir sur des blocages concrets du quotidien comme avoir des lunettes plutôt que de soigner une pathologie beaucoup plus « grave ». C'est dans ce travail d'accompagnement et de compréhension du monde de l'autre et à partir de sa réalité et de ses conditions de vie que peut s'enclencher un lien de confiance et ramener vers le soin⁷⁷.

Face aux parcours de ruptures (psychiques, parcours fragmenté), la question du rapport au temps apparaît également centrale à la fois dans le travail de premier accroche aux soins mais également dans le suivi. Les professionnels font ainsi état d'un travail toujours renouvelé avec de nombreux allers-retours dans la prise en soins. Pour les médiateurs interrogés cela implique un travail à la fois de récurrence, « *d'être là* » même dans l'informel et implique une notion importante de « *disponibilité* »⁷⁸ et de souplesse tout en s'inscrivant dans un travail de réassurance dans la durée.

Dans ce travail, il est aussi important d'insister sur la débrouillardise de toutes ces femmes, qui élaborent des stratégies de survies, trouvent des solutions face à l'ensemble des obstacles existants⁷⁹, et de ne pas adopter un regard uniquement basé sur les difficultés.

« *Leur parcours est très éclaté, les places tournent dans les lieux d'hébergement, elles ne viennent pas toujours aux rendez-vous, le risque est fort de les perdre de vue (...), mais* » Malgré l'hyper-mobilité des dames, grâce au suivi ressource du médiateur en santé, à sa disponibilité, à la flexibilité de son approche que malgré ces difficultés, ces suivis réussissent à se maintenir».
« *c'est souvent un long travail d'écoute, de réassurance qui va permettre d'avancer dans le parcours de soins* », Témoignage de la médiatrice ADSF

74 BENOIST Y., *Vivre dans la rue et se soigner*, Sciences Sociales et Santé, 2008, [En ligne]

75 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

76 PARISSE J., PORTE E., *Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : une mise en perspective*, Cahiers de l'Action, 2022, [En ligne]

77 Cours D.U Médiation en santé - Les différentes formes d'entretiens - Stéphanie ESTEVE

78 Entretiens médiateurs

79 Peñafiel B., *Thèse sur la Vie quotidienne des femmes en errance*, Université de Strasbourg, 2022, [En ligne]

Face aux mécanismes de repli, de honte, de peur de demander de l'aide, il s'agira aussi de créer un espace relationnel où l'autre peut s'exprimer en sécurité. La confidentialité des échanges mais également le recours à l'interprétariat professionnel pour permettre une bonne compréhension mutuelle dans le respect de la parole apparaissent comme des principes clefs.

« prendre du temps, c'est trouver un espace suffisamment accueillant, bienveillant et sécuritaire pour permettre la parole et offrir une écoute attentive. »⁸⁰.

Cette posture du médiateur n'est ni facile, ni naturelle mais demande un travail d'attention permanent. De plus, dans ce cheminement, le sentiment d'impuissance notamment face au refus de soins⁸¹, à l'extrême précarité des situations, mais également des obstacles structurels de la prise en soins, peuvent impacter fortement le médiateur.

Dans le cadre des apports du DU de médiation en santé, nous avons pu ainsi étudier les principes fondamentaux du counseling (Carl ROGERS) qui représentent à la fois la base d'un accueil inconditionnel mais également une protection physique et psychique pour le médiateur⁸² :

- **L'écoute active** implique non pas une simple écoute mais bien un « *éveil permanent* » aux dimensions verbales, corporelles et émotionnelles de la personne (signaux verbaux et non-verbaux). Cela induit de ne pas tomber dans l'habitude mais de bien considérer chaque temps de rencontre comme unique et spécifique. Cette écoute s'applique également à soi-même afin d'être attentif à ses propres signaux de décrochage de la relation à l'autre.
- **L'empathie** consiste à adopter, le temps de la rencontre, le cadre de référence de l'autre, « d'entrer sans préjugés » et d'accompagner l'autre pour trouver la solution dans « son monde ».
- **La suspension du jugement** : malgré nos possibles jugements personnels (valeur/moral), existants et qui nous appartiennent, ces derniers ne doivent pas interférer ni apparaître dans la relation.
- **L'acceptation** (regard positif inconditionnel) : idée d'accepter l'autre de façon inconditionnelle, quels que soient ses « éventuels traits de caractère déplaisants », posant également la question de la connaissance de ses limites en tant que professionnel.
- **La congruence** : face aux dysfonctionnements importants du système, aux problématiques rencontrées, c'est se poser la question de savoir si on agit dans un cadre nous permettant malgré tout de rester en accord avec nous-même.

80 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *Rapport d'activité 2023*, [En ligne]

81 FONDATION MNH, *Médiation en santé - Table ronde « Rétablir les liens de confiance avec le patient éloigné du soin, 2021*, [En ligne]

82 Cours D.U Médiation en santé - Les différentes formes d'entretiens - Stéphanie ESTEVE

- **Comprendre et travailler sur les représentations des personnes et des professionnels de santé**

Il ressort des entretiens que pour certains professionnels de santé, il peut être difficile d'appréhender les réalités des conditions de vie en rue et de comprendre les priorités et les temporalités auxquelles les personnes sont soumises. Les professionnels peuvent être ainsi perçus comme « *infantilisants* » ou « *paternalistes* » avec l'expression de jugements du comportement de la personne⁸³.

Une des critiques réalisée est le manque de temps lors des consultations, mais également la difficulté à prendre en compte la personne dans ses multiples dimensions bio-psycho-sociale, cela concourant à des phénomènes d'incompréhensions entre les soignants et les personnes soignées⁸⁴.

L'apport de la transculturalité adaptée à la santé et notamment l'approche en ethnomédecine étudiée dans le cadre de notre formation en médiation en santé nous éclaire fortement. Elle nous enseigne que la santé ne peut pas se penser uniquement au travers du prisme biologique. En effet, elle représente également une expérience individuelle, différente de celle unique des « experts » et qui implique l'individu dans sa globalité et dans ses dimensions psychologiques, sociales et culturelles⁸⁵.

Cette approche définit ainsi plusieurs dimensions dans la maladie⁸⁶ :

- Une réalité biologique/organique (biomédicale).
- Une dimension personnelle subjective, se référant à une dimension plus psychologique.
- Une dimension socio-culturelle : qui renvoie à la dimension sociale de la maladie et à la rationalisation de la maladie à l'aune de la culture, en d'autres termes, comment la maladie est perçue socialement.

Les professionnels de santé favorisant souvent l'approche biologique et laissant parfois de côté les dimensions psychologiques, sociales et culturelles⁸⁷. Cette approche met ainsi à jour des « représentations de la maladie » qui peuvent être différentes entre le soignant et le soigné⁸⁸. Ces écarts peuvent être plus ou moins importants et participer à des blocages dans la prise en soins. Comme nous avons pu le voir plus haut, la représentation du soin peut être ramenée à des urgences immédiates, la souffrance peut être reléguée au second plan. Des parcours de forte exclusion peuvent alimenter de la méfiance envers les institutions (médecine, structures d'accueil) qui sont souvent perçues comme « *coercitives* » ou même parfois, à la source de la maladie⁸⁹.

83 Référence à l'entretien avec le médiateur en santé Médecins du Monde, mission Pas de Santé Sans Toit

84 Thèse sur le non-consentement aux soins – EHESP Module Inter-professionnel de santé publique

85 Cours D.U Médiation en santé - Approches Socio-culturelles de la santé et de la maladie – Nioias BOSC

86 Ibid.

87 Ibid.

88 SIMON C. *Les représentations sociales de la santé et de la maladie*, 2013, [En ligne]

89 BENOIST Y., *Vivre dans la rue et se soigner*, Sciences Sociales et Santé, 2008, [En ligne]

Des chercheurs montrent qu'il est essentiel de replacer la maladie dans l'histoire de vie de la personne : « *Sans cet ajustement biographique, certains individus refusent les soins qui leur sont proposés tant que la maladie n'a pas encore été intégrée comme partie prenante de leur quotidien et de leur histoire personnelle* »⁹⁰. Ainsi, pour certaines personnes, le soin ne fera plus ou pas sens. Pointant ainsi l'importance de la parole subjective dans le parcours d'acceptation des soins. Par ailleurs, le gain en terme de qualité de vie ne sera pas toujours supérieur face aux sacrifices à réaliser, par exemple arrêter de boire lorsque cela représente la dernière chose qui rythme ou compte dans la journée.

Le rapport à la communauté, la peur d'être rejetée sont également très importants à prendre en compte : « *L'ADSF relate l'histoire d'une jeune femme Sénégalaise sans-abri de 29 ans, suite à d'importants troubles menstruels, elle est prise en soins. Le diagnostic révèle un utérus polymyomateux. Une opération est programmée aux urgences mais la jeune femme refuse et explique en wolof qu'elle préfère mourir plutôt que de perdre sa virginité car elle sera exclue de sa communauté. L'équipe de l'ADSF qui l'accompagne travaille en lien avec l'équipe hospitalière et propose qu'une attestation lui soit fournie expliquant la perte de sa virginité pour raisons d'opération chirurgicale, la jeune femme accepte alors l'opération*⁹¹ »

La chercheuse Bérénice Peñafiel, dans sa thèse sur les femmes en errance, met en avant la question importante du rapport au corps comme frein dans les soins : « *Parfois la honte d'avoir un regard intime sur le corps empêche les femmes de demander de l'aide aux soignants, certaines disent éviter de se regarder dans des miroirs et de s'ausculter* »⁹².

Elle pointe ainsi l'importance du lien de confiance entre soignants et soignés pour la réussite et le suivi du traitement. A cet endroit, le médiateur joue un rôle fondamental dans la mise à jour et la compréhension de ces représentations réciproques afin de travailler sur l'amélioration des relations⁹³.

En d'autres termes, le médiateur va essayer de faire comprendre au médecin la réalité du patient et engager un travail de compréhension et de « négociation » avec ce dernier.

Cette prise en compte globale, participe à créer une « alliance thérapeutique ». Dans cette alliance, l'idée clef est d'accepter avec humilité que « l'on ne sait pas », de ne pas généraliser et de stéréotyper, ni d'enfermer les personnes dans un cadre général. Mais bien, au travers de questionnements, d'identifier les rapports subjectifs et culturels de la maladie pour la personne⁹⁴.

90 Peñafiel B., *Thèse sur la Vie quotidienne des femmes en errance*, Université de Strasbourg, 2022, [En ligne]

91 ADSF, *Agir Pour la Santé des Femmes, État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

92 Peñafiel B., *Thèse sur la Vie quotidienne des femmes en errance*, Université de Strasbourg, 2022, [En ligne]

93 REVAULT P., *Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives*, La Santé en Action, p.10, 2017, [En ligne]

94 Cours D.U Médiation en santé - Approches Socio-culturelles de la santé et de la maladie – Niolas BOSC

Au-delà du travail quotidien réalisé par le médiateur, cela révèle également un enjeu de formation des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes en situation de vulnérabilité et des spécificités des femmes⁹⁵.

➔ **Préjugés, stéréotypes et discriminations**

Pour des médiateurs interrogés, le fait d'être une femme peut apparaître comme un facteur d'attention supplémentaire des soignants du fait de représentations de davantage de « fragilité »⁹⁶ et donc être perçu comme un « avantage ».

Cela contraste néanmoins avec plusieurs analyses sociologiques. Ainsi, certains auteurs pointent non seulement des inégalités de santé envers les femmes mais également entre les femmes elles-mêmes en fonction de leurs différentes situations⁹⁷. Ces derniers mettent en avant les stéréotypes et les préjugés particulièrement négatifs en direction des femmes consommatrices de produits ou en situation de prostitution⁹⁸.

Les médiateurs relèvent des expériences de discrimination, notamment liées à la précarité des personnes et particulièrement pour des femmes étrangères (propos stigmatisants concernant la religion, « l'utilisation du système »).

La défenseur des droits, dans son dernier rapport⁹⁹ revient sur la persistance et l'importance de ces phénomènes. Elle alerte ainsi sur de nombreux critères de discrimination dont le sexe, l'origine, la précarité, l'orientation sexuelle ou encore la religion des patients.

Ces discriminations sont décelées à toutes les étapes du parcours de soin et s'expriment de différentes manières : refus de soins explicites, délais d'attente supplémentaire ou proposition de créneaux horaires spécifiques, réorientation abusive, inaccessibilité physique des lieux de soins, consultation écourtée, propos stigmatisants ou encore minimisation des symptômes¹⁰⁰.

Dans ce cadre, le rôle d'information et d'alerte du médiateur en santé sur les droits des patients est fondamental.

95 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

96 Référence médiateur Médecins du Monde

97 Peñafiel B., *Thèse sur la Vie quotidienne des femmes en errance*, Université de Strasbourg, 2022, [En ligne]

98 Ibid.

99 Rapport de la Défenseur des droits, *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité*, 2025, [En ligne]

100 Ibid.

PARTIE III : Refaire sens dans le parcours de soins : orienter et guider dans un écosystème complexe de partenaires

- **De l'importance d'une vision globale de la santé des femmes**

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » - Organisation Mondiale de la Santé
On entend par déterminants de santé un ensemble de facteurs d'ordre individuels, socio-économiques, environnementaux, qui en interdépendance influent sur l'état de santé
– Santé publique France.

Le métier de médiateur en santé est décrit dans le référentiel de la HAS comme s'inscrivant dans la réduction des inégalités sociales de santé avec un enjeu d'approche globale de la santé et de ses différents déterminants¹⁰¹. Ainsi, il ne s'agit pas uniquement de soigner, mais de prendre en compte la globalité de la personne. En effet, comme nous l'avons vu, les problématiques des femmes à la rue découlent de facteurs complexes croisant les enjeux de mal-logement, de précarité, de complexité administrative, d'isolement et de violences, etc.

Dans sa thèse sur les conditions d'efficacité de médiation en santé, Élodie Richard pointe la réduction de la compétitivité à ces différents besoins comme une condition essentielle pour que la démarche d'accès aux soins puisse s'ancrer dans la durée. Elle met ainsi en avant l'importance de surmonter les cloisonnements (santé/social) et de renforcer le travail en intersectorialité¹⁰². L'ensemble de médiateurs santé interrogés et travaillant en lien avec les femmes à la rue, face à la complexité des situations, décrivent l'importance d'un accompagnement global et pluri-disciplinaire.

Le rôle du médiateur en santé, « *personne ressource*¹⁰³ », sera entre autres d'informer, de guider et d'orienter, sans se substituer¹⁰⁴, vers les bons interlocuteurs afin de faciliter la coordination du parcours de santé et d'éviter les ruptures dans le parcours de soins. Cela implique un travail fortement pluri-professionnel et une connaissance fine d'un important écosystème de partenaires.

Nous verrons que cet enjeu n'est pas sans tension pour le médiateur en santé qui n'a pas la main sur l'ensemble des déterminants sociaux de santé¹⁰⁵, et qui se retrouve confronté aux

101 Haute Autorité de Santé, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, 2017, [En ligne]

102 Thèse RICHARD E., *Thèse sur les Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé*, 2023, [En ligne]

103 Haute Autorité de Santé, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, 2017, [En ligne]

104 Ibid.

105 Thèse RICHARD E., *Thèse sur les Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé*, 2023, [En ligne]

dysfonctionnements du système. Nous allons nous baser ici principalement sur l'accompagnement proposé par l'association l'ADSF, croisé avec les retours et expériences d'autres médiateurs.

- **Accueil, accompagnement et suivi global des femmes : exemple de l'ADSF¹⁰⁶**

L'ADSF développe une prise en soins globale de la santé des femmes dans toutes ses dimensions : santé mentale, santé sexuelle et reproductive, santé materno-infantile, médecine générale, hygiène et bien-être du corps, prévention, dépistage, vaccination, etc.

Cela est notamment permis par une équipe salariée constituée de sages-femmes, d'une infirmière coordinatrice, d'une coordinatrice opérationnelle, de psychologues et de deux médiatrices en santé¹⁰⁷. Ces derniers sont épaulés d'équipes de bénévoles (médecins, citoyens) et de femmes « repaires » issues de la communauté.

En synthèse, les axes de travail de l'association couvrent ainsi :

- ➔ **L'accès à des produits d'hygiène de première nécessité** : distribution de kits et tous les mois, une journée « Accueil Hygiène Santé (AHS) » qui permet aussi de capter des femmes qui n'ont pas de demandes à la base et de les raccrocher aux soins.
- ➔ **Un travail d'accueil, d'évaluation lors d'entretiens individuels**

Face aux différentes problématiques de segmentation des lieux d'assistance et de la mixité des espaces d'accueil, plusieurs projets émergent, afin de proposer des espaces dédiés aux femmes et permettant de trouver dans un même lieu différents services adaptés.

L'ADSF a ainsi développé deux accueil de jours sur Paris dont le « Repaire santé Barbès ». Ce dernier peut accueillir jusqu'à 25 femmes, seules, avec un enfant ou un animal. Elles bénéficient d'une collation mais aussi de douches, de toilettes et d'une salle de repos. Elles peuvent si elles le souhaitent rencontrer les équipes et participer aux différents groupes de parole et de discussion proposés.

Lorsque les femmes le souhaitent (rien ne les y oblige dès leur arrivée) un temps d'entretien individuel et confidentiel est proposé en général avec une des médiatrice en santé. Lors de ce temps appelé « la permanence de bienvenue », la médiatrice réalise une évaluation globale et mène un premier travail d'orientation à la fois en interne de l'association et sur un réseau de partenaires.

Un entretien est ensuite possible avec un binôme psychologue/sage-femmes qui permet d'enclencher une prise en soins en interne si les femmes le souhaitent (examen de dépistage, gynécologique). Pour la médiatrice en santé, cet appui direct en interne est très facilitant.

106 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *Rapport d'activité 2023*, [En ligne]

107 Ibid.

→ Des groupes de parole et de prévention santé sur de nombreuses thématiques

Divers temps collectifs, ateliers, groupes de paroles sont également proposés régulièrement aux femmes :

- **Des ateliers de médiation en santé avec la médiatrice** : tous les quinze jours selon les besoins et les demandes, par exemple autour du fonctionnement de l'Aide Médicale d'État (AME) ou de doctolib. Mais également des temps d'éducation pour la santé autour de l'hygiène de vie ou divers sujets de prévention.
- **Des ateliers d'expression (art-thérapie, sophrologie, socio-esthétique)** par des intervenants extérieurs.
- **Des groupes de parole en lien avec la psychologue et/ou parfois avec des partenaires extérieurs et sur une diversité de sujets** : troubles du sommeil, parentalité, isolement, vie dans la rue, lien mère-enfant, naissance et allaitement, santé sexuelle, violences intra-familiales. Cela avec une forte attention à la sécurité psychique de chacune (respect de la temporalité, souhait de parler ou non).

Ces ateliers permettent de travailler l'information et de participer à l'autonomie des personnes dans les différentes démarches.

Face à l'impact des parcours de rue et de sans-domicilisme les ateliers sur le corps et l'estime de soi représentent pour les femmes un premier espace d'expression de leurs émotions. Contribuant, grâce à la force du groupe, à avancer vers une possible reconstruction¹⁰⁸.

→ Un travail d'orientation et d'accompagnement

Après le premier accueil, un accompagnement et un suivi social et psychologique sont mis en place par l'équipe en lien avec diversité de partenaires selon les besoins recensés (accès aux droits, conditions de vie, hébergements, violences, etc.). La médiatrice, en lien avec l'équipe mais également avec les femmes repaires, pourra intervenir tout au long du parcours avec :

- Aide à la prise de rendez-vous.
- Accompagnement physique lorsque c'est nécessaire ;
- S'assurer que la personne ait bien la capacité d'aller au rendez-vous avec une attention aux tickets de transports et une aide possible par l'association ;
- S'assurer que le rendez-vous ait bien eu lieu ;
- Rappels réguliers des femmes pour s'assurer de la poursuite du parcours de soins ou simplement pour faire un point sur leur état de santé et situation de vie (notamment sur le suivi des actes de dépistage).

Dans ce travail d'orientation et de ramener vers , il est souligné l'importance de favoriser dès que cela est possible le retour vers le droit commun pour ne pas maintenir la personne dans un circuit « parallèle, « pour les personnes en situation de précarité ».

108 Entretiens médiateurs

- **Mise à l’abri et besoins de première nécessité**

Comment travailler le soin lorsque les besoins fondamentaux ne sont pas remplis ?

Dans les entretiens réalisés auprès des médiatrices travaillant auprès de publics en très grande vulnérabilité, le travail autour des conditions globales de vie qui ont un impact fort sur la santé des personnes apparaît comme fondamental (hébergements, lieux d’accueil, alimentation)¹⁰⁹. Cela permet également d’aborder la prise en soins par ce premier biais.

Lorsque cela est faisable, une orientation vers une assistante sociale est réalisée mais face à la grande vulnérabilité de certaines femmes et pour ne pas les perdre, certains médiateurs amorcent des premières démarches sociales puis orientent dans un second temps : appel/relance du 115, réalisation, mise à jour de fiches SIAO, appui de demandes notamment sur l’état psychique des personnes.

Les médiateurs informent également sur les différentes ressources du territoire (aides alimentaires, bagageries) via le « soliguide »¹¹⁰ notamment.

Sur la mise à l’abri, l’ADSF a développé un partenariat avec une halte du nuit (non mixte) pour avoir un petit contingent et dispose ainsi de quelques places pour orienter en cas de grande urgence des femmes afin qu’elle puisse se reposer une ou deux nuits¹¹¹.

Cela demeure des situations vécues difficilement par les médiateurs qui se sentent souvent démunis face à ces situations et aux manques structurels de places.

- **Accès aux droits santé**

L’absence de couverture sociale est considérée comme un frein majeur dans l’accès aux soins des femmes¹¹². Selon les données de l’ADSF¹¹³, ce sont un peu plus d’une femme sur quatre sans aucun droit ouvert lorsqu’elles sont rencontrées pour la première fois.

L’éloignement des institutions, les conditions de vie (perte des papiers), le manque d’informations, mais également la complexité des démarches administratives, fortement renforcées pour les personnes étrangères, sont autant de freins évoqués.

En effet, en dehors de l’éligibilité ou non des personnes, l’accès à la couverture maladie nécessite d’avoir une adresse postale pour recevoir les courriers administratifs. C’est à dire soit une adresse personnelle soit une domiciliation dans un CCAS (Centre Communal d’Action Social ou une

109 Référence à l’entretien avec la médiatrice du Dispositif Parcours.

110 Guide en ligne Soliguide qui renseigne une grande partie des services, initiatives et ressources pour les personnes qui rencontrent une difficulté : <https://soliguide.fr/fr>

111 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *Rapport d’activité 2023*, [En ligne]

112 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

113 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

association)¹¹⁴. L'accès à cette domiciliation selon les territoires, peut constituer un frein important pour les personnes sans domicile stable¹¹⁵. Médecins du Monde dans un rapport récent¹¹⁶ alerte sur les pratiques parfois illégales de certains CCAS (déficits d'informations, critères parfois restrictifs, comportements discriminatoires).

Pour les personnes étrangères et malgré l'existence de dispositifs spécifiques pour l'accès aux droits santé (l'Aide Médicale d'État¹¹⁷, pour les personnes en situation irrégulière, les demandeurs d'asile pouvant prétendre à la PUMA), cela peut vite devenir un labyrinthe administratif. Le montage de dossiers, la dématérialisation, les délais, les changements de statuts administratifs (déboutés de la demande d'asile par exemple) sont autant de complexités amenant à des ruptures.

Pour l'accès aux droits santé, la plupart des médiatrices interrogées ne réalisent pas directement les dossiers d'accès aux droits santé (AME, Puma, CSS) mais informent et aident fortement à la composition du dossier notamment en orientant vers des organismes qui effectuent la domiciliation et vers des assistantes sociales et les Caisses d'Assurance Maladie.

Face aux situations administratives extrêmement complexes des femmes migrantes, des orientations sont réalisées auprès des associations d'aide aux droits des étrangers (Cimade, Comède). Dans le Rapport du Sénat, les associations dénoncent des parcours de régularisation de plus en plus longs et complexes et qui maintiennent les femmes dans la difficulté et les risques d'exploitation, alors même que nombre d'entre elles pourraient accéder à une situation plus stable, et plaident ainsi pour une « *accélération et une simplification du traitement administratif des dossiers des femmes étrangères sans domicile* »¹¹⁸.

- **Partenaires et dispositifs pour la prise en soins globale**

Dans l'accès aux soins, lorsque la situation administrative le permet, les médiateurs tentent d'orienter et/ou d'accompagner vers des centres de santé¹¹⁹ et un réseau de professionnels de santé libéraux de ville « de confiance » (médiatrice ADSF). Les médiateurs pointent l'importance de ce réseau auprès duquel ils savent que les femmes vont être bien accueillies.

Au sein de l'ADSF, des partenariats spécifiques sont réalisés notamment sur l'accès à des lunettes de vues avec l'association Vision Solidarité. Cela représente une demande très importante

114 MDM Médecins du Monde, *Rapport 2024 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*, 2024, [En ligne]

115 Le collectif Domiciliation Île-de-France, *Rapport d'enquête : Accès à la domiciliation dans les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) d'Île de France*, 2025, [En ligne]

116 Ibid.

117 L'AME permet aux personnes en situation administrative irrégulière d'avoir une prise en charge à 100 % des soins médicaux et hospitaliers avec une dispense d'avance de frais (avec néanmoins des exceptions). Elle est soumise à plusieurs conditions restrictives de résidence et de ressources.

118 Ibid.

119 Les centres de santé sont des structures d'exercice collectif qui appliquent le tiers payant sans dépassement d'honoraires. Les équipes médicales sont salariées du gestionnaire du centre de santé.

avec un accès très complexe du fait de la difficultés des remboursements (restes à charge) pour les personnes avec l'AME ou sans complémentaire santé ou couverture maladie.

➔ Dispositifs dédiés à la prise en charge des publics précaires

Pour les personnes sans droits et/ou dans l'attente de l'ouverture des droits les **PASS, Permanences d'Accès aux soins Hospitalières** demeurent l'orientation la plus fréquente et permettent une prise en charge médicale et sociale¹²⁰ (consultation médicale généraliste et/ou spécialisée, plateau technique, soins infirmiers, délivrance de certains médicaments). Plusieurs PASS spécialisées existent réparties sur plusieurs hôpitaux (PASS dentaire, mère-enfant, psychiatrique, PASS Périnatalité, etc.).

En ville, des orientations peuvent être réalisées sur :

- **Les PASS ambulatoires de Ville** (municipales, associatives). Pour exemple, la PASS de Ville de Marseille permet l'accès à un réseau de professionnels de ville sur un principe de suspension de la facturation le temps que la personne accède à une couverture médicale, si l'accès à la couverture maladie n'est pas obtenue la PASS de Ville s'acquitte des factures.
- **Les CASO, Centres d'Accès aux Soins et d'Orientation gérés par Médecins du Monde** permettent de façon gratuite et sans rendez-vous l'accès à une première évaluation médico-sociale et le cas échéant à une consultation avec un médecin (principalement gérés par des bénévoles avec l'appui d'une équipe salariée)¹²¹.

Il existe également différents dispositifs d'hébergements temporaires (court à long terme) en direction des personnes en situation de précarité ayant des besoins de soins importants mais qui ne relèvent pas de la prise en charge hospitalière, avec un principe d'accès inconditionnel (indépendamment des droits sociaux et de la régularité de séjour) ¹²² :

- **Les LHSS, lits haltes soins santé**, dispositifs de soins résidentiels permettent la mise en place de soins intensifs pour des personnes en grande précarité¹²³. Conçus à la base pour des séjours courts, dans les faits souvent prolongés, faute de solutions d'aval¹²⁴.
- **Les ACT, appartements de coordination thérapeutique** : soit sous forme d'hébergement diffus en ville en général (moyen/long terme) soit logements pérennes (Un chez soi d'abord) pour des personnes atteintes de maladies chroniques somatiques ou psychiatriques¹²⁵.

120 Site : santé.gouv.fr

121 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

122 Haute Autorité de Santé, *Présentation des établissements lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés et appartements de coordination thérapeutique, dont le dispositif « Un chez-soi d'abord*, 2020, [En ligne]

123 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

124 Ibid.

125 Haute Autorité de Santé, *Présentation des établissements lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés et appartements de coordination thérapeutique, dont le dispositif « Un chez-soi d'abord*, 2020, [En ligne]

- **Les LAM, lits d'accueil médicalisés**, pour des pathologies graves chroniques.

Pour le médiateur santé de Médecins du Monde, de nombreuses personnes relèveraient de dispositifs tels que les LHSS, LAM ou ACT, mais même lorsque l'adhésion a pu être travaillée, les temps d'attente sont très longs. Ainsi dans les faits les prises de traitement commencent dans la rue avec toutes les difficultés que cela comporte.

➔ **Dispositifs mobiles** : face aux taux importants de non-recours ou de renoncement aux soins mais également de fait, pour pallier à des carences de prise en charge, des solutions mobiles existent, déployées par certains partenaires, structures médico-sociales et hospitalières. Il est possible de citer par exemple :

- **LHSS mobiles** : équipe est composée d'infirmiers, d'un médecin et d'un travailleur social, pour dispense des soins et accompagnement global adapté aux besoins des personnes quel soit leur lieu de vie¹²⁶.
- **PASS mobiles** : équipes médicalisées, passerelle entre le centre hospitalier de référence et les personnes éloignées du soin.
- **Équipes mobiles médico-sociales** : comprennent des travailleurs sociaux et des soignants présentant des spécialisations variées, en particulier la périnatalité¹²⁷.
- **Équipes mobiles de jour EMEOS, Équipe Mobile d'Évaluation et d'Orientation Sanitaire du Samu Social**, qui permettent de renforcer la médiation et l'observance de traitements en rue.

➔ **Addictologie** : sur ce volet addictologie les équipes citent principalement les **CSAPA, Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** : structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Ils proposent un accueil gratuit et anonyme et dans une perspective de réduction des risques et des dommages et non uniquement d'arrêt des pratiques addictives.

➔ **Dépistage, vaccination et santé sexuelle et reproductive** : des orientations et des partenariats sont réalisés avec des partenaires permettant d'accéder notamment à un suivi sans couverture sociale :

- **Les PMI – Protection Maternelles Infantile** : service départemental gratuit, consultations, actions médico-sociales de prévention, de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans. Activités de planification et d'éducation familiale

126 Site ABEJ Solidarité, Lits Halte Soins Santé Mobiles : <https://abej-solidarite.fr/structure/lits-halte-soins-sante-mobile/>

127 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

(consultations médicales, suivis de grossesse, des préparations à la parentalité ou encore des ateliers de groupe¹²⁸).

- **Les CSS – Centres de Santé Sexuelle**¹²⁹ : gérés par une collectivité (mairie, association), un hôpital, une association, information et délivrance de moyens de contraception, pilule d'urgence, test de grossesse, dépistage IST, préservatifs. Informent et peuvent pratiquer l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Suivi de début de grossesse pour certains. Dépistage des violences.
- **Les CEGIDD : Centres Gratuits d'Informations, de dépistages et de diagnostic** (accueil, dépistage, information, VIH, hépatites, IST, PREP, etc.).

Cela peut aussi se traduire par la mise en place de TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) en partenariat avec des associations agréées telles que AIDES.

Les médiateurs citent également l'accompagnement global et transversal au sein des Centres Médicaux sociaux de la Ville de Paris : CEGIDD, CLAT (Centre de Lutte Antituberculeuse), accompagnement médico-social, centre de vaccination.

Suivis de grossesses

Comme nous l'avons vu plus haut, le suivi des femmes enceintes s'avère particulièrement complexe. La problématique relevée par les professionnels est notamment le manque de repérage précoce et la difficulté d'un suivi dû à l'hyper-mobilité des femmes durant leur grossesse.

Si la prise en charge des soins de maternité est assurée à 100 % pour les personnes avec des droits ouverts (AME comprise), pour les personnes sans couverture sociale, pour éviter les avances de frais, il faudra passer par des services dédiés (PASS, Centre de protection maternelle Paris Cité dédié aux femmes en grande précarité) ou à défaut par le **DSUV (Dispositif de Soins Urgents)** pourra être activé. Certains dispositifs existent pour appuyer ce parcours complexe¹³⁰ mais les territoires demeurent encore insuffisamment dotés :

- **Les unités d'accompagnement personnalisé (UAP)** dans certaines maternités, visent à repérer le plus en amont possible les femmes en situation de vulnérabilité et à proposer un parcours global, renforcé et coordonné adapté aux problématiques complexes des femmes en situation de grande précarité.
- **Des réseaux d'appui à la coordination tels que le réseau SOLIPAM, Solidarité Paris Maman en Île de France** : duo sage-femme/assistante social, vise à améliorer le parcours de soins des femmes enceintes majeures en très grande précarité : coordination de parcours et mise en lien des différents partenaires, tentent de reconstituer le suivi de proximité au fur et à mesure des déplacements et des signalements du 115 des femmes¹³¹.

128 Cours DU Médiation en santé – Focus sur la santé sexuelle et reproductive – Sophie Gaudu

129 Cours DU Médiation en santé – Focus sur la santé sexuelle et reproductive – Sophie Gaudu

130 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

- **La ville de Paris expérimente la mise en place une PMI hors les murs¹³²** : une sage-femme mène des actions auprès des femmes enceintes vivant dans des campements ou à la rue.
- **Hébergement en soins résidentiels (HSR)** - un établissement implanté à Athis-Mons (91) porté par l'association Aurore : accueil de femmes sans droit, sans-abri et sans hébergement, enceintes ou qui viennent d'accoucher et présentant des pathologies lourdes¹³³.
- **Prise en compte et accompagnement des vécus de violence**

La question de la prise en compte des violences des femmes sans domicile est encore trop peu prise en compte dans les accompagnements et les prises en soins avec un manque de sensibilisation et de formation au repérage des violences par les professionnels du social et du soin¹³⁴. Les réalités de ces violences peuvent être multiples : des femmes toujours en situation de dépendance (hébergées chez un tiers) ou d'emprise, des violences passées ou récentes en rue.

En croisant les retours des médiatrices travaillant sur cette thématique, il apparaît que :

- **Cela demande une veille permanente** auprès des femmes qui sont susceptibles de subir de nouvelles violences¹³⁵.
- Dans le respect de la temporalité de la personne, il est important de pouvoir **les informer sur leurs droits ainsi que sur les différentes possibilités de prises en soins¹³⁶ (en fonction des violences subies)**: dépistages, traitement post exposition si le délais est encore envisageable, écoute psychologique, associations d'aides spécialisées dont de soutien communautaire.
- Sauf cas de mineurs en danger, le médiateur ne peut engager aucune démarche qui ne soit en accord avec la personne¹³⁷.
- **Ces vécus impactent tout le suivi du soin** : avec un besoin de réassurance et d'accompagnement renforcé tout au long du parcours, notamment sur la reprise du suivi gynécologique.

Pour la médiatrice en santé de l'ADSF, lors des accueils, il est noté l'importance de cadrer cette parole, quand des vécus difficiles de violence sont déposés, afin de pouvoir passer le relais vers la psychologue et d'éviter que la personne à revive plusieurs fois ces vécus traumatiques.

Il apparaît également que les femmes peuvent avoir besoin de soutien dans le cadre des dépôts de plaintes avec la prévalence de vécus discriminatoires à cet endroit-là. Malgré la formation de personnes ressources dans les commissariats, le rapport du Sénat et la médiatrice du

131 La LAY E., *Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ?*, La Gazette Santé-Social, 2016. p. 32-33, [En ligne]

132 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

133 Ibid.

134 Ibid.

135 Référence à l'entretien avec la médiatrice du Dispositif Parcours.

136 Cours D.U Médiation en santé - Les différentes formes d'entretiens - Stéphanie ESTEVE

137 Ibid.

Dispositif Parcours dénoncent des refus de dépôts de plainte notamment sous prétexte que les femmes sont en situation irrégulière, ce qui représente une pratique illégale.

Les partenaires qui sont cités par les différentes médiatrices et/ou évoquées lors de nos cours comprennent par exemple :

- **Permanences et numéros d'écoutes téléphoniques.**
- **Structures spécialisées dans les violences faites aux femmes** dont les Maisons des Femmes qui proposent des prises en soins adaptées et pluri-disciplinaires.
- **Associations travaillant sur la prostitution et la traite des êtres humains tel que le CCEM** (Comité Contre l'Esclavage Moderne).
- **En cas de viols, les UMJ (Unités Médicales Judiciaires) au sein des hôpitaux** (uniquement après un dépôt de plainte) : examen médical et psychologique.
- **Des dispositifs innovants tels que Mille Parcours** : accompagnement pluri-disciplinaire de femmes exilées et ayant vécu des violences sexuelles.

• **Spécificités et difficultés de la prise en soins en santé mentale**

Parmi l'ensemble des entretiens et des recherches réalisées, la question de la prise en soins en santé mentale est apparue comme un enjeu particulièrement important et complexe.

D'une part, du fait des nombreuses représentations attachées à la santé mentale et qui peuvent freiner mais également de fortes difficultés quant aux manques de moyens du secteur la psychiatrie.

Ainsi, si la médiatrice de l'ADSF évoque de nombreuses « représentations » des soins en santé mentale, elle évoque des demandes fortes de parole de la part des femmes : « elles *arrivent épuisées et ont besoin de parler à quelqu'un* » (médiatrice ADSF). Tous les refus sont bien entendu respectés par les professionnels mais l'approche adaptée des psychologues et le fait que le suivi soit compris dans une prise en soins globale sont vus comme des facteurs facilitateurs permettant aux femmes de ne pas se sentir stigmatisées.

Par ailleurs, pour les femmes ayant franchi la porte du local de l'ADSF, les ateliers collectifs et les groupes de paroles proposés permettent souvent de raccrocher à une prise en soins plus globale et d'accepter les entretiens individuels avec la psychologue.

En revanche, lorsqu'une évaluation plus approfondie est nécessaire (suivi, mise en place d'un traitement), les équipes se heurtent à des temps d'attente très importants pour orienter ensuite vers le droit commun : entre trois et neuf mois parfois d'attente pour les CMP Centre Médicaux Psychologiques, consultations spécifiques psycho-trauma, psychiatres, services spécialisés dans les hôpitaux¹³⁸).

138 ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne]

Pour d'autres, le refus de soins sera plus important. Comme déjà évoqué, lors des maraudes, les médiateurs rencontrent des femmes avec de longs parcours de rue, très désocialisées, isolées, avec de fortes problématiques de santé mentale avec lesquelles l'accroche est très difficile. Le médiateur de Médecins de Monde évoque alors la forte difficulté de poser un diagnostic et d'initier un traitement en rue (qui se retrouve pour les hommes comme les femmes). Il est alors possible de faire appel à des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), qui ont pour mission de sortir de l'hôpital pour aller vers les personnes sans abri ou hébergées. Cependant, ces équipes sont citées comme limitées avec des récurrences faibles de leurs venues qui ne permettent pas un tissage de lien de confiance suffisant pour permettre l'adhésion aux soins¹³⁹.

Globalement, les acteurs interrogés soulignent les limites fortes de leurs actions, par manque de moyens structurels : hébergements, dispositifs santé-psychiatrie. Les dispositifs d'accueil de jour tels que proposés par l'ADSF demeurent encore trop peu nombreux et ainsi pas accessibles facilement pour toutes les femmes. Dans le travail de médiation, les professionnels se heurtent à des défaillances fortes du système pour une véritable prise en soins.

139 Référence à l'entretien avec le médiateur en santé Médecins du Monde, mission Pas de Santé Sans Toit

PARTIE IV : Médiation en santé et émancipation des femmes

- **Travailler le pouvoir d'agir**

Au-delà de l'accès aux soins, la visée d'une démarche de médiation en santé est l'autonomie des personnes¹⁴⁰. Ainsi, dans le travail de médiation en santé, il s'agit de faire « *avec* » et non « *à la place de* » afin de trouver des solutions durables aux problématiques rencontrées¹⁴¹, mais également de participer au renforcement du « *pouvoir d'agir* », portant ainsi une vision « émancipatrice » pour les populations éloignées du système de santé¹⁴².

La notion de « *pouvoir d'agir* » renvoie à la notion « *d'empowerment* » en anglais, qui peut se définir comme : « *un objectif et un processus par lequel les individus et les groupes de personnes développent leur pouvoir d'action et de transformation de leur environnement et leur contexte de vie* »¹⁴³. Il s'agit ainsi autant d'un but à atteindre que d'un processus vers lequel il faut tendre.

Un des objectifs de la médiation en santé sera donc de faire en sorte que les femmes soient actrices de leur parcours de soins, de leur donner des clés et de les outiller afin de développer leur confiance en leurs propres capacités.

Cette notion d'autonomie questionne cependant. En effet, si elle est importante à prendre en compte au quotidien par le médiateur, elle sera différente et à évaluer pour chaque personne au regard de ses ressources et de son parcours de vie¹⁴⁴. D'autre part, elle comporte un risque de sur-responsabilisation des individus face à un ensemble d'obstacles structurels et de dysfonctionnement du système¹⁴⁵ que nous avons documenté.

Dans le travail avec la personne, cela demandera d'être attentif¹⁴⁶ à :

- **L'accès effectif à l'information** : car « savoir c'est pouvoir » et l'objectif final est bien de renforcer les possibilités de la personne pour qu'elle puisse faire ses propres choix ;
- **Adapter la forme de communication au public visé**¹⁴⁷ : dans le déploiement d'outils adaptés de sensibilisation, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive qui recouvre des aspects très spécifiques et complexes, avec des difficultés de compréhensions renforcées par la barrière de la langue.

140 Haute Autorité de Santé, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, 2017, [En ligne]

141 Ibid.

142 RICHARD E., *Thèse sur les Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé*, 2023, [En ligne]

143 Médecins du Monde, *Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde*, 2022, [En ligne]

144 Cours DU Médiation en santé - Le processus de médiation en santé au quotidien - Frédérique Quirino Chaves et Sébastien (FNASAT)

145 Ibid.

146 Cours D.U Médiation en santé – Pouvoir d'agir - Stéphanie ESTEVE

147 Cours DU Médiation en santé - Santé publique - Julie FIGONI

- **Prendre en compte des conditions des vie, au risque que cela soit contre-productif pour les personnes, mais également les contraintes institutionnelles (principe de réalité).** Par exemple au sein de l'ADSF, la médiatrice santé propose aux femmes un atelier cuisine réalisable spécifiquement avec une bouilloire. En effet, la plupart des femmes vivant dans des hôtels sociaux n'ont pas forcément accès à une cuisine. Ici, l'adaptation de l'information sur la nutrition sur comment cuisiner le plus sainement possible avec très peu de moyen prends véritablement en compte l'environnement actuel des femmes et ne les met pas en difficulté.

Les travaux sur le pouvoir d'agir pointent également l'importance de se situer au-delà d'un travail sur les capacités individuelles et d'envisager la notion « d'empowerment »¹⁴⁸ dans ses différents niveaux :

- Individuel : restaurer l'estime de soi, confiance en soi, reconnaître ses capacités, développer ses compétences, sentiment d'auto-efficacité, développer sa conscience critique, de se libérer de « l'oppression intériorisée »¹⁴⁹ (phénomène d'auto-exclusion, sentiment d'être le seul responsable).
- Communautaire (agir avec et pour les autres, comprendre comment ses problématiques individuelles sont liées à des problématiques collectives),
- Organisationnel (agir pour le changement social, plaider pour la défense de ses droits)¹⁵⁰.

Ainsi, pour permettre de véritables changements structurels et éviter de reproduire des structures « d'injonctions » et « d'oppression »¹⁵¹, il existe un enjeu fort pour la médiation en santé de s'inscrire dans une perspective collective de renforcement de l'action communautaire¹⁵², tel que nous avons commencé à le développer plus haut dans une vision globale et de proximité de la santé, mais également en permettant la présence de médiateurs santé pair et la mise en place de plaidoyer collectif et politique¹⁵³.

• **L'approche de la pair-aidance : les femmes « repaires »**

L'ADSF déploie un programme de pair-aidance, les « *femmes repaires* ». Ce programme permet à des femmes issues du public cible, ayant connu un parcours d'errance, de devenir bénévoles référentes au sein de l'association et d'exercer des missions d'accueil et d'accompagnement auprès des femmes accueillies.

Elles participent ainsi aux maraudes, réalisent des accompagnements physiques et sont particulièrement présentes dans les différents lieux d'accueil de l'association.

Pour la médiatrice en santé de l'ADSF, leurs rôles sont complémentaires, les femmes repaires vont apporter « *un autre angle, une autre vision* » et permettre « *une accroche différente* »

148 Médecins du Monde, *Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde*, 2022, [En ligne]

149 Ibid.

150 SIZARET A., Irep Bourgogne Franche-Comté, *Dossier documentaire sur la pair-aidance*, 2020, [En ligne]

151 RICHARD E., *Thèse sur les Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé*, 2023, [En ligne]

152 Médecins du Monde, *Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde*, 2022, [En ligne]

153 Ibid.

et facilitée avec les femmes ». Elles représentent un liant très important dans la création d'une relation de confiance, la levée de la barrière de la langue et la compréhension de certains freins que peuvent avoir les femmes.

Elles agissent également en interface avec la communauté des soignants et des professionnels de l'accompagnement pour faciliter l'accès aux soins et sensibiliser au parcours de vie des femmes. Actuellement, quatre femmes repaires sont présentes plusieurs demi-journées par semaine. Elles bénéficient de l'ensemble des formations réalisées en interne.

*« Nous avons vécu les mêmes situations : les difficiles conditions de vie à la rue, se protéger pour ne pas se faire agresser, appeler le 115 en vain pour avoir un hébergement... »*¹⁵⁴

*« Notre présence aide aussi les professionnels, comme les médecins, à mieux comprendre la situation de ces femmes, à mieux les considérer. »*¹⁵⁵. (Paroles de femmes Repaires).

La notion de pair-aidance trouve ses origines dans des mouvements internationaux et nationaux, qui visent à réduire la stigmatisation et à promouvoir la défense des droits des personnes, notamment dans les domaines de la psychiatrie, des addictions, et de la lutte contre le VIH/Sida¹⁵⁶.

Cette notion s'inscrit ainsi fortement dans une dynamique de renforcement de la capacité d'agir des personnes et de l'expression de la démocratie en santé¹⁵⁷. Les fonctions, compétences et cadres d'exercice de l'activité diffèrent beaucoup selon les lieux de déploiement : salariés, bénévoles, pairs-aidants, pair-émulateurs, pairs-accompagnants, ou encore de médiateurs santé pairs¹⁵⁸.

La base de l'intervention du pair-aidant est la transformation de sa propre expérience en « *savoirs expérientiels* »¹⁵⁹ c'est-à-dire en connaissances et compétences construites à partir d'un vécu, permettant d'accompagner, comme de soutenir des personnes confrontées à des réalités « semblables ».

La limite et le point d'attention de cette notion de « *savoirs expérientiels* » est bien que chaque parcours sera singulier. Des actions ayant fonctionné pour certains ne seront donc pas forcément répliquables à l'identique pour d'autres¹⁶⁰. Ainsi, le sens de la pair-aidance sera bien plutôt de travailler à ce que chacun prenne conscience de ses forces et développe ses propres ressources¹⁶¹. Dans son cours sur la médiation santé paire, Olivia GROS nous a éclairé sur un mécanisme d'identification à l'œuvre dans la pair-aidance, le processus « salutogénique » : « *Comment ça se fait que des gens qui avaient tout pour aller mal vont bien ?* », portant l'idée d'un retournement du stigmate dont on fait une force.

154 Armée du Salut, *Passées par la galère, elles aident à leur tour les femmes en difficulté*, 2019, [En ligne]

155 Fondation MNH, *De bénéficiaire à médiatrice en santé : le parcours d'Alice au sein de l'association Agir pour la Santé des Femmes*, 2023, [En ligne]

156 Haute Autorité de Santé, *Note de cadrage Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales*, 2025, [En ligne]

157 Ibid.

158 SIZARET A., Ireps Bourgogne Franche-Comté, *Dossier documentaire sur la pair-aidance*, 2020, [En ligne]

159 Ibid.

160 Cours DU Médiation en santé – Démocratie en santé - Olivia GROS

161 Ibid.

Le guide de la HAS¹⁶² met ainsi en avant les bénéfices de la pair-aidance sur la « *déstigmatisation et le rétablissement* ».

La notion de « *rétablissement* »¹⁶³ (« *recovery* », développé notamment dans le champ de la santé mentale) va dans ce sens et nous aide à percevoir tout l'apport du médiateur santé pair.

Elle recouvre l'idée qu'il est possible de vivre une vie satisfaisante malgré la maladie, les traumatismes et les parcours de rupture.

Cela engage une démarche de réappropriation, de cheminement personnel dans la durée pour « retrouver une place, des objectifs personnels satisfaisants, une estime de soi, autres que l'injonction à la guérison » ou à « être comme tout le monde », mais bien dans une perspective de réapprendre à trouver un équilibre incluant ce parcours de vie¹⁶⁴.

« Aider ces femmes, c'est partager l'expérience que j'ai vécue pour leur éviter les souffrances et les violences que j'ai eues à subir. Je leur apporte une aide morale, je leur montre que c'est toujours possible de s'en sortir, même en ayant vécu un parcours difficile. ». (parole de femme repaire – ADSF).

Pour l'association, leur présence et leur vision permettent d'adapter le projet de l'association, les prises en soins et d'être au plus proche de pratiques plus adaptées aux différentes réalités des femmes.

L'apport pour les femmes repaires est également personnel « *C'est essentiel pour moi de venir aider* » (parole de femme repaire – ADSF). C'est donc également un cheminement vers leur propre « empowerment individuel » et un pas important vers un empowerment plus collectif de conscientisation des problématiques.

Il faut noter que la situation des femmes repaires demeure précaire, tant au sein de l'association que de leur situation administrative (en situation irrégulière) et que la plupart vivent encore en centres d'hébergement.

- **Vers un véritable projet émancipateur pour les femmes ?**

Afin de permettre de véritables avancées structurelles pour les femmes sans domicile, le travail de mise à jour des obstacles structurels, des discriminations et des violences de genre qui conduisent aux situations d'errance est un enjeu fort¹⁶⁵.

Ce travail de remontée nous semble crucial à évoquer dans le cadre de la mission de médiation en santé bien que porté ensuite plus largement au sein d'une structure.

Ainsi, la documentation et la remontée des inégalités d'accès, des dysfonctionnements, des incohérences et des violences administratives que subissent les femmes sont au cœur des missions de plaidoyer portées par l'ADSF « *Chaque récit de ces femmes, invisibles à la fois de la société et*

162 Haute Autorité de Santé, *Note de cadrage Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales*, 2025, [En ligne]

163 Ibid.

164 Unafam, *Vers le rétablissement*, 2024, [En ligne]

165 ADSF, *Agir Pour la Santé des Femmes*, Projet Associatif, 2020, [En ligne]

*des politiques publiques, ne saurait être perdu : leurs histoires et individualités ne doivent pas rester inconnues.*¹⁶⁶».

L'ADSF met ainsi en place une base de données sécurisées et anonymisées, afin d'accumuler des informations représentatives des situations des femmes en situation de précarité et d'exclusion¹⁶⁷ qu'elle porte à la connaissance des professionnels de santé, du social (via des sessions de formation) et également des pouvoirs publics.

Dans son rapport sur les femmes à la rue¹⁶⁸, le Sénat pointe un nombre important de mesures et de recommandations visant à réduire la spirale d'inégalités subies par les femmes, notamment :

- Systématiser les analyses genrées sur les prochaines enquêtes sur le sans-domicilisme ;
- Déployer la médiation en santé, les démarches d'aller-vers et permanences d'accès aux soins ;
- Assurer une offre d'hébergements à la hauteur des besoins des femmes et des familles, avec notamment davantage de places non-mixtes, adaptées aux différentes configurations familiales.
- Faciliter l'accès aux logements mais également d'agir davantage en amont des situations de rupture dans la prévention des expulsions locatives, la promotion du dispositif un « Chez soi d'abord ».
- Améliorer la prévention et de la détection des violences sexuelles et sexistes ;
- Créer d'un guichet unique dédié au traitement des demandes de délivrance ou de renouvellement de titres de séjour déposées par des femmes étrangères isolées et sans domicile.

Conclusion

Nous nous sommes efforcés de montrer que les problématiques de santé que subissent les femmes sont comprises dans un système global d'inégalités liées à la précarité et au genre. Mettant ainsi en lumière les parcours spécifiques des femmes.

Face à ces inégalités, nous avons tenté de démontrer que la démarche de médiation en santé pouvait constituer une des approches pour penser un accompagnement plus adapté. Au travers de sa fonction de proximité, d'aller vers, de compréhension fine des environnements de vie, des mécanismes et des freins d'accès au système de santé mais également via sa fonction passerelle et d'interface avec les professionnels de santé.

166 Ibid.

167 Ibid.

168 Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne]

Nous avons également essayé d'analyser les différents ressorts spécifiques à la médiation en santé et la richesse de la démarche dans ses capacités créatives, d'adaptation au « cas par cas » et au plus près des réalités des personnes.

Nous avons pu voir que cette démarche ne pouvait faire sens que dans le cadre d'un travail profondément interdisciplinaire et partenarial, défendant une vision globale de la santé qui ne saurait dissocier la santé physique de la santé mentale, mais également de la situation sociale.

Cette approche comprend une dimension forte d'information des personnes sur leur santé mais également de leurs droits dans une perspective d'émancipation dont nous avons également montré les limites, face aux dysfonctionnements du système de soins et des politiques publiques.

Dans ce travail « d'émancipation », l'association des personnes elles-mêmes, notamment via les médiateurs santé pairs et le portage de plaidoyers collectifs et politiques représentent des leviers essentiels pour faire bouger les lignes et permettre de véritables évolutions structurelles.

La démarche de médiation en santé si elle est aujourd'hui reconnue par la Haute Autorité de Santé demeure en tension et dans son cadre statutaire et financier dans un système global de rationalisation et de réduction des coûts en matière de santé dans une logique souvent davantage de profits que de bien-être des populations.

Dans sa thèse sur les conditions d'efficacité de la médiation en santé, Élodie Richard pointe ainsi la place complexe du médiateur qui se trouve en tension *« il met en évidence les problèmes rencontrés et propose des solutions, mais il ne peut fondamentalement transformer la cause originelle qui a donné lieu au conflit »*, *« En effet, les différents décideurs des politiques publiques demandent aux médiateurs et médiatrices en santé de combler l'absence ou l'impossibilité d'autres professionnels du soin, de l'accompagnement social et du médico-social, en particulier, des services publics plus globalement, à agir ou de réparer les conséquences de choix politiques mettant à mal les systèmes »*.

Dans cette perspective, il existe un enjeu fort de situer l'action du médiateur dans une dynamique collective de promotion et de défense de son activité. C'est la démarche portée dans le cadre du Diplôme Universitaire de Médiation en santé mais également par Le Collectif de Promotion de la Médiation en Santé (CPMS) qui se donne pour objectif la reconnaissance et la sécurisation du métier de médiateur en santé.

Bibliographie

Rapports, thèses

- Rapport d'information du Sénat, Délégation aux droits des femmes, *Femmes sans abri, la face cachée de la rue*, 2024, [En ligne] : <https://www.senat.fr/rap/r24-015-1/r24-015-1.html>
- ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *État des lieux : la santé des femmes en situation de grande précarité en Île-de-France*, 2020, [En ligne] : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/ressource-externe-au-cha/etat-des-lieux-la-sante-des-femmes-en-situation-de-grande>
- ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *Rapport d'activité 2023*, [En ligne] : <https://adsfasso.org/wp-content/uploads/2024/06/ADSF-Rapport-dactivite-2023.pdf>
- ADSF, Agir Pour la Santé des Femmes, *Projet Associatif*, 2020, [En ligne] : https://adsfasso.org/wp-content/uploads/2022/09/PROJET-ASSOCIATIF-ADSF_AG_14112020.pdf
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, 2017, [En ligne] : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/174000550.pdf>
- Médecins du Monde, *Rapport 2024 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins*, 2024, [En ligne] : https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/06/Rapport-Observatoire-2024_nouveau.pdf
- Le collectif Domiciliation Île-de-France, *Rapport d'enquête : Accès à la domiciliation dans les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) d'Île de France*, 2025, [En ligne] : https://www.romeurope.org/wp-content/uploads/2025/03/RAP2025-AccesDomiciliationIDF_compressed.pdf
- Médecins du Monde, *Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde*, 2022, [En ligne] : <https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/04/guide-empowerment-WEB.pdf>
- Haute Autorité de Santé, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, 2017, [En ligne] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf
- Rapport de la Défenseur des droits, *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité*, 2025, [En ligne] : <https://www.vie-publique.fr/rapport/298446-defenseur-des-droits-prevenir-discriminations-dans-les-parcours-de-soins>

- Haute Autorité de Santé, *Note de cadrage Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales*, 2025, [En ligne] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/la_pair-aidance_dans_les_organisations_sanitaires_sociales_et_medico-sociales_note_de_cadrage.pdf
- Haute Autorité de Santé, *Présentation des établissements lits halte soins santé, lits d'accueil médicalisés et appartements de coordination thérapeutique, dont le dispositif « Un chez-soi d'abord*, 2020, [En ligne] : https://idf.drieets.gouv.fr/sites/idf.drieets.gouv.fr/IMG/pdf/dispositifs_pds.pdf
- RICHARD E., *Thèse sur les Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé*, 2023, [En ligne] : https://theses.hal.science/tel-04402711v1/file/RICHARD_ELODIE_2023.pdf
- Peñafiel B., *Thèse sur la Vie quotidienne des femmes en errance*, Université de Strasbourg, 2022, [En ligne] : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2022/PENAFIEL_Berenice_2022_ED519.pdf
- SIZARET A., Irep Bourgogne Franche-Comté, *Dossier documentaire sur la pair-aidance*, 2020, [En ligne] : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/dossier-documentaire-sur-la-pair-aidance>

Articles

- DÉPRÉS C., *Les différentes figures du renoncement aux soins*, *La Santé de l'Homme* - N° 422, 2012, [En ligne] : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140896/document_file/14326_doc00000349.pdf?version=1
- BENOIST Y., *Vivre dans la rue et se soigner*, *Sciences Sociales et Santé*, 2008, [En ligne] : <https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-3?lang=fr>
- PARISSE J., PORTE E., *Les démarches d' « aller vers » dans le travail social : une mise en perspective*, *Cahiers de l'Action*, 2022, [En ligne] : <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2022-2-page-9?lang=fr>
- LOISON M., PERRIER G., *Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection*, *Déviance et Société*, 2019, [En ligne] : https://shs.cairn.info/article/DS_431_0077/pdf?lang=fr
- LOISON M., BRAUD R., *Le sans abris au féminin quand les haltes pour femmes interrogent les dispositifs d'urgence sociale*, *Travail Genre et Sociétés*, 2022, [En ligne] : <https://shs.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2022-1-page-131?lang=fr>

- VANNEUVILLE M.-C., *Femmes en errance, femmes en souffrance, au-delà des apparences*, Diversité, 2011, [En ligne] : https://www.persee.fr/doc/diver_1769-8502_2011_num_165_1_8053
- REVAULT P., *Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives*, La Santé en Action, p.10, 2017, [En ligne] : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2017-n-442-interculturalite-mediation-interpretariat-et-sante>
- LAY E., *Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ?*, La Gazette Santé-Social, 2016. p. 32-33, [En ligne] : <https://adsfasso.org/wp-content/uploads/2016/03/Femmes-enceintes-en-errance.pdf>
- DAGUZAN A., MAGNANI C., KASZUBA L., FARNARIER C., *Sans-abris à Marseille : ce que les chiffres révèlent. L'essentiel du recensement 2019*, 2022, [En ligne] : <https://hal.science/hal-04030026>
- BOINOT K., *Femmes sans abri : Précarité asexuée ?*, V.S.T Vie Sociale et Traitements, 2008, [En ligne] : <https://shs.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2008-1-page-100?lang=fr>
- DIEGO C., *Face à la santé précaire des femmes à la rue, quelles réponses ?*, Carenews Infos, 2022, [En ligne] : <https://www.carenews.com/carenews-info/news/face-a-la-sante-precaire-des-femmes-a-la-rue-queelles-reponses>
- LANZARINI C., *Survivre à la rue. violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale*, Cahiers du Genre, 2023, [En ligne] : <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2003-2-page-95?lang=fr>
- BENOIT M., RONDEAU L., AUBIN E., *Venir de loin et se retrouver : intervention de groupe pour femmes immigrantes et réfugiées ayant vécu la violence*, Santé mentale au Québec, 2020, [En ligne] : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2020-v45-n2-smq05840/1075393ar.pdf>
- Unafam, *Vers le rétablissement*, 2024, [En ligne] : <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/vers-le-retablissement>
- Fondation MNH, *De bénéficiaire à médiatrice en santé : le parcours d'Alice au sein de l'association Agir pour la Santé des Femmes*, 2023, [En ligne] : <https://www.carenews.com/fondation-nehs-dominique-beneteau/news/de-beneficiaire-a-mediatrice-en-sante-le-parcours-d-alice-au>
- Samusocial de Paris, *Communiqué de presse : mobilisé pour les femmes à la rue*, 2022, [En ligne] : <https://www.samusocial.paris/le-samusocial-de-paris-mobilise-pour-les-femmes-la-rue>

- GOLLIOT I., *En France, les femmes sans domicile fixe courent les rues, Celles Qui Osent*, 2022, [En ligne] : <https://www.celles-qui-osent.com/femmes-sdf/>
- Armée du Salut, *Passées par la galère, elles aident à leur tour les femmes en difficulté*, 2019, [En ligne] : : <https://www.armedusalut.fr/actualites/info/passees-par-la-galere-elles-aident-a-leur-tour-les-femmes-en-difficulte>
-

Autres

- Cours D.U Médiation en santé - Les différentes formes d'entretiens - Stéphanie ESTEVE
- Cours D.U Médiation en santé - Approches Socio-culturelles de la santé et de la maladie – Niolas BOSC
- Cours DU Médiation en santé - Santé publique - Julie FIGONI
- Cours DU Médiation en santé – Démocratie en santé - Olivia GROS
- Cours DU Médiation en santé – Focus sur la santé sexuelle et reproductive – Sophie Gaudu
- Cours DU Médiation en santé - Le processus de médiation en santé au quotidien - Frédérique Quirino Chaves et Sébastien (FNASAT)
- SIMON C. *Les représentations sociales de la santé et de la maladie*, 2013, [En ligne] : https://data.over-blog-kiwi.com/0/16/02/27/201305/ob_231308_courschap5representationsmaladieetsante2013.pdf
- MOREAU E., PEYRE L., PSALTI S., *La prise en charge psychique des femmes victimes de violence à la Maison des Femmes*, Aix-Marseille Université, [En ligne] : <https://www.reseaperinatmed.fr/medias/Prise-charge-psychique-femmes-victimes-violence-maison-2455.pdf>

Vidéos

- FONDATION MNH, *Médiation en santé - Table ronde « Rétablir les liens de confiance avec le patient éloigné du soin*, 2021, [En ligne] : <https://www.youtube.com/watch?v=Cuxl9cYBIH8>
- PUBLIC SÉNAT, *Femmes à la rue, qui sont-elles, comment leur venir en aide ?*, 2025, [En ligne] : <https://www.publicsenat.fr/emission/un-monde-en-doc/femmes-a-la-rue-qui-sont-elles-comment-leur-venir-en-aide-e4>