



DSAFHIR

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

Rapport final



AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

La recherche DSAFHIR rentre dans la catégorie des études de santé impliquant des sujets humains et intégrant une dimension interventionnelle. Elle a été à ce titre soumise au *Comité de protection des personnes* (CPP Ouest 6), et approuvée par celui-ci le 03/30/2017 (n° IDRCB 2016-A02005-46). Elle a été enregistrée à de la *Commission nationale de l'informatique et des libertés* (CNIL) comme suivant le protocole de référence MR03 (le 02/10/2017, n°2034475), ainsi que dans la base de données *Clinical Trials* (le 17/06/2019, N° ISRCTN13610775).

Initiée dès 2014 par *Emmanuelle Guyavarch*, alors directrice de l'Observatoire du Samusocial de Paris et *Alfred Spira*, professeur de santé publique, elle a été réalisée dans le cadre d'un partenariat scientifique entre l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'Institut de démographie de l'Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne (IDUP).

Elle a été financée par l'Agence Nationale de la Recherche, avec le soutien des fondations HRA-Pharma, Macif et Sanofi-Espoir, et est inscrite au cinquième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes.

Elle a été coordonnée par *Armelle Andro*, professeure de démographie, pour l'Idup, et *Mireille Eberhard* et *Maud Gelly*, sociologues, pour l'Observatoire du Samusocial de Paris.

Ont également participé à l'équipe de recherche :

Claire Scodellaro (démographe) et *Lorraine Poncet* (assistante de recherche, puis doctorante) (IDUP) - *Françoise Riou* (médecin de santé publique) et *Marion Fleury* (assistante de recherche) (Observatoire du Samusocial de Paris) - *Veronica Nosedà* (Confédération Nationale du Planning Familial) - *Danielle Hassoun* (gynécologue, chercheure associée Inserm) et *Alfred Spira* (professeur honoraire de santé publique).

Ont fait partie du Conseil scientifique de l'étude :

Florence Artiguebaille-Bachelet (Conseil départemental de Seine-et-Marne) – *Elie Azria* (Inserm, Université Paris Descartes) - *Nathalie Bajos* (directrice de recherche Inserm) – *Paule Barnu* (réseau SOLIPAM) – *Jane Freedman* (CNRS, Université Paris 8 Vincennes - Saint-Denis) – *Caroline Izambert* (Observatoire du droit à la santé des étrangers) - *Véronique Leralle* (Conseil départemental de l'Essonne) - *Christine Leverrier* (Direction de la santé de la ville de Saint-Denis) - *Gail Pheterson* (Université Jules Verne Picardie) - *Emmanuelle Piet* (Collectif National contre le Viol) - *Jeanine Rochefort* (Délégation Médecins du Monde Île-de-France) - *Arnaud Veisse* (Comede).

Ont participé à la réalisation des enquêtes, et à la saisie des données :

Joy Toyin Agedé - Roxana Albu-Mercié - Chadia Bourguiba - Assa Coulibaly - Hawa Coulibaly - Maÿlis Fernandes - Anna Lapachi - Marine Lefebvre - Tatevik Nadaryan - Perrine Poupin - Nana Rousseau - Maïmouna Sambou - Madalina Stroilescu - Cornelia Ungureanu - Lamia Yousfi (enquêteuses), *Magda Devillers - Fatoumata Kante - Elsa Sidani* (doctorantes en médecine générale), ainsi que *Aïssatou Diallo* (bénévole).

Ont participé à la gestion et à l'analyse des données :

Clémence Aberki - Sandy Leproust.

Ont participé à la réalisation et au suivi des interventions testées :

Isabelle Domerc - Patricia Jaume - Valérie Boblet - Amandine Mercier (associations départementales du Planning familial de l'Essonne, de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis), *Roxana Albu-Mercie - Ophélie Anacharsis - Anaïs Enet-Andrade - Simona Farcas* (intervenantes en charge des accompagnements individuels, *Samusocial de Paris*), ainsi que *Awa Ba* (bénévole).

La réalisation des interventions a également bénéficié :

- ✓ du soutien des responsables des services départementaux ou municipaux de Protection Maternelle et Infantile et de Planification et d'Education familiale concernés par l'étude,
- ✓ de dons de préservatifs et de coupes menstruelles de la part de l'association "Vers Paris sans sida" et de la société "OrganiCup ApS",
- ✓ de la mise à disposition de matériels pédagogiques par les responsables du Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS),
- ✓ et du soutien d'*Elsa Andrieux* (ex-chargée de mission pour la coordination du PNMS) et de *Luce Gatecloud* (coordinatrice du "Bus Espace Enfants Parents" du Samusocial de Paris), pour la formation et à la supervision des intervenantes en charge des accompagnements individuels.

L'étude n'aurait pu être menée à bien sans la mobilisation de nombreux services au sein même du Samusocial de Paris, notamment le Service des ressources humaines, chargé de la gestion administrative des recrutements, la Direction de la régulation, qui a encouragé les écoutantes du 115 à participer en tant qu'enquêteuses, et le Pôle hébergement et réservation hôtelière, qui a facilité l'accès aux hôtels lieux d'enquête, et pris en charge les signalements des situations potentiellement dangereuses qui ont pu lui être signalées lors des enquêtes et des interventions.

Nous tenons enfin à remercier les hôteliers et gérants qui ont permis l'accès aux femmes enquêtées, et parfois mis à disposition des locaux pour les entretiens et pour la tenue des groupes de parole, et bien sûr l'ensemble des femmes qui ont accepté de participer à l'étude, sans qui rien n'aurait été possible.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACM	Analyse des correspondances multiples
ACS	Aide au paiement de la complémentaire santé
ADA	Allocation pour demandeurs d'asile
AFT	Agence française de traduction
AME	Aide médicale d'Etat
ANR	Agence nationale de la recherche
APS	Autorisation provisoire de séjour
APTM	Association pour l'accueil social et administratif des migrants et de leurs familles
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASTAIRE	Outil d'analyse de la transférabilité et d'accompagnement à l'adaptation des interventions en promotion de la santé
BEEP	Bus espace enfants parents
CAFDA	Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asiles
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CAPEDP (<i>étude</i>)	Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (VIH, IST)
CEI	Communauté des états indépendants
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
CMS	Centre municipal de santé
CMU	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COCON (<i>enquête</i>)	Enquête de cohorte sur la contraception
Comede	Comité pour la santé des exilés
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CPP	Comité de protection des personnes
CRIDUP	Centre de recherche de l'institut de démographie de l'université Paris 1
CSF (<i>enquête</i>)	Contexte de la Sexualité en France
DGS	Direction générale de la santé
DIU	Dispositif intra-utérin
DNA	Dispositif national d'asile
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSAFHIR	Droits et santé des femmes hébergées, isolées, réfugiées
EHESS	Ecole des hautes études en sciences sociales
ENFAMS (<i>enquête</i>)	Enfants et familles sans logement
EXH (<i>enquête</i>)	Enquête sur l'excision et le handicap
FDTA	France terre d'asile

FECOND <i>(enquête)</i>	Enquête sur la fécondité, la contraception et les dysfonctions sexuelles
HAS	Haute autorité de santé
IDUP	Institut de démographie de l'université Paris 1
IMC	Indice de masse corporelle
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
ISM	Inter service migrants
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LNPH	Lieu non prévu pour l'habitation
MDS	Maison des solidarités
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
MG	Mutilation génitale
MINI	Mini international neuropsychiatric interview
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et des apatrides
OMF	Ordre de Malte France
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PHRH	Pôle d'hébergement et de réservation hôtelière (Samusocial de Paris)
PMI	Protection maternelle et infantile
PNMS	Programme national de médiation sanitaire
PSA	Permanences sociales d'accueil de la Ville de Paris
PUMa	Protection universelle Maladie
RATP	Régie autonome des transports parisiens
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SIRS <i>(enquête)</i>	Santé, inégalités et ruptures sociales
SOLIPAM	Solidarité Paris Maman
SSP	Samu social de Paris
TdS	Titre de séjour
TEO <i>(enquête)</i>	Trajectoires et Origines
UC	Unité de consommation
UE	Union Européenne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIRAGE <i>(enquête)</i>	Violence et rapports de genre

Synthèse

La présente étude a été mise en place auprès des **femmes migrantes hébergées en hôtel « social »**¹ pour, d'une part, **mieux identifier les obstacles à l'accès aux soins** et aux services compétents en matière de **santé sexuelle et reproductive**, d'autre part, **tester des modalités d'intervention visant à faciliter cet accès**. A l'origine de cette étude, les difficultés relevées dans les études internationales (réseau En-Hera!²) pour les femmes migrantes et demandeuses d'asile, et confirmées en Île-de-France par l'enquête ENFAMS de 2013³, alors même qu'en France le système de protection sociale et les centres de protection maternelle et infantile et de planification familiale sont censés faciliter cet accès.

Elle s'est déroulée entre 2017 et 2018 dans quinze hôtels franciliens situés en petite et en grande couronne⁴ et a inclus l'ensemble des femmes adultes d'origine étrangère hébergées qui ont pu être rencontrées et ont accepté de participer au projet : **(1) un premier recueil d'informations sur leur situation actuelle, leur histoire de vie, et leur recours aux soins, à la contraception et au dépistage (frottis et VIH), (2) différents types d'interventions d'information/sensibilisation, et (3) un deuxième recueil d'information quelques mois plus tard, centré sur l'évolution de leur situation, leur recours aux soins, à la contraception et au dépistage, leur participation aux interventions proposées et leur point de vue sur celles-ci.**

Les recueils d'information ont été réalisés par des enquêtrices parlant la langue des femmes enquêtées. Les interventions testées reposaient sur le principe de l'« aller-vers » :

- ✓ **toutes les femmes** se sont vues remettre un **livret d'information** sur les services les plus proches de l'hôtel offrant soins et/ou prévention en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- ✓ en outre, **un accompagnement individuel** de type « médiation en santé » sur six semaines a été systématiquement proposé aux femmes hébergées dans trois hôtels,
- ✓ et **un accompagnement collectif**, sous forme de groupes de parole hebdomadaires animés par des conseillères de l'association départementale du Planning Familial, a été organisé dans trois autres hôtels, sur une période similaire.

Les hôtels où ont eu lieu les accompagnements ont été choisis de façon aléatoire raisonnée, pour respecter l'impératif de disposer d'une salle de réunion permettant des échanges confidentiels pour les groupes de parole, dans ou à proximité immédiate de l'hôtel.

L'enquête initiale a concerné 469 femmes. Trente de ces femmes ont de plus eu des entretiens approfondis avec des sociologues, afin de mieux comprendre leur histoire de vie et leurs logiques de recours à la contraception et aux services de santé. Des entretiens ont été réalisés en parallèle auprès de professionnels exerçant dans des services socio-sanitaires⁵ proches des hôtels de l'étude, afin de comprendre pourquoi les soins liés à la grossesse et à ses suites ne constituent pas, pour les femmes migrantes hébergées, une porte d'entrée efficace dans le système de santé.

L'enquête de suivi, réalisée huit à dix mois plus tard, a pu l'être auprès de **283 femmes (60 % des femmes incluses initialement)**. Trente des femmes ayant participé aux accompagnements

¹ L'hébergement d'urgence en hôtel, financé par les pouvoirs publics, est le principal mode d'hébergement des femmes sans domicile dans la région parisienne, et celui où les femmes sont le moins suivies/aidées sur le plan social.

² EN-HERA! Network: Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants. Report 1, 2009, 118p. Accessible en ligne : http://lastradainternational.org/Isidocs/Annex_19_SRH_EN-HERA_Report_1.pdf

³ Menée auprès d'un échantillon aléatoire, de familles hébergées en hôtels sociaux, centres d'hébergement d'urgence, de réinsertion sociale ou pour demandeurs d'asile d'Île-de-France.

⁴ Au moins trois hôtels dans trois zones plus ou moins proches des services de santé, choisis de façon aléatoire à partir de la liste des hôtels répondant aux critères de faisabilité de l'enquête, fournie par le Samusocial de Paris.

⁵ Centres de Protection maternelle et infantile, de Planification Familiale, centres de santé, cabinets de ville et pharmacies

ont eu également des entretiens approfondis, centrés sur ces interventions. Enfin a été réalisée une analyse, guidée par la grille ASTAIRE⁶, des comptes-rendus des réunions bilans et des entretiens organisés en fin d'intervention avec les professionnelles en charge des accompagnements individuels et collectifs, et des fiches de suivi remplies par celles-ci, pour chaque femme rencontrée (accompagnements individuels) ou pour chaque séance (accompagnements collectifs).

L'analyse des entretiens a été effectuée par une sociologue familiarisée avec les problématiques étudiées. Les analyses statistiques réalisées sont pour l'essentiel bivariées. Les profils des femmes concernées par les différents types d'intervention n'étant pas comparables, des modèles multivariés ont été utilisés, quand les effectifs l'ont permis, pour tenter d'apprécier l'impact des interventions testées sur le recours aux soins et les dépistages.

Les trois quarts des femmes incluses dans l'étude sont âgées de 20 à 39 ans. Elles viennent majoritairement d'Afrique subsaharienne (55 %) puis d'Europe de l'est hors Union Européenne ou d'Asie Centrale (24 %). Les motifs de migration variés et souvent multiples : plus de la moitié des femmes disent avoir quitté leur pays « pour leur sécurité ou celle de leur famille », et la moitié « pour améliorer leurs conditions de vie ou celles de leur famille » ; une sur quatre s'est souvent sentie en danger pendant son parcours migratoire. La moitié est arrivée en France depuis plus de quatre ans. Ces femmes sont dans des situations administratives et financières précaires : 41 % n'ont pas de titre de séjour et 9 % sont demandeuses d'asile. Une sur trois n'a aucun revenu, et une sur cinq n'a pas de couverture maladie de base ou est en cours de demande. Près de la moitié vit seule avec des enfants, et une sur dix est enceinte au moment de l'enquête. Une sur dix estime que son état de santé, physique est mauvais, et une sur cinq en dit autant de son état de santé « psychologique » ; une sur quatre déclare avoir au moins un « problème de santé chronique »⁷. La moitié dit avoir subi au moins une forme de violence depuis qu'elle est en France, et une femme sur cinq déclare avoir subi une mutilation génitale. Enfin, si 35 % des femmes sont hébergées dans un hôtel situé à moins de 15 minutes à pied de centres de Protection Maternelle et Infantile et de Planification Familiale, pour la moitié leur hôtel se situe entre 15 et 30 minutes de ces centres, et pour 17 % il est à plus de 30 minutes.

L'analyse des résultats de l'enquête d'inclusion⁸ permet de compléter les constats faits lors de l'enquête ENFAMS, et d'en nuancer certains.

Le taux d'utilisation d'une contraception chez les femmes exposées au risque de grossesse non prévue⁹ est de 75 %. Les raisons de non utilisation sont peu explicitées (d'abord crainte d'effets secondaires, puis considérations religieuses, très rarement difficultés d'accès à un gynécologue ou refus du partenaire). **Les types de contraception les plus utilisés** sont la pilule et l'implant (respectivement 37 % et 26 % des femmes utilisant une contraception). Le choix de la méthode n'est quasiment jamais celui du partenaire seul, mais il est celui du professionnel seul dans 15 % des cas. Le recours à l'implant n'augmente pas avec le nombre d'enfants mais il est plus fréquent pour les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne, et celles nées dans un pays de l'Union Européenne (essentiellement la Roumanie). Les entretiens réalisés montrent que les femmes peuvent être incitées à utiliser l'implant par certains professionnels sans être toujours averties de ses effets secondaires, ou être confrontées à des réticences de ces derniers quand elles en demandent le retrait, mais aussi que

⁶ ASTAIRE V2014-2 (outil d'analyse de la transférabilité et d'accompagnement à l'adaptation des Interventions en promotion de la santé).

⁷ « une maladie qui dure plus de six mois et nécessite un traitement et un suivi lourd ».

⁸ Seules des analyses bivariées ont été réalisées pour l'analyse des recours aux soins, à la contraception et à la prévention.

⁹ Désir de grossesse ou grossesse en cours, absence de rapports sexuels à des hommes, stérilité, hystérectomie, ménopause, femme âgée de 50 ans ou plus.

cette méthode est choisie par certaines pour sa discrétion vis-à-vis d'un conjoint désapprouvant l'usage de contraceptifs.

Près de la moitié des femmes âgées de 25 à 65 ans ont réalisé un frottis cervical il y a moins de trois ans. L'analyse des recours aux soins montre qu'il existe des « occasions manquées » (les ¾ des femmes n'ayant pas eu de frottis cervical dans les trois dernières années ont consulté au moins une fois un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme dans les 12 mois précédant l'inclusion). **Plus des deux-tiers des femmes ont réalisé au moins un test de dépistage du VIH au cours de leur vie.**

Une femme sur trois cumule au moins trois éléments limitant l'accès aux soins¹⁰. Au cours des 12 mois précédant l'inclusion :

- quatre sur cinq ont consulté un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Le recours à un psychologue ou un psychiatre apparaît très marginal (1 % des femmes). Il en est de même pour les recours à une « aide professionnelle »¹¹ en cas de violences subies jugées graves. La dernière consultation pour motif gynécologique a eu lieu à l'hôpital (hors service d'urgences) pour plus d'une femme sur trois, dans un cabinet de ville pour une sur quatre, et dans un service d'urgences hospitalières pour une sur dix. Les transports en commun sont utilisés dans 80 % des cas pour s'y rendre.
- Près de la moitié dit avoir renoncé à des soins (le plus souvent une consultation de médecine générale). Cette proportion augmente avec le cumul d'éléments limitant l'accès aux soins. La première raison est financière, et le taux de renoncement est plus important quand la personne ne possède pas de carte Navigo chargée.

Elle permet aussi de préciser **la nature et la qualité des relations avec les professionnels de santé** :

- près de la moitié des femmes dit avoir une relation **suivie** avec un.e généraliste, gynécologue ou sage-femme ;
- plus de 20 % des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, et 16 % de celles ayant la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, disent avoir déjà payé pour une consultation médicale¹² ;
- parmi celles ayant consulté en France, 29 % se sont déjà senties « discriminées »¹³ par le personnel médical (16 % « en raison de leurs origines ou de leur nationalité », et 9 % « parce qu'elles avaient l'Aide Médicale d'Etat ou la Couverture Maladie Universelle ») ;
- interrogées sur les comportements des professionnels¹⁴ lors de leur dernier.e accouchement ou consultation pour interruption volontaire de grossesse¹⁵, et lors de consultations pour contraception, en France, plus d'une sur dix émet au moins une critique, et seulement une sur cinq de celles ne maîtrisant pas bien le français dit qu'elle s'est vue proposer l'aide d'un interprète.

¹⁰ Parmi les suivants : arrivée en France depuis moins d'un an, absence de titre de séjour valide, de couverture maladie de base, ou de suivi social, non maîtrise du français, absence de scolarisation ou scolarisation en école coranique ou niveau d'études primaires, isolement relationnel (pas en couple, et n'ayant pas rencontré de proche/d'ami.e dans les 12 mois précédents), temps de trajet à pied hôtel-centres de Protection Maternelle et Infantile/Planification Familiale > 30 minutes

¹¹ Travailleur social, psychologue, psychiatre, médecin, sage-femme, infirmier, avocat, religieux, association, 115, **sans précision sur la date.**

¹² Depuis qu'elles sont en France.

¹³ Les motifs de discrimination n'étaient pas limitatifs, étaient cités : origines ou nationalité, motif de consultation, âge, état de santé ou handicap, couleur de peau, façon de s'habiller, venue sans rendez-vous, ou en retard, être une femme, avoir la CMU ou l'AME, être accompagnée d'un enfant, d'un adulte, non-maîtrise du français, type de logement, religion.

¹⁴ Les questions posées étaient les suivantes : les professionnels... vous ont accueillie gentiment, respectueusement/ ont pris le temps qu'il fallait avec vous / vous ont expliqué leurs décisions et vous ont écoutée / ont été brutaux, déplacés, maladroits, méprisants / vous ont traitée comme une enfant.

¹⁵ Seules ont été retenues les réponses des femmes dont ce dernier événement date de moins de dix ans.

L'étude DSAFHIR éclaire par ailleurs le **renoncement à rechercher de l'aide, quelle qu'elle soit** (proches et police compris), **en cas de violences, jugées graves**. Parmi les 150 femmes ayant subi de telles violences alors qu'elles étaient en France¹⁶, 38 % sont dans ce cas et l'expliquent, soit « *parce qu'elles n'ont pas trouvé à qui en parler* » (15 %), soit « *parce qu'elles n'avaient pas envie ou avaient honte ou peur d'en parler* » (23 %).

Comparaisons

Bien que la population de l'étude n'ait pas été tirée au sort, on observe de nombreux points communs avec les résultats de l'enquête ENFAMS (situations administratives, conjugales et familiales, niveaux d'études, niveaux de ressources et de couverture maladie, santé psychologique perçue, proportion de femmes ayant subi une mutilation génitale, recours aux soins dans les 12 mois précédents et principaux lieux de consultation).

Le taux d'utilisation de contraception a pu être calculé sur les seules femmes exposées au risque de grossesse non prévue, à la différence de celui de l'enquête ENFAMS (45 %) qui était rapporté aux femmes non enceintes. Il est donc bien supérieur, mais reste très en-deçà de celui observé en population générale parmi les femmes concernées âgées de 15 à 49 ans (97 % selon les enquêtes FECOND 2010 et 2013, 92% selon l'enquête Baromètre Santé 2016), alors même que la définition de l'exposition au risque de grossesse non prévue est plus restrictive dans notre étude. Cependant, comme dans ENFAMS, les pratiques contraceptives sont marquées par une utilisation beaucoup plus fréquente de l'implant qu'en population générale. Parmi les femmes de moins de 30 ans, les proportions des femmes ayant entendu parler de la contraception d'urgence, et connaissant sa durée maximale d'efficacité, semblent également beaucoup plus faibles que dans la population générale (Baromètre Santé 2016).

La proportion des femmes âgées de 25 ans ou plus disant avoir eu un frottis cervical au moins une fois dans leur vie (55 % des répondantes) est supérieure à celle estimée dans ENFAMS (35-43 % de l'ensemble des femmes, intervalle de confiance 95 %). La proportion des femmes de 25 à 65 ans disant avoir eu un frottis cervical dans les trois dernières années (47% des répondantes) est, elle, très inférieure à celle observée en France métropolitaine dans les données déclaratives les plus récentes (85%, femmes francophones, Baromètre Santé 2010).

La proportion des femmes enquêtées disant avoir subi une ou des agressions sexuelles au cours de leur vie est d'un tiers. En population générale, elle est estimée, pour les femmes de 20 à 69 ans, à 3,7 % pour les viols ou tentatives de viol et à 14,5 % pour l'ensemble des agressions sexuelles (enquête Virage,2015).

Les taux de recours au médecin observés dans DSAFHIR et dans ENFAMS sont similaires (quatre femmes sur cinq), et un peu inférieurs à ceux observés pour les femmes de la même tranche d'âge en population générale (neuf sur dix) (enquête Handicap Santé 2008). Le taux de renoncement aux soins observé dans DSAFHIR est deux fois plus important que celui constaté dans ENFAMS, cependant ce taux est très sensible à la formulation de la question et celle posée dans ENFAMS était formulée différemment. Pour cette même raison les comparaisons avec les résultats des enquêtes menées en population générale sont délicates. Plus intéressant est le type de soin auquel les femmes ont renoncé le plus souvent : consultation de médecine générale dans DSAFHIR, médecine spécialisée ou soins dentaires dans ENFAMS, soins dentaires et optiques dans les enquêtes en population générale.

¹⁶ Subies seulement quand elles étaient en France quelle qu'en soit la date.

Le suivi effectué, même s'il est en partie biaisé par l'attrition¹⁷, permet pour la première fois de connaître le devenir des femmes hébergées qui ont pu être revues huit à dix mois après.

Il montre l'importance des changements, que ce soit pour le lieu de résidence ou pour la situation personnelle. Ainsi :

- **une femme sur cinq n'habite plus dans un hôtel, et plus d'une sur dix a changé d'hôtel ;**
- les changements de situation conjugale sont très fréquents (85 %) pour les femmes qui se disaient en « couple (stable) non cohabitant » ou « en couple non stable » ; ils touchent 20 % des femmes qui n'étaient pas en couple lors de l'inclusion ;
- 16 % des femmes ont accouché ou eu une interruption de grossesse, volontaire ou non, et une sur vingt est enceinte lors de l'enquête de suivi ;
- la situation administrative s'est améliorée¹⁸ pour un quart des femmes (jusqu'à la moitié de celles ayant un titre de séjour de moins d'un an), et détériorée¹⁹ pour une sur dix (jusqu'à la moitié pour les demandeuses d'asile) ;
- la situation financière s'est améliorée pour une femme sur cinq, et détériorée pour plus d'une sur dix, sans lien évident avec le niveau de ressources ou la situation administrative initiale ou leur évolution, ni avec la durée de présence en France ;
- la couverture maladie de base s'est améliorée pour un quart des femmes (et jusqu'à 80 % de celles n'en ayant aucune), et s'est détériorée pour plus d'une sur dix (et jusqu'à 20 % de celles qui avaient la Protection Universelle Maladie) ;
- 4 % des femmes déclarent la survenue d'un nouveau problème de santé chronique ;
- **une femme sur quatre dit avoir subi au cours des mois précédents des violences qu'elle juge très graves**, et une sur trois des violences qu'elle juge assez ou très graves, dans la majorité des cas par des inconnus dans la rue, ou des personnes de l'hôtel (essentiellement des résidents) ; 4 % disent avoir subi des violences conjugales, quel qu'en soit le type et la gravité perçue.

Ce suivi, couplé à l'analyse des retours des intervenantes, permet d'apprécier la participation des femmes aux interventions proposées, leur point de vue sur celles-ci, leur recours aux soins, d'en comprendre les raisons et d'orienter d'éventuelles interventions à venir.

Lors de l'inclusion, les proportions de femmes hébergées dans un hôtel où était proposé un accompagnement individuel, ou un accompagnement collectif, étaient respectivement de 22 % et 30 %. Ces proportions sont les mêmes parmi les femmes revues. Ont ainsi pu être interrogées 60 femmes potentiellement concernées par un accompagnement individuel, 79 potentiellement concernées par des groupes de parole, et 144 femmes hébergées dans des hôtels « témoins ».

Le taux de participation²⁰ est très variable selon le type d'intervention : **95 % pour les accompagnements individuels**, mais seulement **30 % pour les accompagnements collectifs**, et **38 % pour les livrets d'information²¹**.

¹⁷ Le taux de « perdues de vue » est plus important pour les femmes nées dans un pays de l'Union Européenne – essentiellement la Roumanie –, et étant dans une situation administrative stable ou les dispensant de titre de séjour.

¹⁸ Obtention d'un titre de séjour pour celles n'en ayant pas, ou d'un titre de séjour de plus d'un an pour celles en ayant un de moins d'un an.

¹⁹ Perte du droit de séjour, ou réduction de sa durée.

²⁰ Avoir au moins une fois rencontré les intervenantes en charge des accompagnements individuels, ou participé aux groupes de parole, ou feuilleté/lu/utilisé le livret d'information.

Le faible taux de participation aux groupes de parole s'explique par leur mode d'organisation, et par la faible disponibilité des femmes :

- les séances n'ont (volontairement, pour des raisons de confidentialité) pas été annoncées par affichage dans les hôtels, mais seulement par invitation faite au « porte-à-porte » ½ heure avant les séances, et par annonce des séances suivantes en fin de chaque réunion. Ainsi, seulement 59 % des femmes concernées disent avoir été invitées à participer au moins une fois, et ce taux est particulièrement faible dans un hôtel, où le porte-à-porte n'a eu lieu que lors des deux premières séances ;
- leurs horaires ont été définis en fonction de la disponibilité des animatrices, sans prise en compte des contraintes des femmes hébergées (sorties d'école, distributions alimentaires, démarches administratives).

Il était prévu que le contenu des séances suive une progression, de sujets plus neutres vers des sujets « sensibles », mais ce contenu a dû être adapté car peu de femmes sont revenues régulièrement (dans un hôtel les séances se sont interrompues dès la troisième séance faute de participantes).

Quand les femmes ont participé aux accompagnements proposés, qu'ils soient collectifs ou individuels, **elles les ont très majoritairement appréciés, et souhaitent qu'ils soient renouvelés.** Près des deux-tiers des femmes ayant rencontré les intervenantes en charge des accompagnements individuels (les « médiatrices de santé ») considèrent que ces échanges ont eu un impact positif sur leur quotidien, les trois quarts de celles ayant participé à l'un ou l'autre des accompagnements estiment que ceux-ci les ont aidées à mieux connaître les moyens de contraception, et plus de la moitié à mieux connaître leur corps, les règles, la sexualité, la grossesse, les infections, et leurs droits en cas de violence. Les services de santé sont mieux connus par les trois quarts des femmes ayant vu les « médiatrices » et par la moitié de celles ayant participé aux groupes de parole.

Les limites identifiées sont, pour les groupes de parole, les problèmes de disponibilité sur les créneaux horaires choisis pour les séances, et le manque d'information sur ces séances, et, pour les deux types d'intervention, les difficultés de compréhension pour les femmes maîtrisant peu le français, et plus ponctuellement, une gêne à parler de sujets intimes.

Si la présence d'enfants a pu parfois être ressentie comme une gêne, elle a aussi souvent été une condition nécessaire à la participation des femmes, confrontées à l'absence de solution de garde.

Les principales difficultés relevées par les intervenantes sont :

- pour celles en charge des accompagnements individuels, leur manque de formation et d'expérience dans le champ de la « médiation en santé » et leur statut d'employées de l'organisme hébergeur (si cela a pu parfois les aider, cela aussi pu engendrer des réticences à parler de certains sujets) ;
- pour celles en charge des accompagnements collectifs, l'adaptation au principe de l'« aller-vers », qui impliquait une forme de « démarchage », et une souplesse vis-à-vis de la présence d'enfants, contraires à leur fonctionnement habituel,
- et, pour toutes, leur manque de contacts préalables avec les services de santé proches des hôtels (ceux-ci avaient été informés du projet par la seule équipe de recherche).

Le livret d'information, bien que distribué à toutes, n'est pas toujours resté dans les mémoires (seulement trois femmes sur quatre se rappellent l'avoir reçu). Les femmes ne maîtrisant pas le français ou non scolarisées l'ont peu utilisé, n'osant le plus souvent pas demander de l'aide. Un tiers des femmes disent l'avoir réellement utilisé, et ont particulièrement apprécié les explications pour se

²¹ Les livrets ont été distribués à toutes, ce taux est le même quel que soit le type d'intervention.

rendre dans les services et/ou le temps nécessaire pour y aller. Les intervenantes, qui se sont appuyées sur ces livrets, ont parfois regretté l'absence d'informations concernant les services de santé associatifs ou libéraux, dont quelques-uns sont connus et appréciés par certaines femmes hébergées, voire des erreurs sur des informations pourtant validées par les responsables des services concernés.

En raison de l'attrition, de l'impossibilité de tirage au sort et des faibles effectifs, il s'est avéré impossible d'apprécier **l'effet des interventions** sur tous les indicateurs des comportements en lien avec la santé sexuelle et reproductive (changements de contraception, recours à une aide professionnelle en cas de violences, recours à des soins de gynécologie, réalisation d'un dépistage d'infection sexuellement transmissible, ou d'un frottis cervical) : seuls les trois derniers ont pu faire l'objet d'analyses multivariées. Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique entre le fait d'être hébergée dans un des hôtels où ont été proposés les accompagnements et le recours aux soins de gynécologie (au moins une consultation pour motif gynécologique entre l'inclusion et l'enquête de suivi) ou la réalisation de dépistages. Nous avons exploré les liens entre ces indicateurs et le fait d'avoir participé aux accompagnements, d'avoir simplement lu ou feuilleté le livret d'information, ou de n'avoir fait ni l'un ni l'autre.

Par rapport aux femmes n'ayant ni lu ou feuilleté le livret, ni participé aux accompagnements :

- celles ayant participé aux groupes de parole et celles ayant seulement lu ou feuilleté le livret ont (après contrôle de leurs caractéristiques à l'inclusion, et de façon statistiquement significative ($p < 0,05$)) plus de « chances » d'avoir, dans les 8-10 mois suivants, réalisé un test de dépistage d'infection sexuellement transmissible (Odds-ratios respectifs = 3,7 [IC 95% 1,2 - 10,8], et 2,4, [IC 95% 1,1 - 5,4]) ;
- celles ayant participé aux accompagnements individuels (par des « médiatrices de santé ») ont plus de « chances » d'avoir, sur cette même période, consulté pour motif gynécologique (Odds-ratio = 3,0 [IC 95% 1,3 - 6,9]).

Ces liens ne permettent toutefois pas de démontrer que ces interventions ont incité plus de femmes à consulter ou faire un dépistage, les possibilités de contrôle des variables de confusion étant limitées.

Quel que soit le type d'intervention et de participation aux interventions, une femme revue sur trois s'estime toujours mal informée sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles, et près d'une sur deux sur l'interruption volontaire de grossesse, tandis que plus de la moitié disent ne pas connaître la contraception d'urgence. Ces résultats contredisent les réponses des femmes ayant participé aux accompagnements. Cependant les connaissances des femmes sur les sujets de santé sexuelle et reproductive n'ont volontairement²² été abordées qu'indirectement (perception de ses propres connaissances) ou ponctuellement (sur deux sujets qui ont pu n'être abordés qu'à la marge lors des interventions).

Au total, les deux types d'accompagnement testés, comme la distribution de livrets d'information (pourtant jugée *a priori* comme d'une moindre utilité), se sont avérés pertinents aux yeux des femmes qui ont pu en bénéficier. Ces interventions n'ont toutefois pas profité pleinement à toutes :

- en raison des difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre (pour les groupes de parole, réticences à la démarche d'« aller-vers » de la part de certaines animatrices du Planning familial, faible disponibilité des femmes aux horaires choisis pour les séances ; pour les accompagnements individuels, difficultés à recruter des « médiatrices de santé » expérimentées dans le cadre de contrats courts ; dans les deux cas, absence de temps dédié aux échanges directs entre

²² Afin d'éviter aux femmes interrogées de se sentir jugées.

intervenantes et services de santé de proximité ; pour les livrets, absence de versions multilingues) ;

- parce qu'elles ne peuvent lever qu'une petite partie des barrières à l'accès aux soins rencontrées par les femmes ;
- enfin, parce qu'une partie des femmes rencontrées n'étaient pas réellement concernées par les barrières à l'accès aux soins qui pouvaient être levées.

Propositions

Le contexte institutionnel, interne au Samusocial de Paris ou plus général, a évolué depuis la réalisation de cette recherche en 2017-2019, de nouveaux outils ont été créés et d'autres expérimentations se sont mises en place. C'est pourquoi nous avons soumis nos conclusions à plusieurs responsables concernés au sein du Samusocial de Paris et élaboré ensemble les propositions qui suivent. *Nous indiquons ci-dessous, pour chacune des améliorations proposées, outre leur justification basée sur les résultats de l'étude et la revue de littérature, les évolutions dont nous avons connaissance, ce qu'elles permettent, ou au contraire contrarient.*

Promouvoir les résultats de la recherche DSAFHIR

Une large diffusion de ces résultats est nécessaire auprès de l'ensemble des acteurs en charge de l'accueil et de la prise en charge des migrants, tant institutionnels qu'associatifs :

- Ministères de la santé et de l'intérieur, Direction Générale de la Cohésion Sociale, Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement, Office français de protection des réfugiés et apatrides, **Office français de l'immigration et de l'intégration**,
- Agence Régionale de Santé, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement et Conseil Régional d'Île-de-France, « Île-de-France Mobilités », Conseils Départementaux concernés,
- Caisses primaires d'assurance maladie, organismes en charge des campagnes de prévention et des dépistages organisés en Île-de-France,
- travailleurs sociaux et membres des équipes hôtelières concernées,
- professionnels de santé et personnels en charge de l'accueil dans les structures de santé,
- fédération et centres d'information des droits des femmes et de la famille, fédération et associations du Planning familial, Association pour le Développement de la Santé des Femmes, Gynécos sans Frontières, Comité pour la santé des exilés, Fédération des Acteurs de la Solidarité, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, Emmaüs Solidarité, Coallia, Adoma, Croix-Rouge Française
- Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation franciliens.

La promotion de l'étude auprès des acteurs individuels ne suffit pas : la substitution de l'hôtellerie par des dispositifs d'hébergement plus adaptés et pérennes est essentielle, de même que le financement d'actions visant à faciliter l'accès des femmes au système de santé et à aider les professionnels à répondre aux besoins identifiés.

Poursuivre la substitution de l'hôtellerie « sociale » par des dispositifs d'hébergement plus adaptés

Le plan triennal de réduction des nuitées hôtelières de février 2015 doit être prolongé et renforcé : *le nombre de personnes en familles hébergées à l'hôtel en Île-de-France reste considérable, et les durées de séjour y sont très longues*²³. Selon les propositions du Samusocial de Paris²⁴ :

- *la création en Île-de-France, dans les deux ans, de 10 à 13 000 places d'alternatives à l'hôtel serait nécessaire pour permettre de supprimer le recours aux hôtels n'offrant pas des conditions d'accueil suffisantes, et d'orienter l'ensemble des personnes vivant en hôtel depuis plus de deux ans*²⁵ ;
- *les actions d'humanisation, les possibilités de requalification d'hôtels en Résidences Hôtelières à Vocation Sociale*²⁶ *et les moyens de contrôle devraient être renforcés ;*
- *les démarches de régularisation des parents d'enfants nés en France, et l'insertion professionnelle des parents devraient être facilités pour accélérer les sorties d'hébergement.*

La mise en œuvre de ce plan facilitera la prise en compte par le Pôle Hébergement – Réservation Hôtelière (PHRH) du Samusocial de Paris (désormais en charge de la gestion des nuitées hôtelières pour l'ensemble des Services d'Information, accueil et orientation (SIAO) d'Île-de-France) des besoins d'hébergement spécifiques aux femmes enceintes (stabilité, pendant la grossesse comme durant les semaines suivant la naissance, et proximité des maternités).

Faciliter l'accès des femmes hébergées au système de santé (prévention et soin), mais aussi à l'alimentation, aux services sociaux et aux titres de séjour, et faciliter leur intégration

- Maintenir les droits d'**accès à la couverture maladie** pour l'ensemble des personnes migrantes quelle que soit leur situation administrative. Faciliter l'accès à celle-ci, en réduisant les freins administratifs²⁷ (*la création d'une instance régionale d'analyse partagée des pratiques est envisagée dans le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du Projet Régional de Santé d'Île-de-France 2018-2022*²⁸) et en améliorant l'accompagnement social des familles hébergées en hôtel (voir §4) (*ce sont, dans DSAFHIR, les femmes sans suivi social qui sont le plus souvent sans couverture maladie, et la plupart d'entre elles sont arrivées en France depuis plus de trois mois*) ;
- **Réduire les possibilités de refus de soins** liées au type de couverture sociale par les professionnels de santé, en étendant l'assurance maladie obligatoire²⁹ (*ce type de refus de soins*

²³ La durée moyenne de séjour en hôtel est passée de 23 mois en 2015 à 28 mois en 2017 (Rapport d'activité du Samusocial de Paris 2018)

²⁴ Propositions du Samusocial de Paris aux membres du Conseil d'Administration, 28 septembre 2017.

²⁵ Près de 57 000 personnes ont été hébergées en hôtel par le PHRH en 2018, dont 43 % depuis au moins deux ans (Rapport d'activité du Samusocial de Paris 2018).

²⁶ Un nouveau régime des Résidences Hôtelières à Vocation Sociale a été instauré par décret en 2017, qui facilite les transformations d'hôtels (Décret n° 2017-920 du 9 mai 2017 relatif aux résidences hôtelières à vocation sociale). Mais plusieurs amendements de ce décret sont nécessaires pour encourager ces transformations.

²⁷ Voir notamment à ce sujet, dans le rapport du Défenseur des Droits « Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer » publié en 2019, le paragraphe « Traitement différencié des étrangers en situation irrégulière à l'origine de difficultés d'accès à la protection maladie », page 26.

²⁸ voir : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_PRAPS%20IdF_Publication%20officielle.pdf

²⁹ Proposition de Vincent Beaugrand, ancien directeur du Fonds CMU (Tribune du 5 novembre 2019 publiée dans *Libération* : « Etendre l'assurance maladie obligatoire pour lutter contre les refus de soins discriminatoires »).

concernait en 2013, d'après l'enquête ENFAMS, 22 % des familles sans logement hébergées en Île-de-France³⁰. Selon l'enquête réalisée en 2019³¹ auprès de cabinets médicaux de spécialistes, les refus discriminatoires concerneraient en France 15 % des psychiatres et 11 % des gynécologues pour des personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide au paiement de la complémentaire santé, ils seraient plus fréquents en Île-de-France (indépendamment de la densité médicale locale), et doubles à Paris – la mise en place d'une veille sur les refus de soins est prévue dans le PRAPS d'Île-de-France sur la période 2018-2022) ;

- Créer un droit à la **garde des jeunes enfants** (l'impossibilité de faire garder ses enfants est une des raisons citées de renoncement à des soins dans DSAFHIR ; un tel droit faciliterait non seulement les déplacements vers les services de santé, mais aussi l'insertion professionnelle et sociale³²) ;
- Assurer la **gratuité des déplacements vers les services de santé pour les personnes vulnérables** (la plupart des femmes dans DSAFHIR disent avoir utilisé les transports en commun pour se rendre à leur dernière consultation, et le coût de ceux-ci est une des raisons citées de renoncement à des soins ; la réduction sur le tarif des abonnements Navigo accordée aux personnes couvertes par l'Aide médicale d'Etat a été réduite de 75 % à 50 %, et n'existe pas, par définition, pour les personnes sans titre de séjour valide n'en bénéficiant pas encore. Les dettes contractées suite aux amendes compliquent l'insertion sociale ultérieure : des solutions doivent être recherchées, en concertation avec tous les acteurs concernés pour répondre aux besoins spécifiques des personnes éloignées des services de santé) ;
- Mieux **informer** les femmes hébergées dans les hôtels sur leurs droits, le fonctionnement du système de santé français, la santé, **et les accompagner** (voir ci-après les moyens d'action possibles) ;
- **Favoriser le lien social**, au sein comme à l'extérieur des hôtels (voir ci-après les moyens d'action possibles) (l'isolement relationnel est un facteur reconnu de faible accès aux soins, une femme sur trois dans DSAFHIR dit n'avoir eu aucun contact amical au cours du mois précédant l'enquête).

Aider les professionnels, à tous les niveaux, à répondre aux besoins identifiés

- Renforcer la formation des **équipes hôtelières**, et les inciter à :
 - o informer les personnes hébergées sur les ressources disponibles à proximité des hôtels et sur les principes de fonctionnement du système de santé français, notamment par la mise à disposition de **livrets d'information** (ceux-ci ont montré leur utilité. Leurs limites (problème d'accessibilité linguistique, nécessité de mises à jour fréquentes), bien connues, peuvent être repoussées (les nombreux guides édités récemment font une large place aux illustrations, plusieurs d'entre eux ont été développés en plusieurs langues³³, et le

³⁰ Perret G., Vandentorren S., Chauvin P, Vignier N. Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportées par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Ile-de-France. BEH. 2019;(17-18):341-351.

³¹ Chaveyron S, L'Horty Y, Petit P. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs de trois spécialités médicales. Rapport final, octobre 2019, 42 p.

³² A noter l'établissement de liens entre la Protection Maternelle et Infantile de la Ville de Paris et deux haltes-garderies afin de faciliter l'accès aux soins des femmes « en errance ».

³³ Voir notamment : les livrets élaborés à l'initiative de la mission *Mieux vivre à l'hôtel* du PHRH (Samusocial de Paris), le feuillet d'information sur le système de santé « Je suis malade, où me soigner ? », recto-versos traduits en 13 langues sous l'égide de la Direction Générale de la Santé en 2018, téléchargeables : <https://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/sante/9200-0%C3%B9-me-soigner-comment-obtenir-une-couverture-maladie>

développement du numérique facilite grandement le recours aux outils multilingues, comme les mises à jour – c'est également un axe de travail du PRAPS d'Île-de-France 2018-2022, copiloté par l'Agence Régionale de Santé et les Caisses primaires d'assurance maladie) ;

- mettre à disposition un local permettant de faciliter les échanges entre personnes hébergées (dans l'étude DSAFHIR le choix des hôtels dans lesquels des groupes de paroles ont été mis en place était restreint du fait de l'absence d'un lieu de réunion adapté) ;
- faciliter l'expression collective des personnes hébergées en hôtel (les dispositifs créés dans les centres d'hébergement par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – Conseils de vie sociale - ne s'appliquent pas dans les hôtels) ;
- Renforcer les équipes de **travailleurs sociaux et socio-sanitaires** dédiées, simplifier leurs modalités d'intervention, et faciliter leurs relations avec les caisses primaires d'assurance maladie et les professionnels de santé. (Le suivi social dans les hôtels est actuellement reconnu comme insuffisant, et ses modalités, qui varient selon l'organisme orienteur, semblent incomprises par les bénéficiaires comme par les professionnels de santé. La transformation de ce suivi (affectation d'équipes sociales à un ou des hôtels, chargées d'assurer le suivi des familles qui y sont hébergées, quel que soit l'orienteur) est prévue dès que le PHRH du Samusocial de Paris aura fini d'intégrer la gestion des nuitées hôtelières pour l'ensemble des SIAO d'Île-de-France – réforme de régionalisation de l'hébergement hôtelier) ;
- Etendre la possibilité pour les **assistants sociaux territoriaux** de répondre aux demandes des personnes sans titre de séjour, en coordination avec les équipes dédiées (mesure mise en place pour la Ville de Paris) ;
- Renforcer la « **médiation en santé** » sous toutes ses formes (les accompagnements testés dans l'étude DSAFHIR, individuels comme collectifs, ont montré leur utilité et apparaissent complémentaires. Leur efficacité peut être renforcée par des actions en direction des professionnels et structures de santé – ces actions sont considérées comme faisant partie intégrante du rôle des « médiatrices de santé » - C'est un axe de travail du PRAPS d'Île-de-France 2018-2022), par le financement durable de postes de médiatrices de santé, ou d'organismes spécialisés, selon les ressources disponibles sur chaque territoire, répondant à un cahier des charges intégrant les critères définis par la Haute Autorité de Santé³⁴ sur la « médiation en santé », et par l'Institut Renaudot sur la « construction conjointe de stratégies d'accès à l'information sur [la grossesse et] le système de santé »³⁵ ;
- Aider les **professionnels de santé** en facilitant leur accès :
 - à l'**interprétariat professionnel, notamment par son remboursement aux professionnels et services par la Sécurité sociale** (sa place est reconnue par la loi, il existe une Charte de l'interprétariat médical et social professionnel (2012) et un Référentiel de compétences a été élaboré par la Haute Autorité de Santé en 2017³⁶, mais peu de professionnels de santé y ont recours, en grande partie en raison de ressources mises à disposition insuffisantes. Or, en l'absence d'interprétariat, les médecins confrontés à un obstacle linguistique sont dans l'impossibilité de respecter leurs devoirs envers leurs

³⁴ HAS : Référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, octobre 2017.

³⁵ Institut Renaudot : Périnatalité : agir avec les femmes. Cahier N°1, 2019.

³⁶ HAS : Référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques : Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, octobre 2017.

patients³⁷ et, quand ils ont recours à un proche pour la traduction, ils ne peuvent non plus respecter l'exigence du secret professionnel³⁸ - c'est un axe de travail du PRAPS d'Île-de-France 2018-2022);

- aux **supports de communication et d'information** sur la santé, et particulièrement la santé sexuelle et reproductive, **adaptés aux différents publics migrants** (de nombreux outils existent, plusieurs ont été utilisés avec profit tant dans le cadre des groupes de parole que par les « médiatrices de santé »³⁹), et à des **supports de négociation et d'échange avec les femmes** favorisant la compréhension mutuelle et la co-décision⁴⁰ ;
- à des « **fiches mémo** » s'appuyant sur des **recommandations de bonne pratique de prévention et d'orientation adaptées** aux besoins de ces publics : repérage systématique des violences subies intégrant les rapports sexuels forcés ou transactionnels (dans l'étude DSAFHIR près de trois femmes sur dix disent avoir subi des agressions sexuelles, versus 14,5 % (4 % pour les viols et tentatives de viol) dans l'enquête VIRAGE de 2015), des risques d'infections sexuellement transmissibles (majorés dans les situations de vulnérabilité, qui prédominent dans les hôtels) et des troubles psychiques (plus de la moitié des femmes de l'étude DSAFHIR déclarent avoir souffert de l'ensemble des symptômes évocateurs de dépression au cours des deux dernières semaines et/ou d'anxiété quotidienne au cours des six mois précédents), et complétant les recommandations existantes sur la contraception (absence de contraception pour un quart des femmes concernées de l'étude DSAFHIR, versus moins de 10 % en population générale), et le dépistage du cancer du col de l'utérus (absence de dépistage triennal déclaré pour plus de la moitié des femmes concernées de l'étude DSAFHIR, versus 15 % en population générale⁴¹);
- à des **ressources dédiées** à la prise en charge des psycho-traumatismes, des violences sexuelles et des mutilations génitales féminines (une femme migrante sans domicile sur cinq est concernée en Île-de-France (ENFAMS 2013, taux retrouvé dans l'étude DSAFHIR) en nombre suffisant pour permettre d'y référer les personnes le nécessitant ;
- à des **supports d'information** ou des **outils de gestion des dossiers** rappelant la nécessité d'un **repérage** et d'une **orientation systématiques des personnes sans couverture maladie vers les travailleurs sociaux**, et vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) les plus proches en cas de besoin (les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé ont montré que ce réflexe était loin d'être acquis, y compris parmi les professionnels exerçant dans le secteur public – le repérage précoce des personnes en difficulté d'accès au système de santé et l'information des professionnels de santé sur les dispositifs de lutte contre le renoncement aux soins sont des axes de travail du PRAPS d'Île-de-France 2018-2022, associant Agence Régionale de Santé, Direction Régionale

³⁷ Code de déontologie médicale : articles R. 4127-32 à -35 du Code de Santé Publique : « (...) le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux (...) en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents, il doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin (...) en s'aidant (...), s'il y a lieu, de concours appropriés, formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. ».

³⁸ Article R.4127-4 de ce même code.

³⁹ Outre les supports déjà cités dans le rapport et ses annexes, plusieurs supports multilingues et/ou illustrés sont maintenant disponibles, notamment le « Livret de santé » 2018, très complet (200 pages), bilingue, élaboré par le Comede et plusieurs associations partenaires, en 15 langues, téléchargeables sur le site <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social> et un « Guide de la santé sexuelle » élaboré dans le cadre de la Fondation Santé des Etudiants de France, disponible en 7 langues (en ligne : <http://www.fsef.net/index.php/etablissements/centre-colliard/cpef-centre-colliard>).

⁴⁰ Institut Renaudot, source déjà citée.

⁴¹ Voir plus bas la proposition relative au dépistage organisé de ce cancer, en cours de mise en place.

et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement et Caisses primaires d'assurance maladie) ;

- à des **co-formations « femmes hébergées-professionnels »** favorisant la connaissance mutuelle, le changement des représentations et l'estime de soi des femmes impliquées⁴² ;
- Accompagner les **services de protection maternelle et infantile et de planification familiale, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, les centres d'information des droits des femmes et de la famille, les maisons des solidarités**, en les informant sur les hôtels situés dans leur bassin d'intervention et les profils des personnes qui y sont hébergées, sur la nécessité de fournir régulièrement aux hôteliers une information à jour sur leurs missions, leurs coordonnées et leurs horaires d'ouverture, et en les aidant à développer des démarches d'« aller-vers » (*l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France prévoit, dans le cadre du PRAPS 2018-2022, de coopérer avec les services départementaux de protection maternelle et infantile pour renforcer les interventions auprès des femmes sans « chez soi »*) ;
- **Développer des espaces d'accueil des enfants dans les lieux de soin** (*en l'absence de possibilité de garde d'enfants, voir §3*) ;
- Promouvoir la mise en place **d'actions spécifiques en direction des personnes hébergées** auprès des organismes spécialisés en charge des campagnes ou expériences de **prévention des infections sexuellement transmissibles**⁴³ et du programme de **dépistage organisé du cancer du col de l'utérus** (*les « actions spécifiques en direction des populations vulnérables ou très éloignées du système de santé » prévues par l'Arrêté instituant ce programme en France⁴⁴ restent à développer en Île-de-France pour les femmes sans domicile fixe, sans couverture sociale ou ayant l'aide médicale d'Etat, qui ne sont pas atteintes par les campagnes d'invitation postale*) ;
- Faciliter la **coordination des acteurs** institutionnels *via* des conventions et des financements ciblés et favoriser les **innovations** et le **partage d'expériences** entre acteurs (*cf. les orientations adoptées par la Direction Générale de la Santé en 2018⁴⁵*).

⁴² Cf. la Charte de croisements des savoirs et des pratiques d'ATD-Quart-Monde, et les préconisations de l'Institut Renaudot : Périnatalité : agir avec les femmes. Cahier N°1, 2019.

⁴³ Voir notamment l'expérimentation PASS-préservatif, et le dépistage de proximité VIH-Hépatites, *In* Feuille de route « Santé sexuelle 2018-2020 » de la Direction Générale de la santé.

⁴⁴ Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Cet arrêté précise que le programme repose pour l'essentiel sur la proposition systématique de réalisation du frottis aux femmes concernées par les médecins et sages-femmes et sur des invitations postales ciblant celles n'ayant pas bénéficié d'un remboursement de test de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années, mais aussi que des actions spécifiques en direction des populations vulnérables ou très éloignées du système de santé (accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles...) peuvent être mises en place par les associations intervenant auprès de ces publics, en partenariat avec les structures en charge de la gestion des dépistages des cancers.

⁴⁵ L'Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à *la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants* appelle à une meilleure information des personnes et des professionnels de santé, à une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires, en particulier pour la santé mentale, et au renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel. Elle s'appuie sur l'Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux *recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers* (2015, publié en 2018), qui préconise la mise en place d'un « rendez-vous santé » obligatoire au contenu modulable pour tout étranger (hors Union Européenne) primo-arrivant dans un délai de quatre mois après l'entrée sur le territoire, détaché de toute fonction de contrôle, visant l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun, dans des lieux intégrant les aspects sanitaires, sociaux, psychologiques, informationnels et l'interprétariat professionnel.

SOMMAIRE

1	Présentation du projet	1
1.1	Enjeux et objectifs	3
1.2	Population d'étude et protocole de recherche	5
1.2.1	Choix de la population et des lieux enquêtés	5
1.2.2	Définition des lieux d'intervention	6
1.2.3	Analyse des caractéristiques de l'offre	6
1.2.4	Aspects réglementaires et éthiques	6
1.3	Modalités de recueil des informations	7
1.3.1	L'inclusion dans le projet (enquête « vague 1 »)	7
1.3.2	Le suivi (enquête « vague 2 »)	9
1.4	Bilan du recueil d'informations	10
1.5	Les interventions de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive	12
1.6	Traitement et analyse des données descriptives	12
1.7	Evaluation des interventions testées	13
2	Caractéristiques des femmes incluses dans l'étude	15
2.1	Caractéristiques sociodémographiques	17
2.1.1	Des origines géographiques très variées	17
2.1.2	Des situations administratives souvent instables	17
2.1.3	Une grande variabilité dans les niveaux d'étude	18
2.1.4	Maîtrise du français	19
2.1.5	Composition des chambrées et nombre d'enfants hébergés avec la femme	19
2.2	Ressources et situation financière	20
2.2.1	Ressources mensuelles par unité de consommation	20
2.2.2	Sources de revenu principales	21
2.2.3	Dépenses principales, dettes et créances	21
2.2.4	Accès et conditions de travail	23
2.3	Parcours migratoires et trajectoires résidentielles en France	24
2.3.1	Des parcours migratoires plus ou moins longs et dangereux	24
2.3.2	Motifs de départ	25
2.3.3	Durée de présence et parcours résidentiel depuis l'arrivée en France	26
2.4	Vie affective et sexuelle et histoire génésique	29
2.4.1	Entrée dans la sexualité et vie sexuelle	29
2.4.2	Histoire génésique	31
3	Situation des femmes sur le plan de la santé et de l'accès aux droits et aux soins	34
3.1	Santé perçue	36
3.2	Santé sexuelle et reproductive	39
3.2.1	Utilisation d'une contraception médicale <u>au cours de la vie</u>	39
3.2.2	Utilisation d'une contraception <u>lors de l'inclusion</u>	40
3.2.3	Raisons de non utilisation d'une contraception lors de l'inclusion	42

3.2.4	Quand un implant a été posé en France.....	43
3.2.5	Selon les entretiens : la contraception et ses malentendus	43
3.3	Violences vécues au cours de la vie	45
3.3.1	Avant l'arrivée en France	47
3.3.2	Depuis l'arrivée en France.....	52
3.4	Obstacles à l'accès aux services de santé	53
3.4.1	Le manque de suivi social.....	53
3.4.2	L'isolement relationnel	54
3.4.3	L'éloignement des centres de PMI et de Planification familiale	55
3.4.4	L'absence de couverture sociale maladie	56
3.4.5	Cumul des obstacles à l'accès aux soins	57
3.5	Recours aux services de santé.....	57
3.5.1	Recours à des soins médicaux au cours des 12 mois précédents.....	57
3.5.2	La dernière consultation	57
3.5.3	Recours à un psychologue ou un psychiatre au cours des 12 mois précédents	59
3.6	Suivi de la dernière grossesse en France (<i>Informations complémentaires recueillies lors de l'enquête de suivi</i>)	59
3.7	Dépistages : frottis cervical et test VIH	59
3.7.1	Selon les réponses aux questionnaires.....	59
3.7.2	Selon les entretiens : conditions d'accès à une médecine de prévention.....	62
3.8	Recours à une aide professionnelle en cas de violences.....	63
3.9	Nature et qualité des relations avec les professionnels de santé	63
3.9.1	Relation suivie avec un généraliste, un gynécologue ou une sage-femme	63
3.9.2	Expériences négatives dans les relations avec les professionnels de santé en France	64
3.10	Renoncement à des soins.....	67
3.10.1	Au cours des 12 mois précédant l'enquête	67
3.10.2	Renoncement à parler des violences subies.....	72
3.10.3	Médicaments « de dépannage » (<i>information complémentaire recueillie lors du suivi</i>) ...	72
3.10.4	Renoncement à l'IVG en France (<i>information complémentaire lors du suivi</i>)	73
4	Devenir des femmes huit à dix mois après leur inclusion	75
4.1	Attrition entre l'inclusion et l'enquête de suivi	77
4.2	Situation conjugale	78
4.3	Situation administrative	79
4.4	Couverture maladie de base	80
4.5	Nature et lieux d'hébergement ou de logement.....	81
4.6	Situation financière	82
4.7	Grossesses et santé perçue.....	83
4.7.1	Grossesses	83
4.7.2	Déclaration de nouveaux problèmes de santé chroniques.....	83
4.7.3	Etat de santé perçu	84
4.7.1	Expérience de nouvelles violences	85

5	Evaluation des interventions de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive	87
5.1	Préparation, réalisation et contexte des interventions.....	89
5.1.1	Accompagnements individuels	89
5.1.2	Interventions collectives	97
5.1.3	Livrets d'information	100
5.2	Taux d'attrition et profils des femmes selon le type d'intervention.....	101
5.2.1	Taux d'attrition	101
5.2.2	Profils des femmes	101
5.3	Participation aux interventions et raisons de non-participation.....	102
5.3.1	Accompagnements individuels	102
5.3.2	Accompagnements collectifs (groupes de parole)	102
5.3.3	Livrets d'information	103
5.4	Point de vue des participantes sur les interventions.....	104
5.4.1	Accompagnements individuels	104
5.4.2	Accompagnements collectifs (groupes de parole)	106
5.4.3	Livrets d'information	109
5.5	Profil des femmes revues selon leur participation déclarée aux interventions.....	110
5.6	Consultations, dépistages et changements de contraception entre l'inclusion et le suivi.....	118
5.6.1	Consultation d'un professionnel de santé, quel qu'en soit le motif.....	119
5.6.2	Consultation d'un professionnel de santé pour motif gynécologique.....	119
5.6.3	Dépistage d'infection sexuellement transmissible (IST).....	120
5.6.4	Frottis cervical	121
5.6.5	Changements de pratique contraceptive	122
5.6.6	Demandes d'aide en cas de violence	123
5.6.7	Au total	123
5.7	Connaissances des femmes sur quelques questions de santé sexuelle et reproductive	124
6	Conclusion	125
	Bibliographie	129

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition par niveaux d'étude	18
Tableau 2 : Répartition selon la maîtrise du français dans la vie courante à l'inclusion.....	19
Tableau 3 : Répartition selon la composition familiale de la chambre à l'inclusion	20
Tableau 4 : Ressources mensuelles par unité de consommation selon la situation administrative, à l'inclusion	21
Tableau 5 : Détention d'une carte Navigo selon la situation administrative et la couverture maladie de base.....	22
Tableau 6 : Manque d'argent pour de la nourriture (12 mois précédents) selon la situation administrative	22
Tableau 7 : Structures ou personnes à qui les femmes revues doivent de l'argent et montants dus	23
Tableau 8 : Accès et condition de travail (12 mois précédents) selon la situation administrative, à l'inclusion	24
Tableau 9 : Types de lieux cités par les femmes ayant vécu un épisode sans hébergement	27
Tableau 10. Nombre d'hôtels « sociaux » dans lesquels la femme a été hébergée depuis son arrivée en France, selon la durée de présence en France	28
Tableau 11. Durée de séjour dans l'hôtel actuel (mois) selon la durée de présence en France, à l'inclusion.....	28
Tableau 12 : Vie sexuelle (indicateurs de base, lors de l'inclusion).....	29
Tableau 13 : Indicateurs de conjugalité à l'inclusion	31
Tableau 14 : Histoires génésiques (lors de l'inclusion)	32
Tableau 15 : Santé perçue, problèmes de santé chronique et limitations d'activités perçues, à l'inclusion.....	37
Tableau 16 : Problèmes de santé chroniques spécifiés lors de l'inclusion.....	38
Tableau 17 : Utilisation d'une contraception médicale au cours de la vie selon l'âge à l'inclusion	39
Tableau 18 : Utilisation d'une contraception lors de l'inclusion	41
Tableau 19 : Pays d'initiation, lieu d'obtention, sélection de la méthode, satisfaction vis-à-vis de la méthode, pour les méthodes les plus utilisées lors de l'inclusion	42
Tableau 20 : Raisons de non utilisation d'une contraception, lors de l'inclusion	43
Tableau 21 - Proportion de femmes disant avoir subi au moins un type de violence au cours de la vie, selon le niveau d'études, lors de l'inclusion	46
Tableau 22 - Proportion de femmes déclarant avoir subi au moins une violence au cours de leur vie, selon le type et la gravité perçue, lors de l'inclusion	47
Tableau 23 : Proportion de femmes déclarant avoir subi des violences depuis l'arrivée en France,	52
Tableau 24 : Suivi par une assistante sociale à l'inclusion : structure dont celle-ci dépend	54
Tableau 25 : Répartition des femmes selon l'hôtel d'hébergement à l'inclusion, le temps de trajet hôtel-PMI/CPEF*, le type d'intervention testée et le département	56
Tableau 26 : Répartition des femmes selon leur couverture sociale maladie à l'inclusion	56
Tableau 27 : Lieu de la dernière consultation d'un généraliste (12 mois précédant l'inclusion)	58
Tableau 28 : Lieu de la dernière consultation pour la gynécologie (12 mois précédant l'inclusion).....	58
Tableau 29 : Dépistage du cancer du col de l'utérus avant l'inclusion.....	60
Tableau 30 : Dépistage du VIH avant l'inclusion	61
Tableau 31 : Année du dernier test de dépistage du VIH, selon le nombre de tests faits au cours de la vie	62
Tableau 32 : Types de soins qui ont fait l'objet d'un renoncement avant l'inclusion.....	69
Tableau 33 : Attrition selon les situations des femmes à l'inclusion.....	78

Tableau 34 : Attrition et évolution des situations matrimoniales huit à dix mois après l'inclusion, selon la situation de couple initiale.....	79
Tableau 35 : Attrition et évolution des situations administratives huit à dix mois après l'inclusion,.....	80
Tableau 36 : Attrition et évolution de la couverture maladie de base huit à dix mois après inclusion, selon la couverture maladie de base à l'inclusion.....	80
Tableau 37 : Type d'habitation huit à dix mois après l'inclusion, selon la situation administrative, et le niveau de ressources a l'inclusion	82
Tableau 38 : Modification du lieu de résidence selon le type d'habitation huit à dix mois après l'inclusion	82
Tableau 39 : Attrition et évolution des situations financières huit à dix mois après l'inclusion selon l'évolution de la situation d'hébergement.....	83
Tableau 40 : Attrition et évolution de la santé perçue huit à dix mois après inclusion, selon la santé perçue à l'inclusion	84
Tableau 41 : Attrition et évolution de la santé physique perçue huit à dix mois après inclusion, selon la santé physique perçue à l'inclusion	85
Tableau 42 : Attrition et évolution de la santé psychologique perçue huit à dix mois après inclusion, selon la santé émotionnelle perçue à l'inclusion	85
Tableau 43 : Raisons principales pour lesquelles les femmes n'ont rencontré les intervenantes qu'une fois.....	102
Tableau 44 : Raisons principales citées par les femmes invitées aux groupes de parole n'y ayant jamais participé, ou n'y ayant participé qu'une fois	103
Tableau 45 : Proportion des femmes rencontrées pour qui certains sujets sont mieux connus/compris grâce aux échanges avec les intervenantes.....	105
Tableau 46 : Fréquence des raisons citées par les femmes ayant pris la parole dans les groupes de parole	107
Tableau 47 : Fréquence des raisons citées par les femmes ayant apprécié de parler des sujets de santé sexuelle et reproductive en groupe.....	107
Tableau 48 : Nombre de femmes se rappelant les sujets abordés et pensant qu'ils leur sont mieux connus grâce aux groupes de parole.....	108
Tableau 49 : Caractéristiques à l'inclusion des femmes revues selon leur participation déclarée aux interventions	112
Tableau 50 : Caractéristiques à l'inclusion des femmes revues non enceintes entre les deux enquêtes selon leur participation déclarée aux interventions	115
Tableau 51 : Analyse multivariée des liens entre la participation déclarée aux interventions et le fait d'avoir consulté au moins une fois, quel qu'en soit le motif, entre l'inclusion et l'enquête de suivi.....	119
Tableau 52 : Analyse multivariée des liens entre la participation déclarée aux interventions et le fait d'avoir consulté au moins une fois pour motif gynécologique entre l'inclusion et l'enquête de suivi	120
Tableau 53 : Analyse multivariée des liens entre la participation déclarée aux interventions et le fait d'avoir fait un dépistage d'IST entre l'inclusion et l'enquête de suivi.....	121

1 Présentation du projet

1.1 Enjeux et objectifs

Les femmes représentent aujourd'hui près de 50 % des migrants dans le monde. La prise de conscience de la situation et des problèmes spécifiques que peuvent rencontrer ces femmes est apparue progressivement : qu'elles partent seules ou en famille, pour des raisons économiques, pour fuir des conflits ou des violences spécifiques liées au genre, elles sont confrontées à des parcours d'émigration souvent plus longs et dangereux. Dans les pays d'arrivée, dans un contexte où les politiques migratoires créent des situations de vulnérabilité pour les migrant.e.s, elles sont confrontées à des obstacles supplémentaires et à des discriminations spécifiques qui rendent plus complexes leur accès aux droits fondamentaux.

Dans une revue de la littérature publiée en 2014, Aniek Woodward *et al.* montrent que l'accès aux soins des migrants sans papiers en Europe est un domaine mal connu. Selon les quelques recherches existantes, la situation des personnes concernées est particulièrement délétère. Un travail comparatif mené par l'association *Médecins du Monde* dans 11 pays européens aboutit aux mêmes résultats sur les difficultés des populations migrantes, notamment réfugiées et sans papiers, à accéder aux structures de santé⁴⁶. Aniek Woodward *et al.* concluent à la nécessité de promouvoir des études quantitatives de qualité, notamment dans une démarche interventionnelle afin d'améliorer le pilotage des politiques publiques et de mieux prendre en compte les besoins spécifiques des populations concernées⁴⁷.

Plus spécifiquement, la recherche sur les questions de santé reproductive et sexuelle des migrant.e.s et demandeur.se.s d'asile s'est structurée dans l'Union Européenne (UE) depuis le milieu des années 2000 et a montré que les femmes concernées ont généralement un accès aux services de santé sexuelle et reproductive entravé par des barrières légales et financières ; le réseau EN-HERA pointe des difficultés de communication et un recours insuffisant aux services d'interprétariat dans ces services⁴⁸. Les recherches mettent en évidence une prévalence plus importante des problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, syndrome post-traumatique), une plus grande fréquence des infections sexuellement transmissibles et des frottis anormaux, un recours tardif au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pendant la grossesse, une exposition plus importante aux violences, et un recours à l'avortement plus élevé qu'en population générale (dans les quelques pays où des recherches sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été menées : Norvège, Suisse, Italie, Belgique), une moindre participation au dépistage des lésions précancéreuses du col utérin, et une utilisation moindre des méthodes de contraception. Le réseau EN-HERA a publié un guide de bonnes pratiques en matière de politiques publiques, de développement de services et d'approches participatives, de promotion des droits sexuels et reproductifs des demandeur.se.s d'asile, des réfugié.e.s et des migrant.e.s sans papiers⁴⁹. Ce guide recommande de développer des recherches qui replacent la santé sexuelle et reproductive dans le contexte plus large de la vie des personnes et pointe le manque d'études spécifiques sur :

- les déterminants de la santé des femmes migrantes, réfugiées, sans papiers,
- les infections sexuellement transmissibles autres que le VIH (Papillomavirus humain notamment),

⁴⁶ Chauvin P, Parizot I., Simonnot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries, Paris, Médecins du Monde European observatory on access to healthcare, 2009.

Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervlet F, Vicart M. et al. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité : Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe. 2105. <hal-01316094>

⁴⁷ Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning* 2014;29:818–830.

⁴⁸ EN-HERA! Network: Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants. Report 1, 2009, 118p. Accessible en ligne : http://lastradainternational.org/lsidocs/Annex_19_SRH_EN-HERA_Report_1.pdf

⁴⁹ Keygnaert I, Dedoncker K, Van Egmond K, Temmerman M, Nostlinger C. et al. Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants. A framework for the identification of good practices. Ghent, Belgium: EN-HERA! Network. Accessible en ligne : <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3248/>

- la prévention des grossesses non désirées et des avortements non sûrs,
- l'accès à la contraception,
- le développement d'outils adaptés en matière de santé sexuelle et reproductive,
- l'accès au dépistage du VIH, et aux soins correspondants.

Il recommandait aussi plus généralement de développer des recherches interventionnelles pour améliorer la réponse aux besoins de santé sexuelle et reproductive des demandeurs et demandeuses d'asile et réfugiés, en s'appuyant notamment sur des dispositifs d'« *outreach* » (« *aller vers* »).

Pour améliorer la connaissance sur les femmes migrantes qui échappent largement aux grandes enquêtes nationales, il s'agissait de mieux observer à la fois les difficultés rencontrées et les stratégies adoptées par ces femmes pour faire valoir leurs droits et accéder aux soins de santé. En France, il n'existait jusqu'à présent pas d'enquête quantitative d'envergure sur les femmes réfugiées ou demandeuses d'asile menée sur leur lieu de vie. Les résultats de plusieurs enquêtes (ENFAMS⁵⁰, PARCOURS⁵¹, ExH⁵², TEO⁵³) montrent que la précarité des migrant.e.s est propice aux risques sexuels. Dans l'accès aux droits des étrangers, les soins de santé sont longtemps restés, en France, un domaine relativement préservé : malgré le durcissement des politiques migratoires, les personnes en situation irrégulière ont pu, à travers la mise en place de l'Aide médicale d'Etat (AME), continuer à accéder à l'hôpital, mais aussi aux soins primaires, à la protection maternelle et infantile (PMI) et aux services compétents en santé sexuelle et reproductive. Or ce pilier de l'universalité des droits dans l'Etat social français semble de plus en plus fragilisé pour les migrant.e.s.

Le projet DSAFHIR se centre plus spécifiquement sur les problématiques des femmes hébergées en hôtel par le Samusocial de Paris, dont la mission première est d'« aller à la rencontre des personnes qui, dans la rue, paraissent en détresse physique ou sociale ». A la fin des années 1990, les nuitées d'hébergement attribuées aux personnes en famille par le 115 de Paris représentaient 15 % de l'ensemble des nuitées attribuées dans l'année. En 2014 ce sont 86 % des nuitées qui sont dédiées aux personnes en famille, près de 10 000 personnes en famille étant hébergées chaque nuit⁵⁴. Concentré à l'origine sur Paris, le parc hôtelier mobilisé pour les familles s'est ensuite étendu en petite, puis en grande couronne parisienne, afin de répondre à la demande toujours croissante d'hébergement. En 2014, chaque nuit, plus de 30 000 personnes en famille étaient abritées dans environ 550 hôtels répartis en Ile-de-France⁵⁵ et elles sont très majoritairement des familles migrantes.

Ce projet s'inscrit dans une perspective de recherche interventionnelle et mobilise une approche d'« *aller-vers* », afin de produire des connaissances dans le domaine de l'accès des femmes en grande précarité, migrantes, aux structures de santé sexuelle et reproductive et de fournir des éléments d'expertise permettant d'améliorer l'offre de services. L'ambition du projet est donc double :

- (1) contribuer à la connaissance sur le recours aux services de santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes hébergées,

⁵⁰ Observatoire du Samusocial de Paris. Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France, 2017, 442 p. *Accessible en ligne* : <https://www.samusocial.paris/nos-enquetes?page=1>

⁵¹ Desgrées-du-Loû A, Lert F. (dir) PARCOURS : Parcours de vie et de santé es Africains immigrés en France. La Découverte, Paris, 2017, 360 p.

⁵² Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Rapport final : Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice.. 2009, 116 p. *Accessible en ligne* : https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf

⁵³ Beauchemin C, Hamel C, Simon P. (dir.) Trajectoires et Origines (TEO) : Enquête sur la diversité des populations en France. Ined, Paris, Coll. Grandes enquêtes. 2016, 624 p.

⁵⁴ Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles, *Informations sociales*, 2014, 182(2) :142-149.

⁵⁵ Guyavarch E, Le Méner E. Les familles sans domicile à Paris et en Ile-de-France : une population à découvrir, *Politiques sociales et familiales*, 2014, 115(1) : 80-86.

- (2) participer à la construction d'une offre de prise en charge adaptée aux différentes formes de besoins dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive : contraception, sexualité, rapports sexuels contraints, IVG, IST, violences, prostitution, mutilations sexuelles...

La situation actuelle est potentiellement dramatique et coûteuse en termes de santé publique et d'insertion sociale. Les difficultés d'accès aux systèmes de soins semblent toutefois moins liées à un manque d'engagement des pouvoirs publics qu'à un problème d'adéquation entre l'offre et les besoins de santé. De plus ces femmes migrantes en grande précarité sont originaires de régions du monde très diverses en termes de normes sociales entourant les questions de sexualité et de reproduction. Leurs trajectoires sexuelles et reproductives sont potentiellement différentes des modèles de comportement sexuels et reproductifs majoritaires en France. L'analyse conjointe de l'offre et de la demande de services en matière de santé sexuelle est donc nécessaire.

Ni les données disponibles dans la littérature internationale, ni l'analyse des pratiques existantes ne permettent de savoir quelle est la façon la plus efficiente de permettre à des femmes en situation de grande précarité et d'exclusion sociale comme celles hébergées en hôtel par le Samusocial de Paris d'avoir recours aux services disponibles pour répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Il est difficile pour les femmes hébergées en hôtel de gérer un emploi du temps prévisionnel, compte tenu de leurs très grandes difficultés quotidiennes. Elles sont soumises à de nombreuses contraintes sur lesquelles elles ont peu ou pas de maîtrise, et leurs premières préoccupations sont des nécessités de survie : se loger avec leur famille de façon stable, se nourrir, régulariser leur situation administrative et sociale, se procurer des revenus... En dehors de situations d'urgence (avortement, accouchement, traumatismes, survenue inopinée d'une pathologie, etc.), le domaine de la santé sexuelle et reproductive ne fait pas partie de leurs préoccupations premières.

Deux types d'intervention de sensibilisation ont été proposés dans le cadre de ce projet :

- *un accompagnement collectif renforcé*, qui consiste à proposer aux femmes de participer à des groupes de discussion répétés, animés par des professionnelles expérimentées ;
- *un accompagnement individuel renforcé*, qui consiste à aller à la rencontre des femmes par le biais de visites individuelles et à leur proposer un accompagnement adapté. Cette approche est mise en œuvre par des professionnelles expérimentées en matière d'interventions auprès de personnes ne formulant pas de demande de service.

Enfin, un livret d'information a été donné à toutes les participantes, y compris celles du groupe témoin. Ce livret contenait la liste des services des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), de PMI, d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) les plus proches de leur hôtel, leurs adresses, numéros de téléphone et les moyens de s'y rendre à pied ou en transports en commun.

Les deux interventions pilotes ont en commun d'aller à la rencontre des femmes, alors que l'intervention témoin est purement informative. Ces deux interventions reposent sur le principe de l'« aller-vers », qui consiste à prendre acte des difficultés d'accès à un service et à aller rencontrer le public potentiel sans attendre qu'il recoure spontanément au service proposé.

1.2 Population d'étude et protocole de recherche

1.2.1 Choix de la population et des lieux enquêtés

La population d'étude et d'intervention est celle des femmes migrantes (selon la définition de l'Organisation des Nations Unies (ONU), « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ») et hébergées en hôtel « social » et âgées de plus de 18 ans dans trois zones d'Île de France :

- (1) une commune urbaine, accueillant un nombre important de familles en hôtel social, et où les ressources publiques et associatives en matière de santé sexuelle et reproductive sont nombreuses et accessibles (en Seine-Saint-Denis),
- (2) plusieurs communes situées dans un secteur urbanisé mais où les situations sont très hétérogènes en termes d'offre de services de santé (dans l'Essonne),
- (3) plusieurs communes situées dans un département où le taux de recours à la contraception était particulièrement faible d'après les résultats de l'enquête ENFAMS⁵⁶ (en Seine-et-Marne).

L'objectif était de constituer dans chaque zone un échantillon de 100 femmes minimum (une trentaine par intervention et un groupe témoin). Pour ce faire :

- au moins trois hôtels ont sélectionnés dans chaque zone, de manière raisonnée (à partir de la liste des hôtels répondant aux critères de faisabilité -locaux compatibles avec le respect de la confidentialité et de la sérénité des femmes incluses dans l'enquête-, fournie par le Samusocial de Paris) ;
- l'ensemble des femmes migrantes majeures résidant dans ces hôtels se sont vues proposer la participation à l'étude et ont été incluses si elles étaient volontaires.

1.2.2 Définition des lieux d'intervention

Dans chaque zone, un des hôtels retenus a été choisi pour accueillir l'intervention de type « accompagnement collectif », et un autre pour accueillir celle de type « accompagnement individuel ». Ce choix a été fait de façon aléatoire mais a pris en compte la capacité d'hébergement puisqu'il était nécessaire d'inclure au moins une trentaine de femmes dans chacun de ces hôtels.

1.2.3 Analyse des caractéristiques de l'offre

Les services publics compétents en services de santé sexuelle et reproductive (SSR) dont l'accès est gratuit et non sectorisé, y compris en l'absence de couverture sociale et de domiciliation sur le département ou la commune, sont les centres de PMI et les CPEF. Ces services sont cependant différents d'un département à l'autre. L'offre de soins hospitalière et libérale est elle aussi variable d'une zone à l'autre. Les représentations et les pratiques professionnelles peuvent également varier. Une **cartographie des services de santé** a donc été réalisée dans les trois zones d'étude, avec le soutien des responsables des services de SSR, et des **entretiens avec des professionnels** exerçant dans ces zones⁵⁷ ont été réalisés préalablement à l'enquête auprès des femmes (les résultats en sont présentés en annexes 1 et 2).

1.2.4 Aspects réglementaires et éthiques

Lancée au moment de la mise en œuvre de la loi 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé), l'étude DSAFHIR rentre dans la catégorie des études de santé impliquant des sujets humains et intégrant une dimension interventionnelle. Son protocole a été approuvé par un *Comité de protection des personnes* (CPP Ouest 6), et enregistrée comme suivant le protocole de référence MR03 auprès de la *Commission nationale de l'informatique et des libertés*, ainsi que dans la base *Clinical Trials*.

Compte tenu de la vulnérabilité de la population enquêtée et du cadre de la collecte des données (sur le lieu de vie et avec un accès au terrain par l'hébergeur), il était particulièrement important de garantir l'anonymat et la confidentialité des informations transmises. Par ailleurs, il fallait pouvoir recontacter les

⁵⁶ Cette enquête a été menée en 2013 auprès d'un échantillon aléatoire de familles hébergées en hôtels sociaux, centres d'hébergement d'urgence, de réinsertion sociale ou pour demandeurs d'asile d'Île-de-France.

⁵⁷ Une quarantaine de professionnels travaillant dans les trois départements de l'étude ont été interviewés (voir chapitre 6).

femmes plusieurs mois après l'inclusion et donc protéger la confidentialité des informations de contact entre les deux enquêtes. Il fallait également pouvoir faire le lien, pour une même femme, entre les questionnaires recueillis dans les enquêtes, et, en cas d'entretiens qualitatifs, entre ceux-ci et les questionnaires. La population cible de l'enquête étant largement non-francophone, il fallait lever la barrière de la langue. Enfin, l'enquête incluant des questions sur les violences, il fallait s'assurer qu'elle ne mette en danger ni les participantes ni les enquêtrices, et anticiper la gestion des situations de violences identifiées par les enquêtrices. Le protocole de recherche a été adapté en conséquence (*cf. détail en annexe 3*).

Les temps relativement longs de passation des questionnaires et des entretiens sont potentiellement un frein à la participation à l'étude, pour des femmes très sollicitées par des démarches administratives et liées à la survie quotidienne déjà chronophages. Le temps consacré à l'étude a donc fait l'objet d'un dédommagement sous forme de chèques-services pour les questionnaires et les entretiens, et de dons de produits d'hygiène féminine et de préservatifs lors des interventions.

1.3 Modalités de recueil des informations

Les femmes éligibles qui ont accepté de participer à l'étude ont été rencontrées à deux reprises : lors de l'inclusion en **avril-mai 2017**, puis en **janvier-mars 2018**.

1.3.1 L'inclusion dans le projet (enquête « vague 1 »)

Les questionnaires ont été administrés par des enquêtrices bilingues et ayant une expérience des publics ciblés, et formées à la passation de questionnaires auprès des femmes éligibles. La collecte des données s'est déroulée sur une période de deux mois, selon la procédure suivante.

Préparation de la collecte dans chaque hôtel

La préparation de la collecte dans les hôtels a été effectuée en collaboration avec le pôle Hébergement et Réservation Hôtelière du Samusocial (PHRH). Une lettre d'introduction (signée par les coordinatrices scientifiques de l'enquête) a été transmise aux hôteliers afin de les informer de l'existence de l'étude. Les hôtels dans lesquels se déroulaient les interventions de santé ont fait l'objet d'une information spécifique.

Collecte des données par questionnaires

Les enquêtrices étaient présentes dans chaque zone d'étude pendant une période de deux semaines. Après avoir identifié les langues de passation lors du premier contact avec les femmes hébergées, les entretiens ont eu lieu dans les chambres à un moment où la femme était seule afin de respecter la confidentialité des informations qu'elle transmettait. Le questionnaire durait en moyenne 45 minutes.

Après avoir recueilli le consentement écrit de l'enquêtée (*cf. formulaire de consentement en annexe 4*), l'enquêtrice administrait le questionnaire dans la langue la plus adaptée et en face-à-face.

Contenu du questionnaire

Ce questionnaire (*cf. annexe 5*) reprend certains modules des questionnaires déjà validés dans des enquêtes précédentes⁵⁸. Les dimensions explorées sont les suivantes :

- Age, origine, niveau d'études et activité professionnelle ;
- Parcours migratoire, et résidentiel depuis l'arrivée en France ;
- Situation personnelle et familiale ;

⁵⁸ Les enquêtes VIRAGE sur les violences de genre, CSF sur la sexualité, COCON et FECOND sur la contraception et l'avortement, ENFAMS sur les familles sans logement personnel.

- Histoire génésique ;
- Etat de santé perçu (général, physique et psychologique) ;
- Historique de la vie sexuelle et vécu actuel ;
- Pratiques contraceptives ;
- Accès et recours aux soins et pratiques de dépistage (frottis cervical et test VIH) ;
- Interactions avec les professionnels de santé ;
- Expérience de violences au cours de la vie.

Le questionnaire pilote a été soumis à quatre femmes volontaires et elles-mêmes migrantes et hébergées lors d'une séance de discussion collective de trois heures, et a été testé auprès de femmes hébergées dans un hôtel parisien. Il a été rédigé en français, et traduit en russe, anglais, roumain et arabe. Les langues de passation supplémentaires étaient le bambara, le berbère, le diola, le pular et le soninké.

Remplissage de la fiche contact, inclusion dans l'intervention pilote, volet qualitatif

A la fin de la passation du questionnaire individuel,

- l'enqu tre remettait à la femme les chèques-services prévus (25 euros) en dédommagement forfaitaire du temps passé ;
- elle expliquait aux quelques femmes sollicitées pour un entretien complémentaire enregistré quelles seront les modalités de cet entretien ;
- l'enquêtée renseignait la fiche contact (*cf. annexe 6*) dans laquelle étaient notés son identifiant, son numéro de téléphone et celui d'une ou deux personnes proches ;
- toutes les femmes recevaient un livret d'information, diff rent selon leur lieu d'hébergement (*cf. annexe 7*), livret explicité par l'enqu tre pour les femmes ne lisant pas le français ;
- en plus de ce livret, les femmes hébergées dans un des hôtels correspondant aux interventions testées (accompagnements collectif ou individuel)  taient informées du contenu de l'intervention mise en place, de la possibilité de participer à tout ou partie des rencontres proposées, et du caractère facultatif de cette participation.

Enquête qualitative auprès des femmes

L'enquête qualitative a commencé deux semaines après l'enquête par questionnaires. Chaque semaine, la coordinatrice de l'enquête quantitative transmettait à la coordinatrice de l'enquête qualitative le numéro d'anonymat des femmes ayant accepté de participer à l'enquête qualitative ainsi que les informations suivantes : numéro de téléphone, âge, l'hôtel de résidence, origine et langue parl e, situation administrative, situation conjugale. Un effort particulier a été mené pour intégrer des femmes non-francophones.

Les entretiens ont été réalisés par cinq enqu treuses parlant au moins deux langues (anglais, arabe, bambara, berbère, pular, roumain, russe, soussou) et deux enqu treuses francophones. Ils abordaient l'histoire migratoire, puis le parcours résidentiel, les rapports avec les services de santé et la protection sociale maladie en France, et enfin le couple, la sexualité et la contraception, et l'expérience de violences (*cf. Guide d'entretien en annexe 8*) et visaient à mieux comprendre les histoires de vie et les logiques de recours à la contraception et aux services de santé.

Les enqu treuses prenaient d'abord rendez-vous par téléphone avec les femmes et leur expliquaient le principe de l'entretien, en précisant qu'il serait enregistré, puis que l'enregistrement serait détruit après retranscription et anonymisation, et que cet entretien n'aurait aucune conséquence pour les démarches administratives ni pour l'hébergement des femmes enquêtées. Si les femmes acceptaient ces conditions, les enqu treuses leur demandaient leur numéro de chambre et fixaient un rendez-vous   un moment où personne d'autre ne serait présent dans la chambre. Le jour du rendez-vous, les enqu treuses expliquaient

à nouveau les conditions de réalisation, d'enregistrement et d'anonymisation de l'entretien, puis recueillaient le consentement écrit des enquêtées et remettaient aux femmes des tickets-service (équivalent à 50 euros) pour les dédommager du temps consacré à l'entretien.

Les entretiens, d'une durée de 45 minutes à deux heures, ont eu lieu dans la chambre d'hôtel, sauf un qui a eu lieu dans un jardin public. Bien que les femmes aient prévu, lors de la prise de rendez-vous téléphonique, d'être seules lors de l'entretien, elles étaient souvent accompagnées d'un enfant de moins de deux ans (au sein ou endormis pendant l'entretien), rarement d'enfants plus grands qui jouaient dans la chambre. Lorsque le conjoint était présent dans la chambre à l'arrivée de l'enquêtrice, il a quitté la chambre pendant l'entretien, ou l'entretien s'est déroulé dans une autre pièce mise à disposition par l'hôtel. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant participé à ces entretiens, ainsi que la langue de l'entretien, sont présentées en annexe 9.

1.3.2 Le suivi (enquête « vague 2 »)

Préparation

Les numéros de téléphone figurant sur les fiches-contact⁵⁹ ont été appelés début janvier 2018, et si nécessaire au cours des semaines suivantes, par une enquêtrice parlant leur langue⁶⁰. Chaque enquêtrice devait suivre un protocole d'appel avec plusieurs tentatives avant de considérer que les femmes étaient injoignables (*cf. annexe 10*).

Quand une femme était jointe, l'enquêtrice s'assurait qu'elle se rappelait avoir participé à la première enquête, et qu'elle était toujours d'accord pour la passation d'un deuxième questionnaire, lui rappelait les conditions de confidentialité et d'indemnisation, puis lui demandait ses disponibilités et son adresse exacte pour une rencontre.

Collecte des données par questionnaires

Les adresses (près d'une centaine de lieux de vie différents, contre 15 seulement lors de l'inclusion) et les langues de toutes celles qui ont pu être jointes et ont accepté de répondre au deuxième questionnaire ont été cartographiées de façon à définir une quinzaine de zones géographiques et un planning d'enquête, revu au jour le jour en fonction des résultats des appels. Ces femmes ont ainsi pu être à nouveau interrogées, dans leur langue, sur leur lieu de vie : soit le même hôtel, soit leur nouveau lieu de vie. Pour les femmes recontactées qui avaient quitté la région parisienne, la passation du questionnaire a eu lieu par téléphone. Quel que soit le mode de passation, la femme était indemnisée pour le temps passé dans les mêmes conditions que pour la première enquête.

Les passations des questionnaires ont été effectuées en fonction de la disponibilité des femmes et de celle des enquêtrices pour chaque zone géographique, entre mi-janvier et mi-mars 2018. Celles des questionnaires d'inclusion ayant eu lieu entre avril et mai 2017, la durée écoulée entre les passations des deux questionnaires varie donc, selon les femmes, de huit à dix mois (exceptionnellement 11 mois).

Contenu du questionnaire

Le questionnaire de suivi (*cf. annexe 11*) interrogeait spécifiquement les femmes sur l'évolution de leur situation depuis l'inclusion, à travers une approche biographique mensuelle et grâce à l'utilisation d'une

⁵⁹ *i.e.* le numéro de la femme, ou celui d'une personne proche, selon les coordonnées indiquées par la femme sur la fiche contact.

⁶⁰ Six enquêtrices, dont deux avaient participé à la première enquête.

grille biographique (« fiche AGEVEN⁶¹). Il les interrogeait aussi précisément sur leurs impressions et leur satisfaction vis-à-vis des interventions proposées.

Enquête qualitative

L'enquête qualitative a commencé deux semaines après la passation des questionnaires. Seules ont été rencontrées des femmes ayant dit aux enquêtrices qu'elles avaient participé aux groupes de parole, ou rencontré les intervenantes en charge des accompagnements individuels, y compris si elles n'avaient pas été rencontrées lors de l'enquête d'inclusion. Le protocole était le même, et les entretiens ont été réalisés par les mêmes enquêtrices qualitative. Ceux-ci portaient sur l'évolution de la situation des femmes, leur participation aux interventions et leur point de vue sur celles-ci (*cf. Guide d'entretien en annexe 12*). Ils ont duré entre une heure et une heure et demie, et ont eu lieu dans la chambre d'hôtel, sauf dans trois cas : un dans un café et deux dans l'appartement de femmes ayant quitté l'hôtel. Un enfant de moins de deux ans était parfois présent, plus rarement des enfants plus grands, et jamais le conjoint. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant participé à ces entretiens, ainsi que la langue de l'entretien, sont présentées en annexe 13.

1.4 Bilan du recueil d'informations

Pour l'enquête qualitative,

- lors de l'enquête d'inclusion, 58 contacts ont été transmis et 30 entretiens ont été réalisés⁶² ;
- Lors de l'enquête de suivi, 37 contacts ont été transmis et 30 entretiens réalisés⁶³. Parmi les 15 femmes rencontrées censées avoir participé aux groupes de parole, deux n'y avaient en fait pas du tout participé (une s'est exprimée pour sa mère, qui y avait participé), et une autre n'y avait participé qu'une dizaine de minutes. Parmi les 15 femmes censées avoir rencontré les intervenantes en charge des accompagnements individuels, une semble avoir confondu l'intervenante avec quelqu'un d'autre.
- Sept femmes ont participé aux deux enquêtes, et revu la même enquêtrice⁶⁴.

Pour l'enquête par questionnaire, le taux de réponse à l'enquête peut être calculé de deux manières : le nombre total de répondantes (475) peut être rapporté au nombre de femmes potentiellement concernées (667 hébergées dans les hôtels sélectionnés), ou au nombre de femmes à qui on a effectivement proposé de participer à l'enquête (580). Ces deux données sont différentes parce que dans les hôtels sélectionnés, les enquêtrices n'ont pas pu rencontrer les enquêtées éligibles absentes lors de leurs passages. Selon la seconde définition, **84 % des femmes qui se sont vues proposer l'étude ont accepté de participer à l'étude et ont répondu au questionnaire d'inclusion**. Ce taux de réponse est statistiquement associé à la situation administrative (les femmes sans papiers ont plus répondu que celles ayant un titre de séjour (TdS)⁶⁵ et à l'origine géographique⁶⁶ (il est plus élevé pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne que pour celles originaires d'Afrique du Nord et d'Europe de l'Est ou de Russie).

⁶¹ AGEVEN (pour Age à l'évènement) : grille conçue par des démographes pour améliorer le recueil d'information, sous forme d'un tableau avec en lignes un calendrier, et en colonnes les événements matrimoniaux, résidentiels ou autres : https://grab.site.ined.fr/en/enquetes/comparaison_afrique/ageven/

⁶² Huit numéros de téléphone n'ont pas débouché sur un contact, deux femmes ont accepté le principe de l'entretien mais ont repoussé la date du rendez-vous plusieurs fois avant de dire qu'elles n'en avaient pas le temps, une a refusé l'entretien lorsque l'enquêtrice lui a demandé son accord pour l'enregistrer, un entretien n'a pu être réalisé car aucune des enquêtrices ne parlaient le kosovar et 16 femmes n'ont pas été contactées car le nombre de femmes enquêtées dans leur hôtel était suffisant.

⁶³ Trois numéros de téléphone n'ont pas débouché sur un contact, un était celui du conjoint, deux femmes ont finalement refusé l'entretien, un entretien n'a pu être réalisé car aucune des enquêtrices ne parlaient le soninké.

⁶⁴ Sauf pour une femme qui a fait l'entretien en bambara lors de l'enquête d'inclusion et en français lors de du suivi.

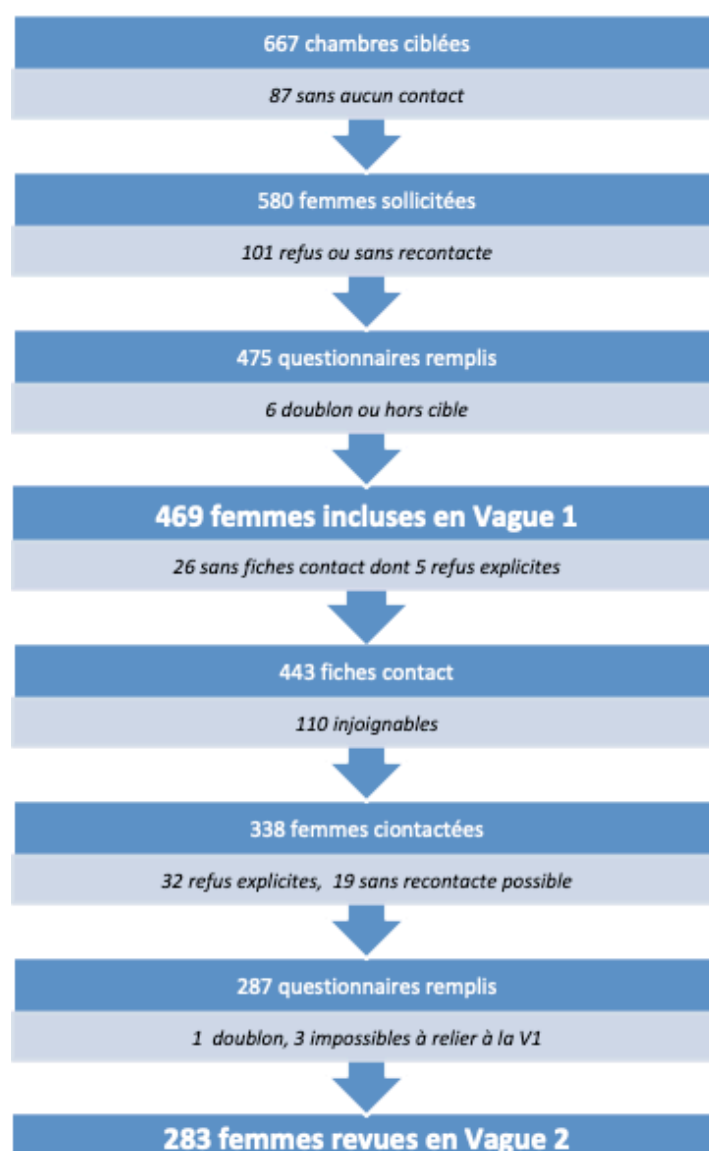
⁶⁵ p=0.03

⁶⁶ p=0.007

Cependant seules 443 des femmes ayant accepté de participer ont rempli la fiche contact permettant de les recontacter lors de l'enquête de suivi, et, parmi celles-ci, 110 sont restées injoignables lors de cette deuxième enquête alors qu'elles avaient laissé un ou deux numéros de téléphone. Au total 76 % des femmes recontactées (287/338) ont répondu au questionnaire de suivi, 7 % ont refusé secondairement de répondre à cette deuxième enquête, et pour 4 %, la passation du questionnaire n'a pu avoir lieu. Parmi les répondantes ayant accepté de laisser leur numéro de téléphone, 85 % ont participé à l'enquête de suivi.

Quatre des femmes recontactées ont assuré qu'elles avaient participé à la première enquête et ont participé à la seconde, mais leur profil (âge et/ou pays de naissance) ne correspondait à aucune des femmes initialement incluses, (premier questionnaire exclu secondairement car la femme ne correspondait pas aux critères d'inclusion, ou participation induite à la deuxième enquête), et une femme a participé deux fois, sans doute en raison de l'incitation financière.

Au total, six femmes sur dix ont pu être retrouvées et ont répondu au questionnaire de suivi (ce taux varie selon les caractéristiques des femmes (*cf. § 4.1*). Parmi les autres, 70 % étaient injoignables, et 30 % ont soit refusé explicitement d'être réinterrogées, soit n'ont pas trouvé la disponibilité pour ce faire (*cf. diagramme ci-après*).



1.5 Les interventions de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive

Les deux interventions pilotes testées sont les suivantes (elles sont décrites plus en détail dans le § 5.1) :

- **Un accompagnement collectif** sous forme de groupes de parole à raison d'une réunion par semaine pendant six semaines. Ce travail a été mené en collaboration avec le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui dispose des outils et de l'expertise pour animer ces actions. Il s'appuie sur son expérience des entretiens collectifs menés sur ces questions depuis plusieurs années⁶⁷.
- **Un accompagnement individuel** sous forme d'une première visite effectuée par des intervenantes de profil « médiatrices en santé »⁶⁸, ou proche, suivie d'un accompagnement au rythme et sous la forme souhaités par la femme, la présence des intervenantes dans chaque hôtel étant limitée à six semaines.

Dans le même temps, toutes les femmes incluses dans l'étude ont reçu un **livret d'information** sur les services de soins les plus proches, compétents notamment en santé sexuelle et reproductive. Les responsables de ces services avaient été préalablement rencontrés par l'équipe de recherche, afin de s'assurer que les femmes consultant dans ces services y obtiendraient un rendez-vous. Et celles pour lesquelles les enquêtrices identifiaient un besoin d'aide urgent étaient orientées conformément au protocole déjà cité.

A l'intérieur de chacune des zones de l'étude, un hôtel a été assignés par tirage au sort raisonné en « cluster » à l'une des deux interventions testées, de façon à ce que chacune soit proposée à au moins 90 des femmes incluses. Toutes les femmes d'un même hôtel se voyaient proposer la même intervention, ceci afin d'éviter le risque de « contamination » entre les trois groupes par contiguïté à l'intérieur d'un même hôtel.

1.6 Traitement et analyse des données descriptives

Tous les enregistrements des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé et des femmes incluses dans l'étude ont été transcrits, puis anonymisés. Les entretiens réalisés en langue étrangère l'ont été directement en français par les enquêtrices. L'analyse des transcriptions d'entretiens auprès des professionnels a été collective. Sa synthèse, et l'analyse des transcriptions d'entretiens auprès des femmes, ont été effectuées, à l'aide du logiciel NVIVO, par une sociologue médecin spécialisée en santé sexuelle et reproductive.

Les données recueillies par questionnaires ont été saisies à l'aide du logiciel LIMESURVEY, et analysées à l'aide des logiciels SAS et STATA. Les données relatives aux parcours migratoires ont fait l'objet d'une analyse typologique (analyse des correspondances multiples puis classification ascendante hiérarchique), s'appuyant sur les pays traversés, les moyens de transports utilisés, le coût, la durée et la difficulté

⁶⁷ Le MFPF anime notamment depuis 2015, dans les 9ème et 10ème arrondissements parisiens, des groupes de parole sur la périnatalité et la petite enfance, avec des femmes migrantes hébergées à l'hôtel, enceintes et/ou ayant un enfant de moins de 3 ans. Les femmes rencontrées par une équipe constituée d'une infirmière et d'une assistante sociale, sont invitées à participer à un petit déjeuner hebdomadaire, ouvert à toutes sans inscription. A partir d'une discussion basée sur les questions sur l'accueil du nourrisson et l'obtention de titres de séjour, ont émergé peu à peu des questions sur la contraception, l'excision, l'accouchement, les violences conjugales, ou encore le consentement.

⁶⁸ Cf. le Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques publié par la Haute Autorité de Santé en octobre 2017 (« La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » - document accessible en ligne).

perçue du trajet. L'analyse des éléments susceptibles d'influencer la santé des femmes à l'inclusion, leur suivi social et leurs recours aux soins ne s'est appuyée pour l'instant que sur des analyses bivariées. Il en est de même pour l'analyse des éléments susceptibles d'influencer l'évolution de la situation administrative, financière, de couverture maladie, d'hébergement et de couple des femmes entre l'inclusion et l'enquête de suivi. Sur les données recueillies à l'aide de la grille AGEVEN, les seules analyses réalisées sont le comptage des consultations et hospitalisations selon leur motif.

1.7 Evaluation des interventions testées

L'évaluation des interventions s'est en partie appuyée sur un outil développé et validé pour les interventions de promotion de la santé : ASTAIRE (AnalySe de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE)⁶⁹. Compte tenu de la complexité des interventions en promotion de la santé, la question de la transférabilité de leurs résultats d'un contexte à l'autre se pose et cet outil vise à permettre aux acteurs et chercheurs de s'inscrire dans une perspective de développement de la promotion de la santé basée sur des preuves empiriques. Il comprend 23 critères de transférabilité structurés en quatre catégories: population, environnement, mise en œuvre, accompagnement au transfert.

Les outils utilisés pour le suivi du bon déroulement des interventions, le choix des indicateurs de résultats et des modèles utilisés dans l'analyse des liens entre ces indicateurs et l'exposition théorique aux interventions (hébergement dans les hôtels où ces interventions se sont déroulées) et la participation déclarée à celles-ci, sont décrits dans le chapitre 5.

L'évaluation des interventions s'est aussi basée sur l'analyse croisée (par la sociologue déjà citée, et par le médecin de santé publique ayant analysé les données issues des questionnaires) des entretiens réalisés auprès de 30 femmes ayant dit avoir participé aux interventions.

⁶⁹ Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des Interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014;26(6):783-786.

2 Caractéristiques des femmes incluses dans l'étude

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Par construction, les femmes incluses dans l'étude ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes migrantes sans domicile personnel mises à l'abri en Ile de France. Elles présentent cependant de nombreux points communs avec celles rencontrées lors de l'enquête ENFAMS⁷⁰, menée en 2013 auprès d'un échantillon représentatif des familles sans logement personnel en Île-de-France.

Elles sont relativement jeunes (**l'âge moyen est de 34 ans, l'âge médian de 33 ans**). Les trois quarts d'entre elles sont âgées de 20 et 39 ans, donc particulièrement concernées par la thématique du projet.

2.1.1 Des origines géographiques très variées

Elles sont **originaires de 57 pays différents**, les pays de naissance les plus représentés étant la Côte d'Ivoire (13 %), le Congo ou la République Démocratique du Congo (12 %) et la Roumanie⁷¹ (10 %). Viennent ensuite le Mali (8,5 %), puis l'Algérie (7 %). Six groupes géographiques seront utilisés tout au long du rapport (*cf. tableau A1 en annexe 14*) :

- l'Afrique de l'Ouest (35 %),
- l'Afrique centrale et de l'Afrique de l'Est (21 %),
- l'Afrique du Nord, le Maghreb et le Proche-Orient (14 %),
- l'Europe de l'Est hors Union Européenne et Communauté des Etats Indépendants (CEI)⁷² (12 %),
- l'Union Européenne (UE) (pour l'essentiel la Roumanie, puis la Bulgarie) (12 %),
- les pays « autres » (6 %).

Les pays d'origine diffèrent de ceux observés parmi les femmes hébergées à l'hôtel, nées à l'étranger⁷³, de l'enquête ENFAMS - près de la moitié des femmes incluses dans l'étude sont arrivées en France après 2013-, comme de ceux des statistiques de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) (2016) (*cf. tableaux A2 et A3 en annexe 14*) :

- la proportion de femmes d'origine russe (essentiellement tchèque) est beaucoup plus faible que dans ENFAMS ; aucune femme n'est originaire des Comores (c'était le 4^{ème} pays le plus représenté dans ENFAMS). A l'inverse, les femmes nées en Côte d'Ivoire, au Congo ou en République Démocratique du Congo, sont deux fois plus nombreuses que dans cette enquête ;
- certains des pays les plus représentés parmi les demandeuses auprès de l'OFPRA en 2016⁷⁴ sont quasi absents de notre étude : c'est le cas de l'Albanie, de Haïti et de la Syrie (respectivement au 1^{er}, 2^{ème} et 4^{ème} rangs des pays d'origine recensés par l'OFPRA)⁷⁵.

2.1.2 Des situations administratives souvent instables

Au moment de l'inclusion, 41 % des femmes n'ont pas de TdS valide⁷⁶, 20 % en ont un dont la durée de validité est de moins d'un an (situations que nous qualifions de « précaires », le renouvellement n'étant pas systématiquement accordé) et 30% en ont un de plus d'un an ou sont dispensées de TdS (situations

⁷⁰ Observatoire du Samusocial de Paris, Enfants et familles sans logement, rapport d'enquête ENFAMS, 2014 (référence déjà citée)

⁷¹ Six femmes sur dix originaires de Roumanie se définissent comme « Rom/Gitane/Tzigane ».

⁷² Entité intergouvernementale composée de 9 des 15 anciennes républiques soviétiques)

⁷³ C'était le cas pour 94 % des femmes hébergées à l'hôtel enquêtées dans ENFAMS.

⁷⁴ L'Île de France reste la principale région de résidence des demandeurs (p. 20, OFPRA 2017) avec 22 % des demandeurs qui y sont domiciliés. La proportion de femmes parmi les demandeurs est de 35 % : 44 % des demandes en provenance d'Europe sont féminines, 32 % de celles provenant d'Afrique et 24 % de celles concernant l'Asie.

⁷⁵ Les femmes incluses dans notre étude sont toutefois peu concernées par la procédure d'asile (lors de l'inclusion dans l'étude, seules 9 % sont dans une procédure de demande d'asile, 3 % sont réfugiées « statutaires »), et seulement 15 % d'entre elles sont arrivées en France au cours de l'année 2016, et 15 % au cours de l'année précédente.

⁷⁶ Elles ont pu en avoir un dans le passé.

que nous qualifions de « stables »). Les demandeuses d’asile (9 %) sont également dans une situation précaire : si leur situation leur donne accès à certains droits, notamment s’agissant de la couverture maladie, elle ne leur permet pas de trouver du travail légalement⁷⁷. La répartition des femmes incluses selon leur situation administrative est similaire à celle observée dans l’enquête ENFAMS déjà citée.

Parmi celles qui ont un TdS de moins d’un an, près de huit sur dix déclarent que ce document leur permet de travailler légalement.

La situation administrative varie en fonction du pays d’origine (cf. tableau A4 en annexe 14). Les femmes originaires d’Afrique de l’Ouest sont les plus nombreuses (après les européennes) à avoir un TdS de plus d’un an ou à en être dispensées. Celles nées en Afrique centrale ou de l’Est, ou au Maghreb, en Afrique du Nord ou au Proche-Orient, sont plus souvent sans TdS valide.

Les femmes originaires d’un pays de l’UE sont, par construction, dispensées de TdS. Cependant quatre d’entre elles disent être « sans TdS valide ». Une seule dit avoir un TdS ne lui permettant pas de travailler légalement. De fait, une telle origine ne garantit pas une situation totalement valide : pour résider en France, il faut en effet justifier de ressources suffisantes et d’une assurance couvrant le risque maladie⁷⁸.

2.1.3 Une grande variabilité dans les niveaux d’étude

Parmi les femmes dont le niveau d’études est connu⁷⁹, **41 % ont un niveau d’étude supérieur ou égal au baccalauréat**⁸⁰(cf. tableau suivant), et 14 % n’ont jamais été scolarisées. Par ailleurs, trois femmes disent être en cours de formation ou de scolarisation lors de l’inclusion.

TABLEAU 1 : REPARTITION PAR NIVEAUX D’ÉTUDE

Niveau d’étude	n	%
Ecole coranique	11	2
Non scolarisée	62	13
Enseignement primaire	61	13
Enseignement secondaire	143	31
Niveau baccalauréat	107	23
Enseignement supérieur	83	18
Tous niveaux d’étude connus	467	100

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d’au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017

Lecture : 13 % des répondantes n’ont pas été scolarisées.

La répartition des femmes selon leur niveau d’études est similaire à celle observée dans l’enquête ENFAMS. **Elle varie selon le pays d’origine** (cf. tableau A5 en annexe 14)⁸¹ : les femmes scolarisées en école coranique viennent essentiellement d’Afrique de l’Ouest, et, parmi celles dont le niveau d’études est connu, celles originaires d’Europe de l’Est hors UE ou de la CEI, nées au Maghreb, en Afrique du Nord ou au Proche-Orient, et originaires d’Afrique centrale ou de l’Est, ont plus souvent eu accès

⁷⁷ mais elles sont censées toucher l’Ada (allocation pour les demandeurs d’asile, dont le montant varie selon la composition de la famille, et être prises en charge et hébergées par le DNA (Dispositif National d’Accueil).

⁷⁸ « Le droit au séjour des citoyens européens au-delà de 3 mois reste soumis à certaines conditions : le traité instituant l’UE établit une distinction entre les personnes en mesure de pourvoir à leur subsistance (travailleurs salariés ou indépendants) et les inactifs qui doivent disposer de moyens financiers suffisants et d’une assurance maladie, pour ne pas devenir une charge pour le système d’assistance sociale. Si les inactifs sont dispensés d’un titre de séjour, ils n’ont pas pour autant un droit de résider automatique (http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cir_2011_cmu_33406.pdf)

⁷⁹ Le niveau d’étude n’a pas pu être déterminé pour 13 femmes, dont 11 ayant suivi l’école coranique.

⁸⁰ ou équivalent, c’est-à-dire scolarité jusqu’à 18 ans

⁸¹ $p < 0,001$

à l'enseignement supérieur, tandis que celles originaires d'Afrique de l'Ouest ou nées dans un pays de l'UE (pour la plupart la Roumanie, puis la Bulgarie) sont plus nombreuses à ne pas avoir été scolarisées.

2.1.4 Maîtrise du français

La maîtrise de la langue française a été explorée à l'aide des questions suivantes : « *Dans la vie courante, avez-vous des difficultés [oui, un peu, non] pour comprendre le français, pour le parler, pour le lire, pour l'écrire ?* ». Une femme sur cinq dit avoir des difficultés à comprendre ou parler le français, et une sur trois à le lire ou l'écrire (cf. *tableau suivant*). Plus d'un tiers des femmes incluses ont répondu par la négative à toutes les questions, tandis qu'une sur six y ont répondu positivement.

TABLEAU 2 : REPARTITION SELON LA MAITRISE DU FRANÇAIS DANS LA VIE COURANTE A L'INCLUSION

N = 469	comprendre	parler	lire	écrire
Non (aucune difficulté) (%)	54	50	46	43
Oui, un peu (%)	26	28	23	23
Oui (%)	20	22	31	34
Toutes (%)	100	100	100	100

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 20 % des femmes disent avoir des difficultés à comprendre le français dans la vie courante.

Les réponses à ces quatre questions, codées en oui [3], un peu [2], non [1], ont été additionnées, et les femmes ont été classées selon ce score dans cinq niveaux de maîtrise du français. Plus de la moitié des femmes ont, lors de l'inclusion, une bonne ou une très bonne maîtrise du français, mais près d'une sur cinq en ont une mauvaise ou très mauvaise maîtrise, le degré de maîtrise du français variant évidemment selon le **pays d'origine** (cf. *tableau A6 en annexe 14*).

2.1.5 Composition des chambres et nombre d'enfants hébergés avec la femme

Neuf femmes sur dix vivent à l'hôtel avec au moins un enfant. Les autres cas correspondent à des situations variées : couple sans enfant, femme seule sans enfant, sans conjoint mais avec d'autres membres de sa famille. Plus de la moitié des femmes sont hébergées avec deux enfants ou plus, tandis que quatre sur dix n'ont qu'un seul enfant. La présence d'un conjoint avec des enfants, et le nombre d'enfants vivant dans la chambre, sont détaillés dans le tableau suivant.

TABLEAU 3 : REPARTITION SELON LA COMPOSITION FAMILIALE DE LA CHAMBREE A L'INCLUSION

	N	%
Composition familiale de la chambrée	469	100
En couple avec enfant(s)	231	49
Femme seule avec enfant(s)	194	41
Autres situation*	44	9
Nombre d'enfants vivant dans la chambre	469	100
Non précisé	2	0,4
Aucun	32	7
Un	191	41
Deux	144	31
Trois ou plus	100	21

* en couple sans enfant / seule sans enfant / sans conjoint avec autres membres de la famille

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 21 % des femmes vivent avec 3 enfants ou plus dans la chambre

La composition familiale de la chambrée varie selon le pays d'origine⁸² (cf. tableau A7 en annexe 14). Les femmes originaires d'Afrique centrale ou de l'Est sont plus souvent hébergées seules avec leur(s) enfant(s), tandis que celles nées dans un pays d'Europe de l'Est hors UE ou de la CEI, et celles nées dans un pays de l'UE sont quant à elles plus fréquemment hébergées avec leur conjoint. Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne vivent plus fréquemment avec un seul enfant dans la chambre, tandis que celles originaires d'Europe de l'Est hors UE ou de la CEI, de l'UE, ou du Maghreb/Afrique du Nord/Proche-Orient sont plus souvent hébergées avec trois enfants ou plus⁸³.

Le nombre d'enfants hébergés est aussi corrélé à la durée de présence en France⁸⁴ et à **la situation administrative**⁸⁵ (cf. tableau A8 en annexe 14) : il est d'autant plus élevé que la femme est en France depuis plus longtemps, et il est plus faible pour les femmes demandeuses d'asile, ou sans TdS valide.

2.2 Ressources et situation financière

2.2.1 Ressources mensuelles par unité de consommation

Les ressources mensuelles, précisées par 95 % des femmes, ne sont connues que par tranches⁸⁶. Les moyennes géométriques de chaque tranche ont été rapportées au nombre d'adultes et d'enfants vivant dans la même chambre, de façon à estimer les ressources mensuelles par « unité de consommation » (UC)⁸⁷. Ce revenu médian se situe à 83 €, une femme sur trois vit dans un ménage sans aucun revenu et une sur quatre a moins de 300 € mensuels/UC. **Ces ressources varient selon la situation administrative**⁸⁸ (cf. tableau suivant) : les ¾ des femmes sans TdS valide ayant des ressources mensuelles inférieures à 150 €/UC, versus un tiers des femmes ayant un TdS de plus d'un an ou dispensées de TdS.

⁸² Effectifs insuffisants pour un test global, p<0,001 après exclusion les femmes originaires d'autres pays.

⁸³ Effectifs insuffisants pour un test d'ensemble, p=0,002 après exclusion des femmes sans enfant vivant avec elle.

⁸⁴ p< 0,001

⁸⁵ Effectifs insuffisants pour un test global, p=0,001 pour les seules femmes ayant au moins un enfant avec elle.

⁸⁶ de 250 € (jusqu'à 1500 €) ou 500 € (jusqu'à 3000 €)

⁸⁷ Au sens de l'OCDE : 1 unité pour le premier adulte du ménage, 0,5 unité pour les autres personnes de 14 ans ou plus, 0,3 unité pour les enfants de moins de 14 ans – L'âge des enfants a été déduit des années d'accouchement.

⁸⁸ Effectifs insuffisants pour un test d'ensemble sur les sept classes, p<0,001 sur deux classes : < ou >= 150 €/UC

TABLEAU 4 : RESSOURCES MENSUELLES PAR UNITE DE CONSOMMATION SELON LA SITUATION ADMINISTRATIVE, A L'INCLUSION

	Stable (TDS* > 1 an ou dispense)	Précaire (TDS* < 1 an)	Demandeuses d'asile	Sans TDS* valide	Toutes
N*	130	91	39	183	443
Aucune (%)	13	21	38	55	34
< 70 € (%)	15	9	10	10	11
[70-150 € [(%)	6	13	10	10	9
[150-250 € [(%)	15	14	23	9	13
[250-350 € [(%)	18	10	10	9	12
[350-500 € [(%)	15	14	5	4	10
500 € et plus (%)	18	19	3	2	10
Tous niveaux connus (%)	100	100	100	100	100

* 23 données manquantes pour le niveau de ressources, 4 pour la situation administrative

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 55 % des répondantes sans titre de séjour valide n'ont aucune ressource.

2.2.2 Sources de revenu principales

Ces ressources proviennent **principalement d'allocations ou d'aides** (près de la moitié des 294 femmes disposant de ressources, de niveau connu), puis du travail rémunéré du conjoint (un peu plus d'une femme sur trois), du travail rémunéré de la femme elle-même (une sur quatre), de prêts ou de dons (moins d'une sur cinq), de la mendicité (moins d'une sur vingt).

Parmi les femmes disposant de ressources, **la proportion de celles qui citent les allocations ou aides dans leurs sources principales de revenus varie en fonction de leur situation administrative**⁸⁹ (cf. tableau A9 en annexe 14) : seule une femme sans TdS valide sur cinq cite des allocations ou des aides comme source principale de revenus, alors que c'est le cas des deux-tiers de celles ayant un TdS de moins d'un an.

Près des deux-tiers des femmes ont reçu des dons au cours du dernier mois. Il s'agit le plus souvent de colis alimentaire(s) (plus d'une femme sur deux), de bons alimentaires ou de vêtements (une femme sur six dans les deux cas), beaucoup plus rarement d'argent. **Ces proportions varient selon la situation administrative**⁹⁰ (cf. tableau A10 en annexe 14) : les femmes sans TdS valide sont les plus nombreuses à avoir reçu des dons, et des colis alimentaires.

2.2.3 Dépenses principales, dettes et créances

Certaines dépenses mentionnées fréquemment par les femmes lors des entretiens exploratoires (cartes Navigo et amendes de la Régie Autonome des Transports Parisiens (RATP), achat de nourriture) ont été intégrées dans le questionnaire lors de l'inclusion. Des questions complémentaires concernant les dettes et créances, et l'envoi d'argent au pays, ont été incluses dans le questionnaire de suivi.

Dépenses liées à l'utilisation des transports en commun

Plus des deux-tiers des femmes ont une **carte Navigo**⁹¹, mais seulement une sur trois dispose d'une **carte chargée**. Cette proportion varie selon la situation administrative et le type de **couverture maladie de base**⁹², l'enquête a en effet eu lieu alors que la réduction de 75 % sur le tarif

⁸⁹ P<0,001 – Ce n'est pas le cas pour leur propre travail rémunéré.

⁹⁰ P<0,001

⁹¹ Carte de transports valable dans les transports en commun d'Île-de-France : chargement par semaine, mois ou année.

⁹² P<0,001

des abonnements Navigo accordée auparavant aux personnes couvertes par l'AME avait été supprimée⁹³ (cf. tableau suivant).

TABLEAU 5 : DETENTION D'UNE CARTE NAVIGO SELON LA SITUATION ADMINISTRATIVE ET LA COUVERTURE MALADIE DE BASE

	N*	Carte chargée	Carte non chargée	Pas de carte	Total	p-value*
Situation administrative						
Stable (TDS* > 1 an ou dispense) (%)	138	43	24	33	100	
Précaire (TDS* < 1 an) (%)	97	46	42	11	100	
Demandeuses d'asile (%)	40	45	28	28	100	<0,001
Sans TDS* valide (%)	188	19	48	32	100	
Toutes situations connues*	463	34	38	28	100	
Couverture maladie de base						
Protection Universelle Maladie	180	61	29	10	100	
Aide Médicale d'Etat	184	16	55	29	100	
Demande en cours	22	18	32	50	100	<0,001
Aucune	78	19	22	59	100	
Toutes situations connues*	464	34	38	28	100	

* TDS= Titre de séjour – 4 données manquantes pour la situation administrative, 3 pour la couverture maladie de base, 2 pour la détention d'une carte Navigo – p-value sur deux classes (possession ou non d'une carte Navigo chargée), test de Chi2

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017

Lecture : 19 % des répondantes sans titre de séjour valide ont une carte Navigo chargée

Une femme sur deux a eu au moins une amende de la RATP au cours des 12 mois précédant l'inclusion (cette proportion de femmes est un peu plus élevée parmi les femmes sans TdS valide).

Manque d'argent récurrent pour acheter de la nourriture

Près de sept femmes sur dix déclarent avoir souvent manqué d'argent pour acheter de la nourriture durant les 12 mois précédents, Cette proportion atteint huit femmes sur dix parmi celles sans TdS valide (cf. tableau suivant).

TABLEAU 6 : MANQUE D'ARGENT POUR DE LA NOURRITURE (12 MOIS PRECEDENTS) SELON LA SITUATION ADMINISTRATIVE

	N*	Oui parfois	Oui souvent	Oui total	Total
		%	%	%	%
Toutes	469	16	68	84	100
Stable (TDS* > 1 an ou dispense)	138	20	57	76	100
Précaire (TDS* < 1 an)	97	19	60	78	100
Demandeuses d'asile	40	13	70	83	100
Sans TDS* valide	190	12	80	92	100

* TDS = titre de séjour – 4 données manquantes pour la situation administrative

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 80 % des répondantes sans titre de séjour valide disent avoir souvent manqué d'argent pour acheter de la nourriture.

⁹³ Cette décision du Conseil Régional d'Île-de-France a été annulée en octobre 2018 ; les personnes concernées bénéficient depuis d'une réduction de 50 %. Les familles ayant la CMU-C, et les chômeurs titulaires de l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) ont droit à une « réduction solidarité » de 75 %.

Envoi d'argent au pays, dettes et créances, accès à un compte bancaire (informations complémentaires collectées lors du suivi)

Parmi les femmes **revues** :

- **plus d'une sur cinq envoie de l'argent à des proches « restés au pays »**, deux-tiers d'entre elles de manière ponctuelle, un tiers de façon régulière. Le montant des envois est connu pour 15 des 23 femmes envoyant régulièrement de l'argent (de 100 à 6 000 euros par an, montant médian 350 euros),
- **une sur deux a des dettes** (cf. tableau suivant). Les montants les plus importants sont dus à la famille, puis à un hôpital. Quatre femmes ont des dettes d'un montant total supérieur à 5 000 euros : il s'agit de factures d'hôpital, de loyers impayés ou de dettes auprès d'un proche.

TABLEAU 7 : STRUCTURES OU PERSONNES A QUI LES FEMMES REVUES DOIVENT DE L'ARGENT ET MONTANTS DUS

N	N		Nb dont montant connu	Montant des dettes (euros)				
	283	%		Min	Max	p25*	p50*	p75*
Au moins une dette	143	51	110	20	20 000	134	385	1 000
RATP**	70	25	49	25	1 500	100	180	375
Cantine scolaire	34	12	30	20	3 000	93	250	590
Proches/ amis	26	9	24	20	20 000	140	325	1 550
Hôpital	23	8	19	20	13 500	150	400	1 475
Famille	15	5	13	50	3 000	500	1 000	1 350

* p25, p50, p75 : quartiles et médian - ** RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens

Source : Etude Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens, incluses dans l'étude au printemps 2017 et revues 8-10 mois après

Lecture : 25 % des répondantes disent devoir de l'argent à la RATP. Le montant en est connu pour 49 femmes, il peut atteindre jusqu'à 1500 €. Un quart d'entre elles doivent plus de 375 €.

- près d'une sur dix a des **créances** : celles-ci ont surtout été contractées depuis l'arrivée en France (quatre fois sur cinq), le plus souvent auprès d'un proche. Leur montant est connu pour 16 femmes (de 20 à 6 000 euros, montant médian 100 euros).
- quatre sur cinq ont accès à un **compte bancaire** personnel (comptes joints inclus), et 2 % des autres utilisent celui d'un tiers (conjoint ou autre). Près d'une sur cinq n'a donc pas accès à un compte bancaire quel qu'il soit.

2.2.4 Accès et conditions de travail

Près d'une femme sur trois a travaillé au cours des 12 mois précédant l'inclusion. La moitié l'ont fait dans le cadre d'un contrat de travail, et pour un tiers c'était un travail régulier⁹⁴. **La proportion de femmes ayant travaillé, ainsi que les conditions de travail, varient selon la situation administrative** (cf. tableau suivant). Les femmes demandeuses d'asile sont deux fois moins nombreuses à avoir travaillé au cours des 12 mois précédents, et les femmes sans TdS valide qui ont travaillé l'ont fait beaucoup plus souvent sans cadre légal, et de façon intermittente.

⁹⁴ La quotité de temps de travail n'est pas connue.

TABLEAU 8 : ACCES ET CONDITION DE TRAVAIL (12 MOIS PRECEDENTS) SELON LA SITUATION ADMINISTRATIVE, A L'INCLUSION

	A travaillé		Parmi celles qui ont travaillé :			
			Sous contrat de travail		Type de travail*	
	N*	%	N*	%	%	%
Ensemble	469	30	139	55	62	35
Stable (TDS* > 1 an ou dispense)	138	40	55	69	53	45
Précaire (TDS* < 1 an)	97	34	33	82	45	52
Demandeuses d'asile	40	15	6	1	5	1
Sans TDS* valide	190	23	44	23	82	14
<i>p-value</i>	<i>0,001</i>		<i><0,001*</i>		<i>0,001*</i>	

* TDS = titre de séjour – 4 données manquantes pour la situation administrative – La différence entre la somme des deux dernières colonnes et 100 % correspond aux réponses manquantes à la question – p-values issues du test exact de Fisher

Source : Etude Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 23 % des répondantes sans titre de séjour valide disent avoir travaillé au cours des 12 mois précédents. Parmi ces dernières, 23 % l'ont fait dans le cadre d'un contrat de travail, et pour 82 % c'était un travail intermittent.

La proportion de femmes ayant travaillé semble moindre dans les hôtels situés à 30 minutes ou plus de la PMI ou du CPEF⁹⁵ : une femme sur cinq, versus une sur trois dans les autres hôtels.

Parmi les femmes vivant en couple cohabitant, pour plus de la moitié d'entre elles le conjoint a travaillé au cours des 12 mois précédents. Dans les ¾ des cas, l'un et/ou l'autre ont travaillé, et dans moins d'un cas sur cinq, les deux ont travaillé. Moins d'une fois sur dix, le conjoint n'a pas travaillé tandis que la femme l'a fait. Quand le conjoint a travaillé au cours de cette période, il l'a fait dans le cadre d'un contrat de travail dans un peu moins d'un cas sur deux, et il s'agit dans deux cas sur trois d'un travail intermittent.

2.3 Parcours migratoires et trajectoires résidentielles en France

2.3.1 Des parcours migratoires plus ou moins longs et dangereux

Près de la moitié des femmes disent être arrivées en France directement, sans traverser d'autres pays. Parmi les autres, la durée du « voyage » n'a pu être calculée que pour quatre femmes sur dix : la moitié de ces femmes ont un temps de parcours d'une journée ou moins, tandis que pour un quart le voyage a duré plus de sept mois.

Pour caractériser les expériences vis-à-vis de la migration, une typologie des parcours migratoires a été construite⁹⁶. Quatre types de parcours de complexité croissante ont ainsi été définis (cf. tableaux A11 à A13 en annexe 14). Ce n'est pas tant le pays de départ qui importe dans cette classification, que les conditions de la migration – et les pays traversés.

Parcours « directs » et parcours « terrestres »

Ces deux classes, assez proches, comprennent respectivement 237 et 40 femmes (59 % au total). Les femmes du premier groupe ont pour la plupart (88 %) effectué un trajet « direct » entre leur pays d'origine et la France, les autres n'ayant traversé qu'un seul pays ; celles du deuxième groupe, toutes originaires d'un pays de l'UE, d'Europe de l'Est hors UE ou de la CEI, sont presque toutes passées par un ou des pays d'Europe (essentiellement l'Allemagne et la Hongrie), leur parcours ayant duré moins d'un mois. Presque toutes ont utilisé un seul moyen de transport, l'avion la plupart du temps pour les femmes du premier groupe (90 %), le bus pour celles du deuxième groupe (80 %). Les trois quarts des femmes du

⁹⁵ Les différences sont à la limite de la signification statistique : P=0,051 pour le test de Chi2, =0,046 pour le test exact de Fisher.

⁹⁶ à partir d'une analyse des correspondances multiples (ACM) puis d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), s'appuyant sur les pays traversés, les moyens de transports utilisés, le coût, la durée et la difficulté du trajet.

premier groupe considèrent que leur voyage n'était « pas du tout » (60 %) ou « pas trop » (14 %) compliqué⁹⁷, et 80 % disent ne s'être jamais senties en danger durant le voyage.

Trajets « complexes »

Cette classe comprend 148 femmes (32 %). Elle regroupe des femmes dont les parcours migratoires sont relativement longs (durant plus d'un mois pour un quart d'entre elles), passent par un seul (64 %), deux (22 %), trois pays ou plus (7 %). Ces parcours empruntent une diversité de moyens de transport (41 % ne citent qu'un moyen, 51 % en citent deux et 8 % trois ou plus) parmi lesquels l'avion (51 %), le bus (46 %), le train (27 %), la voiture (19 %) et le bateau (19 %), la « barque » n'étant citée que dans 3 % des cas. Le trajet est vécu comme « très » ou « assez » compliqué par respectivement 43 % et 22 % des femmes, tandis que 13 % disent s'être « souvent » senties en danger pendant le trajet, et 27 % « très souvent ».

Trajets « très complexes »

Cette classe comprend 44 femmes (9 %), dont les trajets sont longs (plus de la moitié des trajets dont la durée est connue excèdent six mois et les trois quarts traversent quatre pays ou plus), passent le plus souvent par des pays réputés dangereux comme la Libye (près d'une femme sur deux) et le Niger (une sur quatre). Le nombre de transports utilisés est également plus élevé (huit femmes sur dix en déclarent trois ou plus), dont le bateau dans plus de la moitié des cas, et la barque plus de quatre fois sur dix. Dans ce groupe, plus de huit femmes sur dix déclarent que le trajet a été « très compliqué », et neuf sur dix disent s'être senties en danger « souvent » (27 %) ou « très souvent » (64 %).

2.3.2 Motifs de départ

Selon les réponses au questionnaire

Les motifs de migration sont variés, et souvent multiples : plus de la moitié des femmes disent avoir quitté leur pays « pour leur sécurité ou celle de leur famille », et la moitié « pour améliorer leurs conditions de vie ou celles de leur famille », une sur cinq « pour rejoindre leur conjoint », et une sur dix pour des raisons concernant leur santé ou celle de leur conjoint. Les départs pour raisons de sécurité sont d'autant plus fréquents pour les femmes ont eu des trajets migratoires plus complexes (les deux-tiers des femmes en cas de trajet « complexe », neuf sur dix en cas de trajet « très complexe »).

Selon les entretiens

Certaines ont quitté leur pays pour fuir une situation économique difficile voire misérable, et trouver une vie meilleure : les femmes roumaines vivent entre la France et la Roumanie en fonction des possibilités de trouver du travail, mais il s'agit aussi parfois de départs définitifs, comme pour cette femme algérienne, soutenue par son frère dans son projet de quitter l'Algérie, et venue en avion avec un visa de tourisme :

Noura_V1 : Pour moi je suis venue pour la sécurité de mes enfants et mon frère m'a convaincue et poussée à partir. [...] Les choses sont très difficiles en Algérie, on vivait vraiment dans la misère, j'ai vendu tous mes bijoux pour vivre, mon mari a vendu sa voiture pour qu'on puisse avoir un logement, j'en pouvais plus.

Parmi les plus jeunes, certaines femmes sont venues en France pour faire des études et sont aidées dans leur projet par leur famille (comme une femme ivoirienne aidée par sa sœur). Le regroupement familial fait également partie des motifs de départ rares dans l'enquête qualitative, comme pour une femme sénégalaise ayant rejoint son mari avec ses enfants (Maty), une femme algérienne (Zahia), une femme guinéenne (Sita) ou une femme malienne (Djenebou). D'autres femmes sont venues pour se soigner

⁹⁷ C'est le coût du trajet qui leur apparaît la complexité la plus importante.

(comme une femme marocaine : Ouassila) ou pour faire soigner un enfant malade, comme une femme russe ayant un fils handicapé et un fils épileptique (Olga), ainsi qu'une femme algérienne ayant une fille atteinte d'une rare maladie rénale (Nabila).

Si les politiques (anti)migratoires distinguent l'immigration politique, parfois considérée comme légitime, et l'immigration économique, supposée illégitime, les récits des femmes rencontrées montrent que la recherche d'une vie meilleure est sous-tendue par l'espoir d'avoir des droits (aux études, au travail, à des soins, à une vie familiale heureuse) qui leur sont déniés dans leur pays. Une femme marocaine l'exprime ainsi :

Fouzia_V1 : J'avais plein d'idées dans ma tête : je vais travailler, je vais gagner ma vie, je vais rejoindre euh... mon mari. [...] Je veux la vie en rose comme on dit. [...] C'est-à-dire, ben au Maroc, c'est difficile de... de continuer les études. Pour certains non, mais... pour moi, ma famille était pas [...] derrière moi dans mes études, pas comme moi maintenant avec mes filles. [...] Nous, on voit que l'Europe, il y a la liberté, il y a chacun à soi, y a personne qui... euh... que vous faites ce que vous voulez, vous étudiez, vous faites euh... votre vie comme vous voulez, personne qui va... va vous embêter.

Mais la plupart des femmes rencontrées ont fui des formes diverses, souvent combinées, de violences (exercées par des agents de l'Etat et par des membres de la famille), et sont dans ces cas souvent exposées à des violences au cours de leur parcours migratoire, ou en France (cf. § 3.3).

2.3.3 Durée de présence et parcours résidentiel depuis l'arrivée en France

Le temps écoulé depuis leur arrivée en France⁹⁸ varie d'un mois à 43 ans, la moitié des femmes vivant en France depuis plus de 3,9 ans. Les femmes originaires du Maghreb, d'Afrique du Nord ou du Proche-Orient sont arrivées le plus récemment (cf. *tableau A14 en annexe 14*). Celles originaires d'un pays de l'UE (Roumanie pour l'essentiel) font souvent des allers-retours avec leur pays d'origine, la durée de leur présence en France est donc difficile à déterminer. Les femmes demandeuses d'asile et n'ayant pas de TdS valide sont celles qui sont arrivées le plus récemment (cf. *tableau A15 en annexe 14*).

Les femmes incluses dans l'étude sont arrivées en France en moyenne à l'âge de 30 ans⁹⁹ (moins d'une sur dix avant sa majorité). **Près d'une sur cinq a passé plus d'un quart de sa vie en France.** Celles en situation administrative « stable », et celles nées dans l'UE, sont arrivées en France les plus jeunes (cf. *tableau A16 en annexe 14*).

Les parcours résidentiels au cours de cette période articulent des épisodes sans-abri et des épisodes dans différents lieux d'habitation : logement personnel, ou chez un tiers, hébergements divers (dits de type « institutionnel », dont dans un ou des hôtels « sociaux »¹⁰⁰).

Parcours hors « hôtels sociaux »

Près de deux femmes sur trois ont été hébergées chez un tiers. Plus d'une sur deux a connu un épisode sans-abri, et parmi elles quatre sur cinq ne citent aucun autre lieu d'habitation avant l'hébergement en hôtel « social ». Une femme sur cinq a logé dans un centre d'hébergement (foyer, résidence sociale, centre d'accueil pour demandeurs d'asile...). Un peu plus d'une sur dix a habité dans son propre logement, et une sur dix a dormi dans une chambre d'hôtel payée par elle-même¹⁰¹. Si l'on considère l'ensemble des lieux dans lesquelles les femmes ont habité depuis leur arrivée en France (non-réponses exclues -3 %), les six combinaisons les plus fréquentes sont : chez un(des) tiers et lieu(x)

⁹⁸ Assimilé à leur temps de présence en France, sans précision sur le caractère continu de cette présence, certaines femmes pouvant faire des allers-retours dans leur pays d'origine.

⁹⁹ La moitié d'entre elles étant arrivées en France après 28 ans. Les âges à l'arrivée varient de 4 à 74 ans.

¹⁰⁰ i.e. payé(s) au moins en partie par l'État, une collectivité locale ou une association.

¹⁰¹ Ces différents modes d'hébergement ou de logement se combinent.

non prévu(s) pour l'habitation (LNPPH) (¼), chez un(des) tiers (¼), LNPPH seul(s) (13 %), lieu(x) de type institutionnel et LNPPH (5 %), lieu(x) de type institutionnel et chez un(des) tiers (5 %), lieu(x) de type institutionnel (4 %).

Lieux prévus pour l'habitation

Si on considère l'ensemble des lieux prévus pour l'habitation possibles, hors hôtel social : quatre femmes sur dix n'ont logé que dans des lieux « privés » (logement personnel, hôtel payé par elle, chez un conjoint, parent ou ami), et une sur quatre que dans des lieux « non privés » (chez un tiers -hors parents ou amis-, résidence sociale, foyer, famille d'accueil ou squat). Une sur deux cite un seul type de lieu. Les types de lieux uniques les plus souvent cités sont « chez des amis » (une femme sur six), puis « chez des parents » (une sur dix). Une sur cinq cite deux types de lieux, et moins d'une sur dix en cite trois ou plus. La combinaison la plus fréquente (un cas sur 20) associe « chez des amis » et « chez des compatriotes ». Ces proportions varient selon la durée de présence en France, la situation administrative et l'origine géographique (cf. tableau A17 en annexe 14).

Une contrepartie à l'hébergement (essentiellement tâches ménagères ou argent) est mentionnée par deux femmes sur dix quand elles ont été logées chez leur conjoint, des amis ou des compatriotes, par sept sur dix quand elles ont logé chez des parents, et cinq sur dix quand elles ont logé chez des « tiers ». Une femme, sur 39, mentionne dans ce cas une contrepartie sous forme de relation sexuelle (cf. § 2.4.1). Parmi les femmes ayant logé dans un squat ou dans un foyer, plus d'une sur dix mentionne une participation financière.

Lieux non prévus pour l'habitation

Parmi les femmes ayant vécu au moins un épisode sans hébergement, quatre sur dix ont pu dormir dans des hôpitaux, une sur cinq dans le métro, une sur quatre a dormi dans la rue (cf. tableau suivant).

TABLEAU 9 : TYPES DE LIEUX CITES PAR LES FEMMES AYANT VECU UN EPISODE SANS HEBERGEMENT

Type de lieu	N	%	Nombre de types de lieux différents cités*	%
Hôpitaux	104	41	Un seul	55
Dans la rue	67	27	Deux	23
Métro/RER**	54	21	Trois	12
Parc	43	17	Quatre ou plus	9
Immeuble / cage d'escalier	17	7	Lieux non précisés	1
Arrêt de bus	12	5		
Lieu de culte	12	5		
Bus/bus de nuit	11	4		
Bois	5	2		
Aéroport	4	2		
Parking souterrain	2	1		

* 16 données manquantes - **RER = Réseau express régional

Source : Etude Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017 ayant vécu un(des) épisode(s) sans hébergement

Lecture : 27 % des répondantes ayant vécu un(des) épisode(s) sans hébergement ont dormi dans la rue. 23 % ont cité deux types de lieux non prévus pour l'habitation différents.

Ce sont les femmes demandeuses d'asile ou en situation administrative « stable », et celles originaires d'un pays de l'UE (essentiellement des roumaines et des bulgares) qui déclarent le, plus souvent avoir vécu cette situation. (cf. tableau A18 en annexe 14).

Hébergements en « hôtel social »

Toutes les femmes sont, par construction, hébergées dans un « hôtel social » au moment de l'inclusion. Elles ont aussi souvent été hébergées dans d'autres de ces hôtels. Le nombre d'hôtels varie de 0 à « 100 » (*sic*). Parmi les femmes arrivées en France depuis moins de trois ans, plus d'une sur cinq a été hébergée dans plus de quatre hôtels « sociaux »¹⁰² (*cf. tableau suivant*).

TABLEAU 10. NOMBRE D'HÔTELS « SOCIAUX » DANS LESQUELS LA FEMME A ETE HEBERGEES DEPUIS SON ARRIVEE EN FRANCE, SELON LA DUREE DE PRESENCE EN FRANCE

	Durée de présence en France*				Toutes
	< 1 an	[1-3 ans[	[3-6 ans[	>= 6 ans	
N	84	123	134	127	468
Nombre d'hôtels « sociaux »* depuis l'arrivée en France	%	%	%	%	%
1	43	19	19	13	22
2	15	28	20	14	20
3 ou 4	21	32	21	24	25
5 à 9	17	18	31	26	24
10 ou plus	4	4	8	23	10
Total	100	100	100	100	100

* Hôtels payés par l'Etat, une collectivité locale ou une association – La durée de présence en France peut ne pas être continue

Source : Etude Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 43 % des répondantes présentes en France depuis moins d'un an ont été hébergées dans un seul hôtel « social »

Leur durée de séjour dans l'hôtel où elles sont hébergées lors de l'inclusion varie de moins d'un mois à 13 ans. Un quart vivent dans ce même hôtel depuis moins de cinq mois, la moitié depuis plus d'un an, un quart depuis plus de 2,2 ans. **La durée médiane de séjour varie fortement selon le département** où est situé l'hôtel : elle est beaucoup plus longue pour celles hébergées en Seine-Saint-Denis que pour celles hébergées dans l'Essonne ou en Seine-et-Marne (différences pour partie liées à des facteurs institutionnels), et elle augmente avec la durée de séjour en France (*cf. tableau suivant*).

TABLEAU 11. DUREE DE SEJOUR DANS L'HOTEL ACTUEL (MOIS) SELON LA DUREE DE PRESENCE EN FRANCE, A L'INCLUSION

	Durée de séjour dans l'hôtel actuel (mois)						N
	moyenne	min	max	p25*	p50*	p75*	
Durée de présence en France*							
< 1 an	4,5	0,5	18	1	3,5	6	84
[1-3 ans [	13	0,5	36	6	12	19	122
[3-6 ans [	24	0,5	72	11	24	36	134
>=6 ans	41	0,5	156	10	24	64	128
Toutes	22,2	0,5	156	5	12	26,5	468

* durée de présence en France peut ne pas être continue – p25, p50, p75 = quartiles et médiane

Source : Etude Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017 ayant vécu un(des) épisode(s) sans hébergement

Lecture : Les répondantes présentes en France depuis moins d'un an sont hébergées dans l'hôtel actuel depuis en moyenne 4,5 mois.

¹⁰² il est impossible de savoir si ce décompte inclut ou non l'hôtel où elles sont au moment de l'inclusion, nous avons donc arbitrairement additionné les réponses 0 et 1.

2.4 Vie affective et sexuelle et histoire génésique

Presque toutes les femmes incluses ont eu un enfant, puisque c'est une des conditions qui favorise l'attribution d'une chambre d'hôtel par les institutions.

2.4.1 Entrée dans la sexualité et vie sexuelle

Indicateurs de base

Seulement 2 % des femmes n'ont jamais eu de rapport sexuel. L'âge moyen d'entrée dans la sexualité est de 18,9 ans et la moitié des femmes ont eu deux partenaires sexuels au cours de leur vie.

TABEAU 12 : VIE SEXUELLE (INDICATEURS DE BASE, LORS DE L'INCLUSION)

	moyen	min	max	p25*	p50*	p75*
Age au 1er rapport	18,9	8	44	16	18	20
Nombre de partenaires au cours de la vie	3,2	1	100	1	2	3
		n	%			
Nombre de répondantes n'ayant jamais eu de rapport sexuel **		8	2			
Partenaire lors du 1er rapport	Futur mari avant le mariage	63	14			
	Mari-nuit de noce	182	40			
	Autre partenaire	184	40			
	Quelqu'un qui a profité de vous	10	2			
	Une personne qui vous a forcé	16	4			
Nombre de partenaires au cours du dernier mois	0	205	46			
	1	242	54			
	2	2	0,5			
Attirance sexuelle au cours de la vie ***	Uniquement hommes	428	91			
	Surtout hommes, aussi femmes	18	4			
	Autant hommes que femmes	7	2			
	Surtout femmes, aussi hommes	1	0,2			
	Uniquement femmes	0	0,0			
	Ni les uns ni les autres	1	0,2			
	Ne sait pas	4	1			

* p25, p50, p75 = quartiles et médian - **12 valeurs manquantes - *** 10 valeurs manquantes

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : La moitié des répondantes ont eu leur premier rapport avant l'âge de 18 ans – 25 % ont eu 3 partenaires ou plus au cours de leur vie – 2 % n'ont jamais eu de rapport sexuel

Indicateurs complémentaires

Plus d'une femme sur cinq a subi une mutilation génitale (MG)¹⁰³. Cette proportion, similaire de celle observée dans l'enquête ENFAMS, varie fortement selon la région de naissance¹⁰⁴ : près des deux-tiers des femmes originaires d'Afrique de l'Ouest sont concernées mais seulement 3 % de celles nées dans les autres régions du monde¹⁰⁵. Elle varie également, parmi les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest,

¹⁰³ La question posée était : « Avez-vous été coupée / excisée / vous a-t-on enlevé quelque chose en bas / avez-vous été purifiée ? » (quatre réponses « ne sait pas » et deux manquantes)

¹⁰⁴ p<0,001

¹⁰⁵ La mutilation génitale concerne les sept femmes nées en Gambie ou en Mauritanie, 90 % de celles nées au Mali ou en Guinée (N=45), les deux-tiers des 25 femmes nées au Sénégal, plus de 40 % de celles nées en Côte d'Ivoire ou au Nigeria (n=75), une femme sur les cinq nées en Angola.

selon le niveau d'études et la durée de séjour en France¹⁰⁶ : elle est de 90 % pour les femmes n'ayant pas été scolarisées, de 60 % pour celles de niveau primaire ou secondaire, de 33 % pour celles de niveau baccalauréat ou plus ; elle est plus importante pour les femmes arrivées en France depuis plus de trois ans, et pour celles arrivées depuis moins d'un an.

Plus d'une femme sur dix dit ressentir souvent ou toujours des douleurs lors des rapports sexuels. Cette proportion est deux fois plus importante en cas de MG (18 %, *versus* 9 %)¹⁰⁷.

Le questionnaire abordait la question de la sexualité tarifée, difficile à déclarer dans le cadre d'une enquête en face à face : les questions, inédites, visaient à tester leur acceptabilité dans une enquête de ce type. 6 % des femmes incluses ont déclaré avoir déjà eu une forme de sexualité tarifée au cours de leur vie (39 réponses manquantes), et une femme dit avoir eu des échanges sexuels tarifés au cours du mois précédant l'enquête (81 réponses manquantes).¹⁰⁸

Expérience affective et contexte conjugal

Un tiers des femmes se disent célibataires et 42 % sont mariées mais 52 % sont en couple au moment de l'enquête, généralement avec des conjoints plus âgés et originaires du même pays. (*cf. tableau suivant*).

La situation conjugale varie selon l'origine géographique et l'âge des femmes (*cf. tableau A19 en annexe 14*) : celles nées en Afrique sub-saharienne, et spécifiquement d'Afrique centrale et de l'Est, sont plus nombreuses à ne pas être en couple au moment de l'inclusion ; ce sont les répondantes les plus âgées, au-delà de 40 ans, qui déclarent le plus souvent ne pas être en couple.

¹⁰⁶ Respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,04$.

¹⁰⁷ $p = 0,02$

¹⁰⁸ Sous déclaration probable

TABLEAU 13 : INDICATEURS DE CONJUGALITE A L'INCLUSION

		n	%
Statut matrimonial	Célibataire	155	33
	Fiancée	10	2
	Mariée	195	42
	Divorcée, séparée, en instance de divorce	54	12
	Veuve	13	3
	Autres	42	9
Statut de couple	En couple, vivent ensemble	243	52
	En couple, pas ensemble	33	7
	Pas en couple	192	41
Age du conjoint (femmes en couple)*	Plus âgé	192	77
	Du même âge**	39	15
	Plus jeune	19	8
Pays de naissance du conjoint***	Même pays que la femme	234	87
	France	1	0,4
	Autre	42	12

* 26 valeurs manquantes - ** Même âge à 1 an près - *** 8 valeurs manquantes

Source : Etude DSAFHIR - Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 33 % des répondantes sont célibataires, 52 % sont en couple et cohabitent. Quand elles sont en couple, leur conjoint est plus âgé qu'elle dans 77 % des cas, et est né dans le même pays qu'elle dans 87 % des cas.

2.4.2 Histoire génésique

Presque toutes (93 %) ont au moins un enfant en France vivant avec elles, et seulement 4 % n'ont eu aucune grossesse. Les deux tiers des répondantes ont accouché au moins une fois en France, et trois sur dix ont eu au moins une IVG au cours de leur vie (*cf. tableau suivant*).

TABLEAU 14 : HISTOIRES GENESIQUES (LORS DE L'INCLUSION)

	n	%	
Nombre de grossesses au cours de la vie*	aucune	18	4
	1	101	22
	2	147	31
	3	106	23
	>= 4	97	21
	Grossesse en cours	49	10
Nombre de naissances vivantes (excluant mort-nés et grossesses en cours)	aucune	28	6
	1	114	24
	2	141	30
	3	94	20
	4	48	10
	5	23	5
	6	21	5
Age au 1^{er} accouchement (parmi naissances vivantes)	< 18 ans	59	13
	18-22 ans	157	36
	23-25 ans	78	18
	26-30 ans	95	22
	> 30 ans	51	12
A accouché au moins 1 fois en France	312	67	
Nombre d'enfants vivant avec la femme	aucun	43	9
	1-2	328	70
	3-4	85	18
	> 4	13	3
	A au moins un enfant qui ne vit pas avec elle	152	33
A au moins un enfant qui ne vit pas en France	138	29	
Nombre d'IVG au cours de la vie**	aucune	323	69
	1	71	15
	2	41	9
	3	10	2
	>= 4	22	5
	Nombre de fausses-couches au cours de la vie***	aucune	366	80
1		66	14
2		18	4
>= 3		7	2

* incluant grossesse en cours et enfants mort-nés - ** réponse inexploitable pour 2 femmes - *** réponse inexploitable pour 12 femmes (le nombre d'IVG et de fausses-couches n'a pu être calculé que pour les femmes en ayant déclaré moins de 6).

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 21 % des répondantes ont eu 4 grossesses ou plus (dont celles en cours. 10 % sont enceintes lors de l'inclusion).

Le fait d'avoir accouché en France est associé à l'âge, à l'origine géographique et à la durée de présence en France (cf. tableau A20 en annexe 14) : ce sont les femmes âgées de 20 à 40 ans qui ont le plus souvent accouché en France ; celles originaires d'Afrique sub-saharienne ont plus souvent accouché en France, c'est moins fréquent pour celles nées en Europe de l'Est hors UE ; celles présentes en France depuis plus longtemps ont plus souvent accouché en France.

La proportion de femmes ayant eu recours à l'IVG est semblable à celle estimée dans la population générale, mais les IVG répétées semblent un peu plus fréquentes¹⁰⁹. Le fait d'avoir eu au moins une IVG au cours de la vie est associé à l'origine géographique, et à la situation de couple : les femmes originaires de pays de l'UE, d'Europe de l'Est hors UE et de la

¹⁰⁹ 33 % des femmes auraient eu recours au moins une fois à l'IVG dans la population générale, et 20 % n'y auraient eu recours qu'une seule fois au cours de leur vie. **Source** : Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*, 69 (3), 2014, 365-398.

CEI déclarent plus souvent avoir eu une IVG au cours de leur vie, de même que celles en couple vivant avec leur conjoint (*cf. tableau A21 en annexe 14*).

3 Situation des femmes sur le plan de la santé et de l'accès aux droits et aux soins

Les femmes incluses ont été interrogées sur leur état de santé générale à la fois physique et psychologique, à l'aide de questions issues des enquêtes en population générale. Leurs déclarations permettent de calculer des indicateurs de santé au moment de l'enquête.

3.1 Santé perçue

Les questions sur la santé générale perçue sont considérées comme des indicateurs globaux de santé qui sont de bons prédicteurs de la survenue de limitations fonctionnelles et de troubles cognitifs¹¹⁰. Ils dépendent moins du niveau et de la nature des contacts entre la personne et le milieu médical que les indicateurs « objectifs » de la santé tels que : « avoir une maladie chronique ».

Un peu plus de la moitié des femmes (56 %) jugent leur santé générale bonne ou très bonne (soit 10 points de moins que dans la population générale, pourtant plus âgée¹¹¹), **un tiers l'estiment assez bonne et 11 % l'estiment mauvaise ou très mauvaise**. Elles sont plus nombreuses à juger que leur santé psychologique est mauvaise ou très mauvaise, (cf. *tableau suivant*).

Concernant la santé mentale, seule une partie des questions relatives aux symptômes de dépression et d'anxiété du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* ont été posées, il n'est donc pas possible de conclure à l'existence de troubles psychiatriques. Néanmoins, sur l'ensemble des femmes (une sur dix n'a pas répondu à ces questions), on constate que :

- une sur quatre déclare avoir souffert à la fois de l'ensemble des symptômes évocateurs de dépression au cours des deux dernières semaines¹¹², et d'une anxiété quasi-quotidienne au cours des six mois précédents¹¹³,
- près d'une sur quatre dit avoir souffert d'anxiété quasi-quotidienne au cours des six mois précédents, sans l'ensemble des symptômes évocateurs de dépression dans les deux dernières semaines,
- et près d'une sur dix dit avoir souffert de l'ensemble des symptômes évocateurs de dépression au cours des deux dernières semaines, sans anxiété quasi-quotidienne au cours des six mois précédents ;
- au total, plus de la moitié des femmes déclarent avoir souffert de l'ensemble des symptômes évocateurs de dépression au cours des deux dernières semaines et/ou d'anxiété quotidienne au cours des six mois précédents.

¹¹⁰ Selon le dernier rapport de la DREES sur la santé en France, cet indicateur global « peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, comme la gravité des maladies, certains aspects positifs de l'état de santé, certains troubles qui ne donnent pas lieu à un recours au système de soins, les composantes physiologiques ou encore certaines dimensions psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé » (DREES, 2017).

¹¹¹ Selon ce même rapport, en 2014, les enquêtes en population générale indiquent que 65,5 % des femmes perçoivent leur santé générale comme très bonne ou bonne, 25 % comme assez bonne et 9 % comme mauvaise ou très mauvaise.

¹¹² *French version 5.0.0, 1998* : réponses positives à une des questions A1 ou A2, à une des questions A3a ou A3b, à la question A4b, et à au moins trois des questions A5a à A5g

¹¹³ Réponses positives aux questions : « Avez-vous l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien vous sentez-vous excessivement préoccupée, inquiète, anxieuse, pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage ? » et « Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ? »

TABEAU 15 : SANTE PERÇUE, PROBLEMES DE SANTE CHRONIQUE ET LIMITATIONS D'ACTIVITES PERÇUES, A L'INCLUSION

	N	%
	469	100
Santé générale perçue*		
Très bon	102	22
Bon	160	34
Moyen	153	33
Mauvais	46	10
Très mauvais	7	1
Santé physique perçue*		
Très bon	106	23
Bon	157	34
Moyen	141	30
Mauvais	52	11
Très mauvais	11	2
Santé psychologique/émotionnelle perçue*		
Très bon	78	17
Bon	104	22
Moyen	186	40
Mauvais	76	16
Très mauvais	22	5
Association de symptômes évocateurs de dépression au cours des deux dernières semaines**	159	38
Anxiété quasi-quotidienne au cours des 6 mois précédents	224	54
Déclare au moins un problème de santé chronique* **	109	24
Se sent limitée depuis > 6 mois dans ses activités quotidiennes à cause d'un problème de santé****		
Oui, fortement	33	7
Oui, mais pas fortement	41	9

* 1 valeur manquante pour la santé générale, 2 pour la santé physique, 3 pour la santé psychologique

** Mini International Neuropsychiatric Interview, French version 5.0.0, 1998. Questions A1 à A5a/g.

*** Avez-vous actuellement une maladie qui dure plus de 6 mois et nécessite un traitement et un suivi lourd ? (6 manquantes)

**** Etes-vous limitée à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? (130 manquantes, assimilées à des réponses négatives) - Si oui, depuis combien de temps ? (11 manquantes)

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 22 % des répondantes estiment que leur état de santé générale est très bon – 54 % ont ressenti de l'anxiété presque tous les jours au cours des six mois précédents.

Près d'une femme sur quatre dit **avoir au moins un problème de santé chronique**. Cette proportion varie avec l'âge¹¹⁴ : elle est maximale (43 %) pour les femmes âgées de 45 à 49 ans, et minimale (13 %) pour celles âgées de 18 à 24 ans. Plus de 15 % des femmes **se sentent limitées dans leurs activités quotidiennes depuis plus de six mois du fait d'un problème de santé**. La proportion de femmes se sentant fortement limitées varie également selon l'âge¹¹⁵ : 35 % pour les femmes de 50 ans ou plus, *versus* 0 % pour les 18-24 ans.

La nature des problèmes de santé chroniques déclarés est précisée dans le tableau suivant (20 % des femmes ayant déclaré avoir un(des) problème(s) de santé chronique(s) en ont spécifié au moins deux), les plus fréquents sont le diabète et l'hypertension, suivis des troubles respiratoires et des troubles ostéo-articulaires.

¹¹⁴ p=0,008

¹¹⁵ p<0,001

TABLEAU 16 : PROBLEMES DE SANTE CHRONIQUES SPECIFIES LORS DE L'INCLUSION

	Nombre de femmes	% parmi celles ayant déclaré avoir un problème de santé chronique (n = 109)	% parmi l'ensemble des femmes (N=469)
Nombre de problèmes dont la nature a été spécifiée*			
Un seul	85	78	18
Deux	14	13	3
Trois	5	5	1
Quatre	2	2	0,4
Cinq	1	1	0,2
Nature des problèmes de santé chroniques déclarés			
diabète	19	17	4
hypertension artérielle	16	15	3
respiratoires	13	12	3
ostéo-articulaires	12	11	3
hépatites et problèmes de foie	9	8	2
du sang/circulation	8	7	2
troubles de la thyroïde	7	6	1
gynécologiques	7	6	1
virus de l'immunodéficience humaine	6	5,5	1
digestifs/de l'estomac	5	5	1
cancer	3	3	1
psychiatriques	3	3	1
cardiaques	3	3	1
troubles de l'alimentation	2	2	0,4
rénaux	2	2	0,4
« liés au stress »	2	2	0,4
Autres**	15	14	3

* deux valeurs manquantes

** Parmi 'autres' : cholestérol, épilepsie, migraine, myasthénie, problème de glandes, problèmes d'oreille/d'audition, allergie, sarcoïdose

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 18 % de l'ensemble des répondantes disent souffrir d'un seul problème de santé chronique. Parmi celles ayant déclaré au moins un tel problème, 17 % souffrent de diabète.

La **corpulence** a pu être calculée à partir des données déclaratives sur le poids et la taille, rapportées aux normes de l'OMS. Selon ces normes, une femme sur trois est en surpoids et une sur quatre est obèse. La proportion de femmes obèses augmente avec l'âge¹¹⁶.

La santé physique perçue et la santé émotionnelle perçues sont fortement corrélées entre elles¹¹⁷. Les deux (cf. tableaux A22 et A23 en annexe 14) sont liées négativement à l'âge et à la présence d'un problème de santé chronique. Elles varient de la même façon selon la situation administrative (ce sont les femmes sans TdS, ou avec un TdS qui ne permet pas de travailler, qui jugent leur santé de la façon la plus négative).

La santé physique perçue varie selon l'origine géographique : les répondantes nées en Afrique subsaharienne la jugent plus positivement, tandis que celles originaires d'Afrique du Nord, du Maghreb ou du Proche-Orient et celles originaires d'Europe de l'Est hors UE ou de la CEI la jugent plus négativement.

¹¹⁶ p<0,0001

¹¹⁷ p<0,0001

La santé émotionnelle perçue est associée au niveau d'études, et surtout à l'origine géographique :

- les répondantes n'ayant pas été scolarisées sont celles qui la jugent de la façon la plus positive et celles qui ont fait des études supérieures qui la jugent le plus négativement ;
- ce sont les femmes nées en Afrique de l'Ouest qui la jugent de la façon la plus positive, et celles nées en Afrique centrale ou de l'Est qui la jugent de la façon la plus négative.

L'existence d'une anxiété quasi-quotidienne au cours des six mois précédents est fortement associée à une mauvaise santé physique ou émotionnelle perçue¹¹⁸. Elle varie également selon l'origine géographique (ce sont les femmes nées en Afrique du Nord, au Maghreb ou au Proche-Orient qui sont les plus affectées) (cf. *tableau A24 en annexe 14*).

3.2 Santé sexuelle et reproductive

3.2.1 Utilisation d'une contraception médicale au cours de la vie

Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels (N=461) :

- 41 % ont pris la pilule, 22 % ont eu un(des) implant(s),
- 8 % ont eu un(des) dispositif(s) intra-utérin(s) (DIU) au cuivre et 2 % un(des) DIU hormonal(aux),
- 1 % ont eu recours à la pilule du lendemain, 1 % aux injectables, et 1 % aux patchs.

Le recours à la contraception d'urgence semble sous-déclaré : lors de l'enquête de suivi, les réponses à une question citant explicitement cette méthode conduisent à estimer le taux de recours « au moins une fois dans la vie » parmi les femmes revues à 15 %, tous âges confondus.

Au total plus de six femmes sur dix disent avoir utilisé une contraception médicale¹¹⁹ au moins une fois au cours de leur vie. Pour les femmes âgées de 20 ans ou plus, cette proportion est d'autant plus importante qu'elles sont plus jeunes¹²⁰ (cf. *tableau suivant*). Elle ne varie pas selon l'origine géographique.

TABLEAU 17 : UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION MEDICALE AU COURS DE LA VIE SELON L'AGE A L'INCLUSION

	n**	N**	% parmi les répondantes ayant déjà eu des rapports sexuels
18-19 ans	1	3	33
20-29 ans	104	138	75
30-39 ans	132	213	62
40-49 ans	40	72	56
50 ans et plus	11	28	39
Total	288	454	63

Méthodes considérées : pilule, DIU au cuivre et hormonal, implant, injectable, patch - ** 6 valeurs manquantes

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017 ayant déjà eu des rapports.

Lecture : 74 % des répondantes âgées de 20 à 29 ans disent avoir utilisé au moins une fois une contraception médicale au cours de leur vie.

De plus 16 % ont eu recours aux préservatifs masculins, 3 % ont utilisé la méthode du calendrier, 1 % le retrait, moins d'1 % les capes cervicales, moins d'1 % une autre méthode (allaitement, savon...). Aucune ne dit avoir eu recours aux préservatifs féminins.

¹¹⁸ p<0,0001

¹¹⁹ Méthodes considérées : pilule, DIU au cuivre et hormonal, implant, injectable, patch

¹²⁰ p<0,0001

3.2.2 Utilisation d'une contraception lors de l'inclusion

Pour analyser l'utilisation de la contraception, nous limitons l'analyse, comme dans les enquêtes en population générale, aux femmes âgées de moins de 50 ans (94 % de l'ensemble), et, parmi ces dernières, à celles exposées à un risque de grossesse non-prévue¹²¹. La moitié des femmes de 15 à 49 ans sont ainsi considérées comme concernées par la contraception (cette proportion est plus faible que celle constatée en population générale dans l'enquête Baromètre 2016 (72 %), mais les publications issues de l'enquête Baromètre Santé, comme celles issues des enquêtes FECOND, utilisent une définition de l'exposition au risque de grossesse non prévue moins restrictive, puisqu'elle inclut aussi les femmes qui, bien que n'ayant pas de rapports sexuels au moment de l'enquête, en ont eu cours des douze derniers mois¹²²). La première raison de non exposition au risque de grossesse non prévue dans notre étude est l'absence de rapports sexuels avec des hommes au moment de l'enquête, qui concerne plus de la moitié des femmes non exposées, puis la grossesse en cours (un quart) et le désir de grossesse (près d'un cinquième).

Parmi les femmes exposées au risque de grossesse non prévue, les trois quarts déclarent utiliser une contraception. Ce taux est très inférieur à celui rapporté par les enquêtes réalisées en France en population générale parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans (97 % selon les enquêtes FECOND 2010 et 2013¹²³, 92 % selon l'enquête Baromètre Santé 2016 déjà citée, variant fortement selon l'âge : 96 % entre 20 et 24 ans, 81 % au-delà de 44 ans), et ce, bien que le nombre de femmes concernées soit sous-estimé dans notre étude par rapport à ces enquêtes. Le taux d'utilisation d'une contraception rapporté dans l'enquête ENFAMS (45 %) était fortement sous-estimé car calculé sur un dénominateur différent (l'ensemble des femmes non enceintes).

Le premier moyen de contraception utilisé est la pilule (plus d'un tiers des femmes utilisant une contraception), puis l'implant (un quart de celles-ci). Les préservatifs masculins sont en troisième position, devant les DIU¹²⁴, qu'ils soient au cuivre ou hormonaux (*cf. tableau suivant*).

Cette hiérarchie est semblable à celle observée dans l'enquête ENFAMS, mais diffère de celle constatée dans l'enquête menée en population générale, dans laquelle les DIU occupent la deuxième place, et les préservatifs masculins la troisième, l'implant étant beaucoup moins utilisé.

Le taux d'utilisation de la contraception ne varie pas selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes, sauf pour l'âge (*cf. tableau A25 en annexe 14*) : les femmes âgées de 30 à 39 ans utilisent plus souvent la contraception (81 %) que les répondantes plus jeunes (72 %) ou plus âgées (57 %).

Il augmente avec la durée de présence en France¹²⁵. Il est beaucoup plus élevé quand la femme a accouché au moins une fois en France¹²⁶, et un peu plus quand celle-ci a consulté un.e gynécologue dans les 12 mois précédents, ou quand elle a réalisé un frottis cervical en France¹²⁷. Ce n'est pas le cas quand elle a consulté un médecin généraliste ou une sage-femme dans les 12 mois précédents.

Il ne varie pas de façon statistiquement significative selon le temps de trajet entre l'hôtel et les centres de PMI et de PF les plus proches.

¹²¹ Sont exclues les femmes enceintes, souhaitant avoir un enfant, stériles, ménopausées, ayant eu une hystérectomie, qui déclarent ne pas avoir de rapports sexuels avec des hommes au moment de l'enquête (réponses à la question « Pourquoi n'utilisez-vous pas de contraception ? »)

¹²² Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre Santé 2016 : Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p. Accessible en ligne.

¹²³ DREES, L'état de santé de la population en France, rapport 2017, accessible en ligne.

¹²⁴ DIU = dispositif intra utérin (stérilet)

¹²⁵ $p=0,01$

¹²⁶ $p<0,001$

¹²⁷ $p = 0,03$ et $p=0,01$.

TABLEAU 18 : UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION LORS DE L'INCLUSION

	N	% parmi celles utilisant une contraception (N=174)	% parmi l'ensemble des femmes exposées au risque de grossesse non prévue (N=233)
Total	233		
Utilisation d'une méthode de contraception	174		75
Méthodes utilisées			
Pilule	64	37	27
Implant	44	25	19
Préservatifs masculins	27	16	12
Stérilet cuivre	12	7	5
Stérilet hormonal	7	4	3
Calendrier	5	3	2
Retrait	3	2	1
Patch	3	1	1
Allaitement	1	0,6	0,4
Cape cervicale	3	1	1
Pilule du lendemain	2	1	1
Ligature des trompes	3	1	1
(Toutes autres méthodes = 0)			

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 75 % des répondantes exposées au risque de grossesse non prévue disent utiliser une contraception. Parmi celles-ci, 37 % prennent la pilule.

Exception faite des préservatifs masculins, les répondantes ont en très grande majorité commencé à utiliser leur méthode actuelle en France, et l'ont souvent obtenu à l'hôpital ou dans une maternité. Le choix de la méthode est souvent fait conjointement par le médecin et la femme pour la pilule et le DIU. Pour l'implant, la décision semble revenir plus souvent à la répondante. Le choix des préservatifs masculins est fait par la femme ou par elle et son partenaire.

Les plus forts taux de satisfaction reviennent aux préservatifs masculins et au DIU, et les plus faibles taux d'insatisfaction aux préservatifs masculins et à l'implant, cependant les faibles effectifs (DIU, préservatifs) limitent les possibilités d'analyse (cf. tableau suivant).

TABLEAU 19 : PAYS D'INITIATION, LIEU D'OBTENTION, SELECTION DE LA METHODE, SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA METHODE, POUR LES METHODES LES PLUS UTILISEES LORS DE L'INCLUSION

	Pilule		Implant		Préservatif masculin		DIU (cuivre et hormonal)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	59	100	40	100	24	100	11	100
Pays d'initiation de la méthode								
France	52	88	39	98	9	43	11	100
Autre	7	12	1	3	12	57	0	0
Lieu d'obtention								
Cabinet privé	4	7	4	10	0	0,0	3	27
Protection Maternelle et Infantile	4	7	2	5	3	13	2	18
Centre de santé	5	9	0	0	0	0	0	0
Hôpital/maternité	27	46	32	80	1	4	6	55
Planning Familial	0	0	1	3	0	0	0	0
Pharmacie	20	34	0	0	9	38	0	0
Supermarché	0	0	0	0	6	25	0	0
Conjoint	0	0	0	0	4	17	0	0
Choix de la méthode								
par la femme	14	24	17	43	5	21	4	36
par la femme et son partenaire	2	3	7	18	13	54	2	18
par le partenaire	1	2	0	0	0	0	0	0
par la femme et le médecin	30	51	12	30	2	8	5	46
par le médecin ou la sage-femme	12	20	5	13	1	4	1	9
Satisfaction vis-à-vis de la méthode								
Oui totalement	38	67	25	64	17	77	8	73
Oui en partie	7	12	10	26	2	9	1	9
Non	10	18	3	8	2	9	2	18

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : Parmi les répondantes prenant la pilule, 88 % disent qu'elles ont commencé à la prendre en France, 46 % qu'elles l'ont obtenue à l'hôpital ou à la maternité, 51 % que ce choix s'est fait en concertation entre elle et un médecin, et 67 % se disent satisfaites de cette méthode.

3.2.3 Raisons de non utilisation d'une contraception lors de l'inclusion

Les 59 femmes exposées au risque de grossesse non prévue qui disent ne pas utiliser de contraception, n'en ont pas toujours précisé les raisons, et la question a souvent été comprise dans le sens restrictif de non utilisation de contraception **médicale** (cf. tableau suivant).

Une femme concernée sur cinq évoque l'expérience ou la peur des effets secondaires, elles sont moins nombreuses à parler de « raison religieuse », et l'absence d'accès à une contraception pour raison financière, ou faute de trouver un gynécologue accessible, est marginale, de même que le refus du partenaire.

TABLEAU 20 : RAISONS DE NON UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION, LORS DE L'INCLUSION

	N	% parmi les femmes exposées au risque de grossesse non prévue n'utilisant pas de contraception (N=59)	% parmi celles ayant répondu à la question (N=47)
« N'aime pas » ou « n'a pas envie »	14	24	30
Effets secondaires (expérience ou peur)	12	20	26
Raison religieuse	8	14	17
En attente de... (<i>opération, retour de couches, vient de faire une fausse-couche</i>)	5	8	11
Non accès à une contraception médicale (<i>ne trouve pas de gynéco, pas d'argent</i>)	3	5	6
« N'a jamais utilisé »	3	5	6
« Ne tombe pas enceinte depuis longtemps »	1	2	2
Refus du partenaire	1	2	2
Non réponse ou « ne sait pas »	12	20	
Toutes	59	100	

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 20 % des répondantes exposées au risque de grossesse non prévue n'utilisant pas de contraception disent que c'est parce qu'elles ont peur des effets secondaires.

3.2.4 Quand un implant a été posé en France...

Plus d'une femme sur cinq a eu un implant posé en France. Il a été prescrit à la maternité pour les ¾ des femmes concernées. Les effets secondaires (prise de poids, troubles du cycle menstruel) sont fréquents : ils concernent 68 % des femmes interrogées. Pourtant, moins d'une sur deux a été informée de possibles effets secondaires.

3.2.5 Selon les entretiens : la contraception et ses malentendus

L'enquête qualitative permet de préciser les logiques des choix contraceptifs. Elle permet notamment de mettre en évidence les malentendus existant entre femmes et professionnel.les en ce qui concerne les pratiques contraceptives.

Elle montre que les méthodes ne nécessitant pas de prescription médicale sont souvent apprises d'autres femmes, parentes, ou amies. Ces méthodes sont souvent combinées entre elles, notamment les préservatifs et/ou l'évitement des rapports sexuels pendant les jours estimés féconds et/ou le retrait :

Anjali_V2 : « Des fois, je prends les préservatifs, et des fois aussi je calcule normalement. »

Les femmes rattachent le choix de ces méthodes, d'utilisation ponctuelle et ne nécessitant pas d'intervention médicale, à la rareté de leurs rapports sexuels, liée soit à l'absence de partenaire, soit à la présence des enfants dans la même chambre d'hôtel :

Esther_V1 : « Je regarde seulement mes, mes règles, mes, mes jours, c'est tout. Et ça fait deux ans que je suis comme ça. Je n'ai même plus envie de quelque chose.

Enquêtrice : D'accord. Depuis deux ans vous n'avez pas eu d'homme dans votre vie ?

Esther : Ouais absolument, j'ai pas envie. »

Si le choix d'une méthode basée sur l'estimation de la date de l'ovulation ou de méthodes d'utilisation ponctuelle pendant le rapport sexuel (comme les préservatifs) apparaît cohérent au regard des conditions de vie, d'hébergement et de sexualité des femmes, il peut être source de malentendus auprès des professionnel.les de santé, qui semblent préférer des méthodes dont l'efficacité théorique est plus élevée :

Nishi_V1 : « Le docteur m'a parlé de le mettre en bas, à l'intérieur [le stérilet]. Et... je ne veux pas... Et puis vous savez (rires) je n'ai besoin que d'un préservatif par mois ! (Rires) »

L'implant est utilisé par un quart des femmes interrogées utilisant une contraception, contre 4,3 % dans la population générale¹²⁸. L'enquête qualitative auprès des professionnel.les (cf. annexe 1) avait mis en évidence des logiques spécifiques de prescription préférentielle de l'implant aux femmes hébergées, dès leur sortie de la maternité : les professionnel.les justifiaient cette pratique par leur incertitude vis-à-vis de la réalisation de la consultation à deux mois de l'accouchement dans un contexte de grande mobilité résidentielle. L'enquête qualitative auprès des femmes permet de saisir leur expérience de cette prescription en post-partum immédiat, à la maternité. Du côté des femmes, c'est la perception d'absence de choix qui domine :

Armine_V1 : « Au début, à l'hôpital, ils ne m'ont pas demandé ce que je voulais. Ils ont dit qu'ils me mettraient quelque chose le dernier jour. Je n'avais pas le choix. Pour moi, le principal, c'était de ne pas tomber enceinte, alors j'ai accepté de ne pas demander plus de précisions et c'était un implant. »

L'usage de l'implant apparaît d'autant plus contraint que le point de vue de la première intéressée n'est pas recueilli directement par les professionnel.les lorsque ces dernière.s, confrontées à des besoins de traduction, ne sollicitent pas un interprète professionnel, mais des proches pour traduire (incomplètement) les propos échangés :

Rim_V1 : « Je porte le stérilet depuis déjà sept mois, mais avant ça j'avais eu un implant pendant deux ans qu'on m'a posé à Bordeaux suite à l'accouchement de ma fille. Je ne savais pas si c'était bien ou pas ; c'était ma cousine qui a discuté avec le médecin donc je ne comprenais pas tout. Je l'ai enlevé parce qu'il me faisait mal au bras, donc j'ai changé pour un stérilet. »

Lorsque plusieurs méthodes de contraception ont été proposées aux femmes, les effets secondaires de l'implant (prise de poids et troubles du cycle menstruel) sont fréquemment minimisés voire occultés.

Awa_V1 : « Si on m'avait dit que ça fera grossir, j'acceptera pas. Parce que pour être comme ça, je n'aime pas du tout. »

Lorsque les femmes interrogent les médecins sur les effets secondaires de l'implant dont elles ont entendu parler, les médecins nient parfois l'existence de tels effets, réduits à des « rumeurs de femmes » (Zahia). Corollaires de ces logiques médicales de prescription de l'implant, les réticences médicales à enlever un implant mal supporté par leurs utilisatrices engagent celles-ci dans de longues démarches pour changer de méthode contraceptive. Divine raconte ainsi qu'une sage-femme de PMI l'a faite revenir trois fois suite à sa demande de retrait d'implant en raison d'une prise de poids de 10 kg : deux fois pour la peser, et une fois pour lui faire acheter le produit anesthésiant nécessaire au retrait de l'implant. Une autre femme, Nabila, a dû attendre quatre mois et voir trois médecins différents pour obtenir le retrait de son implant en raison de saignements répétés et d'infections¹²⁹.

La prescription de l'implant en post-partum immédiat, l'absence de proposition d'alternative contraceptive, la minimisation voire l'occultation ou la dénégation des effets secondaires liés à l'implant, et enfin l'imposition de délais indus pour retirer un implant concourent donc à faire de l'implant une contraception parfois imposée par les médecins et sages-femmes aux femmes migrantes hébergées.

Cependant, l'implant peut aussi être prescrit et choisi pour sa discrétion vis-à-vis d'un conjoint désapprouvant l'usage d'un contraceptif. Le choix de l'implant semble alors résulter d'une discussion entre femme et médecin, et relever d'une des modalités consensuelles de prescription contraceptive mises en évidence par l'enquête quantitative :

¹²⁸ Baromètre Santé 2016.

¹²⁹ Possiblement un déséquilibre de la flore vaginale lié à l'usage prolongé de protections périodiques en raison des saignements quasi-continus

Djenebou_V1 : « Il [conjoint] ne veut pas que je prenne les contraceptions, il ne veut pas. Mais moi j'ai fait, mais lui il n'est pas au courant, parce que des fois il fouille mes affaires. Pour savoir si j'ai des pilules cachées que je prends à son insu. Quand j'ai su cela, j'ai expliqué à mon gynécologue. Alors il m'a proposé de mettre l'implant au bras, comme ça je suis tranquille moi.

Le choix d'une méthode contraceptive s'inscrit alors dans une entente entre femme et médecin sur les objectifs prioritaires de la contraception dans cette situation, c'est-à-dire ici l'efficacité et la discrétion. Dans les autres situations décrites, le choix de l'implant résulte au contraire de malentendus entre femmes et professionnel.les, voire de non-dits et de mensonges médicaux.

3.3 Violences vécues au cours de la vie

Les femmes incluses dans l'étude ont été interrogées sur leur exposition à tous types de violences, classés ainsi :

- destruction ou confiscation, de papiers d'identité, ou chantage lié à ces papiers ;
- dégradation ou vol d'affaires ou d'argent ;
- insultes ;
- menaces (orales, ou physiques, avec ou sans arme) ;
- agression physique ;
- agression sexuelle, relation sexuelle forcée ;
- privation de liberté, séquestration ;
- travail (forcé) non ou très peu payé, ou contrôle de son argent.

Pour chaque type de violence déclaré, elles ont précisé qui en étai(en)t le(s) auteur(s), où/quand le(s) fait(s) avai(en)t eu lieu (dans leur pays d'origine, durant la migration, ou depuis leur arrivée en France), et comment elles jugeaient leur gravité. La gravité étant appréciée pour l'ensemble des faits de même type, il n'a pas toujours été possible de distinguer le niveau de gravité de faits liés à tel auteur ou telle période/lieu.

Parmi l'ensemble des femmes incluses dans l'étude, trois femmes sur quatre déclarent avoir subi au cours de leur vie au moins une forme de violence, quelle qu'elle soit. Les proportions de femmes disant avoir subi chaque type de violence, quel qu'en soit l'auteur ou la gravité perçue, sont détaillées dans le tableau suivant. Les types de violences déclarées les plus fréquents sont les insultes (près d'une femme sur deux), puis les vols et les menaces (plus d'une sur trois). Les agressions physiques concernent trois femmes sur dix, les violences sexuelles près d'une sur quatre.

Comme c'est souvent le cas dans les enquêtes de ce type, les violences sexuelles ont été sous-déclarées et leur fréquence est donc sous-estimée. Ainsi, alors que 107 femmes déclarent des agressions sexuelles au cours de leur vie dans le module du questionnaire consacré aux « violences »¹³⁰, la prise en compte des rapports sexuels forcés déclarés dans le module « sexualité » concerne 37 femmes supplémentaires. Celles-ci ont principalement déclaré des rapports forcés par le partenaire actuel (17 femmes), mais aussi fait état d'un premier rapport sexuel forcé (neuf femmes) ou d'une IVG à la suite d'un viol (cinq femmes). Après prise en compte de ces informations complémentaires, **près de trois femmes sur dix ont subi des violences sexuelles**. Et si on intègre les mutilations génitales dans les violences sexuelles, au total 45 % des femmes incluses dans l'étude sont concernées. Dans l'enquête Virage, réalisée en 2015¹³¹, la proportion de femmes de 20 à 69 ans disant avoir été victimes de viol ou de tentative de viol

¹³⁰ La question posée concernant les violences sexuelles était : Est-il déjà arrivé que quelqu'un vous agresse sexuellement, vous force à avoir des relations sexuelles que vous ne vouliez pas ?

¹³¹ Cette enquête « Violences et Rapports de Genre » a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 20 à 69 ans résidant en France métropolitaine et en ménages ordinaires

au cours de leur vie est estimée à 3,7 %, et celle des femmes disant avoir subi une ou des agressions sexuelles, quelles qu'elles soient, à 14,5 %¹³².

Aucune de ces proportions ne varie de façon significative selon l'âge, par contre plusieurs varient selon le niveau d'études (*cf. tableau suivant*), les taux de déclaration les plus élevés concernant plutôt les femmes de niveau d'études secondaires.

TABLEAU 21 - PROPORTION DE FEMMES DISANT AVOIR SUBI AU MOINS UN TYPE DE VIOLENCE AU COURS DE LA VIE, SELON LE NIVEAU D'ETUDES, LORS DE L'INCLUSION

	Niveau d'études						Tous niveaux connus	p-value
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Bac	Supérieur	Ecole coranique		
N*	62	61	143	107	83	11	467	
Papiers d'identité (destruction, confiscation, chantage)	18 %	10 %	22 %	21 %	14 %	0 %	18 %	ns
Affaires ou argent (vol, dégradation)	18 %	33 %	44 %	38 %	40 %	0 %	36 %	0,001*
Insultes	44 %	33 %	65 %	52 %	42 %	0 %	49 %	<0,001
Menaces	27 %	21 %	41 %	36 %	46 %	0 %	35 %	0,001*
Agression physique	35 %	18 %	41 %	26 %	29 %	0 %	31 %	0,002*
Agression sexuelle	24 %	23 %	27 %	22 %	19 %	0 %	23 %	ns
Privation de liberté	16 %	15 %	24 %	21 %	23 %	0 %	20 %	ns
Travail non payé ou argent contrôlé	11 %	13 %	24 %	11 %	8 %	9 %	15 %	0,015*
Tous types	66 %	59 %	87 %	70 %	76 %	9 %	73 %	<0,001*

* hors données manquantes, =2 pour le niveau d'études - test exact de Fisher

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Ile-de-France et âgées d'au moins 18 ans.

Lecture : 35 % des répondantes n'ayant jamais scolarisées déclarent avoir vécu au moins une agression physique au cours de leur vie.

Parmi les femmes disant avoir subi au moins une violence, quelle qu'elle soit, neuf sur dix jugent qu'au moins un de ces faits a été grave ou assez grave, et huit sur dix qu'au moins un de ces faits a été très grave. Ces proportions varient de 50 % pour les insultes à 86 % pour les agressions sexuelles.

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, deux sur trois déclarent avoir subi au moins une violence « grave » ou « assez grave », quelle qu'en soit la forme, et plus d'une sur deux ont dit en avoir subi au moins une « très grave ». Les types de violences subies sont détaillés dans le tableau suivant.

¹³² Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population et Sociétés* 2016, N°538, 4 p. Accessible en ligne.

TABLEAU 22 - PROPORTION DE FEMMES DECLARANT AVOIR SUBI AU MOINS UNE VIOLENCE AU COURS DE LEUR VIE, SELON LE TYPE ET LA GRAVITE PERÇUE, LORS DE L'INCLUSION

	Parmi l'ensemble des femmes			Parmi les femmes ayant vécu au moins une violence de ce type		
N=469	A subi au moins une violence* jugée...			A jugé au moins un de ces faits ...		
	grave ou non	grave ou assez grave	très grave	N	grave ou assez grave	très grave
Type de violence						
Papiers d'identité (destruction, confiscation, chantage)	18 %	15 %	13 %	84	85 %	70 %
Affaires ou argent (vol, dégradation)	36 %	32 %	22 %	168	89 %	61 %
Insultes	49 %	37 %	24 %	232	74 %	48 %
Menaces	35 %	33 %	28 %	164	95 %	80 %
Agression physique	31 %	28 %	24 %	144	90 %	77 %
Agression sexuelle	23 %	21 %	20 %	107	91 %	86 %
Privation de liberté	20 %	19 %	16 %	96	93 %	80 %
Travail non payé ou argent contrôlé	15 %	12 %	9 %	70	79 %	59 %
Tous types	73 %	65 %	57 %	341	89 %	78 %

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Ile-de-France et âgées d'au moins 18 ans.

Lecture : 23 % des répondantes disent avoir été agressées sexuellement au moins une fois, 20 % disent l'avoir été et avoir jugé ce(s) fait(s) très grave. Parmi ces 107 femmes 91 % ont jugé ce(s) fait(s) grave(s) ou assez grave(s), et 86 % l'ont (les ont) jugé(s) très grave(s).

3.3.1 Avant l'arrivée en France

On a vu plus haut que les violences sont souvent citées comme motif de départ par les femmes enquêtées.

Une femme sur deux déclare avoir vécu au moins une forme de violence dans leur pays d'origine. Si la forme de violence la plus souvent signalée est l'insulte (26 % des femmes), les proportions de femmes signalant des menaces, agressions ou privations de liberté sont elles aussi élevées : 23 % disent y avoir subi au moins une agression physique ; 21 % disent avoir été menacées ; 17 % disent y avoir subi au moins une agression physique ; 12 % disent avoir été privées de liberté. Ces proportions ne varient pas de façon significative selon la durée de séjour dans ce pays¹³³, à l'exception de celle des femmes déclarant avoir été insultées, ou menacées, qui augmentent avec le temps passé dans leur pays d'origine.

Une femme sur six dit avoir vécu au moins une forme de violence au cours du trajet migratoire, et 4 % disent avoir subi des violences sexuelles.

Les discours recueillis lors des entretiens sont éloquents.

La violence d'Etat au premier plan

Reconnue par l'OFPRA comme ouvrant droit au statut de réfugié.e, la violence d'Etat est au premier plan du récit des enquêtées qui ont fui la guerre ou des persécutions politiques, comme celui d'une femme syrienne ayant traversé l'Afrique du Nord à pied et en bus, et d'une femme qui a fui le Bangladesh en raison des conflits entre hindous et musulmans après la tentative d'assassinat de son beau-père (hindou)

¹³³ La durée de vie dans le pays d'origine a été estimée à partir de l'âge lors du départ, elle est en moyenne de 28 ans, de même que la médiane, et varie de 4 à 74 ans ; un quart des femmes ont quitté leur pays d'origine avant l'âge de 6 ans, et un quart alors qu'elles avaient plus de 56 ans.

par des responsables d'administration musulmans. C'est aussi le cas d'une femme née au Kazakhstan et qui vivait en Tchétchénie :

Dilnaz_V1 : La Tchétchénie, c'est ma patrie, mais ici tu peux vivre tranquillement. C'est le principal. [...] Ma fille grandit. Je veux mourir en paix, pas dans la guerre. [...] Je n'ai jamais rien fait de mal, je n'ai pas combattu... Quand tu aides une personne, humainement, par pitié, et ensuite j'ai reçu des menaces. J'ai compris que je ne vivrais jamais tranquillement avec ma fille.

Elle a obtenu le statut de réfugiée, contrairement à une autre femme, angolaise, dont le mari a été enlevé en raison de ses activités politiques et qui a été violée par des policiers en Angola pendant sa troisième grossesse :

Lara_V1 : Là-bas là, le père de mes enfants, c'est participé avec un parti politique. [...] Même moi aussi, [...] je faisais de la cuisine. [...] Après là, mon mari disparaît. Il a disparu avec le campagne là-bas, après les campagnes mon mari c'est disparu. Après le jour, les, les jours suivants, ils viennent chercher mon mari. Mon mari il est pas là à la maison, il est... les gens de politique de président, ils commençaient à me... de me... de me menacer. [...] Ceux qui me violaient, c'est les partis du président, les policiers qui me suivaient et qui me violaient. [...] Ils me violaient avec la grossesse.

Violée par plusieurs policiers, elle se réfugie chez un homme qui l'héberge en échange de rapports sexuels, puis parvient à quitter l'Angola avec ses deux filles aînées en 2014 : elles prennent l'avion avec de faux papiers, obtenus grâce à l'aide d'une autre militante. Cette femme n'a eu aucune nouvelle de son mari depuis qu'il a disparu, et dit ne pas savoir s'il est vivant ou mort.

Ces femmes sont souvent aidées à partir par des amis ou des parents, comme cette femme ayant fui la République Démocratique du Congo : son père lui donne de l'argent qui lui permet de se procurer un visa de tourisme, un passeport d'emprunt et des billets d'avion pour la Turquie, puis pour la France, elle peut ainsi éviter les routes les plus dangereuses. Elle n'obtiendra pas le statut de réfugiée. C'est aussi le cas d'une autre femme (Eunice) ayant fui la République Démocratique du Congo en avion suite au meurtre de son mari, tué car il travaillait pour le père du président.

Le plus souvent, la violence d'Etat décrite n'est pas dirigée contre un parti ou mouvement politique précis, mais relève de représailles contre ceux, ou plutôt celles, qui ont aidé des opposants au régime en place sans nécessairement savoir qu'ils étaient des opposant.e.s, ou, sont proches de personnes impliquées dans des conflits ou activités politiques sans l'être elles-mêmes directement. C'est le cas de la femme précédemment citée qui a fui la Tchétchénie, ou d'une femme malienne (Dariatou) mariée à un homme ivoirien qui a fui la Côte d'Ivoire en guerre, mais aussi d'une femme qui a fui la République Démocratique du Congo car elle était menacée pour avoir hébergé un couple de congolais (du Congo-Brazzaville) avec qui sa mère faisait du commerce. Suite au meurtre de sa mère par le parti du président, elle décide de partir et parvient à prendre l'avion pour la France avec un visa :

Deborah_V2 : Quand ma mère m'a proposé, c'est ma mère, je ne peux pas refuser. [...] Moi, je n'ai rien remarqué, or que les gens-là, ils étaient des filtrés, des infiltrés. Il est venir pour renverser le loi de Joseph Kabila. [...] Mais moi, je savais pas. Dans la situation ma mère, il était... il était morte.

Enquêtrice : Elle a été tuée par les hommes de Kabila ?

Deborah : Oui, oui, oui. Il était vraiment compliqué. Même des journalistes, beaucoup de gens, ils étaient morts à cause des problèmes là, à cause des infiltrés là. Alors, moi, j'ai quitté le pays à cause de ça.

Cette femme a été déboutée de l'asile. La diversité des situations présentées et de l'issue de ces demandes d'asile témoigne de la part d'arbitraire qui préside au traitement des demandes d'asile. Il est possible que les activités de femmes aidant des opposants politiques ne soient pas considérées comme proprement politiques par les agents de l'OFPPA, et ne débouchent pas sur un statut de réfugiée. De plus, les femmes ont d'autant plus de difficulté à mettre en récit des événements douloureux qu'elles parlent peu le français et qu'elles ont des niveaux de scolarisation faibles (primaire pour la femme

angolaise). Ces deux facteurs relèvent d'effets de genre qui contribuent à limiter l'accès des femmes au statut de réfugiée, mis en évidence par Jane Freedman¹³⁴ et Smaïn Laacher¹³⁵.

De plus, la mise en récit des violences, plus immédiatement intelligible dans le récit d'une femme de 34 ans qui a fui le Congo-Brazzaville pour des raisons politiques, semble devoir répondre à des attentes implicites des agents de l'OFPRA. Parmi ces attentes figure la reconnaissance médicale du traumatisme psychique. L'absence de consultation psychologique dessert la demande d'asile de cette femme congolaise victime de viol par des militaires, venue en France en avion après avoir donné de l'argent à « un monsieur » pour obtenir un passeport d'emprunt et un visa de tourisme :

Divine_V2 : On était à la cour [d'appel du droit d'asile], ils m'ont demandé, comme j'étais victime de viol, pourquoi je n'avais pas eu de consultation avec un psychologue. J'ai dit : « Je savais pas si c'est comme ça ici ». [...] Si c'était le cas, j'allais consulter, mais je savais pas. [...] J'ai été victime de viol et on m'a tapée aussi. C'étaient les militaires.

Enquêtrice : Et vous, vous étiez dans une organisation politique ou qu'est-ce qui se passait ?

Divine : Non. En fait, c'est mon ex-compagnon, il était gardien chez Colonel. Là, il était décédé aussi. Il était gardien là-bas [...] puisqu'il y avait son ami qui était le proche de Colonel. [...] Après, le Colonel il avait le problème avec le président. Et en fait, et après, il y avait l'arrestation. [...] Il y avait des morts, des morts. Ceux qui étaient vivants, on les a arrêtés. Et après, lui [mari], il était recherché. Lui, il a pris la fuite. Moi, j'étais restée avec les enfants, et le policier est venu me chercher [...] Et après, on m'a enlevée. On m'a tapée devant les enfants, on m'a enlevée, on m'a emmenée à un endroit calme [larmes]. Et après, ils m'ont violée. Après, je n'avais plus le choix de rester. Ils ont dit : « Si tu montres pas là où se trouve ton mari, tu vas le remplacer ». J'ai été obligée de prendre la fuite aussi de m'enfuir.

Fuir les violences de genre

Les violences vécues par les femmes dans le pays qu'elles ont quitté sont souvent le fait de membres de leur famille.

Les raisons du départ sont souvent multiples et intriquées entre elles. Du point de vue des femmes, ce cumul de difficultés renforce la nécessité de la migration, mais, du point de vue des agents de la politique migratoire, il diminue les chances d'obtenir un titre de séjour (ici pour raison de santé) du fait de l'impossibilité de relier l'émigration à une cause précise. Ainsi, une femme camerounaise venue en France en 2013 pour faire faire une prothèse à son fils de 16 ans gravement blessé dans un accident de train, parle des violences conjugales qui ont contribué à sa décision de quitter le Cameroun, et explique qu'elle n'y retourne pas après que son fils a reçu des soins en France. Partie en 2013 avec ses deux enfants, elle se rend en Espagne en bateau avec un visa, puis en France en bus, et n'a actuellement pas de titre de séjour :

Esther_V1 : Bon là... normalement on n'avait pas l'idée de partir. Mais comme mon fils avait fait l'accident [accident de train dans lequel il a eu un pied coupé], et c'est là où son père a dit comme le Cameroun vraiment, c'est un peu... c'est la galère, donc l'enfant est... est petit, il ne peut pas rester comme ça. C'est là où moi, j'avais pris la décision. Comme j'étais quand même maltraitée, j'ai pris la décision de partir. [...] Pour lui j'étais là comme une esclave, et lui, il faisait sa vie normale.

Si le départ est souvent déterminé par les violences subies, l'absence de soutien familial ou amical favorise le recours à des routes dangereuses. Au contraire, une aide familiale permet d'acheter un visa et un billet d'avion, comme pour cette femme ivoirienne, prostituée avec sa mère, qui part pour l'Italie avec un billet d'avion payé par son père :

¹³⁴ Jane Freedman, *Gendering the International Asylum and Refugee Debate*, 2nd Edition, revised and updated, Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2015 [2007], ou version française, accessible en ligne :

https://www.reseau-terra.eu/IMG/pdf/Persecution_des_femmes_VALLUY.pdf

¹³⁵ Smaïn Laacher, *De la violence à la persécution. Femmes migrantes sur la route de l'exil*, Paris, La Dispute, 2010.

Ariane_V1 : Je fuyais en fait plein de choses parce que je suis issue d'une famille, franchement, où il y avait pas de joie, où il y avait pas... il y avait rien en fait. C'est que de la souffrance.

De même, une autre femme, marocaine, frappée par son père après le décès de sa mère et placée par lui comme « petite bonne », part en ferry pour l'Italie avec l'aide de sa cousine et sa tante :

Rim_V1 : Je vivais au Maroc, ma mère est décédée. Je suis partie vivre chez mon oncle paternel et eux ils partaient souvent en Italie. Ma cousine m'a dit qu'elle voulait m'emmener vivre là-bas et j'ai accepté. [...] Je n'avais pas de papiers ni de visa, j'ai passé les frontières clandestinement. J'étais avec la famille de mon oncle, on était en voiture, et je me suis cachée sous les sièges de la voiture pour passer la frontière et prendre le ferry. Je me suis bien cachée, on ne m'a pas vue. [...]

Enquêtrice : Au Maroc ça se passait comment pour toi, tu ne voulais pas rester pour quelle raison ?

Rim : Au Maroc, mon père me frappait, il s'était remarié avec une femme qui me traitait mal, elle remontait contre moi. Par la suite ma sœur a été accueillie par ma tante maternelle, elle était petite et moi je suis partie chez mon oncle paternel. Avant ça mon père m'avait donné chez une famille pour faire le ménage, j'étais une « domestique », [...] j'avais à peine 10 ans. Je faisais le ménage, je lavais le sol, je cuisinais, je ramenaient les enfants de l'école, je faisais tout. Il y avait la femme, son mari et deux enfants, son mari travaillait, et elle, elle était femme au foyer et moi je l'aidais. Un jour elle s'est plainte de moi, en m'accusant de les espionner dans leur intimité (quand elle couchait avec son mari) alors que moi je ne savais rien de tout ça. Son mari ne m'a jamais touché mais elle, elle me criait dessus parfois. Je mangeais avec eux à table, je dormais dans la même chambre que les enfants, eux ils avaient leurs lits et moi je dormais par terre.

Une autre femme, malienne, placée comme « petite bonne » par sa mère après le décès de son père, ne bénéficie pas d'un tel soutien familial : ayant refusé un mariage forcé et épousé un homme contre l'avis de leurs deux familles, elle part à 29 ans avec lui en camion en traversant la Lybie et l'Algérie, puis la Méditerranée dans un « petit bateau » :

Aissata_V1 : Euh bon, quand mon père est décédé, ma mère n'avait pas de moyens pour nous nourrir. [...] A ce moment-là, il y a une femme qui a dit à ma mère que si il peut me donner pour que je grandisse à côté de lui. [...] Quand je suis partie avec la dame, [elle] me prenait comme esclave, [elle] disait à les gens que je travaille comme une bonne chez [elle]. [...] Parfois même aussi [elle] vient trouver que j'ai pas fini de travailler, elle me tape. J'ai tout supporté. Bon ! Elle m'a dit, elle m'a dit un jour de me marier avec un homme que je n'aime pas. [Puis, après avoir refusé ce mariage et épousé un homme qu'elle aimait :] A ce moment même un jour, ils m'ont tapée jusqu'à ce que je suis blessée même. J'ai appelé mon mari [...] et on est partis à l'Algérie, on a travaillé là-bas pour avoir un peu d'argent. Quand on a eu un peu d'argent, on est partis en Lybie. Lybie et Italie. [...] On est venu par des trafics de gens, parce qu'il vous met dans un camion en vous mettant comme des moutons. Donc, on vous mettait un gros couvert pour vous recouvrir sur vous pour qu'on vous passe dans des, dans des gens qui contrôlent pas. [...] Mais en venant, on vous arrache toutes vos affaires. Il y a des gens même pour les viols. S'ils n'ont pas des gens à côté d'eux, on les viole. [...] Ils m'ont laissée quoi, parce que j'étais avec mon mari. [...] Il y a des femmes seules qui sont violées, là-bas.

L'absence de soutien, familial ou amical, et d'aide financière, qui favorise le recours aux routes les plus dangereuses, est d'autant plus probable que les femmes fuient des violences infligées par la famille, comme pour cette femme algérienne ayant fui un mariage forcé avec un cousin et les menaces de mort de son oncle (père du cousin) :

Souad_V1 : Je suis venue ici en France, parce que j'étais amoureuse de mon mari et lui aussi il était amoureux de moi alors que ma famille ne voulait pas de lui. Ma famille, surtout ma mère, voulait me marier avec mon cousin [...]. Je suis tombée enceinte de mon homme pendant que j'étais encore chez mes parents. Tu sais qu'au bled, la grossesse (en dehors du mariage), c'est la honte, ils te tuent pour ça. Je suis restée chez mes parents jusqu'au cinquième mois de ma grossesse, jusqu'à ce que ma famille la découvre. C'est mon cousin (le frère de celui à qui on voulait me marier) qui m'a dénoncé parce qu'il a découvert ma grossesse. Il m'a menacé de me brûler si c'était vraiment le cas. Il m'a dit qu'il m'emmènerait le lendemain voir le médecin pour vérifier parce qu'il trouvait que mon ventre était trop gros ! J'ai compris qu'il avait tout découvert. [...] Je savais que tout le monde savait et je savais que je devais partir. J'ai appelé mon

mari et je lui ai demandé si il allait reconnaître et assumer l'enfant, il a dit que oui et on est parti tous les deux.

Même quand un mariage n'est pas imposé par la famille, la désapprobation familiale vis-à-vis d'une union contribue à la décision de quitter le pays, car elle prive le jeune couple de tout soutien logistique (hébergement) ou financier. C'est le cas pour une femme roumaine (Teodora) qui quitte la Roumanie car la vie y est devenue trop difficile depuis qu'elle vit, contre l'avis de sa famille, avec l'homme qu'elle aime et leur enfant.

Les violences familiales relatées par les femmes prennent des formes diverses et souvent cumulées : coups, mariage forcé, formes d'esclavage. Les femmes qui quittent leur pays pour échapper à ces formes de violences le font sans aucun soutien et prennent des routes où elles risquent de mourir ou d'être prostituées. Ainsi, une femme togolaise, suite au décès de sa mère, est confiée par son père, à huit ans, à une tante au Ghana, puis, après le décès de cette dernière, à une « copine » de sa tante, qui lui fait arrêter le lycée avant le bac et l'oblige à travailler : « *elle me donne pas à manger, elle me frappe, elle me traite mal* ». Elle parvient à s'enfuir et à retrouver son père au Togo :

Reine : Quand on a parti chez mon père, comme mon père a sa deuxième femme, bien sûr, ça passe pas bien là-bas. J'ai parti faire travail pour deux mois. Je vas venir avec camarade de mon père au... en Lybie. Parce que quand on a... le Monsieur, il a pas me dire que euh... quand on va partir, tu vas partir faire prostituée. Parce qu'il m'a dit qu'il a un restaurant là-bas, je vais travailler avec lui dans le restaurant, on a d'accord avec. Quand on est arrivés en Lybie, il m'a dit, il faut lui donner 300 dollars. [...] Mais lui, il a pas de restaurant en Lybie. Il prend les filles pour partir avec lui pour faire prostituées. Quand moi j'ai dit : « Moi je n'ai pas envie de faire ce travail, parce que j'ai envie de partir à l'école, mais pourquoi tu m'as menti que tu as un restaurant, tu vas m'aider pour fréquenter l'école », [...] j'ai dit, je viens en Europe. [...] Sur le bateau, c'est difficile, mais c'est juste Dieu qui nous a aidés pour arriver. [...] Parce qu'en Italie, même moi je suis enceinte, mais j'ai perdu le bébé [juste après la traversée, à deux mois de grossesse].

La difficulté à parler des violences familiales fait que celles-ci sont parfois reléguées au second plan dans le récit biographique, comme dans celui d'une femme sénégalaise (Asta) qui dit être venue en France pour faire soigner un œil ulcéré, mais dira plus tard, avec gêne, que cet œil a été blessé suite aux coups de son père.

Ce qui rapproche ces femmes par-delà leur pays de naissance, leur trajectoire sociale, la diversité de leurs situations administratives, conjugales, familiales, c'est qu'elles ont transgressé l'ordre du genre qui leur intimait de céder face à une belle-famille hostile, d'obéir à leur famille qui refusait qu'elles vivent avec l'homme qu'elles avaient choisi, de supporter les coups et les viols d'un mari imposé, de travailler pour une tante. Si les femmes que nous avons rencontrées cherchent un pays où il y aurait une justice pour les protéger de leurs ennemis, cet ennemi n'a bien souvent ni les instruments de torture d'une police, ni le drapeau d'un parti, mais le visage d'un mari, d'un père, d'une belle-mère. L'ordre du genre n'a pas d'armée ni d'organigramme politique, mais sa force est perceptible dans les récits de toutes ces femmes.

Or, non seulement les politiques de l'asile ignorent la violence de genre comme motif légitime au regard du droit d'asile, mais on va voir que les politiques migratoires surexposent les femmes à la violence de genre au cours de leur trajet et après leur arrivée en France, et les renvoient à l'ordre du genre qu'elles ont transgressé.

Cumul et diversité des violences à toutes les étapes du parcours migratoire

Les routes dangereuses exposent les femmes à d'autres formes de violences, comme pour une femme qui vit quelques mois en Turquie après avoir quitté la République Démocratique du Congo, et qui est contrainte, avec d'autres femmes, de donner à « une dame » qui les héberge tout l'argent qu'elles retirent de la vente de petits objets, puis contrainte de se prostituer, et qui échappera à la noyade lors de la traversée pour l'Italie :

Betty_V2 : C'est que si t'arrives pas vraiment à faire quelque chose [i.e. à rapporter d'argent avec la vente], de toute façon prostitution, tu fais un truc qui est comme forcé. Déjà t'acceptes pas, mais des fois, t'as pas le choix. Tu vas faire, mais c'est pas aussi bon de dormir avec cinq, six personnes, sept par jour, c'est pas facile. Donc, tu fais un truc parce que t'as pas de choix. Entretemps, il y avait quelques femmes qui disaient : « Bon nous, on va fuir. » [...] De toute façon, quand on vendait, on gagnait quelque chose, on ne montrait pas tout.

Enquêtrice : OK. Donc, vous avez pu fuir avec d'autres femmes ?

Betty : Ouais. En gardant l'argent, puis on nous montré quelqu'un qui pourrait nous aider, [...] vous payez quelque chose et y a un bateau [...]. Vous donnez l'argent mais y a aussi des risques parce que bon, c'est pas tout le monde qui a réussi à survivre, il y a d'autres personnes qui n'est plus. [...] Jusqu'en Italie, c'était pas facile. Il y a des gens qui tuent. Les balles, mais vous connaissez pas ça vient d'où. Donc à un moment on va vous dire : « Couchés, machin », tout ça. [...] Quand on pense à ça, on pense à des gens qui n'ont plus en vie, les meilleures copines qui n'est plus avec nous. On pensait rentrer en Europe ensemble, mais ils sont décédés, l'autre ça avait été dans l'eau, l'autre ils ont enterré peut-être un trou pour mettre 10 personnes, 15 personnes, moi, j'ai vécu ça.

3.3.2 Depuis l'arrivée en France

Une femme sur deux dit avoir subi au moins une forme de violence depuis qu'elle est en France : trois femmes sur dix font état d'insultes, et deux sur dix de vols ou de dégradation d'affaires ; la proportion de femmes disant avoir été menacées est de 15 %, celle des femmes disant avoir été agressées physiquement et celle des femmes disant avoir été obligées de travailler sans être payées, ou très peu (ou dont l'argent est contrôlé), sont proches de 10 %, et celles des femmes disant avoir eu leurs papiers d'identité détruits ou confisqués, avoir été agressées sexuellement, ou avoir été privées de liberté, sont respectivement de 7 %, 6 % et 5 %.

Ces violences sont le fait d'inconnus pour une femme sur quatre, du conjoint ou ex-conjoint pour une femme sur dix (*cf. tableau suivant*). Si ces proportions augmentent, logiquement, avec la durée de séjour en France¹³⁶, un tiers des femmes arrivées en France depuis moins d'un an sont déjà concernées.

TABLEAU 23 : PROPORTION DE FEMMES DECLARANT AVOIR SUBI DES VIOLENCES DEPUIS L'ARRIVEE EN FRANCE, SELON LES AUTEURS DES VIOLENCES ET LA DUREE DE PRESENCE EN FRANCE, LORS DE L'INCLUSION

	Durée de présence en France*				
	< 1 an	[1-3 ans[	[3-6 ans[	6 ans et plus	Toutes
N	84	123	134	128	469
Type de violence					
Violences par inconnu-e-s dans la rue (%)	19	18	30	31	25
Violences conjugales (%)	5	11	7	16	10
Violences par hôtelier.e.s, employé.e.s ou résident.e.s de l'hôtel (%)	1	8	10	11	8
Violences familiales (%)	5	1	6	5	4
Violences tous auteurs (%)	32	43	49	57	47

* La présence en France peut ne pas être continue (allers-retours avec le pays d'origine pour les femmes originaires de l'UE)

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Ile-de-France et âgées d'au moins 18 ans.

Lecture : Parmi les 84 répondantes présentes en France depuis moins d'un an, 32 % dit avoir subi au moins un des types de violences listés, 5 % par leur conjoint ou ex-conjoint.

La trajectoire de Kaouther est particulièrement emblématique du cumul et de la diversité des violences vécues : elle a vécu des violences familiales, un mariage forcé, des violences conjugales (physiques et sexuelles), a évité des violences sexuelles lors de sa traversée de la Méditerranée, et est victime de violences physiques dans l'espace public, favorisées par la précarité administrative et sociale qui la

¹³⁶ Les différences ne sont toutefois pas significatives pour les agressions sexuelles, les privations de liberté et le travail non payé.

conduit à fréquenter un accueil de jour pour se nourrir. Il est possible que sa précarité administrative ait contribué à sa décision de retirer sa plainte.

La précarité administrative et sociale expose donc les femmes à des violences dans l'espace public après leur arrivée en France. Elle les expose aussi à des violences conjugales, et limite leurs possibilités d'y échapper parce qu'elle les rend dépendantes d'un homme pour leur hébergement ou leur vie quotidienne. La trajectoire d'Awa, elle aussi partie du Mali pour échapper à des violences familiales, puis victime de violences conjugales en France, témoigne de ce cumul de violences, mais aussi d'une forme de violence plus institutionnelle, relevant ici du déni du droit à la protection par l'État contre les violences conjugales : Awa a été excisée au Mali, y a aussi subi des violences sexuelles dans l'espace public ; elle a subi des violences familiales au Burkina Faso (coups, exploitation), des violences conjugales (psychologiques, économiques, physiques), des violences verbales dans l'espace public et des violences institutionnelles en France (placement indu de ses enfants, déni de son droit à la protection contre les violences conjugales, maltraitance par l'hôtelier). Elle apparaît très triste, sans espoir quant à son avenir, et déprimée, surtout lors de notre deuxième entrevue. Comme Awa, de nombreuses femmes pleurent ou retiennent des larmes lorsqu'elles évoquent les violences qu'elles ont subies.

3.4 Obstacles à l'accès aux services de santé

Les obstacles à l'accès aux structures et professionnels de santé, et plus particulièrement à ceux proposant des prises en charge dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, sont nombreux : outre ceux déjà évoqués (absence de TdS valide, faible niveau de ressources, faible niveau d'études, non maîtrise du français, arrivée récente en France, ou déménagement récent dans une autre commune ou un autre département, symptômes dépressifs, priorité donnée à la résolution des problèmes de survie immédiate (cf. *Manque d'argent récurrent pour acheter de la nourriture*, § 2.2.2), il faut citer le manque de suivi social, l'isolement relationnel, l'éloignement géographique des services de santé, l'absence de couverture sociale maladie (pour l'accès aux services non gratuits), que nous aborderons ici, et aussi les mauvaises expériences passées dans les relations avec les professionnels, qui font l'objet du chapitre suivant (cf. § 3.9.2).

3.4.1 Le manque de suivi social

Les modalités de suivi social des personnes hébergées en hôtel par le Samusocial de Paris varient selon l'organisme qui a demandé l'hébergement (le Samusocial de Paris gérant ces hébergements pour le compte des « 115 » de trois départements d'Île-de-France, de la Préfecture et du Centre d'action sociale de la Ville de Paris, et de trois associations), et aussi selon le département d'hébergement quand le Samusocial de Paris intervient en son nom propre (il est confié à la Croix-Rouge Française pour les personnes hébergées dans les départements hors Paris) (cf. *détail en annexe 15*).

A travers les réponses au questionnaire

Une femme sur trois déclare ne pas avoir de suivi social, et une sur quatre est suivie par un.e assistant.e social.e de la Croix-Rouge Française. Les autres travailleurs sociaux impliqués travaillent pour de multiples organismes, parmi lesquels des associations, qui suivent 15 % des femmes (cf. *tableau suivant*).

Le fait d'avoir un suivi social est associé à la situation administrative, à la durée de présence en France, à la situation de couple (cf. *tableau A26 en annexe 14*) : les répondantes qui sont demandeuses d'asile, celles en France depuis moins d'un an, et celles qui sont en couple mais ne vivent pas avec leur conjoint ont moins souvent un suivi social. Suivi social et couverture maladie sont également très liés (moins de la moitié des femmes sans couverture maladie de base ont un suivi social).

TABLEAU 24 : SUIVI PAR UNE ASSISTANTE SOCIALE A L'INCLUSION : STRUCTURE DONT CELLE-CI DEPEND

	Nombre de femmes	% parmi les femmes ayant un suivi social (N=315)	% parmi l'ensemble des répondantes (N=466)
Suivi social	315		68
Organisme employeur de l'assistant.e social.e :			
Mairie, secteur, PSA*	52	16,5	11
Département, Protection Maternelle et Infantile	21	7	5
Croix-Rouge	107	34	23
Autres associations (CAFDA, FDTA, APTM, Ordre de Malte)**	72	23	15
Hôpital	12	4	3
Autres	30	10	6
Ne sait pas	21	7	5

*PSA = Permanences sociales d'accueil de la Ville de Paris - **CAFDA = Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile ; FDTA = France Terre d'Asile ; APTM= Association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et de leurs familles

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 68 % des répondantes disent être suivies par un.e assistant.e social.e. Parmi celles-ci, leur suivi social est assuré dans 34 % par la Croix-Rouge Française.

Eléments d'explication tirés des entretiens

Les femmes qui déclarent avoir un suivi social sont rarement en lien avec les services sociaux municipaux ou départementaux. L'enquête qualitative auprès des professionnel.les (cf. annexe 1) a montré que ces dernier.es n'adressent pas ou très peu les femmes sans-papiers au secteur social territorial, considérant qu'elles sont « suivies par le 115 ». Plusieurs femmes racontent s'être heurtées à un refus de prise en charge par le service social municipal, au motif qu'elles sont hébergées par le Samusocial de Paris :

Asta_V2 : « A la mairie, ils m'ont dit j'ai pas droit. Il faut aller voir avec le 115. C'est eux qui peut te donner l'assistante sociale. »

Pourtant, l'accompagnement d'une femme par le service social territorial semble possible, y compris en l'absence de titre de séjour, comme lorsqu'une assistante sociale de la Croix-Rouge se mobilise pour que Rachel, mère de deux enfants, accède au service social territorial. Bien que l'assistante sociale ne puisse pas faciliter l'accès au logement tant que cette femme n'est pas régularisée, elles se voient ensuite régulièrement. Comme dans les services de santé, la qualité de l'accueil est déterminante dans la continuité de la prise en charge. Au contraire, un accueil désagréable ou portant un jugement négatif sur les raisons de la migration éclaire le renoncement au suivi social :

Dariatou_V1 : Je suis tombée sur une dame qui m'a dit [...] : « On n'a rien à vous offrir. On ne quitte pas dans son pays pour un problème social. Tout ce qu'on peut vous faire, c'est pour payer votre billet d'avion de vous retourner où vous venez ». Depuis ce jour-là, je n'ai pas allé toquer sur une autre porte.

Dans les services de santé comme dans les services sociaux, la remise en cause par les professionnel.les des raisons de la migration, accompagnée ici d'une méconnaissance de l'origine nationale et de la trajectoire migratoire, peuvent conduire les femmes à renoncer au suivi.

3.4.2 L'isolement relationnel

L'isolement relationnel est reconnu comme un facteur défavorable pour l'accès aux soins¹³⁷. Seules deux questions permettent d'approcher ces situations dans notre étude : outre la situation de couple, le

¹³⁷ Boisguérin B. Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide. *Dossiers Solidarité Santé*, 2011, N°19, pp.2-14. Accessible en ligne.

questionnaire a exploré la sociabilité au cours du dernier mois. Les deux tiers des femmes interrogées rapportent avoir rencontré des ami.es au cours du mois précédent l'inclusion (25 % dans l'hôtel et 43 % à l'extérieur). Elles sont donc 32 % à n'avoir eu aucun contact amical. Parmi ces dernières, 60 (13 % de l'ensemble des femmes) ne sont pas en couple.

3.4.3 L'éloignement des centres de PMI et de Planification familiale

Pour caractériser la proximité des hôtels vis-à-vis des services de santé, un recensement précis des temps de trajet entre les hôtels et ces services a été effectué (*cf. détail en annexe 16*). On considère ici comme indicateur de proximité ou d'éloignement la moyenne des temps de trajet, à pied, de chacun des hôtels jusqu'au centre de PMI et au CPEF les plus proches. Le tableau suivant détaille la répartition des femmes incluses dans l'étude selon le département, le temps de trajet entre l'hôtel et les centres de PMI/PF les plus proches, et les interventions testées.

Certains des hôtels que l'on supposait éloignés des centres de PMI et de PF du fait de leur département de localisation, s'en trouvaient en fait proches. Le critère « département » est donc insuffisant pour renseigner sur l'accessibilité des services de santé à partir des hôtels sélectionnés. Parmi les cinq hôtels situés en Seine-Saint-Denis, quatre sont proches (à moins d'¼ h à pied en moyenne) des centres de PMI/PF, et un est à moins d'½ h). Dans l'Essonne, sur les trois hôtels, un est proche et deux sont à moins d'½ h. Parmi les sept hôtels situés en Seine-et-Marne, deux sont proches, deux sont à moins d'½ h, et deux sont à plus d'½ h. Ces deux hôtels regroupent 80 femmes (17 % de l'ensemble).

TABLEAU 25 : REPARTITION DES FEMMES SELON L'HOTEL D'HEBERGEMENT A L'INCLUSION, LE TEMPS DE TRAJET HOTEL-PMI/CPEF*, LE TYPE D'INTERVENTION TESTEE ET LE DEPARTEMENT

Temps de trajet hôtel-PMI/PF*	Type d'intervention	Nombre de femmes				
		Par hôtel	En Seine-St-Denis	Dans l'Essonne	En Seine-et-Marne	Tous départements
<15 minutes	Individuelle	35	74			166 (35 %)
	Témoignage	20				
	Témoignage	10				
	Témoignage	9				
	Collective	32	32	60		
	Témoignage	40				
	Témoignage	20				
15-29 minutes	Collective	75	75		223 (48 %)	
	Témoignage	49	77			
	Individuelle	28				
	Individuelle	39				71
	Témoignage	32				
30 minutes et plus	Collective	32			80	80 (17 %)
	Témoignage	37				
	Témoignage	11				

* Temps de trajet moyen à pied entre l'hôtel et les centres de Protection Maternelle et Infantile et de Planification Familiale les plus proches
Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 32 femmes sont hébergées dans un hôtel dans l'Essonne situé à moins de 15 minutes à pied des centres de PMI/ PF les plus proches.

3.4.4 L'absence de couverture sociale maladie

Une femme sur cinq n'a aucune couverture maladie de base, et quatre sur dix bénéficient de l'AME. Seules les personnes ayant la Protection Universelle Maladie (PUMa) peuvent bénéficier d'une couverture complémentaire : c'est le cas d'au moins 83 % de ces dernières (cf. tableau suivant).

TABLEAU 26 : REPARTITION DES FEMMES SELON LEUR COUVERTURE SOCIALE MALADIE A L'INCLUSION

	n	%
Couverture de base	469	100
Aide Médicale d'État	185	39
Protection Universelle Maladie	181	38
Aucune	78	17
Demande en cours	22	5
Non précisée	3	1
Couverture complémentaire parmi celles ayant la Protection Universelle Maladie	181	100
Oui	151	83
Non	15	8
Non précisée	15	8

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 39 % des femmes bénéficient de la Protection Universelle Maladie. Parmi celles-ci, 83 % ont une couverture maladie complémentaire.

L'existence d'une couverture maladie de base est fortement liée à la situation administrative de la personne (de même, bien évidemment, que le type de couverture sociale) (cf. tableau A27 en annexe 14) : les demanduses d'asiles sont les moins bien couvertes. Viennent ensuite les femmes étant en situation administrative « stable » (en effet la moitié des femmes d'origine roumaine sont dans ce cas).

Elle l'est aussi (cf. *tableau A28 en annexe 14*) à la durée de présence en France (la moitié des femmes arrivées en France depuis moins d'un an n'ont pas de couverture maladie) et au fait d'avoir ou non accouché en France celles qui n'ont pas accouché en France sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir de couverture maladie).

3.4.5 Cumul des obstacles à l'accès aux soins

Si on considère l'ensemble des éléments limitant l'accès aux soins suivants : *arrivée en France depuis moins d'un an, absence de TdS valide, de couverture maladie de base, ou de suivi social, non maîtrise du français, absence de scolarisation ou scolarisation en école coranique ou niveau d'études primaires, isolement relationnel*¹³⁸, *et éloignement des structures de santé*¹³⁹, **une femme sur trois cumule au moins trois de ces obstacles à l'accès aux soins**. A ces éléments il faut sans doute ajouter les symptômes dépressifs et les priorités liées à la survie quotidienne, mais aussi les expériences négatives lors des contacts précédents avec les professionnels de santé (cf. § 3.9.2).

3.5 Recours aux services de santé

3.5.1 Recours à des soins médicaux au cours des 12 mois précédents

Quatre femmes sur cinq ont consulté au moins une fois pour elle-même un.e médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme (cf. *tableau suivant*). Deux sur trois ont consulté un généraliste, près de la moitié un gynécologue, et une sur cinq une sage-femme. La proportion de femmes ayant consulté un médecin est similaire à celle observée dans l'enquête ENFAMS, et un peu plus faible que celle observée dans les enquêtes en population générale (90 % pour les femmes de la même tranche d'âge)¹⁴⁰.

Ce taux de recours est associé au temps de trajet hôtel-PMI/PF (il est plus faible pour les femmes hébergées dans les hôtels les plus éloignés (68 % *versus* 82 % et 83 %), cependant ce sont dans ces hôtels que les femmes arrivées récemment en France sont les plus nombreuses.

L'absence de couverture maladie de base est associée négativement au recours à un généraliste et au recours à un gynécologue, tandis que l'absence de suivi social l'est au seul recours au généraliste. La faible durée de présence en France (inférieure à un an) l'est au recours au généraliste et au recours à la sage-femme. Comme attendu, le fait d'avoir déclaré un problème de santé chronique est lié positivement au recours au généraliste, l'âge (période de procréation) au recours à la sage-femme, et le fait d'avoir accouché en France au recours au gynécologue, et à la sage-femme (cf. *tableau A29 en annexe 14*).

3.5.2 La dernière consultation

Auprès d'un médecin généraliste

Quand la dernière consultation de médecine générale a eu lieu dans les 12 mois précédents, elle s'est déroulée dans plus de la moitié des cas en cabinet médical de ville¹⁴¹, plus souvent qu'en centre de santé ou à l'hôpital (Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou consultations externes), les autres lieux possibles, dont les services d'urgences hospitalières, sont beaucoup moins fréquentés (cf. *tableau suivant*).

¹³⁸ pas en couple, et n'ayant pas rencontré de proche/d'ami.e dans les 12 mois précédents.

¹³⁹ temps de trajet à pied entre l'hôtel et les centres de PMI/PF

¹⁴⁰ Enquête handicap-santé 2008 (source : *Etudes & Résultats* N° 717 (2010))

¹⁴¹ Les cabinets médicaux de ville avaient également une place prépondérante en tant que lieu de dernière consultation d'un médecin dans l'enquête ENFAMS.

TABLEAU 27 : LIEU DE LA DERNIERE CONSULTATION D'UN GENERALISTE (12 MOIS PRECEDANT L'INCLUSION)

	n	%
Dernière consultation de médecine générale dans les 12 mois précédents	310	100
Cabinet médical en ville	164	53
Centre de santé	59	19
Hôpital – consultation externe, ou maternité	34	11
Hôpital – PASS*	26	8
Hôpital – urgences	11	4
PMI – CPEF*	11	4
Association (<i>Médecins du Monde...</i>)	2	1
Avant d'arriver en France	3	1

*PASS = Permanence d'accès aux soins de santé – PMI – CPEF = Centre de Protection Maternelle et Infantile - Planification Familiale

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017 ayant consulté un généraliste il y a moins d'1 an.

Lecture : Quand la dernière consultation d'un généraliste date de moins d'un an, elle a eu lieu dans un centre de santé dans 19 % des cas.

Le temps de trajet dépasse une demi-heure dans plus de 40 % des cas, et quatre femmes sur cinq ont dû utiliser les transports en commun pour se rendre à la consultation. Ces deux éléments sont liés au temps de trajet hôtel-PMI/PF.

Pour la gynécologie

Quand la dernière consultation pour un motif gynécologique a eu lieu il y a moins d'un an, elle s'est déroulée le plus souvent dans une Permanence d'accès aux soins de santé, puis en cabinet médical de ville, et aux urgences hospitalières (*cf. tableau suivant*). Le recours au généraliste semble peu fréquent, de même que la consultation en centre de santé, en PMI ou en CPEF¹⁴².

TABLEAU 28 : LIEU DE LA DERNIERE CONSULTATION POUR LA GYNECOLOGIE (12 MOIS PRECEDANT L'INCLUSION)

	n	%
Dernière consultation pour motif gynécologique dans les 12 mois précédents	251	100
Lieu :		
Chez un médecin généraliste	20	8
Cabinet médical en ville	57	22
Centre médical	16	6
Hôpital – urgences	24	9
Hôpital – consultation externe	5	2
Hôpital – PASS*	83	32
Association	4	2
PMI*	22	8
Centre de planification familiale	2	1
Maternité	11	4
Avant d'arriver en France	17	7

*PASS = Permanence d'accès aux soins de santé – PMI = Protection Maternelle et Infantile

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017 ayant consulté pour motif gynécologique il y a moins d'1 an.

Lecture : Quand la dernière consultation pour motif gynécologique date de moins d'1 an, elle a eu lieu chez un généraliste dans 8 % des cas.

Le temps de trajet dépasse une demi-heure dans la moitié des cas, et comme pour la dernière consultation de médecine générale, quatre femmes sur cinq ont dû utiliser les transports en commun pour se rendre à la consultation. Seul le temps de trajet est lié au temps de trajet hôtel-PMI/PF.

¹⁴² Cette question n'a pas été posée dans l'enquête ENFAMS.

3.5.3 Recours à un psychologue ou un psychiatre au cours des 12 mois précédents

Bien qu'une femme sur cinq estime que sa santé psychologique est mauvaise ou très mauvaise, et malgré la fréquence des expériences de violences, le recours à un psychologue ou un psychiatre apparaît très marginal (1 %) ¹⁴³ (voir également plus loin la fréquence des recours à une aide professionnelle en cas de violence, § 3.8).

3.6 Suivi de la dernière grossesse en France (Informations complémentaires recueillies lors de l'enquête de suivi)

Parmi les 229 femmes revues qui ont décrit le déroulement et le suivi de leur dernière grossesse évoluant jusqu'à son terme :

- Cette grossesse s'est entièrement déroulée en France pour 150 d'entre elles (67 %). Parmi elles ¹⁴⁴, seules deux (1 %) n'ont pas été suivies du tout, ou n'ont consulté qu'aux urgences. La majorité ont été suivies régulièrement à l'hôpital/maternité (58 %), en cabinet de ville (31 %) ou en PMI (9 %). Cette information doit cependant être nuancée car, parmi les 104 femmes ayant précisé le nombre de consultations de suivi (hors urgences), 38 (37 %) indiquent un nombre de consultations inférieur aux sept examens recommandés. Par ailleurs quatre femmes sur dix sont allées au moins une fois aux urgences.
Toutes se sont vues prescrire des échographies et des prises de sang, une seule dit ne pas avoir réalisé toutes les échographies prescrites « *parce que c'était trop loin* » (deux non réponses). Les deux-tiers étaient hébergées dans un hôtel depuis le début de la grossesse, et 13 % l'ont été en cours de grossesse. Parmi ces femmes, une sur quatre a dû déménager en cours de grossesse (13 % une seule fois, 12 % plusieurs fois), et ce(s) déménagement(s) ont entraîné dans les deux-tiers des cas des modifications du suivi médical et/ou un éloignement de la maternité où elles étaient inscrites.
- La grossesse s'est déroulée en France soit totalement, soit pour les trois derniers mois, pour 159 femmes (69 %). Parmi ces femmes ¹⁴⁵, 6 % ne se sont jamais inscrites dans une maternité pour l'accouchement, et 31 % ne l'ont fait qu'après le sixième mois.
- Elle s'est terminée en France pour 167 femmes (73 %). Parmi ces femmes ¹⁴⁶, quatre sur dix disent ne pas avoir eu de consultation post-natale.

3.7 Dépistages : frottis cervical et test VIH

3.7.1 Selon les réponses aux questionnaires

Près de la moitié des répondantes âgées de 25 ans ou plus déclarent n'avoir jamais fait de frottis cervical ¹⁴⁷ (cette proportion était estimée dans l'enquête ENFAMS entre 57 % et 65 %, mais prenait en compte l'ensemble des femmes quel que soit leur âge et intégrait les non réponses ¹⁴⁸). Elle est très supérieure à celle observée dans l'enquête SIRS 2010, réalisée auprès d'un échantillon aléatoire d'adultes francophones habitant Paris ou la première couronne : 9 % de l'ensemble des femmes de 25

¹⁴³ Nous ne disposons pas d'éléments de comparaison dans l'enquête ENFAMS ni dans les enquêtes en population générale.

¹⁴⁴ Une seule donnée manquante.

¹⁴⁵ 5 données manquantes.

¹⁴⁶ 5 données manquantes.

¹⁴⁷ La question était restrictive, car complétée au besoin par l'explication suivante : « un examen gynécologique en dehors des grossesses, on frotte au fond du vagin avec une brosse ou une spatule ».

¹⁴⁸ Intervalle de confiance à 95 %.

ans ou plus, 21 % des femmes de cette tranche d'âge étrangères et de celles ayant l'AME, et 25 % de celles ayant un niveau d'études inférieur ou égal au primaire disaient n'avoir jamais fait de frottis¹⁴⁹.

Lorsque le frottis a eu lieu, il est généralement à jour (comme dans l'enquête ENFAMS), et dans la grande majorité des cas il a été effectué en France (*cf. tableau suivant*).

TABLEAU 29 : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS AVANT L'INCLUSION

	N	n	% parmi les répondantes	% parmi l'ensemble
Au moins un frottis cervical au cours de la vie (femmes de 25 ans ou plus) *	400	213	55	53
Frottis cervical dans les 3 dernières années (femmes de 25 ans à 65 ans) **	398	183	47	46
Dernier frottis effectué en France (femmes âgées de 25 ans à 65 ans ayant eu au moins un frottis) **	212	192	93	91

* 11 valeurs manquantes

** 1 valeur manquante pour la date du frottis, 17 pour le pays où il a été fait -

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, âgées de 25 ans ou plus

Lecture : 47 % des répondantes âgées de 25 à 65 ans disent avoir eu un frottis cervical dans les 3 dernières années ; quand il a été fait, et que son lieu de réalisation est connu, il l'a été en France pour 93 % des répondantes.

Près de la moitié des femmes âgées de 25 à 65 ans déclarent en avoir fait un dans les trois dernières années. Cette proportion est très inférieure à celle rapportée par les enquêtes déclaratives¹⁵⁰ les plus récentes (2010) en population générale (enquêtes téléphoniques du Baromètre Santé), bien que celle-ci soit en moyenne plus âgée¹⁵¹. Selon ces données, dans l'ensemble de la France métropolitaine, 85 % des femmes (francophones) âgées de 25 à 65 ans interrogées disaient avoir fait un frottis dans les trois dernières années¹⁵².

Près d'un tiers des répondantes (plus d'un tiers de l'ensemble des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels) n'ont **jamais** fait de **dépistage du VIH** (*cf. tableau suivant*). Près de quatre répondantes sur dix (un tiers de l'ensemble des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels) disent avoir eu un dépistage du VIH en 2016 ou 2017, soit dans les 15 à 16 derniers mois. Selon les résultats publiés issus de l'enquête Baromètre Santé 2016¹⁵³, 28 % des femmes résidant en Île-de-France, âgées de 15 à 75 ans et ayant déjà eu des rapports sexuels, n'avaient jamais réalisé de dépistage du VIH au cours de leur vie, et 16 % en avaient eu un au cours des 12 derniers mois. Les comparaisons sont cependant délicates en raison des variations importantes de ces taux selon l'âge et le pays d'origine, et d'une façon générale selon le niveau d'exposition au risque d'infection VIH¹⁵⁴.

¹⁴⁹ Grillo F, Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(2-3-4):45-7

¹⁵⁰ Le taux de couverture du dépistage triennal (56 % en Île-de-France pour les années 2015-2017), est calculé à partir des données de l'Assurance maladie, il est donc peu comparable (Hamers F, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(22-23):419-23).

¹⁵¹ La population féminine résidant en France métropolitaine en 2010 cible de l'enquête Baromètre Santé comportait 33 % de femmes âgées de 50 ans à 65 ans (*source INSEE*), alors que seulement 6% des femmes incluses dans l'étude DSAFHIR sont dans ce cas. Or la proportion de femmes disant avoir fait au moins un frottis au cours de leur vie est proche de 90 % entre 25 et 50 ans, de 80 % entre 55 et 59 ans, et de 75 % entre 60 et 65 ans (*voir référence ci-dessous*).

¹⁵² DREES, Santé Publique France. Etat de santé de la population en France, Edition 2015, 502 p.

¹⁵³ Observatoire Régional de la Santé Île-de-France : Dépistage du VIH/SIDA en Île-de-France : résultats du Baromètre de Santé publique France 2016, Décembre 2019, 20 p.

¹⁵⁴ La population féminine résidant en Île-de-France en 2016 comportait 35 % de femmes âgées de 50 ans à 75 ans (*source INSEE*), alors que seulement 6% des femmes incluses dans l'étude DSAFHIR sont dans ce cas. Les proportions de personnes disant n'avoir jamais eu de dépistage VIH sont estimées dans la publication de l'ORS d'Île-de-France, pour les deux sexes confondus (ils sont globalement plus faibles pour les femmes), à 48 % pour les 15-24 ans, 21 % pour les 25-34 ans, 17,5 % pour les 35-44 ans, 28 % pour les 45-54 ans, 43 % pour les 55-64 ans et 60 % pour les 65-75 ans. Les taux de dépistage déclaré du VIH dans les 12 derniers mois sont estimés dans cette même publication, pour les deux sexes confondus, à 26 % pour les 25-34 ans,

TABLEAU 30 : DEPISTAGE DU VIH AVANT L'INCLUSION

	N	n	% parmi les répondantes	% parmi l'ensemble
Au moins un dépistage du VIH au cours de la vie *	461	292	69	63
Au moins 2 dépistages du VIH au cours de la vie *	461	181	43	39
Dépistage VIH effectué en 2016 ou 2017 *	461	155	39	34

* 40 valeurs manquantes pour la réalisation d'un test, 27 pour la date du dernier test

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, ayant déjà eu des rapports sexuels.

Lecture : 69 % des répondantes ayant déjà eu des rapports sexuels ont fait au moins un dépistage du VIH au cours de leur vie, 39% en ont fait un en 2016 ou 2017.

L'analyse des recours aux soins semble montrer des « occasions manquées » : parmi les femmes n'ayant pas eu de frottis cervical dans les trois dernières années, les trois quarts ont consulté au moins une fois un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme dans les 12 mois précédents, et un quart a consulté un généraliste et un gynécologue et/ou une sage-femme. Mais certaines des femmes n'ayant pas effectué de frottis mentionnent aussi avoir renoncé à des soins pendant cette période (cf. § 3.10.1).

La réalisation d'un frottis en France et celle d'au moins un test VIH au cours de la vie sont corrélées positivement¹⁵⁵.

Le niveau d'études, la situation de couple et l'origine géographique sont associées à la réalisation d'un frottis en France¹⁵⁶ comme à celle d'au moins un dépistage du VIH au cours de la vie (cf. tableaux A30 et A31 en annexe 14) : les répondantes les moins scolarisées, et celles qui sont hébergées avec leur conjoint ont moins souvent réalisé ces dépistages ; celles nées dans un pays de l'UE, puis celles originaires d'Afrique du Nord/Maghreb/Proche-Orient, sont les moins nombreuses à les avoir fait.

La situation de couple et l'origine géographique sont associées de la même façon à la réalisation de plus d'un dépistage du VIH au cours de la vie.

Les femmes arrivées en France depuis moins d'un an, celles n'ayant aucune couverture maladie et celles maîtrisant moins bien le français ont moins souvent eu un frottis cervical en France. A l'inverse, celles qui ont consulté un généraliste ou un gynécologue dans les 12 mois précédents, ou qui ont accouché en France, en ont plus souvent réalisé un. Alors que le recours aux professionnels de santé dans les 12 mois précédents n'est pas associé à la réalisation d'au moins un dépistage du VIH au cours de la vie, le fait d'avoir accouché en France y est associé positivement.

Parmi les femmes disant avoir fait au moins un dépistage du VIH, 27 (9 %) n'en précisent pas l'année (ou l'année du dernier test si elles en ont fait plus d'un). Quand la date est connue, elle remonte au plus tôt à 2000. La proportion de femmes ayant fait leur test (ou leur dernier test) dans les années récentes est plus importante pour celles ayant fait plusieurs tests¹⁵⁷ (cf. tableau suivant).

18 % pour les 35-44 ans, 12 % pour les 45-54 ans, 5 % pour les 55-64 ans et 3 % pour les 65-74 ans, et à 36 % pour les personnes originaires d'un pays à forte ou moyenne endémicité du VIH, versus 13 % chez celles originaires d'un pays à faible endémicité (voir référence ci-dessus).

¹⁵⁵ p=0,006

¹⁵⁶ Dans l'enquête ENFAMS, la pratique du frottis était liée au niveau d'études, à la durée de présence en France et à la maîtrise du français.

¹⁵⁷ p=0.008

TABEAU 31 : ANNEE DU DERNIER TEST DE DEPISTAGE DU VIH, SELON LE NOMBRE DE TESTS FAITS AU COURS DE LA VIE

	Nombre de tests VIH au cours de la vie*					
	1 seul test		2 tests ou plus		Au moins 1 test	
	n	%	n	%	n	%
<2014	19	19 %	17	10 %	36	14 %
2014	14	14 %	11	7 %	25	9 %
2015	20	20 %	23	14 %	43	16 %
2016	36	36 %	79	48 %	115	43 %
2017	12	12 %	36	22 %	48	18 %
Total	101	100 %	166	100 %	267	100 %

* Quand l'année du test est connue.

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017 ayant fait au moins un test de dépistage du VIH et se rappelant l'année du dernier test.

Lecture : Parmi les répondantes ayant effectué au moins un test de dépistage du VIH, le dernier test a été effectué en 2016 dans 43 % des cas.

L'année du (dernier) test est fortement liée aux dates des grossesses :

- parmi les 318 femmes ayant eu au moins une grossesse terminée entre 2013 et 2017 ou étant enceintes au moment de l'enquête, 109 (34 %) disent n'avoir jamais eu de test, ou ne se rappellent pas en avoir eu, 16 (5 %) disent avoir eu au moins un test mais ne se rappellent pas quelle année, 133 (42 %) disent avoir eu leur dernier test l'année de la fin de la grossesse ou l'année précédente (pour celles ayant terminé leur grossesse) ou en 2016 ou 2017 (pour celles enceintes au moment de l'enquête, au printemps 2017) ;
- parmi celles disant avoir eu au moins un test, se rappelant en quelle année, et ayant eu au moins une grossesse terminée entre 2013 et 2017 (N=164), 67 % ont eu leur dernier test l'année de la fin de la grossesse ou l'année précédente, et seulement 25 (15 %) ont eu leur dernier test dans les années suivant la fin de leur dernière grossesse.

3.7.2 Selon les entretiens : conditions d'accès à une médecine de prévention

Dans la population générale, comme dans l'étude DSAFHIR, les femmes non ou peu scolarisées sont plus nombreuses à ne jamais avoir eu de frottis cervical dans les trois dernières années, de même que les femmes qui ne vivent pas en couple et celles qui ont plus de 50 ans¹⁵⁸. L'analyse des entretiens permet de préciser les événements qui ont été l'occasion de la réalisation d'un premier frottis : suivi de grossesse, ou plus rarement (pour Deborah par exemple) bilan de santé proposé en CADA.

La proposition quasi-systématique de dépistages (VIH, hépatites, frottis) au cours de la grossesse explique l'association statistique entre le fait d'avoir accouché en France et le fait d'avoir déjà pratiqué un frottis ou un test de dépistage du VIH : « de toute façon je ne fais d'examen qu'à chaque fois que je suis enceinte » (Nene).

Pour les femmes ayant eu un frottis en dehors des dépistages proposés lors d'une grossesse ou de la demande d'asile, la proposition en a été faite par un médecin généraliste consulté pour un autre motif, voire consulté pour les enfants, comme dans le cas d'Asta.

Si le fait d'avoir vu un médecin généraliste dans les 12 mois précédents favorise la pratique du frottis, il n'évite pas certaines occasions manquées, établies par les travaux de Pierre Chauvin cités plus haut, et retrouvées au cours de notre enquête qualitative :

¹⁵⁸ Chauvin P, Traoré M, Vallée J. Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le grand Paris, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2016, 16-17, pp. 282-288.

Enquêtrice : « Vous m'avez parlé tout à l'heure de votre médecin. Est-ce qu'il vous a déjà proposé de faire un examen qu'on appelle le frottis ?

Ouassila : C'est quoi le frottis ?

Enquêtrice : Le frottis c'est un examen, un test de dépistage qu'on fait au niveau du col de l'utérus pour ne pas avoir le cancer du col de l'utérus.

Ouassila : Non.

Enquêtrice : Non, jamais ?

Ouassila : Non, elle m'a pas dit ça.

Enquêtrice : Vous voyez un gynécologue parfois ? Ou une sage-femme ? Quelqu'un qui s'occupe des problèmes gynécologiques ?

Ouassila : Non. »

La pratique du frottis cervical, examen de dépistage du cancer du col utérin dont la Haute Autorité de Santé recommande la pratique tous les trois ans entre 25 et 65 ans, est donc favorisée par sa proposition dans le cadre des bilans de dépistage associés à des événements de vie, ici le début de grossesse ou l'entrée en CADA. En l'absence d'occasions de cet ordre, la proposition du frottis par les médecins généralistes, ou même par les gynécologues, ne semble pas suffisamment systématique auprès des femmes de DSAFHIR. Et le dépistage organisé, en cours de mise en place en 2019, et qui vise à réduire les inégalités sociales face à la pratique du frottis, ne permettra cependant pas d'atteindre les femmes sans couverture maladie de base.

3.8 Recours à une aide professionnelle en cas de violences

Les conséquences délétères des violences sur la santé physique et psychique sont connues. Pourtant, dans l'enquête qualitative, les femmes mentionnent peu de recours à des professionnels de santé directement liés aux conséquences des violences qu'elles ont subies. Il en est de même pour l'enquête par questionnaires.

Seules les réponses concernant les types de violences jugées graves et ayant eu lieu uniquement en France ont été considérées¹⁵⁹. Les femmes concernées disent souvent avoir parlé des violences subies à leurs proches, et ont parfois déposé plainte. Elles en ont assez peu parlé à un « professionnel de l'aide »¹⁶⁰ : elles l'ont ainsi fait :

- dans un tiers des cas de privation de liberté/séquestration,
- dans 20 % des cas d'agression sexuelle ou de relation sexuelle forcée, de destruction, confiscation de papiers d'identité, ou chantage lié à ces papiers, et de menaces,
- dans 10 % des cas de dégradation ou vol d'affaires ou d'argent, et d'insultes,
- dans moins de 5 % des cas d'agression physique, et de travail (forcé) non ou très peu payé ou contrôle de son argent.

3.9 Nature et qualité des relations avec les professionnels de santé

3.9.1 Relation suivie avec un généraliste, un gynécologue ou une sage-femme

Un tiers des femmes disent avoir une relation suivie (réponses à la question « Avec qui vous avez une attache/relation particulière, qui vous suit, et que vous continuez à aller voir, même si c'est loin ? ») avec

¹⁵⁹ La question sur la gravité n'ayant été posée pour chaque type de violence que de façon globale, les situations où un type de violence était jugé grave mais avait eu lieu en France mais aussi pendant le trajet migratoire, ou dans le pays d'origine, n'ont pas été considérées ici.

¹⁶⁰ Travailleur social, psychologue ou psychiatre, médecin, sage-femme, infirmière, avocat, ou « association ».

un de ces professionnels. C'est plus souvent le cas pour les répondantes vivant à 15-30 minutes des centres de PMI/PF les plus proches et moins souvent le cas pour celles hébergées à plus de 30 minutes de ces centres¹⁶¹. Les femmes souffrant d'un problème de santé chronique ne sont pas plus nombreuses que les autres à avoir une telle relation.

3.9.2 Expériences négatives dans les relations avec les professionnels de santé en France

Selon les réponses aux questionnaires

La perception par les femmes de leurs interactions avec les professionnels de santé en France a été explorée à partir de questions issues des questionnaires de satisfaction utilisés dans les hôpitaux. Ces questions ont été centrées sur le dernier accouchement, la dernière consultation pour IVG, et les consultations pour contraception. Elles ont été complétées par une question sur les comportements des professionnels jugés discriminatoires et, pour les femmes couvertes par l'AME ou par la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), par une question sur l'exigence de paiement de consultations. Pour des raisons de biais de mémoire, nous avons restreint les analyses concernant les comportements des professionnels lors du dernier accouchement et de la dernière consultation pour IVG aux situations datant de moins de dix ans.

Les proportions de femmes mentionnant des expériences négatives en réponse à ces questions sont les suivantes :

- lors du dernier accouchement, 12 % des femmes concernées n'ont pas souhaité juger le comportement des professionnels de santé à leur égard¹⁶², 73 % l'ont jugé de façon entièrement positive, tandis que 3 % l'ont jugé de façon entièrement négative, et que 12 % ont émis au moins une critique ;
- lors de la dernière consultation pour IVG, ces chiffres sont respectivement de 26 %, 62 %, 2 % et 10 % ;
- lors des consultations pour contraception, ces chiffres sont de 33 %, 56 %, 0,4 % et 11 % ;
- lors du dernier accouchement, de la dernière IVG, ou des consultations pour contraception, moins d'une sur quatre a été interrogée sur ses conditions de logement, et seulement une sur cinq de celles ne maîtrisant pas bien le français s'est vue proposer une traduction ;
- parmi celles ayant déjà consulté quel qu'en soit le motif, 16 % ont déjà eu l'impression qu'un médecin ou du personnel médical les recevaient « moins bien que les autres patients » en raison de leurs origines ou de leur nationalité ; 9 % ont eu cette impression parce qu'elles avaient l'AME ou la CMU, et 29 % pour un motif ou un autre¹⁶³ ;
- enfin, 22 % des bénéficiaires de l'AME, et 16 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir payé pour une consultation médicale.

Ces chiffres ne sont qu'un reflet partiel des réels comportements discriminatoires des professionnels de santé, puisqu'ils n'incluent pas les refus lors de la demande de rendez-vous. La prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME était estimée dans l'enquête ENFAMS à 22 % des familles

¹⁶¹ $p=0,04$

¹⁶² Les questions posées, issues des questionnaires de satisfaction utilisés en milieu hospitalier, étaient les suivantes : Les professionnels... vous ont accueillie gentiment, respectueusement/ ont pris le temps qu'il fallait avec vous / vous ont expliqué leurs décisions et vous ont écoutée / ont été brutaux, déplacés, maladroits, méprisants / vous ont traitée comme une enfant.

¹⁶³ Les motifs de discrimination n'étaient pas limitatifs, ceux cités étaient : le fait d'être une femme, l'âge, l'état de santé ou le handicap, la couleur de peau, les origines ou la nationalité, la façon de s'habiller, la venue sans rendez-vous, ou en retard, le fait d'avoir la CMU ou l'AME, le motif de consultation, le fait d'être accompagnée d'un enfant, d'un adulte, la non-maîtrise du français, le type de logement, la religion.

(IC95% : [18,0-26.3]¹⁶⁴. Selon la récente enquête, réalisée en 2019 pour le Défenseur des Droits et le Fonds de financement de la CMU-C¹⁶⁵ par testing téléphonique auprès d'échantillons représentatifs de cabinets médicaux de spécialistes, ces refus concerneraient en France 15 % des psychiatres et 11 % des gynécologues pour des personnes bénéficiant de la CMU-C ou de l'Aide au paiement de la Complémentaire Santé (ACS), et serait plus fréquente en Île-de-France (indépendamment de la densité médicale locale), et double à Paris¹⁶⁶.

A travers les entretiens

Les raisons des appréciations critiques des services de santé ont pu être précisées à travers les entretiens, permettant d'envisager des pistes d'amélioration. Ces entretiens permettent en effet d'explicitier ce que les femmes entendent par « être mal reçues » dans les services de santé, lorsqu'elles sont invitées par les enquêtrices à raconter « une fois où ça s'est mal passé » avec un médecin, sage-femme ou autre professionnel.le de santé.

Être mal reçue, c'est d'abord être reçue trop rapidement, durant un temps trop court pour comprendre les causes des symptômes éprouvés, comme l'explique cette femme arménienne, non francophone, dans un entretien avec une enquêtrice russophone :

Armine_V1 : « J'ai l'impression que le médecin n'a pas de temps pour moi, qu'il dit constamment qu'il a d'autres clients, comme s'il voulait que je lui dise rapidement tous les éléments essentiels et que je parte. Mais je ne veux pas soigner les symptômes du problème, je veux supprimer la cause sous-jacente. »

Dans son enquête en PMI, Luc Boltanski a montré que les professionnel.les de santé donnaient plus souvent des ordres aux femmes des classes populaires, et des explications aux membres des classes moyennes et supérieures¹⁶⁷. L'entretien cité ne permet pas de savoir dans quelle langue se sont déroulées les consultations dont parle cette femme, mais il est possible que les difficultés de traduction fassent pencher les consultations du côté des ordres, au détriment des explications, y compris pour les femmes migrantes des classes moyennes et supérieures, comme pour cette femme qui était professeure d'arménien dans un collège en Arménie, mais n'a pas reçu du médecin les explications qu'elle attend.

C'est le **manque d'explications** qui revient le plus fréquemment dans les mauvaises expériences relatées par les femmes. L'expérience commune de la migration semble ici écraser les appartenances de classe, et l'absence d'explications par les professionnel.les de santé est courante, même quand les femmes parlent français, comme cette femme malienne, qui faisait « un petit commerce » au Mali et qui parle bambara et français :

Djenebou_V1 : « Pour faire la césarienne, ils ne nous ont même pas donné d'explication. Rien même pas pour nous dire ce qui a fait qu'ils ont fait la césarienne, rien, ils ont fait c'est tout. »

Plus difficile à objectiver que l'absence ou le manque d'explications, semblent aussi exister des menaces et des mensonges « actifs », tels que rapportés par cette femme roumaine, vendeuse en Roumanie depuis l'âge de neuf ans, qui a fait plusieurs avortements dans le même hôpital d'Île-de-France :

¹⁶⁴ Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou e l'AME rapportés par les femmes en famille sans domicile hébergées en Île-de-France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(17-18):341-50.

¹⁶⁵ Chaveyron S, L'Horty Y, Petit P. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs de trois spécialités médicales. Rapport final, octobre 2019, 42 p. accessible en ligne :

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_refus_de_soins.pdf

¹⁶⁶ « La CMU-C impose des obligations légales variées aux professionnels de santé, avec l'instauration du tiers payant intégral, l'interdiction de tarifier des dépassements d'honoraires et la mise en place de tarifs plafonds pour les soins coûteux. Le coût d'opportunité d'un patient en CMU-C est plus élevé pour les professionnels dont les tarifs sont libres, et l'accès éventuel des bénéficiaires de la CMU-C au cabinet grève mécaniquement le temps disponible du praticien pour d'autres patients. » (Rapport sus cité, p.24)

¹⁶⁷ Boltanski L. Prime éducation et morale de classe, Paris, EHESS, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984 (1969).

Elena_V1 : « Ils me connaissaient, comme si j'étais leur enfant quand ils me voyaient, ils disaient « l'utérus est trop fragile », un jour ils m'ont dit « on gratte, on gratte, on fait de l'aspiration et à la fin tu vas avoir une hernie abdominale » et là j'ai pris peur et j'ai commencé à prendre des contraceptifs. »

Par son enquête dans des services de cancérologie, Sylvie Fainzang a montré que le mensonge était une pratique médicale courante, qu'il porte sur la gravité d'un cancer ou sur les effets secondaires de traitements lourds¹⁶⁸. Ici, le mensonge médical vise à dissuader le recours à un service de santé.

Être mal reçue, c'est aussi se heurter au refus du médecin d'appeler un traducteur, comme le raconte une femme russophone (Anastacia). C'est aussi faire l'objet du jugement moral teinté de xénophobie d'un médecin qui la soupçonne d'avoir fait un enfant avec un français pour avoir un titre de séjour :

Anastacia_V2 : « Il y a eu deux médecins, deux hommes. J'étais enceinte. Cinq mois de grossesse. Nous étions à Meaux. Ils m'ont demandé : « Qui est le mari ? Un Français sans doute ! »

Le **recours insuffisant des services à des interprètes professionnel.les**, pourtant accessibles dans les hôpitaux évoqués, est d'autant plus douloureusement ressenti qu'elle concerne parfois les soins à accorder aux enfants, comme le raconte cette femme arabophone :

Meriem_V2 : « La dernière fois que j'ai emmené mon fils, ils m'ont donné un médicament qui ne lui convenait pas. Je suis retournée les voir, le médecin a prescrit le même médicament, j'ai essayé de le lui dire, il m'a fait signe de la main de sortir parce qu'il savait que je ne comprenais pas le français. »

L'absence d'interprètes professionnel.les est parfois palliée par la présence d'autres patient.es sollicité.es pour traduire. Il peut en résulter des erreurs diagnostiques, mais aussi des occasions manquées d'ouverture de droits sociaux, mises en évidence dans l'enquête qualitative auprès des professionnel.les, et décrites par cette femme roumaine à propos de son passage aux urgences :

Teodora : C'était une fille là-bas, elle était malade elle aussi et c'était elle qui savait parler le français...

Enquêtrice : Elle parlait le roumain ?

Teodora : Oui, et elle me disait qu'est-ce qu'ils disaient et là ils ont pu me faire une ordonnance, mais je n'ai pas eu de l'argent pour pouvoir payer, je n'avais ni d'aide médicale, rien de tout et je n'ai pas eu la possibilité d'obtenir les médicaments.

Enquêtrice : Et ils ne t'ont pas expliqué comment tu pouvais avoir accès à un aide médicale ?

Teodora : Non, c'était la fille qui m'avait dit que je pouvais aller à l'assistante sociale de l'hôpital. »

Les femmes attribuent ces mauvais traitements à leur origine étrangère ou au type de protection sociale stigmatisante qui en est le corollaire. La moindre qualité des soins peut même être reconnue par les professionnel.les de santé, et rattachée au type de protection sociale, ce qui relève d'une **discrimination** :

Chafia_V2 : « C'était le dentiste. Il m'a dit avec l'AME c'est comme ça, il ne peut pas faire de bons soins. »

Certaines femmes décrivent le changement de comportement des professionnel.les au cours de l'entretien, dès lors que leur origine nationale est connue, comme pour cette femme roumaine :

Ioana_V2 : « Parfois quand tu vas chez le médecin ou l'assurance maladie, quand ils voient que tu es roumain, ils changent. Surtout quand ils voient que tu ne sais pas parler, ils se comportent un peu moins bien, ils s'en foutent un peu. »

S'il s'agit ici d'un désinvestissement des professionnel.les vis-à-vis des femmes migrantes, **dans d'autres cas les professionnel.les se comportent comme s'ils et elles étaient investi.es, non d'un travail médico-social, mais d'une mission de contrôle des frontières**, incluant la remise en cause du choix des femmes de venir s'installer en France :

¹⁶⁸ Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge, Paris, PUF, 2006.

Rachel : Quand j'étais enceinte, la dame [conseillère conjugale en PMI] m'a dit [...] : « Qu'est-ce que vous pensez de la France ? Vous croyez que la France, c'est quoi ? Y a pas de miel qui tombe, vous devez retourner dans votre pays ». [...] Après, après je [ne] l'appelais plus.

Philippe Warin définit le renoncement aux soins par l'existence d'un besoin de soins identifié mais non satisfait (notion déclarative), qu'il distingue du non-recours (besoin avéré médicalement mais non satisfait : notion normative)¹⁶⁹. Cet extrait d'entretien témoigne d'un besoin identifié mais non satisfait en raison d'une expérience précédente négative. L'enquête éclaire ainsi le renoncement aux soins comme résultante d'une expérience de mauvais traitement ou de traitement discriminatoire.

Dans le cas précédent, **la désapprobation des professionnel.les porte sur le choix de quitter son pays**. Dans d'autres, elle porte **sur le choix d'avoir un enfant à l'hôtel** :

Mariama_V2 : « A l'hôpital, une fois, ils m'ont dit que comme je suis à l'hôtel je n'ai pas le droit d'avoir un autre enfant, c'était quand j'avais fait mes fausses-couches, depuis je ne suis plus allée les voir. »

Le jugement de ce médecin est alors perçu comme discriminatoire, puisque d'autres mères « *ont quatre enfants sans problème* ». C'est dans la comparaison avec d'autres femmes que les mauvais traitements apparaissent comme relevant non seulement de la négligence, mais de la discrimination. Comme on l'a vu dans l'entretien avec une femme arménienne cité plus haut, le sentiment de faire l'objet d'un traitement expéditif est renforcé par l'évocation par les professionnel.les de la présence d'autre patient.es, qui apparaissent comme plus important.es et mieux traité.es.

Par contraste avec ces expériences négatives, lorsque les femmes ont changé de médecin après une première expérience de mauvais accueil, elles mettent en avant le caractère déterminant du temps d'écoute et de parole qui leur est consacré.

Ouassila_V2 : « Le rendez-vous est un peu long, mais quand même, il parle avec toi, il sait, comment dire, comment parler avec toi. Tu sais nous, les handicaps, on a un, comment dire, un sixième sens. »

L'expérience des services de santé est donc contrastée, et les expériences négatives relèvent de la négligence, du défaut de moyens (notamment en matière d'interprétariat) ou de discriminations. Comme le dentiste dont parle une des femmes rencontrées, certain.es professionnel.les s'exonèrent de leurs responsabilités en raison d'une couverture sociale incompatible avec les traitements optimaux.

3.10 Renoncement à des soins

3.10.1 Au cours des 12 mois précédant l'enquête

Le renoncement aux soins a été étudié à l'aide des questions suivantes :

- ✓ *Durant ces 12 derniers mois, est-ce que vous pensez avoir renoncé pour vous-même à voir un médecin, quelles qu'en soient les raisons ? Avez-vous eu besoin d'aller chez le médecin, mais vous avez décidé de ne pas y aller ? / Vous aviez besoin d'aller chez le médecin, mais vous avez dû abandonner l'idée d'y aller. (Il était précisé que les soins pour d'autres membres de la famille n'étaient pas concernés).*
- ✓ *A quels soins, traitements ou consultations avez-vous renoncé pour vous ? Si vous aviez pu vous soigner facilement, qu'est-ce que vous auriez fait ?¹⁷⁰*
- ✓ *Généralement, pour quelle raison principale renoncez-vous aux soins ? ou La dernière fois que vous*

¹⁶⁹ Warin P. Le non-recours aux politiques sociales, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2016.

¹⁷⁰ La liste suivante était intégrée dans le questionnaire, associée à une rubrique « autres » : *Médecin généraliste/ Gynécologue/ Sage-femme/ Centre de PMI / Centre de planning familial/ Centre d'IVG/ Spécialistes/ Soins dentaires et/ou optiques/ Autre consultation / Examens biologiques (prises de sang, examen d'urine) ou radiologiques/ Médicaments ou produits de pharmacie/ Contraception quelle que soit la méthode/ Consultation avec un psychologue, psychiatre, autre thérapeute*

avez renoncé, c'était pour quelle raison ? (une seule réponse était possible)¹⁷¹.

Renoncement à des soins quels qu'ils soient

Près de la moitié (46 %) des répondantes déclarent avoir renoncé à des soins pour elles-mêmes au cours des 12 mois précédents. Les comparaisons avec les résultats d'enquêtes en population générale sont délicates, la formulation des questions ayant une influence non négligeable sur les réponses¹⁷². Lors de l'enquête réalisée en 2010 auprès des habitants de l'agglomération parisienne, dont la formulation des questions était proche de la nôtre, 31 % des personnes interrogées (IC¹⁷³ 95 % = 29,3 – 32,6) disaient avoir renoncé à des soins pour elles-mêmes au cours des 12 mois précédents, « que ce soit pour des raisons financières, par manque de temps, ou pour une autre raison »¹⁷⁴. Cette proportion était nettement moindre (24 %) dans l'enquête ENFAMS, peut-être en raison de la formulation restrictive de la question¹⁷⁵. Toutefois les études sur la précarité, et notamment sur la très grande précarité et la souffrance psychique, montrent que certaines personnes ne sont plus en mesure de s'inscrire dans l'idée de besoins, et donc de déclarer renoncer à des soins ; on peut aussi ne plus déclarer renoncer lorsque l'on a intériorisé l'obstacle financier¹⁷⁶. Enfin le renoncement peut renvoyer à des situations différentes en intensité (renoncement total ou partiel) ou en durée (renoncement plus ou moins temporaire, sinon définitif), qui n'ont pas pu être détaillées dans le cadre de cette enquête.

La proportion de répondantes disant avoir renoncé à des soins, quels qu'ils soient, varie fortement (cf. *tableau A32 en annexe 14*) selon l'état de santé physique perçu (renoncer à des soins signifie en effet qu'un besoin de soins a été identifié par la personne, mais non satisfait) et l'origine géographique :

- les répondantes les plus nombreuses à déclarer avoir renoncé à des soins sont celles percevant leur état de santé physique comme moyen, puis ce sont celles qui le jugent mauvais, puis celles qui le jugent bon ou au contraire très mauvais ;
- celles originaires d'Afrique du Nord, du Maghreb ou du Proche-Orient, et celles originaires d'Europe de l'Est hors UE ou de la CEI, sont les plus nombreuses à déclarer avoir renoncé à des soins, alors que celles nées en Afrique de l'Ouest ou en Afrique centrale ou de l'Est sont les moins nombreuses à l'avoir fait.

Cette proportion ne varie pas selon la couverture maladie de base, mais elle est nettement moindre quand les femmes ont un suivi social, et, pour les femmes couvertes par la PUMa, quand elles ont une couverture complémentaire.

¹⁷¹ La liste suivante était intégrée dans le questionnaire, associée à une rubrique « autres » : *Pour des raisons financières / A cause du délai d'attente pour la prise de RDV / A cause du délai d'attente en salle d'attente / Parce que c'était trop loin / A cause du coût du transport / Vous redoutiez d'aller consulter / Vous préféreriez attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes / Vous aviez d'autres soucis ou vous n'aviez pas le temps / Vous ne saviez pas où aller / A cause de difficultés à vous faire comprendre en français / On a exigé des documents que vous n'aviez pas / Les soins vous ont été refusés / Vous avez été mal accueillie lors de la dernière consultation / Vous craignez un contrôle de vos papiers / Vous ne pouvez pas faire garder vos enfants / Vous ne pouvez pas y aller avec vos enfants / Vous n'êtes pas libre de sortir seule (pression du conjoint) / Vous craignez de ne pas comprendre les explications du médecin / Vous avez peur de la médecine des blancs*

¹⁷² Legal R, Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières : le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières est très sensible à la formulation des questions. *Dossiers Solidarité et Santé (DREES)*, 2015, 66 :3-26, accessible en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss66.pdf>

¹⁷³ IC = intervalle de confiance

¹⁷⁴ Renahy E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. Rapport pour la DREES, *Série Etudes et Recherche*, septembre 2011. Accessible en ligne : <http://www.iplep.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/Rapport%20%20Renoncement%20DREES.pdf>

¹⁷⁵ La question était formulée ainsi dans l'enquête ENFAMS : *Durant ces 12 derniers mois, avez-vous renoncé pour vous-même à voir un médecin ou renoncé à des soins médicaux (dentiste, lunettes...), quelles qu'en soient les raisons ?*

¹⁷⁶ Warin P. Renoncement à des soins et précarité. *Le Renoncement aux soins*, Novembre 2011, Paris, France. pp.82-87. (halshs-00682188)

Elle est également associée à :

- la durée de séjour en France (les répondantes résidant en France depuis moins d'un an sont plus nombreuses à déclarer avoir renoncé à des soins) ;
- le type de scolarisation (aucune des répondantes scolarisées en école coranique ne dit avoir renoncé à des soins, alors que 40 % à 50 % des autres répondantes le font) ;
- la situation de couple (celles qui sont en couple mais ne vivent pas avec leur conjoint sont plus nombreuses à dire avoir renoncé à des soins que celles vivant en couple, et que celles ne vivant pas en couple) ;
- l'état de santé psychologique perçu (elles sont plus nombreuses à déclarer avoir renoncé à des soins quand elles considèrent leur état de santé psychologique comme mauvais)
- la possession ou non d'une carte Navigo chargée (elles sont plus nombreuses à dire avoir renoncé à des soins quand elles n'en ont pas).

Elle n'est pas liée au temps de trajet hôtel-PMI/PF.

Enfin, elle augmente avec le nombre de facteurs limitant l'accès aux soins évoqués plus haut (cf. § 3.4.5) : 29 % des femmes rencontrant un seul de ces obstacles disent avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédents, alors que 55 % des femmes en cumulant trois ou plus le font.

Renoncement à différents types de soins

Les soins ayant fait l'objet d'un renoncement sont d'abord les consultations de médecine générale, puis celles de gynécologues, les soins dentaires et/ou optiques, et les consultations de médecins spécialistes autres. Viennent ensuite les examens biologiques ou radiologiques et les consultations de sages-femmes. Plus d'un tiers des femmes disant avoir renoncé à des soins l'ont fait pour plus d'un type de soins (cf. tableau suivant).

TABLEAU 32 : TYPES DE SOINS QUI ONT FAIT L'OBJET D'UN RENONCEMENT AVANT L'INCLUSION

	Nombre de femmes	% parmi les femmes ayant renoncé à des soins	% parmi les femmes ayant répondu à la question sur le renoncement aux soins
Au moins un type de soin	211		46
Plus d'un type de soins*	78	37	17
TYPES DE SOINS :			
Consultation de médecine générale	125	59	27
Consultation de gynécologue	48	23	10
Soins dentaires et/ou optiques	47	22	10
Consultation de spécialistes autres que gynécologue	35	17	8
Examens biologiques ou radiologiques	23	11	5
Consultation de sage-femme	20	9	4
Médicaments ou produits de pharmacie	11	5	2
Contraception	9	4	2
Protection Maternelle et Infantile	8	4	2
Consultation d'autres professionnels de santé que médecin, sage-femme, dentiste ou psychologue	7	3	1,5
Consultation de psychologue, psychiatre, autre thérapeute	6	3	1
Centre de planning familial	4	2	1
Autres	2	1	0,5

* 2 données manquantes

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017.

Lecture : 46 % des répondantes disent avoir renoncé à des soins au cours des 12 mois précédents. Parmi celles-ci 59 % ont renoncé à consulter un généraliste.

L'état de santé psychologique perçu est associé au renoncement à des consultations de médecins généralistes, de gynécologues, de psychiatres/psychologues/thérapeutes, la réalisation d'examens biologiques ou radiologiques, et l'achat de médicaments : les répondantes sont d'autant plus nombreuses à dire y avoir renoncé qu'elles jugent négativement leur état de santé psychologique.

Le suivi social est seulement associé à un moindre renoncement à des consultations de médecine générale. La couverture maladie de base n'est associée à aucun type de renoncement, mais, chez les femmes couvertes par la PUMa, l'existence d'une couverture complémentaire est associée à un moindre renoncement à des consultations de médecine générale et de centres de planification familiale. Le fait d'avoir accouché en France est associé à un taux plus élevé de renoncement à consulter une sage-femme.

L'état de santé physique perçu est associé au renoncement à des consultations de médecins généralistes, de gynécologues, de médecins spécialistes autres, la réalisation d'examens ou de soins dentaires ou optiques :

- les répondantes qualifiant leur état de santé physique de très mauvais sont les plus nombreuses à dire avoir renoncé à des consultations de médecine générale, puis ce sont celles le jugeant moyen, puis celles le jugeant mauvais ;
- celles le qualifiant de mauvais sont les plus nombreuses à dire avoir renoncé à des consultations de gynécologue ou de médecin spécialiste autre, ou à des examens, puis ce sont celles le jugeant bon ou moyen ;
- celles le percevant comme moyen ou bon sont les plus nombreuses à dire avoir renoncé à des soins dentaires ou optiques, puis ce sont celles le percevant comme très mauvais.

Les répondantes ayant déclaré au moins un problème de santé chronique (« maladie chronique qui dure plus de six mois et nécessite un traitement et un suivi lourd ») sont trois fois plus nombreuses que les autres à déclarer avoir renoncé des consultations de médecins spécialistes (autres que gynécologues).

La possession d'une carte Navigo chargée est associée au renoncement à des consultations de médecine générale : les répondantes n'en ayant pas sont plus nombreuses à dire y avoir renoncé.

Le niveau de ressources mensuelles par UC est lié au renoncement à des consultations de psychiatre/psychologue/thérapeute : des répondantes ayant un niveau de ressources intermédiaire (plus de 70 mais moins de 350 euros mensuels par UC) disent y ont renoncé, ce qui n'est le cas pour aucune de celles ayant des ressources plus faibles, ou plus élevées.

L'isolement relationnel (défini comme le fait de ne pas être non en couple et de ne pas avoir rencontré d'amies/proches dans le dernier mois) est lié au renoncement à des consultations de professionnels de santé autres que médecins, sages-femmes, dentistes ou psychologues : les répondantes « isolées » sur le plan relationnel sont plus nombreuses à déclarer y avoir renoncé.

Enfin, l'origine géographique est associée au renoncement à des soins dentaires ou optiques, des consultations de psychiatre/psychologue/thérapeute, et au renoncement à une contraception : pour ces trois types de soins, ce sont les femmes originaires d'Afrique du Nord, du Maghreb ou du Proche-Orient qui sont beaucoup plus nombreuses à déclarer y avoir renoncé que toutes les autres.

Aucune des autres caractéristiques étudiées n'est associée à ces différents types de renoncements de façon statistiquement significative.

Recours et renoncement à de soins

Avoir consulté au cours des 12 mois précédents un généraliste, un gynécologue, une sage-femme, ou un médecin spécialiste autre, ne signifie pas qu'on n'a pas renoncé au moins une fois à de telles consultations au cours de cette période. A l'inverse, ne pas avoir consulté un.e de ces professionnel.le.s ne signifie pas qu'on y a renoncé. Ainsi :

- 26 % des répondantes ayant consulté un généraliste, 10 % de celles ayant consulté un gynécologue, 10 % de celles ayant consulté un autre spécialiste, et 10 % de celles ayant consulté une sage-femme, disent aussi avoir renoncé à consulter au moins une fois ce même type de professionnel pendant cette période,
- 70 % de celles n'ayant pas consulté de généraliste ne disent pas non plus avoir renoncé à en consulter un, et c'est le cas pour 89 % de celles n'ayant pas consulté de gynécologue, pour 93 % de celles n'ayant pas consulté de spécialiste autre et pour 97 % de celles n'ayant pas consulté de sage-femme.

Parmi les répondantes âgées de 25 à 65 ans n'ayant pas eu de frottis cervical dans les trois années précédentes, 31 % disent avoir renoncé, au cours des 12 mois précédents, à consulter un généraliste, 12 % à consulter un gynécologue, et 4 % à consulter une sage-femme.

Parmi les répondantes exposées à un risque de grossesse non prévue et n'utilisant pas de contraception, 32 % disent avoir renoncé, au cours de cette même période, à consulter un généraliste pour elles-mêmes, 9 % à consulter un gynécologue, et 2 % à consulter une sage-femme.

Raison principale du renoncement aux soins

La question portant sur la raison de renoncement concernait l'ensemble des soins ayant fait l'objet d'un renoncement. Parmi les 211 femmes ayant renoncé à des soins, près d'une sur dix n'en a pas précisé la raison. Parmi les autres (192), quatre motifs rassemblent 72 % des réponses :

- ✓ obstacle financier (47 %) (12,5 % ont renoncé en raison du coût de déplacement),
- ✓ obstacle géographique (9 % ont estimé que le soin était trop éloigné),
- ✓ obstacle linguistique (8 % ont mentionné leurs difficultés à se faire comprendre en français),
- ✓ présence des enfants (8 % n'ont pas pu faire garder ses enfants, ni venir avec eux).

Parmi les raisons moins fréquemment évoquées :

- 6 % ont dit qu'elles avaient d'autres soucis ou pas le temps, et 3 % préféreraient attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes ;
- 4 % ont renoncé en raison du comportement des professionnels (exigence de documents, refus de soins ou mauvais accueil à une consultation précédente) et une femme (0,5 %) parce qu'elle craignait un contrôle de ses papiers ;
- 4 % parce qu'elles ne savaient pas où aller ;
- 4 % en raison de délais d'attente trop longs, soit pour avoir un rendez-vous, soit dans la salle d'attente.

Parmi l'ensemble des femmes incluses, 92 (20 % des femmes ayant répondu à la question sur le renoncement à des soins) ont donc dit avoir renoncé à des soins pour elles-mêmes dans les 12 mois précédents pour des raisons financières.

Dans l'enquête menée en 2010 dans l'agglomération parisienne, déjà citée¹⁷⁷, cette proportion était de 16 % (IC95% : [14,4 – 17,1]¹⁷⁸). Cependant la formulation des questions autorisait plusieurs motifs de

¹⁷⁷ Renahy E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. Rapport pour la DREES, Série *Etudes et Recherche*, septembre 2011. Accessible en ligne : <http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/Rapport%20%20Renoncement%20DREES.pdf>

renoncement¹⁷⁹, ce qui n'est pas le cas dans notre enquête, qui sous-estime ainsi la part des renoncements liées à des motifs financiers. Le rapport de l'enquête ENFAMS, déjà citée, indique le coût comme première raison de renoncement citée (60 % des personnes ayant renoncé à des soins mentionnaient une raison financière, mais là aussi plusieurs réponses étaient possibles), tandis que la difficulté à se faire comprendre en français n'était citée que par une personne sur les 196 concernées.

Cette proportion varie fortement (*cf. tableau A32 en annexe 14*) selon l'état de santé physique perçu (elle est la plus élevée pour les répondantes le qualifiant de moyen), la couverture maladie de base (elle est plus élevée pour celles sans aucune couverture, et celles ayant l'AME, que pour celles couvertes par la PUMa), la possession ou non d'une carte Navigo chargée (elle est 2,5 fois plus élevée pour celles qui n'en possèdent pas) et l'origine géographique (elle est plus élevée pour les répondantes originaires d'Afrique du Nord, du Maghreb ou du Proche-Orient). Elle est également associée à l'état de santé psychologique perçu (elle est plus élevée quand les femmes le jugent mauvais), à la situation administrative (elle est plus élevée pour celles n'ayant pas de TdS valide), et à la durée de présence en France (elle est plus élevée pour celles résidant en France depuis moins d'un an)¹⁸⁰.

3.10.2 Renoncement à parler des violences subies

Seules les réponses concernant les types de violences jugées graves et ayant eu lieu uniquement en France ont été considérées¹⁸¹. Près de 40 % des femmes concernées n'en ont parlé à personne (proches et police compris), cette proportion varie selon le type de violences subies : de 40 à 50 % pour les cas d'insultes, de privation de liberté ou séquestration, de travail forcé ou non ou peu payé ou contrôle de son argent, 20 à 30 % pour les cas d'agression physique, d'agression sexuelle ou rapport sexuel forcé, de vol ou dégradation d'argent ou d'affaires, et de menaces, à 13 % pour les cas de destruction ou confiscation de papiers d'identité ou chantage liés à ces papiers.

Elles l'expliquent, soit « *parce qu'elles n'ont pas trouvé à qui en parler* » (15 %), soit « *parce qu'elles n'avaient pas envie ou avaient honte ou peur d'en parler* » (23 %). La proportion de femmes ayant subi ces violences et « n'ayant trouvé personne à qui en parler » est la plus élevée pour les cas de vol ou dégradation d'argent ou d'affaires, elle est nulle pour les cas d'agression sexuelle ou rapport sexuel forcé et les cas de destruction ou confiscation de papiers d'identité ou de chantage lié à ces papiers.

3.10.3 Médicaments « de dépannage » (*information complémentaire recueillie lors du suivi*)

Parmi les femmes revues, 8 % disent avoir utilisé, depuis leur arrivée en France, des remèdes achetés hors pharmacie (ce taux est le plus élevé pour les femmes originaires d'Europe de l'Est hors UE ou de la CEI et pour celles nées en Afrique de l'Ouest), et 27 % ont été aidées à se soigner (notamment par des médicaments « de dépannage ») par un.e autre personne hébergé.e dans l'hôtel.

¹⁷⁸ Intervalle de confiance à 95 %.

¹⁷⁹ « Parmi les personnes ayant renoncé à des soins pour raisons financières, 4,8 % ont également renoncé en raison des délais d'attente, 23,9 % du fait d'autres soucis ou de manque de temps, 4,3 % du fait de la complexité de l'offre ou du parcours de soins (« *c'était trop compliqué ou ne savait pas où aller* ») et 17,3 % pour d'autres raisons. » (Rapport ci-dessus, p.24)

¹⁸⁰ L'origine géographique et la durée de présence en France étaient associées de la même façon au renoncement aux soins dans l'enquête ENFAMS.

¹⁸¹ La question sur la gravité n'ayant été posée pour chaque type de violence que de façon globale, les situations où un type de violence était jugé grave mais avait eu lieu en France mais aussi pendant le trajet migratoire, ou dans le pays d'origine, n'ont pas été considérées ici.

3.10.4 Renoncement à l'IVG en France *(information complémentaire lors du suivi)*

Trois des femmes revues (1 %) disent avoir renoncé à une IVG en France pour des raisons matérielles (financière, refus ou mauvais accueil de la part du service consulté, délai de rendez-vous trop long) (cette expérience touche plus souvent des femmes ayant terminé leur scolarité avant 12 ans ou après 18 ans¹⁸²). Sept (2,5 %) disent en avoir fait une en France sans passer par un médecin.

¹⁸² $p=0,03$ (test exact de Fisher).

4 Devenir des femmes huit à dix mois après leur inclusion

4.1 Attrition entre l'inclusion et l'enquête de suivi

Le taux d'attrition est en moyenne de 40 %, il varie (*cf. tableau suivant*) selon le département de résidence à l'inclusion (il est plus élevé pour les femmes hébergées en Seine-Saint-Denis), mais pas selon le temps de trajet hôtel-PMI/PF, ni, tous départements confondus, selon le type d'intervention. Si on considère séparément chaque type d'intervention, le taux d'attrition reste plus élevé en Seine-Saint-Denis pour les accompagnements individuels et pour les témoins¹⁸³. Il varie aussi selon l'origine géographique, la situation administrative (il est très élevé -64 %- pour les femmes originaires d'un pays de l'UE (essentiellement la Roumanie), et par conséquent pour celles en situation administrative stable (TdS de plus d'un an ou dispensées de TdS) -51 %-), et selon la couverture maladie de base. Il ne varie pas selon la composition de la chambre, le recours à un généraliste au cours de l'année précédente, ni selon l'existence de problèmes de santé chroniques, la réalisation de dépistages, l'utilisation d'une contraception, par contre il est significativement plus élevé chez celles n'ayant pas recours à la pilule que parmi celles qui l'utilisent¹⁸⁴.

¹⁸³ Respectivement $p=0,03$ et $0,02$ (test exact de Fisher)

¹⁸⁴ 41 % *versus* 25 %, $p=0,01$

TABLEAU 33 : ATTRITION SELON LES SITUATIONS DES FEMMES A L'INCLUSION

	Nombre de femmes incluses	Taux d'attrition	Nombre de femmes revues	p-value*
Toutes	469	40 %	283	
Département d'hébergement				
93	149	49 %	76	<0,0001
91	108	37 %	68	
77	212	34 %	139	
Pays d'origine				
Maghreb, Afrique du Nord, Proche-Orient	65	35 %	42	0,007
Afrique de l'Ouest	166	36 %	106	
Afrique centrale	97	37 %	61	
Europe de l'Est hors UE et CEI*	57	39 %	35	
Union européenne	56	64 %	20	
Autres pays	28	32 %	19	
Situation administrative (N=465)				
Stable (TDS* > 1 an ou dispense)	138	51 %	68	0,008
Précaire (TDS* < 1 an)	97	37 %	61	
Demandeuses d'asile	40	40 %	24	
Sans TDS* valide	190	32 %	129	
Couverture maladie de base (N=466)				
Aucune	100	49 %	51	0,008
Sécurité sociale	181	43 %	104	
Aide Médicale d'Etat (AME)	185	31 %	127	

* CEI = Communauté des Etats Indépendants - TDS = titre de séjour – les p-values sont issues de tests de Chi2 ou de tests exacts de Fisher en cas de faibles effectifs.

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : parmi les 149 répondantes hébergées à l'inclusion dans un hôtel situé dans l'Essonne, 37 % n'ont pas été revues lors du suivi.

4.2 Situation conjugale

La situation conjugale a changé pour près d'une femme revue sur six entre l'inclusion et l'enquête de suivi (cf. tableau suivant). Les changements sont particulièrement fréquents pour les femmes qui se disaient en « couple (stable) non cohabitant » ou « en couple non stable », lors de l'inclusion, mais les effectifs sont très faibles dans deux groupes. Parmi les femmes revues qui se disaient couple cohabitant lors de l'inclusion, la situation n'a changé que pour quatre femmes sur 96. Parmi les femmes n'étant pas en couple lors de l'inclusion, plus de quatre sur cinq le sont toujours, les ¼ des autres étant « en couple (stable) non cohabitant » ou « en couple non stable » lors de la visite de suivi.

TABLEAU 34 : ATTRITION ET EVOLUTION DES SITUATIONS MATRIMONIALES HUIT A DIX MOIS APRES L'INCLUSION, SELON LA SITUATION DE COUPLE INITIALE

A l'inclusion			8-10 mois après l'inclusion						
Situation de couple	N	%	Taux d'attrition	Nb femmes revues	Situation de couple (N)				
					% de changements	couple cohabitant	couple non cohabitant	couple non stable	pas en couple
couple cohabitant	243	52	40 %	147	3	143	1	0	3
couple non cohabitant	23	5	30 %	16	81	3	3	1	9
couple non stable	10	2	50 %	5	100	2	2	0	1
pas en couple	192	41	41 %	114	14	4	7	5	98
NR	1	0	0 %	1	100		1		
Toutes	469	100	40 %	283	14	152	14	6	111
				100 %		54 %	5 %	2 %	39 %

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : 60 % des répondantes qui étaient en couple cohabitant à l'inclusion ont été revues ; 97 % d'entre elles le sont toujours 8-10 mois après.

4.3 Situation administrative

Rappelons que le taux d'attrition est plus élevé chez les femmes en situation administrative « stable » (TdS de plus d'un an, ou dispense) -pour les femmes originaires de l'UE (Roumanie pour l'essentiel)). De nombreux changements de situation administrative, positifs comme négatifs, ont eu lieu entre l'inclusion et l'enquête de suivi (voir détail tableau suivant).

Parmi les femmes revues qui avaient un TdS de moins d'un an lors de l'inclusion, cinq sur dix ont obtenu un TdS de plus d'un an, tandis qu'une sur dix est désormais sans TdS valide.

Parmi celles qui étaient « demandeuses d'asile », une sur trois connaît un changement positif de situation, et plus de quatre sur dix un changement négatif :

- deux sont désormais détentrices d'un TdS de dix ans ; une déclare s'être vue accorder le statut de réfugié ou la protection subsidiaire ; trois sont en possession d'un TdS de moins d'un an, et une a un récépissé de carte de séjour ;
- 11 sont désormais sans TdS valide.

Parmi celles initialement sans TdS valide, revues, plus d'un quart ont connu un changement positif : une sur dix dit avoir désormais un TdS de moins d'un an, une sur dix avoir un TdS de plus d'un an, tandis qu'une sur 20 a déposé une demande d'asile.

Sur les dix femmes ayant déclaré être réfugiées statutaires lors de l'inclusion et qui ont été revues :

- quatre déclarent « être en possession d'une carte de résident de dix ans », et trois disent avoir un TdS pluriannuel,
- trois changements sont plus surprenants : deux femmes déclarent avoir un TdS de moins d'un an, et une dit être en possession de document prouvant qu'elle est demandeuse d'asile.

TABLEAU 35 : ATTRITION ET EVOLUTION DES SITUATIONS ADMINISTRATIVES HUIT A DIX MOIS APRES L'INCLUSION, SELON LA SITUATION ADMINISTRATIVE INITIALE

A l'inclusion			8-10 mois après l'inclusion							
Situation initiale	N	%	Taux d'attrition	Nb de femmes revues	% changements		Situation administrative (N)			
					négatifs	positifs	TDS > 1 an ou dispense	TDS < 1 an	Dem. asile	Sans TDS valide
TDS* > 1 an ou dispense	138	30	51 %	68	12		60	5	1	2
TDS* < 1 an	97	21	37 %	61	11	51	31	23	1	6
Demandeuse d'asile	40	9	40 %	24	46	33	4	4	5	11
Sans TDS* valide	190	41	32 %	129		26	15	13	5	96
Toutes situations connues	465	100	39 %	282	9	26	110	45	12	115
				100 %			39 %	16 %	4 %	41 %
p-value							<0,001*			

* TDS=Titre de séjour – 4 données manquantes pour la situation administrative - p-values issues de tests exacts de Fisher

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : 41 % des répondantes étaient sans titre de séjour valide à l'inclusion, 32 % ont été perdues de vue, parmi celles revues 8-10 mois après, 26 % disent que leur situation administrative s'est améliorée.

4.4 Couverture maladie de base

Les femmes n'ayant aucune couverture maladie de base lors de l'inclusion ont été plus souvent perdues de vue. Parmi l'ensemble des femmes revues dont la couverture maladie de base était précisée, près des deux-tiers n'ont pas changé de situation sur ce plan, tandis que 78 % des femmes n'ayant aucune couverture maladie de base en ont obtenu une. A l'inverse, 10 % de celles qui avaient l'AME ou la PUMa n'ont maintenant plus aucune couverture maladie (cf. tableau suivant).

TABLEAU 36 : ATTRITION ET EVOLUTION DE LA COUVERTURE MALADIE DE BASE HUIT A DIX MOIS APRES INCLUSION, SELON LA COUVERTURE MALADIE DE BASE A L'INCLUSION

A l'inclusion			8 à 10 mois après l'inclusion							
Couverture maladie	n	%	Taux d'attrition	Nombre de femmes revues*	% de changements		aucun	AME* renouv. en cours	AME*	PUMa*
					négatifs	positifs				
aucune	78	17	50 %	36		78 %	8		10	18
AME*	185	42	31 %	127	9 %	25 %	6	6	83	32
PUMa*	181	41	43 %	102	22 %		15		7	80
Toutes situations connues	444	100	39 %	265	13 %	23 %	29	6	100	130
				100 %			11 %	2 %	38 %	49 %

* AME = Aide Médicale d'Etat – PUMa = Protection Universelle Maladie - renouv. = renouvellement - hors données manquantes ou imprécises = 3 + 22 (demande en cours, sans précision) pour la couverture maladie de base à l'inclusion, 5 pour celle lors de l'enquête de suivi

Source : DSAFHIR - Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après, dont la couverture maladie de base à l'inclusion et 8-10 mois après, est connue

Lecture : 17 % des répondantes n'avaient aucune couverture maladie de base à l'inclusion, 50 % de celles-ci ont été revues. Parmi celles-ci 8 sur 36 n'en ont toujours aucune 8-10 mois après.

Ces évolutions sont fortement liées à l'évolution de la situation administrative : 70 % des femmes dont la situation administrative n'a pas changé n'ont pas connu de modification de leur couverture maladie de

base, alors que 42 % de celles dont la situation administrative s'est améliorée ont vu leur couverture maladie de base s'améliorer. Les changements sont moindres pour celles dont la situation administrative s'est détériorée (moins de 20 % ont vu leur couverture maladie de base se détériorer).

4.5 Nature et lieux d'hébergement ou de logement

Une femme revue sur cinq n'habite plus en hôtel lors de l'enquête de suivi (une sur dix habite dans son logement personnel ou, plus rarement, chez un particulier, les autres étant pour l'essentiel dans un centre d'hébergement).

Cette proportion varie selon la situation administrative et le niveau de ressources à l'inclusion (*cf. tableau 37 ci-après*) : elle est logiquement la plus élevée pour les femmes dispensées de TdS ou en ayant un de plus d'un an, et la plus faible pour celles sans TdS valide. Par contre ce ne sont pas les femmes ayant le plus de ressources à l'inclusion qui habitent ailleurs qu'en hôtel social lors du suivi, mais celles ayant le niveau de ressources juste en-dessous. Ce sont les femmes demandeuses d'asile à l'inclusion qui sont le plus souvent en centre d'hébergement lors du suivi (cette proportion reste cependant très faible). La proportion de femmes vivant dans leur logement personnel lors du suivi est plus importante parmi celles en possession d'un TdS à cette date. Et parmi les femmes ayant un TdS de moins d'un an lors du suivi, une sur trois n'habite plus l'hôtel : outre celles qui sont dans leur logement, plus d'une sur dix est hébergée en centre, cette proportion étant deux fois plus importante que pour celles ayant un TdS de plus d'un an.

La majorité des femmes ayant un logement personnel ou vivant dans un centre d'hébergement ont également changé de ville (*cf. tableau 38 ci-après*). C'est aussi le cas pour la moitié de celles logées chez un particulier. Habiter toujours en hôtel ne signifie pas que ces femmes sont restées dans le même hôtel : plus d'une sur huit a changé de ville, et près d'une sur quinze a changé de département.

TABLEAU 37 : TYPE D'HABITATION HUIT A DIX MOIS APRES L'INCLUSION, SELON LA SITUATION ADMINISTRATIVE, ET LE NIVEAU DE RESSOURCES A L'INCLUSION

Taux d'attrition	Type d'habitation 8-10 mois après l'inclusion								
	N*	Hôtel (%)	Logement personnel (%)	Chez un particulier (%)	Centre d'hébergement (%)	Bidonville (%)	Tous lieux connus (%)	Ailleurs qu'en hôtel (%)	
Situation administrative à l'inclusion (p=0,007*) :									
Toutes situations connues*		267	81	9	2	7	0,4	100	19
TDS* > 1 an ou dispense	51 %	64	69	20	3	6	2	100	31
TDS* < 1 an	37 %	59	78	10	5	7	0	100	22
Demandeuse d'asile	40 %	22	77	9	0	14	0	100	23
Sans TDS* valide	32 %	122	89	3	1	7	0	100	11
Situation administrative 8-10 mois après l'inclusion (N=268, p= 0,002*) :									
TDS* > 1 an ou dispense	52 %	106	76	15	3	5	1	100	24
TDS* < 1 an	38 %	43	67	16	5	12	0	100	33
Demandeuse d'asile	42 %	11	82	0	0	18	0	100	18
Sans TDS* valide	33 %	108	91	2	1	6	0	100	9
Niveau de ressources mensuelles / UC* à l'inclusion (N=265, p=0,02* pour la proportion de femmes habitant ailleurs qu'en hôtel) :									
Aucune	38 %	88	94	0	0	6	0	100	6
< 70 €	28 %	34	85	4	4	4	4	100	15
[70-150 € [	29 %	27	75	17	0	8	0	100	25
[150-250 € [	37 %	36	83	9	0	9	0	100	17
[250-350 € [	58 %	23	75	13	4	8	0	100	25
[350-500 € [	40 %	24	57	26	13	4	0	100	43
>= 500 €	49 %	23	77	23	0	0	0	100	23

* Test exact de Fisher - TDS = titre de séjour - UC = Unité de consommation - hors données manquantes = 15 pour le type d'habitation, = 4 pour la situation administrative à l'inclusion, =23 pour le niveau de ressources à l'inclusion

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes >= 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après

Lecture : 14 % des femmes demandeuses d'asile à l'inclusion sont maintenant en centre d'hébergement.

Lecture : 32 % des répondantes sans titre de séjour valide à l'inclusion n'ont pu être revues. Parmi celles qui l'ont été, 89 % sont toujours hébergées en hôtel 8-10 mois après.

TABLEAU 38 : MODIFICATION DU LIEU DE RESIDENCE SELON LE TYPE D'HABITATION HUIT A DIX MOIS APRES L'INCLUSION

	N'habite plus dans le(la) même...		
	hôtel	ville	département
Lieu d'habitation 8-10 mois après l'inclusion	N	%	%
Centre hébergement	19		95
Chez un particulier	6		50
Hôtel	217	14	13
Logement personnel	25		84
Tous lieux connus*	268		26

* hors données manquantes = 15 pour le type d'habitation -

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après

Lecture : 14 % des femmes revues toujours hébergées en hôtel ont changé d'hôtel au moins une fois, 13 % n'habitent plus dans la même ville, et 6 % d'entre elles n'habitent plus dans le même département 8-10 mois après l'inclusion.

4.6 Situation financière

La situation financière de plus d'une femme revue sur deux n'a pas changé, tandis qu'un peu plus d'une sur cinq a vu sa situation financière s'améliorer, et un peu plus d'une sur six l'a vue se détériorer, sans

différences notables selon la situation financière, la situation administrative ou la durée de présence en France lors de l'inclusion, ni selon l'évolution de la situation administrative dans les huit à dix mois suivants. L'évolution de la situation financière varie par contre selon l'évolution de la situation d'hébergement¹⁸⁵ (cf. tableau suivant) : elle s'est plus souvent modifiée, que ce soit dans un sens positif ou négatif, pour les femmes ayant quitté l'hôtel social pour un logement personnel.

TABLEAU 39 : ATTRITION ET EVOLUTION DES SITUATIONS FINANCIERES HUIT A DIX MOIS APRES L'INCLUSION SELON L'EVOLUTION DE LA SITUATION D'HEBERGEMENT

Type d'hébergement lors du suivi	La situation financière ...						Total	
	n'a pas changé		s'est améliorée		s'est détériorée		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Centre d'hébergement	8	42	7	37	4	21	19	100
Chez un particulier	4	67	2	33	0	0	6	100
Hôtel social	134	68	40	20	23	12	197	100
Logement personnel	6	25	10	42	8	33	24	100
Tous lieux connus	152	62	59	24	35	14	246	100

* UC = Unité de consommation – NSP = Ne sait pas, NR = non réponse

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : 24 % de l'ensemble des répondantes revues disent que leur situation financière s'est améliorée. C'est le cas pour 42 % de celles qui vivent dans un logement personnel lors du suivi, et seulement pour 20 % de celles qui sont toujours hébergées en hôtel.

4.7 Grossesses et santé perçue

4.7.1 Grossesses

Une femme revue sur dix était enceinte lors de l'inclusion, et une sur dix a débuté une nouvelle grossesse après l'inclusion et l'enquête de suivi.

Une sur cinq a accouché (34 femmes) ou eu une interruption de grossesse, volontaire (trois femmes) ou non (neuf femmes), entre l'inclusion et l'enquête de suivi. Parmi les trois femmes ayant eu une IVG, l'une était enceinte lors de l'inclusion, les deux autres n'utilisaient aucun moyen de contraception à cette date.

Une femme sur 20 était enceinte lors de l'enquête de suivi.

4.7.2 Déclaration de nouveaux problèmes de santé chroniques

La survenue d'un nouveau problème de santé chronique est signalée par 4 % des femmes revues (la proportion est similaire que la femme ait ou non déjà mentionné souffrir d'un problème de santé chronique au moment de l'inclusion).

Il s'agit pour trois femmes de diabète, pour trois d'hypertension (dont une ayant déclaré souffrir d'une maladie rénale et une autre d'asthme lors de l'inclusion), pour deux d'infections virales (VIH, et cytomégalovirus chez une femme ayant un cancer lors de l'inclusion), et, pour les autres, d'une « suspicion de cancer », d'un « problème cardiaque », d'un problème « de thyroïde », d'une hernie discale, d'un psoriasis.

¹⁸⁵ p<0,001 (test exact de Fisher).

4.7.3 Etat de santé perçu

Santé générale

L'état de santé générale perçu reste stable pour un peu moins de la moitié des femmes revues, 31 % le jugent moins bon, et ce d'autant plus qu'il était bon lors de l'inclusion, tandis que 25 % le jugent meilleur, et ce d'autant plus qu'il était mauvais lors de l'inclusion (*cf. tableau suivant*).

TABLEAU 40 : ATTRITION ET EVOLUTION DE LA SANTE PERÇUE HUIT A DIX MOIS APRES INCLUSION, SELON LA SANTE PERÇUE A L'INCLUSION

A l'inclusion			8-10 mois après l'inclusion								
Etat de santé générale perçu	n	%	Taux d'attrition n	Nombre de femmes revues	% de changements		Etat de santé générale perçu (N)				
					négatifs	positifs	très bon	bon	moyen	mauvais	très mauvais
très bon	102	22	48 %	53	79 %		11	35	4	3	
bon	160	34	41 %	95	27 %	7 %	7	62	20	5	1
moyen	153	33	34 %	101	18 %	42 %	4	38	41	15	3
mauvais	46	10	35 %	30	10 %	63 %		10	9	8	3
très mauvais	7	1	43 %	4		100 %			4		
Total	469	100	40 %	283	31 %	25 %	22	145	78	31	7
				100 %			8 %	51 %	28 %	11 %	2 %

* hors données manquantes =1 pour l'état de santé générale perçu à l'inclusion

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : 34 % des femmes se sentaient en bon état de santé générale lors de l'inclusion, 41 % d'entre elles n'ont pas été revues. Parmi celles qui l'ont été, 7 % se sentent en meilleure santé et 27 % se sentent en plus mauvaise santé.

Santé physique

L'état de santé physique perçu reste stable pour la moitié des femmes revues, la fréquence des changements négatifs comme positifs est proche de celle observée pour la santé générale.

TABLEAU 41 : ATTRITION ET EVOLUTION DE LA SANTE PHYSIQUE PERÇUE HUIT A DIX MOIS APRES INCLUSION, SELON LA SANTE PHYSIQUE PERÇUE A L'INCLUSION

A l'inclusion			8-10 mois après l'inclusion								
Etat de santé physique perçue	n	%	Taux d'attrition	Nombre de femmes revues	% de changements		Etat de santé physique perçue (N)				
					négatifs	positifs	très bon	bon	moyen	mauvais	très mauvais
très bon	106	23	49 %	54	76 %		13	33	8		
bon	157	33	36 %	100	22 %	9 %	9	69	17	4	1
moyen	141	30	38 %	88	16 %	35 %	5	26	43	10	4
mauvais	52	11	37 %	33	9 %	58 %		7	12	11	3
très mauvais	11	2	27 %	8		50 %			4	1	3
Total	469	100	40 %	283	28 %	22 %	27	135	84	26	11
				100 %			10 %	48 %	30 %	9 %	4 %

* hors données manquantes =2 pour l'état de santé physique perçue à l'inclusion

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : 33 % des femmes se sentaient en bon état de santé physique lors de l'inclusion, 36 % d'entre elles n'ont pas été revues. Parmi celles qui l'ont été, 9 % se sentent en meilleure santé physique et 22 % se sentent en plus mauvaise santé physique.

Santé psychologique

L'état de santé psychologique perçue reste stable pour un peu plus d'un tiers des femmes revues, 35 % le jugent moins bon mais 29 % le jugent meilleur (cf. tableau suivant).

TABLEAU 42 : ATTRITION ET EVOLUTION DE LA SANTE PSYCHOLOGIQUE PERÇUE HUIT A DIX MOIS APRES INCLUSION, SELON LA SANTE EMOTIONNELLE PERÇUE A L'INCLUSION

A l'inclusion			8-10 mois après l'inclusion								
Etat de santé émotionnelle perçue	n	%	Taux d'attrition	Nombre de femmes revues	% de changements		Etat de santé émotionnelle perçue (N)				
					négatifs	positifs	très bon	bon	moyen	mauvais	très mauvais
très bon	78	17	44 %	44	86 %		5	25	10	3	1
bon	104	22	39 %	63	43 %	14 %	9	27	17	9	1
moyen	186	40	37 %	117	20 %	34 %	3	37	54	14	9
mauvais	76	16	41 %	45	22 %	47 %	3	6	15	11	10
très mauvais	22	5	41 %	13		31 %		3	4	3	3
Total	469	100	40 %	282	35 %	29 %	20	98	100	40	24
				100 %			10 %	48 %	30 %	9 %	4 %

* hors données manquantes =3 pour l'état de santé physique perçue à l'inclusion

Source : Etude DSAFHIR

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens incluses au printemps 2017 et revues 8-10 mois après
Lecture : 22 % des femmes se sentaient en bon état de santé émotionnelle lors de l'inclusion, 39 % d'entre elles n'ont pas été revues. Parmi celles qui l'ont été, 14 % se sentent en meilleure santé psychologique et 43 % se sentent en plus mauvaise santé émotionnelle.

4.7.1 Expérience de nouvelles violences

Plus de quatre femmes revues sur dix disent avoir vécu, entre l'inclusion et l'enquête de suivi, au moins un type de violence, quel qu'en soit le degré de gravité perçue. Cette proportion est plus élevée pour les femmes de niveau d'étude secondaire ou supérieur (43 % versus 28

%)¹⁸⁶. Elles sont d'autant plus nombreuses dans ce cas qu'elles disaient lors de l'inclusion avoir vécu au moins un type de violence depuis leur arrivée en France (51 % *versus* 29 %)¹⁸⁷.

Une sur trois dit avoir vécu au moins un type de violence qu'elle juge assez ou très grave, et une sur quatre dit avoir vécu au moins un type de violence qu'elle juge très grave. Cette dernière proportion ne varie pas selon la déclaration ou non, lors de l'inclusion, d'un type de violence jugé très grave au cours de la vie, mais elle est plus élevée pour les femmes ayant dit lors de l'inclusion avoir vécu au moins un type de violence, quelle qu'en soit la gravité perçue (35 % *versus* 17 %)¹⁸⁸, et pour celles de niveau d'étude secondaire ou supérieur (30 % *versus* 15 %)¹⁸⁹.

Les violences jugées très graves les plus souvent mentionnées sont les insultes (une femme sur cinq), puis le vol d'argent ou le vol ou la dégradation de ses affaires (une femme sur dix), et les menaces (une femme sur dix). Une femme sur 20 dit avoir été agressée physiquement, trois (1 %) avoir été agressées sexuellement et une (0,4 %) avoir été privée de liberté¹⁹⁰. Les auteurs de ces violences sont le plus souvent des inconnus dans un lieu public (une femme sur dix), ou une personne de l'hôtel (le plus souvent un.e résident.e, plus rarement l'hôtelier ou un employé). Il s'agit dans ces cas essentiellement d'insultes, de menaces ou de vols.

Cinq femmes signalent avoir subi des violences (jugées très graves) par leur conjoint ou ex-conjoint. Les femmes ayant vécu des violences conjugales sont plus nombreuses parmi celles en ayant déjà vécu entre leur arrivée en France et l'inclusion (20 % *versus* 2 %)¹⁹¹.

¹⁸⁶ p=0,017

¹⁸⁷ p<0,001

¹⁸⁸ p=0,001

¹⁸⁹ p=0,007

¹⁹⁰ Cette femme dit également avoir été insultée, menacée et agressée physiquement.

¹⁹¹ p=0,001.

5 Evaluation des interventions de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive

Rappelons que l'évaluation des interventions s'est en partie appuyée sur l'outil ASTAIRE (*Analyse de la Transférabilité et Accompagnement à l'adaptation des Interventions en promotion de la santé*)¹⁹², développé et validé pour aider à la transférabilité d'interventions de promotion de la santé dans des contextes variés (cf. § 1.7).

L'évaluation présentée ci-dessous inclut ainsi les éléments suivants :

- la description précise des interventions et de leur contexte, de leur préparation à leur réalisation et les retours d'expérience des intervenantes,
- les profils des femmes visées par chaque type d'intervention, en prenant en compte l'attrition entre les deux enquêtes,
- la participation des femmes visées par ces interventions ainsi que l'avis des participantes sur ces dernières,
- la comparaison des pratiques et des connaissances en santé sexuelle et reproductive à partir des données disponibles dans l'enquête de suivi, selon le lieu d'hébergement en rapport avec les interventions, et selon la participation déclarée à celles-ci.

5.1 Préparation, réalisation et contexte des interventions

5.1.1 Accompagnements individuels

Principes

Un accompagnement individuel ayant pour but de faciliter l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, par des informations, des aides à la prise de rendez-vous et parfois des accompagnements physiques dans les structures de soin devait être proposé à toutes les femmes hébergées dans trois hôtels, situés dans des zones contrastées en termes de proximité des services de santé.

Préparation

Nous avons sélectionné avec l'aide du Pôle Hébergement et Réservation Hôtelière (PHRH) du Samusocial de Paris¹⁹³ des hôtels situés dans trois départements globalement différents en termes de densité d'offre de soins (Essonne, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis). Cependant, en raison des autres critères guidant la sélection des hôtels¹⁹⁴, les hôtels retenus pour l'accompagnement individuel n'ont pu être situés dans des zones très contrastées en termes de proximité des soins : l'un des hôtels était situé à moins d'¼ h des services de santé les plus proches, les deux autres entre ¼ h et ½ h (cf. § 1.2.1, 1.2.2, 1.6 et 3.4.3).

Des réunions ont été réalisées en amont afin de présenter les enquêtes et interventions prévues auprès des partenaires du PHRH¹⁹⁵, ainsi qu'auprès des services départementaux ou municipaux concernés.

La durée de présence des intervenantes dans les hôtels (six semaines) a été déterminée, dans un souci de comparabilité, à partir du programme défini avec le Planning Familial pour les « groupes de parole » (six séances hebdomadaires). Il en a été de même pour les dates de début des interventions individuelles dans

¹⁹² Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des Interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014;26(6):783-786.

¹⁹³ Ce pôle du Samusocial de Paris de Paris gère l'hébergement en hôtel des personnes en situation de précarité dont la prise en charge est demandée par plusieurs organismes « partenaires ». Son champ de recherche d'hôtels s'est progressivement étendu à l'ensemble de l'Île-de-France (en 2017, il contractait avec plus de 500 hôtels différents, et hébergeait plus de 30 000 personnes chaque nuit).

¹⁹⁴ Capacité et qualité d'accueil, relative stabilité des personnes hébergées.

¹⁹⁵ Les organismes « partenaires » sont les 115 de Paris, du 93 et du 77, l'APTM (Association pour l'accompagnement social et administratif des migrants et de leurs familles), l'OMF (Ordre de Malte France), la CAFDA (Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile), le CASVP (Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris) et la Préfecture de Paris.

chaque hôtel (une semaine après la fin de l'enquête dans l'ensemble des hôtels sélectionnés dans le département¹⁹⁶).

Quant au profil des intervenantes¹⁹⁷, il a finalement été décidé (février 2018) de recruter des « **médiatrices en santé** », professionnelles, et non « paires », en référence au Programme National de Médiation en Santé (PNMS)¹⁹⁸ :

« Le médiateur en santé « pratique ses activités de prévention, d'information individuelle et collective ou d'accompagnement des patients dans les hôpitaux ou les lieux de santé communautaire. Il facilite l'accès à la santé pour les personnes précarisées ou éloignées culturellement du système de soin médical. Il travaille en grande proximité avec les patients pour les mettre en confiance et les orienter vers les structures de soins en partenariat avec les professionnels de l'intervention sociale et médicale. »¹⁹⁹.

En raison des contraintes de délais, de la relative nouveauté de ce métier et des difficultés de recrutement sur des contrats courts²⁰⁰, nous n'avons pu recruter qu'une médiatrice en santé formée et expérimentée sur les quatre personnes nécessaires, et les périodes de disponibilité de chacune étaient limitées. Le choix des trois autres personnes s'est basé sur les critères de profil définis par le PNMS²⁰¹, ainsi que sur leurs compétences en matière de droits des femmes (*voir les profils des personnes recrutées en annexe 17*). Seules des femmes ont été recrutées. Une personne en cours de formation à la médiation sociale et culturelle, ayant postulé pour un stage dans le cadre du projet, est également intervenue à titre bénévole et à mi-temps.

Deux journées de formation ont été conçues et organisées avec l'aide de la responsable du « Bus Espace Enfants Parents » (BEEP)²⁰² et de l'ex-coordonnatrice du PNMS (programme détaillé en annexe18).

Des supports d'information sur la santé sexuelle et reproductive et l'accès aux droits des femmes victimes de violences élaborés par des structures publiques nationales (Direction Générale de la Santé, Santé publique France) et des associations (Planning Familial notamment) ont été réunis. Les responsables du PNMS ont également été sollicités pour obtenir le droit d'utiliser les outils d'éducation pour la santé mis au point dans ce programme.

Un modèle de « dossier de suivi individuel » a été élaboré, avec l'aide de la coordonnatrice du PNMS, pour permettre aux intervenantes de consigner, pour chacune des femmes rencontrées et après chaque

¹⁹⁶ L'enquête était organisée de façon à couvrir successivement les hôtels de chaque département (15 jours de décalage entre chaque département).

¹⁹⁷ Il a d'abord été envisagé de recruter des infirmières, puis des conseillères conjugales.

¹⁹⁸ Recherche-action qui s'est déroulée de 2014 à 2016 auprès de populations roms ainsi que vers des « Gens du voyage » : voir le rapport d'évaluation : Programme national de médiation sanitaire, Association pour l'accueil des voyageurs (ASV). Évaluation du programme national de médiation sanitaire. Rapport final. Paris: PNMS; 2016. <http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>

La Haute Autorité de Santé a publié quelques mois après la mise en place de nos interventions (en octobre 2017) un rapport sur « la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

¹⁹⁹ Référentiel du Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité, cité dans l'Annexe n°1 du rapport d'évaluation déjà cité.

²⁰⁰ Six semaines, à trois mois au maximum pour celles qui ont enchaîné des interventions dans deux départements.

²⁰¹ « La médiation sanitaire nécessite des compétences et une formation générale de base dans le domaine social, de la santé ou en ethnologie permettant à la personne de prendre du recul par rapport aux situations des personnes accompagnées, d'être en capacité de bien communiquer autant avec le public qu'avec les partenaires et institutions, d'avoir une bonne connaissance des problématiques du public concerné et des connaissances de base en santé publique ». in Annexe 1 du Rapport d'évaluation du PNMS déjà cité, page 15.

²⁰² Expérimentation mise en place en 2014 par le Samusocial de Paris de Paris, proposant un accueil aux familles hébergées dans des hôtels situés en Ile-de-France mais éloignés de Paris, à bord d'un bus garé à proximité de leur hôtel. Cet accompagnement comprend un diagnostic sanitaire et social, des informations sur leurs droits et sur les services existants et, le cas échéant, d'une orientation vers des structures adaptées à leurs besoins, au plus près de leur lieu d'hébergement.

rencontre, leurs principales caractéristiques socio-démographiques, leur degré d'autonomie vis-à-vis du système de santé français, leurs demandes et besoins, et leurs propres actions.

Toutes les personnes recrutées ont participé à des journées de formation, qui ont eu lieu la semaine précédant le début des interventions. Cette formation comprenait :

- des informations relatives à l'organisation du Samusocial de Paris (plus particulièrement les services d'écoute téléphonique (115 de Paris) et d'hébergement hôtelier), aux situations administratives des femmes hébergées en hôtel ainsi qu'à leur suivi social ;
- la présentation du projet de recherche, et de leurs missions dans ce cadre, ainsi que les compromis à trouver pour les demandes « hors cadre théorique » ;
- la présentation des obstacles à l'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- la présentation des principes et modalités de la médiation en santé (cf. Encadré 1) et des particularités des interventions dans le projet Dsafhir (ciblage, durée, cadre de recherche) :
 - ✓ *bien que, selon le référentiel déjà cité, « le médiateur sanitaire travaille au rapprochement de chacune des parties, en informant d'une part le public sur le système de santé et d'autre part les structures de santé sur le contexte de vie des personnes », le rôle des intervenantes était ici, en raison de la courte durée de leur intervention, limité à l'approche du « public », le volet « approche des professionnels » ayant, au moins en partie, été réalisé en amont par l'équipe de recherche),*
 - ✓ *les réponses possibles aux probables demandes « hors cadre théorique »²⁰³ (demandes touchant à la situation administrative ou sociale ou demandes d'aide matérielle directe) ont également fait l'objet d'une discussion ;*
- la présentation des modalités pratiques des interventions ;
- la réalisation de mises en situation et jeux de rôle.

Les outils et services qui ont été mis à leur disposition sont les suivants :

- téléphone portable et tablette tactile avec accès Internet ;
- adresses de sites web, dont le site web de Sensoa Zanzu²⁰⁴ ;
- les numéros de téléphone de la responsable du BEEP (faisant le lien avec le PHRH), et d'un référent par département, désigné par les responsables des services de santé départementaux ou municipaux concernés ;
- une liste des professionnels de santé (y compris médecins généralistes et dentistes) exerçant dans leurs zones d'intervention ;
- des supports d'information sur la santé sexuelle et reproductive et l'accès aux droits des femmes victimes de violences (liste en annexe 19) ;
- une présentation simplifiée de l'organisation des services de santé et de leur accessibilité selon la situation administrative des personnes et leur couverture sociale²⁰⁵ (en annexe 20) ;
- des cartes de visite, et un modèle de lettre d'orientation (en annexe 21) ;
- des modèles de dossiers de suivi individuel (exemplaire en annexe 22) ;
- un accès au service d'interprétariat téléphonique (Inter Service Migrants interprétariat -ISM),

²⁰³ R. Dugravier, dans l'évaluation de l'impact d'un programme expérimental de prévention comportant des visites à domicile par des psychologues, note que « le travail auprès des familles paraît envahi par les problématiques sociales au détriment des problématiques de santé des mères ». Voir : Romain Dugravier. CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux. Neuro-sciences [q-bio.NC]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2014.

²⁰⁴ Site web d'information sur la santé, élaboré par une ONG belge à destination des migrants allophones. <https://www.zanzu.be/fr>

²⁰⁵ Document mis à disposition par la coordonnatrice du PNMS.

- des serviettes hygiéniques, tampons, coupes menstruelles et préservatifs destinés aux femmes rencontrées.

ENCADRE 1 - LES PRINCIPES ET MODALITES DE LA MEDIATION EN SANTE

*La médiation en santé²⁰⁶ consiste à aller vers les personnes vulnérables pour faciliter leur accès aux soins et aux droits, mais aussi à sensibiliser les professionnels de santé aux obstacles existants (afin de les réduire) et aux besoins de ces personnes. Elle partage les **principes déontologiques énoncés dans la « charte de référence de la médiation sociale »²⁰⁷** : neutralité et impartialité, négociation et dialogue, libre consentement et participation des habitants, mobilisation des institutions, respect des droits fondamentaux et protection des droits des personnes.*

*Les actions de médiation mises en place lors de l'intervention Dsafir ont principalement été menées auprès des femmes hébergées. Elles se déclinent, **au-delà de l'écoute et du soutien moral**, en trois catégories, qui peuvent se cumuler au cours d'une même rencontre : les informations simples, les orientations « verrouillées » et les accompagnements.*

***Les informations simples** désignent des informations données, avec ou sans support écrit ou visuel, sur l'une des thématiques abordées lorsqu'un entretien a eu lieu (par exemple : l'explication des fonctions d'un professionnel de santé en particulier, du corps humain, ou la remise de l'adresse écrite d'une structure ou d'un professionnel).*

*Une **orientation « verrouillée »** implique la mise en relation d'une femme avec un professionnel ou un établissement de santé par l'intervenante. Cette mise en relation a pu s'effectuer directement (au téléphone ou physiquement), ou par le biais d'une lettre signée de l'intervenante à destination d'un professionnel ou d'une structure, confiée à la femme, ou encore lorsque l'intervenante a appelé une structure de soins pour vérifier son adresse afin de la transmettre à une femme. Les prises de rendez-vous directes avec les professionnels, qu'elles soient à l'initiative de la femme ou de l'intervenante, ont été systématiquement associées à une orientation verrouillée.*

***Un accompagnement** correspond à un accompagnement physique à un rendez-vous avec un professionnel.*

Réalisation

Les prises de contact préalables des intervenantes avec les structures publiques de santé proches des hôtels, prévues sur des temps trop courts, ont été très limitées.

Lors de la passation du premier questionnaire, les enquêtrices du projet avaient, dans les semaines précédentes, informé toutes les femmes rencontrées dans les trois hôtels sélectionnés qu'elles auraient la visite de « dames venant leur proposer une aide pour leur santé et leurs droits », sans aucune obligation de participation de leur part.

Lors de l'intervention, deux des intervenantes sont allées frapper à toutes les chambres dans chacun des trois hôtels, en se présentant comme des « intervenantes socio-sanitaires »²⁰⁸ travaillant pour le compte du Samusocial de Paris dans le cadre d'un programme expérimental d'une durée limitée. Elles ont alors proposé à toutes les femmes qu'elles ont pu contacter une information sur la santé et les droits des femmes, et une aide individuelle à l'accès aux services concernés, sur une durée maximale de six semaines. Elles ont présenté leur aide comme totalement facultative et ont insisté sur la confidentialité des échanges et l'absence de répercussion d'une non-participation des femmes sur leur hébergement. En cas d'absence

²⁰⁶ Haute Autorité de Santé : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Octobre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

²⁰⁷ adoptée en 2001 par le Comité interministériel des villes.

²⁰⁸ Le terme « médiatrice en santé » a été évité car toutes les intervenantes n'avaient pas une formation ad hoc ; cela permettait également d'éviter toute confusion, dans l'esprit des femmes rencontrées, avec les médiateurs/médiatrices du PHRH, chargés de gérer les conflits entre les personnes hébergées et les gérants des hôtels sociaux.

des femmes, elles sont revenues les jours suivants, et dans la mesure du possible à des horaires différents, en notant toutes les tentatives de contact dans un tableau ad hoc. Elles se sont également présentées dans les espaces de vie commune de l'hôtel (cuisine...) quand ils existaient. Elles ont ensuite informé et accompagné les femmes qui le souhaitaient, et rempli au fur et à mesure les dossiers de suivi individuel.

Quand les demandes qui leur étaient faites dépassaient leur champ de compétences, les intervenantes orientaient dans la mesure du possible les personnes vers leur référent social, ou les associations ou services les plus adaptés.

Ces interventions se sont déroulées successivement dans les trois départements (hôtels C puis B puis A), avec de courtes périodes de chevauchement (*cf. en annexe 23 le planning détaillé des intervenantes*).

Des séances de débriefing ont eu lieu tous les dix jours environ en présence de membres de l'équipe de recherche, avec le concours de la responsable et l'infirmière du BEEP. Elles ont permis aux intervenantes d'échanger leurs expériences et leurs difficultés, et à la responsable du BEEP de rappeler les modalités du suivi social des femmes concernées, différant selon l'organisme prenant en charge l'hébergement²⁰⁹.

Cohérence entre le projet initial et sa mise en œuvre par les intervenantes

Nous avons vérifié la cohérence des actions menées par rapport au projet initial, à partir des informations contenues dans les dossiers de suivi individuel renseignés par les intervenantes²¹⁰, après anonymisation (la même méthode a été utilisée pour l'évaluation de l'impact du programme expérimental CAPEDP, déjà cité²¹¹). Cette analyse permet également de décrire plus précisément les femmes rencontrées et les accompagnements réalisés par les intervenantes, dans la perspective d'une extension du projet²¹².

Au total, les intervenantes ont rencontré, et éventuellement accompagné, 89 femmes : 30 dans l'hôtel A, 26 dans l'hôtel B et 33 dans l'hôtel C. Près d'un quart d'entre elles ont pu être rencontrées dès la première tentative de contact, et un tiers ont pu l'être à la deuxième tentative. Pour un peu plus d'une femme sur dix, il a fallu six tentatives ou plus (jusqu'à 11). Le nombre de rencontres par femme varie d'un à sept. Près d'un tiers des femmes ont été vues une fois seulement. Un peu plus de la moitié ont été vues de deux à trois fois, et un cinquième l'ont été quatre fois ou plus. La durée moyenne du premier entretien est d'un peu plus de 40 minutes, les entretiens suivants ont en moyenne été un peu plus courts (30 minutes). La durée **cumulée** des rencontres est d'½ heure ou moins pour une femme sur quatre, entre ½ heure et 1 heure pour une sur cinq, entre 1 et 2 heures pour un peu plus d'une femme sur trois, et supérieure à 2 heures pour un peu plus d'une femme sur cinq²¹³.

²⁰⁹ Ces modalités, très complexes, sont en cours de modification suite à la régionalisation de l'hébergement hôtelier des personnes sans abri. Voir en annexe 15 l'organisation de ces dispositifs au moment du projet.

²¹⁰ Saïas T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs: a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS ONE*. 2012;7(5): e36915.

²¹¹ Ces informations s'étant avérées hétérogènes, l'ensemble des dossiers a été revu par une même personne (la médiatrice la plus expérimentée) pour homogénéisation.

²¹² Les femmes rencontrées ne sont pas exactement les mêmes que celles qui ont été enquêtées, en raison des refus d'enquête, indisponibilités pendant l'enquête ou l'intervention, et des départs ou arrivées dans l'hôtel qui ont pu se produire dans les semaines suivant l'enquête.

²¹³ Toutes les femmes dont la durée cumulée des entretiens a dépassé deux heures ont été rencontrées plus de quatre fois. Parmi les femmes dont cette durée ne dépasse pas une demi-heure, neuf sur dix ont rencontré l'intervenante une seule fois, et une sur dix l'ont rencontré deux fois.

Selon les informations recueillies par les intervenantes, à la date de la première rencontre :

- **les trois quarts des femmes rencontrées sont présentes dans l'hôtel depuis plus d'un an**, et pour près de la moitié, leurs enfants sont scolarisés/suivis dans la ville ;
- près d'une sur dix est présente dans l'hôtel depuis plus de six mois mais moins d'un an, près d'une sur dix l'est depuis trois à six mois, et plus d'une sur vingt l'est depuis moins de trois mois.

Six sur dix sont, à la date de la première rencontre, couvertes par une protection sociale maladie valide (quatre sur dix par la PUMa et un peu moins de deux sur dix par l'AME) ; Une sur quatre a également une couverture complémentaire valide (pour la plupart la CMU-C). Mais **pour trois sur dix, leur couverture sociale n'est pas valide** (en cours d'obtention pour deux sur dix, expirée pour une sur dix), et **près d'une sur dix n'a aucune couverture sociale maladie** (*les informations recueillies lors de l'enquête dans les mêmes hôtels sont assez différentes, possiblement en raison de différences dans la formulation des questions*).

Les profils de ces femmes diffèrent d'un hôtel à l'autre : celles hébergées dans l'hôtel A sont un peu plus jeunes, et plus souvent en couple, celles logées dans l'hôtel C ont une situation sociale meilleure que les autres, en termes de stabilité du lieu de vie et de couverture sociale de santé.

Les intervenantes ont estimé que **pour plus de huit femmes sur dix, les échanges ont pu avoir lieu en français sans nécessiter de traduction**. Elles n'ont eu recours au service d'interprétariat téléphonique que pour une seule femme, préférant s'appuyer en cas de besoin sur l'aide d'une tierce personne (pour cinq femmes). Pour cinq autres femmes, elles ont elles-mêmes échangé avec elles dans une autre langue que le français, et pour quatre autres femmes, elles ont eu recours à Internet (site Zanzu ou autres aides à la traduction en ligne).

Sur les 20 sujets pré-listés dans les fiches de suivi individuel²¹⁴ :

- l'accès aux soins, la couverture sociale, la contraception et les questions de gynécologie (règles, frottis...) ou la santé de la femme « autre » (que santé mentale et santé sexuelle et reproductive), la santé des enfants, ont été abordés au moins une fois avec plus de huit femmes sur dix ;
- plusieurs des sujets « sensibles » (le partenaire sexuel, la sexualité et la prostitution) n'ont jamais été spontanément abordés par les femmes ;
- les sujets relatifs aux violences ou à la prostitution ont rarement été abordés, que ce soit par les intervenantes ou par les femmes.

Les questions gynécologiques, les infections sexuellement transmissibles, les violences conjugales, mais aussi d'autres sujets, comme ceux relatifs à la santé mentale, au titre de séjour ou à l'hébergement, ont été abordés à une fréquence variable selon les intervenantes, sans qu'il soit possible de faire la part des différences liées aux caractéristiques des intervenantes, à celles des femmes rencontrées, ou à celles de l'environnement propre à l'hôtel.

Les intervenantes ont donné des informations « simples »²¹⁵ à plus de neuf femmes sur dix lors d'au moins une de leurs rencontres. **Une « orientation verrouillée »²¹⁶, pour l'essentiel vers une structure/un professionnel de santé, a été effectuée pour plus de la moitié des femmes rencontrées**. Toutes femmes confondues, de telles orientations ont été faites lors de deux rencontres sur trois. Sept accompagnements ont été effectués, ces accompagnements concernent donc moins d'une femme sur dix.

²¹⁴ voir en annexe 22 le modèle de dossier de suivi individuel.

²¹⁵ Voir l'Encadré « Les modalités de la médiation en santé »

²¹⁶ Voir ibid.

Sept femmes n'ont eu ni information simple ni orientation verrouillée (écoute simple) : il semble s'agir de femmes qui étaient un peu réticentes à la proposition d'aide, ou peu disponibles, même si elles avaient accepté de rencontrer l'intervenante²¹⁷.

Retour d'expérience des intervenantes

Une journée de restitution a été organisée à la fin des interventions avec l'ensemble des intervenantes, pendant laquelle l'ensemble des points de la grille ASTAIRE (voir ci-dessus) ont été abordés. L'avis de chacune a également été sollicité par écrit dans les semaines suivantes.

Population cible

Concernant les représentations vis-à-vis de la santé et de la santé sexuelle et reproductive : Les intervenantes ont insisté sur la hiérarchie des besoins des femmes rencontrées (priorité des soins aux enfants), sur la fréquence des réticences face aux tampons hygiéniques et aux coupes menstruelles, et noté l'existence de besoins différents selon les hôtels quant aux connaissances sur la contraception, aux interférences culturelles ou religieuses vis-à-vis de celles-ci (dépendance au conjoint ou référence à Dieu).

Concernant les motivations des femmes par rapport au projet : Elles ont noté le rôle de la passation du questionnaire (et surtout des entretiens qualitatifs), en amont de leurs propres interventions, en tant qu'incitation à une démarche d'accès aux services de santé. D'une façon générale, elles ont constaté que toute démarche d'« aller-vers » est jugée positive par les femmes.

Concernant l'accessibilité à l'intervention : L'absence de certaines femmes pendant la journée, les rendant inaccessibles sur les créneaux horaires « ouvrables », la barrière linguistique (malgré la possibilité de faire appel à ISM -voir plus bas), la présence du mari ou des enfants ont été soulignées. Si la présence du mari a été parfois un obstacle, elle a pu également s'avérer un élément facilitant, notamment quand il a pu être inclus dans les discussions sur la contraception.

Concernant l'insécurité dans laquelle les femmes sont : Les réactions ambivalentes de certaines femmes vis-à-vis de l'intervenante, du fait de son statut d'employée du Samusocial de Paris (et à ce titre perçue comme une aide potentielle mais aussi comme un possible moyen de contrôle de la part de l'organisme assurant l'hébergement) a pu conduire certaines femmes à éviter de parler de leurs ressources financières ou de la prostitution, ou encore à revoir l'intervenante lorsqu'elles n'avaient pas « suivi ses conseils ». Ces réticences à suivre les conseils peuvent découler de la crainte des contrôles d'identité ou du coût des transports en commun, mais aussi d'un sentiment de honte conduisant certaines femmes à cacher aux professionnels de santé leurs conditions de vie réelles. Les intervenantes ont toutefois noté que leur présence régulière et prolongée dans un hôtel permettait d'instaurer peu à peu un climat de confiance.

Concernant la perception de l'intervention par les bénéficiaires : Les intervenantes pensent que leur intervention a été globalement perçue comme utile, notamment dans les hôtels les plus excentrés dans lequel les femmes sont les plus « précaires » (du point de vue de la durée d'hébergement dans le même hôtel ou du point de vue de leur situation administrative et sociale). Les intervenantes ont noté l'importance du bouche-à-oreille, concernant par exemple la qualité de l'accueil dans certains services de santé ou chez certains médecins, et l'existence de différences entre hôtels, selon qu'il existe ou non une cuisine collective²¹⁸, par exemple.

²¹⁷ Six de ces femmes ont été vues une fois seulement, et une a été vue deux fois. Aucune aide à la traduction n'a été notée lors de ces entretiens qui ont duré entre 10 et 30 minutes. Trois ont été rencontrées pour la première fois après trois à cinq tentatives, et une après huit tentatives. Tous les sujets abordés avec ces femmes l'ont été à l'initiative de l'intervenante. Certains sujets sensibles tels que l'IVG, la prostitution, les violences conjugales ou les violences autres n'ont pas été abordés.

²¹⁸ Présente dans l'hôtel B seulement.

Environnement

Outre les éléments déjà cités (effets facilitants ou au contraire limitants des politiques publiques vis-à-vis des migrants, politiques départementales concernant l'accessibilité de leurs services, rattachement des intervenantes au Samusocial de Paris, existence d'une cuisine collective, interférences de l'enquête), les intervenantes ont noté l'existence d'autres facteurs limitants liés :

- au contexte de l'intervention : intervention en période de canicule et de Ramadan, qui contribuaient à l'épuisement des femmes ;
- aux attitudes de certains professionnels : informations fausses ou contradictoires données par téléphone, créneaux d'ouverture limités, effet dissuasif des répondants téléphoniques ;
- à la complexité des « suivis sociaux » et à leur opacité, tant pour les femmes que pour elles-mêmes.

Mise en œuvre

Concernant la préparation de l'intervention : Les intervenantes n'ayant pas d'expérience préalable du travail de médiation en santé ont toutes trouvé la formation trop courte. À noter également que le contexte « expérimental » du projet a conduit à des embauches de courte durée, d'intervenantes peu expérimentées et sans connaissance préalable de l'offre de soins locale, ce qui peut conduire à sous-estimer les potentiels effets bénéfiques. Une ou deux journées auraient été également nécessaires en début d'intervention pour se familiariser avec l'offre de services de proximité et vérifier les informations contenues dans les livrets d'information.

Concernant l'organisation du travail : Le fait de travailler en binôme a été jugé très utile (soutien mutuel, complémentarité des compétences, possibilité de détourner l'attention des enfants, limitation des liens de dépendance d'une femme avec une intervenante). La durée de six semaines a été jugée courte pour établir un lien de confiance avec les femmes hébergées²¹⁹, mais surtout pour se familiariser avec le fonctionnement des structures de santé avoisinantes et pouvoir ainsi donner des conseils plus adéquats, et si besoin sensibiliser les professionnels de ces structures aux conditions de vie et aux besoins des femmes.

Concernant les outils mis à disposition : Les tablettes ont été très utiles, et le site ZANZU a été souvent utilisé et très apprécié. Le service d'interprétariat téléphonique a été peu utilisé, peut-être par manque d'expérience. Il est jugé indispensable pour les « cas extrêmes » (où une personne tierce ne peut pas traduire, ou quand seul le mari peut traduire). Les « tabliers pédagogiques » ont été diversement utilisés, les brochures « Choisir sa contraception » ont été jugées très utiles. Les intervenantes ont jugé important d'avoir à disposition des outils de prévention adaptés (très imagés pour les allophones). Les dons (serviettes hygiéniques, préservatifs...) ont beaucoup aidé aux contacts. L'absence, volontaire, d'aide aux déplacements des femmes vers les services de santé (absence de véhicule de fonction pour les intervenantes, non distribution de tickets de bus ou de métro) a été jugée justifiée (volonté de faciliter l'accès aux soins mais sans « assister » les personnes, limitation dans le temps de l'intervention).

Concernant les séances de debriefing : Ces séances ont été jugées très intéressantes et rassurantes. Elles ont permis aux intervenantes « débutantes » de se centrer sur leur champ d'intervention (santé sexuelle et reproductive) tout en orientant les femmes qui les sollicitaient sur d'autres sujets, et de mieux se positionner dans leurs relations avec les conjoints, les travailleurs sociaux, et face aux hésitations des femmes victimes de violences. Ces séances pourraient de leur point de vue être plus espacées (si les intervenantes sont bien formées et si les circuits de communication avec le PHRH sont bien établis), et devraient se dérouler plutôt en début ou fin de semaine.

²¹⁹ Référence au PNMS où la durée d'intervention permettant d'établir des liens de confiance était estimée à au moins trois mois.

5.1.2 Interventions collectives

Principe

Un accompagnement collectif a été construit autour de groupes de discussion ayant pour but d'améliorer le niveau de connaissance en matière de santé sexuelle et reproductive et de s'appuyer sur le partage des savoirs entre pairs, tout en créant du lien et du soutien social.

Les réunions étaient animées par des conseillères du Mouvement Français pour le Planning Familial (MPPF) appartenant aux associations des départements dans lequel se situaient les hôtels afin de transmettre des informations et des ressources directement mobilisables par les femmes. Il s'agissait donc d'une intervention menée en partenariat avec une association spécialisée dans la promotion et d'éducation à la santé sexuelle et reproductive²²⁰.

Préparation

La spécificité de l'intervention était pour ces associations de mener cette intervention non pas dans leurs locaux, comme cela fait habituellement, mais sur les lieux de vie des femmes. Cette démarche différente a nécessité un travail de préparation en amont pour faciliter l'accès des conseillères aux hôtels et, pour certaines d'entre elles, les sensibiliser à la démarche d'« aller-vers ».

Plusieurs réunions préparatoires ont eu lieu, d'abord avec toutes les intervenantes dans les locaux de la fédération, puis sur les sites eux-mêmes.

L'intervention a été prévue sur six semaines à raison d'une ou deux réunions par semaine selon la demande, la taille de l'hôtel et la faisabilité dans les locaux disponibles.

Dans deux des trois hôtels sélectionnés, il a été possible d'organiser les groupes de parole dans une salle de l'hôtel. Dans le troisième hôtel, ils se sont déroulés dans le centre de planification familiale situé à une cinquantaine de mètres de l'hôtel.

Le contenu des séances a été élaboré par les conseillères du MPPF, et l'équipe de recherche leur a fourni les mêmes kits qu'aux intervenantes en charge de l'accompagnement individuel : livrets d'information, serviettes et tampons hygiéniques, coupes menstruelles et préservatifs.

Les thématiques abordées par les conseillères couvraient les champs suivants :

- Gynécologie (suivi de grossesse, IVG – grossesses non souhaitées ou non prévues, IST, contraception, gynéco autre, accès aux soins) ;
- Sexualité (relations affectives – relations femmes-hommes, plaisir, qualité de la vie sexuelle, gestion des risques sexuels, sexualité tarifée) ;
- Santé (santé mentale, santé autre, santé des enfants, corps, accès aux services de soins) ;
- Violences (au pays, pendant le trajet, en France, actuellement) ;
- Conditions de vie (couverture sociale, scolarisation des enfants, alimentation, titre de séjour, hébergement, etc.).

Après chaque séance, les conseillères remplissaient une fiche de suivi recueillant des informations sur la taille et la composition du groupe, les matériels utilisés et distribués, les thématiques abordées et l'ambiance générale de la réunion (*cf. modèle en annexe 24*). Certaines conseillères ont également restitué certains *verbatim* rendant compte des discussions.

²²⁰ Le MPPF dispose d'une expertise solide sur l'animation de groupes de parole sur ces questions auprès des femmes précaires et migrantes. Son action vise à "renforcer l'autonomie et les compétences des participant.e.s en développant la participation active des personnes".

Réalisation

L'analyse présentée ici s'appuie sur le dépouillement des fiches de suivi ainsi que sur les entretiens réalisés, à la fin de l'intervention, avec les conseillères ayant animé les réunions. Les trois interventions ont donné lieu à des résultats assez contrastés selon les hôtels, liés à la fois à des différences de contextes et aux caractéristiques des associations départementales impliquées.

Hôtel A :

Globalement, cette intervention a été jugée peu satisfaisante par les intervenantes. Peu de femmes y ont participé (huit femmes au départ, et plus aucune à partir de la troisième séance). Selon les intervenantes, la pièce prévue pour l'intervention était trop petite et la prise en charge des enfants pendant la réunion trop compliquée voire impossible dans ce contexte.

Conformément au protocole de l'étude, l'intervention n'était pas affichée dans l'hôtel afin de préserver la confidentialité sur la participation. Les intervenantes s'y refusant, ce sont des membres de l'équipe de recherche qui sont allées frapper aux portes des chambres avant les premières sessions pour inviter les femmes à participer. La mise en route a donc été particulièrement difficile et la fréquentation du groupe de parole a rapidement décliné. Les femmes ne sont jamais venues d'elles-mêmes au groupe de paroles. A partir de la troisième séance (une fois que plus personne n'était disponible pour toquer aux portes), les femmes ne sont plus venues.

Concernant les femmes elles-mêmes, les intervenantes ont eu l'impression que les femmes qu'elles ont rencontrées connaissaient bien l'offre de soins dans le secteur de l'hôtel. Certaines d'entre elles habitaient dans l'hôtel depuis longtemps, connaissaient bien le quartier et avaient déjà une bonne insertion dans l'offre de soins de santé. L'hôtel étant situé dans une zone très bien quadrillée en termes d'offre de soins et de prise en charge en santé sexuelle et reproductive, l'apport du groupe de discussion a été difficile à définir.

Il n'y a pas eu de problème de traduction puisque seules les femmes étant capables de comprendre et s'exprimer en français ont participé à l'intervention.

Hôtel B :

Les interventions se sont déroulées à l'extérieur de l'hôtel, dans une salle du Centre de Planification Familiale voisin d'une centaine de mètres. Certaines discussions ont eu lieu en anglais ou avec des auto-traductions (français-roumain par l'une des femmes par exemple). Là aussi ce sont des membres de l'équipe de recherche qui sont allées frapper aux portes. Celles-ci ont aussi dû, au début de l'intervention, accompagner les femmes invitées car la démarche de sortie de l'hôtel était parfois difficile. Certaines femmes ne connaissaient pas le Centre de Planification familiale situé pourtant en face de leur hôtel.

Il n'y a jamais eu de formation d'un « noyau » (c-à-d. un groupe de femme revenant régulièrement aux sessions de paroles), de nouvelles femmes étaient présentes chaque semaine. Dès lors, il était difficile de suivre la trame de thématiques à aborder prévue en amont de la mise en place de l'intervention ; les thématiques revenaient finalement d'une semaine sur l'autre.

Beaucoup de demandes émanant des femmes étaient relatives à l'apprentissage du français, du suivi social, et de leurs difficultés d'accès à la Maison des solidarités voisine (problèmes de domiciliation). Les intervenantes ont soulevé le problème de la déscolarisation de certains enfants - "les femmes sont probablement déprimées, ne se lèvent pas le matin".

La discussion sur des problèmes de santé rarement exprimés a été possible lors de plusieurs séances : douleurs et problèmes de règles, séquelles de l'accouchement, fuites urinaires notamment. La dernière séance a été une occasion pour beaucoup d'entre elles de s'exprimer à l'unisson sur des formes de harcèlement subi à l'hôtel, et donc plus largement de parler de violences. Le fait que l'intervention ait eu

lieu à l'extérieur a sans doute rendu cette parole plus facile. La présence d'une femme plus âgée que les autres aux différents groupes de paroles a également pu apparaître comme un élément moteur des discussions.

Hôtel C :

L'intervention avait lieu dans une pièce aménagée dans l'hôtel, ce dernier comprenant également un lieu de convivialité pour les enfants. D'après les intervenantes, les enfants n'ont jamais été trop gênants et sont la condition sine qua non à la présence des femmes aux séances. Chaque fois au moins quatre femmes étaient présentes et elles ont été huit femmes au maximum. L'hôtelier était particulièrement soutenant pendant toute la période des interventions.

Les intervenantes se sont chargées de frapper aux portes des chambres chaque semaine - elles se sont partagé les deux étages de l'hôtel. Les questions d'emploi du temps ont été un frein à la participation des femmes : par exemple, les *Restos du cœur* intervenaient le même jour ; il était souvent difficile de commencer les groupes de paroles à l'heure.

La première séance a porté sur le fait d'être une femme et le fait d'être une mère. Elle a amené les femmes à échanger sur la difficulté de leurs enfants à être inscrits à l'école, et sur les difficultés qu'elles rencontrent à la mairie de la ville (CCAS, tarifs de la cantine scolaire). Ces contraintes ont, selon les intervenantes, des conséquences importantes sur la santé des enfants.

La présence d'une infirmière de PMI (également conseillère au MFPP) lors de la quatrième séance a permis d'établir un lien entre les femmes et la PMI, mais aussi de permettre à l'infirmière de comprendre l'importance de "*l'aller vers*".

L'intervention a clairement montré l'importance du lien de confiance qui s'établit. Au fur et à mesure des séances, les langues se délient et les sujets abordés sont de plus en plus précisément en lien avec la santé sexuelle et leurs propres expériences. Les femmes ont aussi témoigné de mutilations subies dans leurs pays d'origine, et des peurs qu'elles en ont pour leurs propres enfants.

Retours d'expérience des intervenantes :

Ce type d'intervention en partenariat était une première pour le MFPP comme pour le Samusocial de Paris. Elle a permis de mener une réflexion collective autour du caractère transférable et reproductible de ce type d'intervention et de ce type de partenariat.

La différence majeure unanimement reconnue par les intervenantes vis-à-vis de leur manière habituelle de travailler se situe dans "*l'aller vers*". Les intervenantes ne sont pas habituées à engager la discussion avec des femmes qui ne viennent pas les voir spontanément, et cela a pu paraître d'autant plus compliqué pour certaines que les femmes des hôtels sociaux sont souvent en situation de plus grande précarité que celles qui participent généralement à ce type de groupe de paroles au Planning familial.

En plus du réajustement de posture professionnelle que cette expérience en « *aller-vers* » leur a demandé, les intervenantes ont identifié d'autres facteurs ayant un rôle déterminant dans le déroulement des groupes de paroles.

Tout d'abord, la disposition des locaux dans lesquels se déroulent les interventions peut avoir un impact non négligeable sur le type de discussion abordé (exemple : la violence des hôteliers à l'égard des femmes a été un sujet abordé dans l'hôtel B, or la salle n'était pas au sein même de l'hôtel) mais aussi sur le taux de fréquentation du groupe (garde d'enfants plus ou moins facilitée).

Les intervenantes considèrent que la présence des enfants lors de discussions sur la violence n'était pas forcément négative. Elles considèrent en effet que lorsque la question des recours contre la violence a pu être abordée lors de ces groupes de paroles, les enfants ont pu retenir le fait qu'il existe des numéros de

téléphone s'ils sont témoins d'une situation de violence, et que leurs mères ont des possibilités de s'en sortir.

Le fait que les enfants aient été acceptés lors de ces groupes de paroles a été un soulagement pour les femmes qui pouvaient sortir de leur chambre et "respirer". Elles pouvaient enfin venir "comme elles sont", sans avoir peur qu'on les réprimande.

Le fait que l'hôtel soit un vrai lieu de vie, où les femmes échangent quotidiennement peut être un facteur important dans l'acceptation de ces groupes de paroles.

De manière unanime, les intervenantes ont pointé le problème de la domiciliation comme entrave principale à toutes les démarches et initiatives de ces femmes.

Le Planning familial considère, en conclusion, qu'il serait important pour pérenniser ce type d'intervention de travailler à définir un cadre à adapter en fonction des hôtels et situations.

Il serait aussi très important de créer un lien entre les différentes structures de soins et les intervenantes (de même que pour les accompagnements individuels) pour faciliter les liens entre les structures de soins et les femmes.

L'idée d'animations dispensées par les services départementaux a été proposée. Mais des réserves ont été émises sur la faisabilité de ce type de démarche au vu de l'hétérogénéité de ces services en termes des valeurs défendues et d'adaptation au public précaire/migrant, ainsi que du manque de formation de certains professionnels à l'animation de groupes de parole.

5.1.3 Livrets d'information

Principes

Un livret d'information sur les services traitant des questions de santé sexuelle et reproductive situés « à proximité » de chacun des hôtels enquêtés, devait être distribué à l'ensemble des femmes.

Préparation

Ces livrets ont été préparés par l'assistante de recherche du projet, avec l'aide des professionnels du BEEP²²¹, et listaient les services les plus proches de chaque hôtel :

- services publics de santé (hôpitaux, maternités, Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), unités médico-judiciaires, services de vaccinations, PMI, CPEF, Centres Gratuits d'Informations, de Dépistage et de Diagnostic des Infections sexuellement transmissibles (CGIDD) ;
- consultations du Planning Familial ;
- services communaux et départementaux d'action sociale, et centres d'information sur les droits des femmes et de familles (CIDFF).

Pour chaque structure était précisés son adresse et son numéro de téléphone, ses jours et heures d'ouverture, ses créneaux avec ou sans rendez-vous, et le temps de trajet à pied ou comment y accéder en transports en commun. Un plan indiquant la localisation de l'hôtel et des services a été inséré dans chaque livret, ainsi que l'adresse internet du site Zanzu²²².

Leur contenu a été validé, pour les informations qui les concernaient, par les responsables des services de santé de PMI et de PF concernés.

²²¹ Expérimentation mise en place en 2014 par le Samusocial de Paris, décrite plus haut.

²²² <http://www.zanzu.be/fr> (avec l'information suivante : « Ce site Internet belge donne des informations détaillées sur le corps et la santé des femmes (attention : les informations concernant les droits et les services de santé ne sont pas adaptées pour la France) »).

Réalisation

Lors de l'enquête d'inclusion, les enquêtrices ont remis à chaque femme interrogée, après passation du questionnaire, un livret d'information adapté à l'hôtel dans lequel elle était hébergée (*exemple en annexe 7*).

Retour d'expérience des intervenantes sur les livrets et les hôtels où elles intervenaient

Les intervenantes ont parfois regretté l'absence d'informations concernant les services de santé associatifs ou libéraux, dont quelques-uns sont connus et appréciés par certaines femmes hébergées. Elles ont été particulièrement déroutées par le contenu du livret concernant l'hôtel A (informations parfois fausses).

5.2 Taux d'attrition et profils des femmes selon le type d'intervention

5.2.1 Taux d'attrition

Le taux d'attrition²²³ est de 45 % pour les femmes hébergées dans les hôtels où ont eu lieu les groupes de parole, de 41 % dans ceux où un accompagnement individuel a été proposé, et de 36 % dans les hôtels « témoins ». Ces différences ne sont pas significatives sur le plan statistique²²⁴. Respectivement 77, 60 et 146 femmes de chacun de ces groupes ont participé à la deuxième enquête.

Pour les femmes concernées par les accompagnements individuels²²⁵ et pour celles hébergées dans les hôtels « témoins »²²⁶, le taux d'attrition est statistiquement différent selon le département :

- pour les femmes concernées par les accompagnements individuels, le taux d'attrition atteint 57 % pour les femmes hébergées en Seine-Saint-Denis, alors qu'il est de 41 % pour celles hébergées en Seine-et-Marne et de seulement 21 % pour celles hébergées dans l'Essonne ;
- pour les femmes hébergées dans les hôtels « témoins », le taux d'attrition est de 49 % pour les femmes hébergées en Seine-Saint-Denis, de 45 % pour celles hébergées dans l'Essonne et de 30 % pour celles hébergées en Seine-et-Marne.

5.2.2 Profils des femmes

Les profils des femmes hébergées dans les trois types d'hôtels (avec intervention collective, avec intervention individuelle, ou témoins) diffèrent²²⁷ de façon statistiquement significative sur presque tous les plans, pour l'ensemble des femmes incluses dans le projet comme pour celles revues huit à dix mois après (*cf. tableaux 33 et 34 en annexe 14*). Ils ne diffèrent pas sur la structure d'âge, le type de couverture maladie de base, l'existence ou non d'une couverture maladie complémentaire pour celles ayant accès à la Protection Universelle Maladie, ni sur le degré de maîtrise du français.

²²³ Ce calcul est effectué sans réaffectations des quelques femmes ayant déménagé peu après l'inclusion, ce déménagement modifiant leur exposition aux types d'intervention. Cette réaffectation ne peut être faite que pour les femmes ayant participé à l'enquête de suivi.

²²⁴ $p=0,24$

²²⁵ $p=0,017$ (test de Chi2)

²²⁶ $p=0,034$ (test de Chi2)

²²⁷ Ces calculs ont été faits après réaffectation des quelques femmes ayant déménagé peu après l'inclusion, ce déménagement modifiant leur exposition aux types d'intervention. Cette réaffectation n'a pu être faite que pour les femmes ayant participé à l'enquête de suivi (les mêmes calculs ont été faits sans réaffectations : ils donnent les mêmes résultats sauf pour la durée de séjour en France pour les femmes ayant participé à l'enquête de suivi (différence significative, $p=0,04$).

5.3 Participation aux interventions et raisons de non-participation

5.3.1 Accompagnements individuels

Parmi les 59 femmes concernées²²⁸ qui ont répondu à la deuxième enquête, la moitié dit avoir reçu une fois la visite des intervenantes, et 27 (45 %) disent les avoir rencontrées plusieurs fois. Au total **57 femmes (95 %) ont rencontré au moins une fois les intervenantes.**

Les deux femmes n'ayant jamais rencontré les intervenantes l'expliquent par leur absence ou indisponibilité, ou par absence d'information quant à leur présence.

Parmi les 30 femmes qui n'ont rencontré les intervenantes qu'une seule fois, seules deux estiment que c'est parce qu'elles n'avaient pas de besoins particuliers, alors que plus de la moitié l'expliquent par le fait que les intervenantes ne sont pas revenues / ne travaillaient plus dans l'hôtel, ou qu'elles sont revenues sans qu'elles en soient informées (cf. tableau suivant).

TABLEAU 43 : RAISONS PRINCIPALES POUR LESQUELLES LES FEMMES N'ONT RENCONTRE LES INTERVENANTES QU'UNE FOIS

N=30	n	%
Autre : « Les intervenantes ne sont pas revenues, ou je n'étais pas au courant de leur présence »	14	47
Autre : « j'étais absente ou indisponible »	2	7
Autre : « j'ai déménagé / contactée par téléphone »	2	7
Pas de besoin particulier sur ces sujets	2	7
N'a pas pu les revoir car les intervenantes ne travaillaient plus dans l'hôtel	2	7
N'a pas osé	1	3
La 1 ^{ère} rencontre a été suffisamment utile	1	3

3 femmes sur 33 n'ont donné aucune raison. Toutes les autres sauf une ont donné une seule raison.

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 3 hôtels franciliens où ont été proposés des accompagnements individuels au printemps 2017, revues 8-10 mois après l'inclusion, qui n'ont rencontré les intervenantes qu'une seule fois.

Lecture : 2 femmes sur les 30 n'ayant rencontré les intervenantes qu'une seule fois disent que c'est parce qu'elles n'avaient pas de besoins particuliers sur ces sujets.

5.3.2 Accompagnements collectifs (groupes de parole)

Parmi les 79 femmes concernées²²⁹ qui ont répondu à la deuxième enquête,

- six sur dix se rappellent avoir été invitées à y participer (un quart une seule fois, et un tiers plusieurs fois) ; cette proportion varie selon l'hôtel, d'une femme sur deux à trois femmes sur quatre²³⁰ ;
- trois sur dix y ont participé (13 % une seule fois, 18 % plusieurs fois), ce taux est le même quel que soit l'hôtel. Le taux de participation est d'une sur deux parmi les personnes se rappelant avoir été invitées.

Au total, **moins d'un tiers de ces 79 femmes ont participé à au moins une séance. Parmi elles, quatre sur dix n'y ont participé qu'une seule fois**, alors que ces accompagnements avaient été conçus au départ comme des ensembles de six séances où seraient abordés des thèmes différents.

²²⁸ hébergées dans un des trois hôtels où ont été proposés des accompagnements individuels

²²⁹ hébergées dans un des trois hôtels où ont eu lieu les groupes de parole

²³⁰ $p=0,006$ (test exact de Fisher).

Les femmes invitées n'ayant jamais participé, ou n'étant pas venues aux séances suivantes après une première participation, l'expliquent d'abord par le manque de temps, puis par des horaires ou durée des séances inadaptés (cf. *tableau suivant*).

TABLEAU 44 : RAISONS PRINCIPALES CITEES PAR LES FEMMES INVITEES AUX GROUPES DE PAROLE N'Y AYANT JAMAIS PARTICIPE, OU N'Y AYANT PARTICIPE QU'UNE FOIS

	TOTAL (N=33)		N'a jamais participé (N=23)		N'a participé qu'une fois (N=10)	
	n	%	n	%	n	%
Manque de temps	11	33	7	30	4	40
Horaires ou durée inadaptés	4	12	4	17	0	0
Ne comprend pas assez le français	3	9	3	13	0	0
Manque d'intérêt pour les sujets abordés	3	9	1	4	2	20
Ne souhaitait pas échanger avec des femmes de l'hôtel	1	3	1	4	0	0
Ne pouvait laisser ses enfants seuls ni les emmener avec elle	1	3	1	4	0	0
Autre : « n'était pas libre »	1	3	1	4	0	0
Autre : « une fois suffit »	1	3	0	0	1	10
Autre : « plus d'information »	1	3	0	0	1	10

7 femmes n'ont donné aucune raison

Source : Dsaphir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 3 hôtels franciliens où ont été proposés des groupes de parole au printemps 2017, revues 8-10 mois après l'inclusion, qui n'y ont jamais participé, ou ne l'ont fait qu'une seule fois.

Lecture : 33 % des femmes n'ayant jamais participé aux groupes de parole, ou ne l'ayant fait qu'une fois, attribuent leur non-participation au manque de temps.

De fait ces séances n'ont (volontairement, pour des raisons de confidentialité) pas été annoncées par affichage dans les hôtels, mais seulement par invitation faite au « porte-à-porte » ½ heure avant les séances²³¹, et par annonce des séances suivantes en fin de chaque réunion. Or quatre femmes sur dix ne se rappellent pas avoir jamais été invitées à participer, et un quart se rappellent ne l'avoir été qu'une seule fois.

Le taux d'invitation varie selon l'hôtel²³² (les femmes hébergées dans l'hôtel situé en Seine-et-Marne ont plus souvent été invitées), et (en lien avec les profils des femmes hébergées dans les hôtels) selon le type de scolarisation²³³ (les femmes non scolarisées, ou ayant terminé leur scolarité avant l'âge de 12 ans, ont été moins souvent invitées), et, dans une moindre mesure²³⁴, selon le niveau de ressources mensuelles par UC et la situation administrative (les femmes ayant moins de 150 euros par mois et par UC, et celles sans titre de séjour valide, ont plus souvent été invitées).

Le taux de participation parmi les personnes « invitées » est de 51 %, et ne semble pas varier selon la situation des femmes. Les femmes ayant été invitées mais n'ayant jamais participé, ou n'étant pas venues aux séances suivantes après une première participation, l'expliquent d'abord par le manque de temps, puis par des horaires ou durée des séances inadaptés.

5.3.3 Livrets d'information

L'ensemble des 283 femmes ayant répondu à la deuxième enquête ont été interrogées sur ces livrets, parmi elles :

²³¹ Cette invitation n'a pu se faire faute de disponibilité pour les trois dernières séances dans un des hôtels, se traduisant par une absence totale de participation à ces séances.

²³² P=0,006 (test de Fisher exact)

²³³ P=0,008 (test exact de Fisher)

²³⁴ P=0,034 et p=0,045 (test exact de Fisher)

- **76 % se rappellent avoir reçu un livret d'information** (les enquêtrices avaient pour consigne de le donner à toutes les femmes lors de la première enquête) ;
- 33 % disent l'avoir encore aujourd'hui, et 38 % disent l'avoir feuilleté, lu ou utilisé au moins une fois (22 % l'ont fait une seule fois, 16 % plusieurs fois) ;
- cependant 16 de ces « utilisatrices » ne précisent pas quel usage elles en ont fait (elles répondent « non » aux trois usages proposés et n'en citent pas d'autre, trois d'entre elles disent l'avoir lu ou feuilleté « par curiosité ») : après reclassement de ces cas, **le taux d'utilisation « réelle » est proche de 32 %.**

Ces taux ne varient pas selon le mode de passation du questionnaire (en face-à-face ou par téléphone), ni selon le type d'intervention, ni, parmi les femmes à qui étaient proposés les groupes de parole, selon leur participation à ces groupes.

Parmi 216 femmes qui se rappellent l'avoir reçu,

- 44 % disent l'avoir encore,
- 50 % l'avoir feuilleté, lu ou utilisé au moins une fois (29 % une fois, 21 % plusieurs fois),
- et 43 % l'ont utilisé « réellement ».

5.4 Point de vue des participantes sur les interventions

5.4.1 Accompagnements individuels

Parmi les 57 femmes ayant rencontré les intervenantes et participé à l'enquête de suivi, près d'un quart ne parlaient pas le français : elles ont cependant pu échanger directement avec les intervenantes dans une autre langue, sauf pour deux femmes, pour lesquelles c'est le conjoint, présent dans la chambre, qui a assuré la traduction.

Plus de la moitié des 57 femmes ayant rencontré au moins une fois les intervenantes estiment que les échanges avec les intervenantes les ont aidées pour des démarches de santé, et neuf femmes pensent qu'ils les ont aidées pour des démarches administratives. Au total, près de six femmes sur dix **estiment avoir été aidées pour l'une et/ou l'autre de ces démarches.**

Ces échanges leur ont, de leur point de vue :

- fait du bien (neuf femmes sur dix) ;
- permis de discuter de sujets qu'elles abordaient peu habituellement (sept femmes sur dix) ;
- permis de régler certains problèmes, ou répondu à certains de leurs besoins » (un peu moins de la moitié d'entre elles).

Six femmes (une sur dix) disent qu'ils les ont mises mal à l'aise et/ou qu'ils étaient désagréables, tout en considérant qu'ils leur ont aussi fait du bien et/ou leur ont permis de répondre à certains de leurs besoins. Il s'agit plus souvent de femmes originaires de Roumanie, Bulgarie ou un autre pays de l'UE, ne parlant pas le français.

Près des deux-tiers (37 femmes) considèrent que ces échanges ont eu un impact positif sur leur quotidien, une femme pense qu'ils ont eu un impact négatif, tandis qu'un quart d'entre elles estiment qu'ils n'ont eu aucun impact²³⁵.

Les trois quarts estiment que ces échanges les ont aidées à mieux connaître ou comprendre certaines choses concernant les moyens de contraception et les services de santé, et plus de la moitié, à mieux connaître ou comprendre certaines choses concernant leur corps, les règles, la sexualité, la grossesse, les infections

²³⁵ 7 % ne se prononcent pas.

(gynécologiques, urinaires, ou IST), les associations, et leurs droits en cas de violence (cf. tableau suivant). Trois femmes (une sur 20) estiment n'avoir rien appris sur les sujets mentionnés.

Près d'un tiers des femmes ont été aidées pour prendre des rendez-vous auprès de structures et de professionnels (le plus souvent de santé), et **près d'une sur dix a été accompagnée physiquement** à un ou des rendez-vous. Ce sont les femmes maîtrisant mieux le français, ou plus longtemps scolarisées, qui semblent avoir le plus bénéficié de l'aide à la prise de rendez-vous, et ce sont les femmes s'estimant en plus mauvais état de santé physique qui ont été plus souvent accompagnées.

Cinquante femmes (près de neuf sur dix) estiment que les discussions avec l'intervenante, et le fait que celle-ci vienne les voir dans leur chambre, les ont particulièrement aidées. Un tiers estiment également que les outils d'explication des intervenantes les ont aidées (tablettes, tablier²³⁶ ou autres supports pédagogiques), ainsi que leurs commentaires sur le livret d'information, ou leur aide pour prendre des rendez-vous, et quatre des cinq femmes déclarant avoir été accompagnées physiquement à un/des rendez-vous disent que cet accompagnement les a particulièrement aidés.

TABLEAU 45 : PROPORTION DES FEMMES RENCONTREES POUR QUI CERTAINS SUJETS SONT MIEUX CONNUS/COMPRIIS GRACE AUX ECHANGES AVEC LES INTERVENANTES

N=57	n	%
Les moyens de contraception	43	75
Les services de santé*	43	75
Le corps de la femme	39	68
Les règles	38	67
La grossesse	38	67
La sexualité	36	63
Les droits en cas de violence	36	63
Les infections gynécologiques ou urinaires	35	61
Les infections sexuellement transmissibles	33	58
Les associations	32	56
Le corps de l'homme	23	40

Une femme n'a répondu à aucune des questions

** Ce sujet est cité un peu plus souvent comme étant mieux connu grâce aux séances que comme ayant été abordé*

Source : Dsafir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 3 hôtels franciliens où ont été proposés des accompagnements individuels au printemps 2017, revues 8-10 mois après l'inclusion, qui ont rencontré les intervenantes.

Lecture : 43 femmes (les ¾) ayant rencontré les intervenantes estiment qu'elles connaissent ou comprennent mieux les moyens de contraception grâce aux échanges avec les intervenantes.

La quasi-totalité des femmes pense que c'est une bonne chose que les intervenantes viennent les voir directement, « car c'était plus simple » pour elles²³⁷. Une sur deux dit que ses enfants étaient présents lors des échanges. Les avis de ces femmes sont partagés quant à l'impact de cette présence (ils dépendent aussi de l'âge des enfants) :

- huit estiment que c'était gênant de parler devant eux (5 femmes) et/ou que c'était trop bruyant (six femmes) ;
- 20 (plus des deux-tiers) pensent que ce n'était pas un problème, et 14 (près de la moitié) disent que si elles n'avaient pas pu garder leurs enfants avec elles, elles auraient refusé de rencontrer les intervenantes.

²³⁶ Tablier pédagogique : support visuel, concret et ludique qui permet d'expliquer comment fonctionne l'appareil génital de la femme et de l'homme

²³⁷ une seule femme aurait préféré que les entretiens aient lieu ailleurs, et une ne s'est pas prononcée.

La quasi-totalité aimerait que ce type d'aide soit mis en place plus largement dans les hôtels²³⁸. Des commentaires ont été ajoutés par 13 des femmes souhaitant une généralisation (cf. tableau A35 en annexe 14).

Les points de vue exprimés lors des entretiens

Parmi les 14 femmes ayant rencontré les intervenantes²³⁹ et participé à un entretien approfondi, dix ont fait cet entretien en français, deux en bambara, une en arabe et une en roumain. Six d'entre elles n'ont rencontré les intervenantes qu'une seule fois. Les entretiens ne permettent pas de relier chaque femme à l'une ou l'autre des intervenantes.

Les avis positifs sont majoritairement positifs, les informations données étaient jugées intéressantes et utiles. Une femme souligne la disponibilité des intervenantes, une autre précise qu'elle a été prévenue à l'avance de leur passage, et apprécie le fait que ce soit sans obligation, tandis qu'une autre (*sans titre de séjour valide, et maîtrisant moyennement le français*) mentionne l'inquiétude induite par un premier contact trop rapide, ou trop peu explicite faisant craindre une venue pour contrôle de la situation administrative. Une autre femme (*parlant bambara et maîtrisant très mal le français*), d'abord approchée par une intervenante francophone, a vu ensuite une intervenante parlant sa langue et avec qui elle a apprécié de « bien discuter ».

Quelques réserves sont formulées : difficultés de compréhension de ce que disait l'intervenante, regrets que l'aide proposée ne soit pas plus globale (incluant les difficultés administratives ou sociales), sentiment de gêne quand l'intervenante abordait les questions de contraception, ou montrait des objets en rapport avec la contraception ou les règles en présence de tiers (ex-compagnon, ou enfants) (une nouvelle rencontre en tête-à-tête était alors bienvenue). Une femme exprime également sa gêne de recevoir une personne dans une chambre « mal rangée ».

Tous hôtels confondus, les avis positifs insistent sur l'aide apportée tant en termes d'informations que de soutien psychologique. Les limites identifiées sont les difficultés linguistiques, et le souhait principal est que l'aide ainsi proposée soit plus globale.

5.4.2 Accompagnements collectifs (groupes de parole)

Parmi les 24 personnes ayant participé aux groupes de parole et ayant participé à l'enquête de suivi,

- 13 avaient une bonne ou très bonne maîtrise du français ; sept des 11 autres femmes disent avoir pu comprendre les échanges sans problème, tandis que quatre disent avoir eu des difficultés à suivre les échanges ;
- 10 disent que des enfants étaient présents lors des séances : sept estiment que ce n'était pas un problème tandis que deux disent que c'était gênant de parler devant eux²⁴⁰ ;
- pour 15 d'entre elles, ces séances ont été l'occasion de rencontrer des voisines ;
- **22 se sont dites intéressées par les sujets abordés²⁴¹**, et 16 disent avoir pris la parole lors d'une ou plusieurs séances²⁴² ;
- 21 ont apprécié de parler de ces sujets en groupe, et 22 disent avoir apprécié d'échanger avec d'autres femmes.

²³⁸ une femme ne le souhaite pas, sans préciser pourquoi, et deux ne se prononcent pas.

²³⁹ Une des femmes hébergées dans l'un des hôtels concernés semble avoir confondu l'intervenante avec quelqu'un d'autre (l'enquêtrice de l'enquête d'inclusion ?) car elle dit qu'elle parlait avec elle en arabe alors qu'aucune des intervenantes ne parlait cette langue.

²⁴⁰ une ne s'est pas prononcée.

²⁴¹ les 20 femmes ayant compris les échanges sans problème, seulement deux sur les quatre autres.

²⁴² 15 des 20 femmes ayant compris les échanges sans problème, seulement une sur les quatre autres.

Celles qui ont pris la parole l'ont fait le plus souvent « pour poser des questions » (cf. tableau suivant) ; celles qui ne l'ont pas prise disent qu'elles étaient venues pour écouter, étaient gênées par les sujets abordés, n'avaient pas de question à poser, ou n'ont pas osé, par timidité.

TABLEAU 46 : FREQUENCE DES RAISONS CITEES PAR LES FEMMES AYANT PRIS LA PAROLE DANS LES GROUPES DE PAROLE

N=16	Nombre de femmes citant la raison
Poser des questions aux animatrices	12
Ça faisait du bien de parler	5
Envie de parler de ses problèmes	4
Envie de partager ses connaissances	4
Envie de débattre	2
Poser des questions aux autres personnes	1

Toutes celles ayant pris la parole ont cité au moins une raison

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 3 hôtels franciliens où ont été proposés des groupes de parole au printemps 2017, revues 8-10 mois après l'inclusion, ayant participé à ces groupes et pris la parole au moins une fois.

Lecture : 12 des 16 femmes ayant pris la parole dans ces groupes l'ont fait pour poser des questions.

Plus de la moitié de celles qui ont apprécié de parler de ces sujets en groupe disent que « cela leur faisait du bien de parler », et/ou que « cela leur a appris des choses » (cf. tableau suivant) ; parmi les trois femmes ne l'ayant pas apprécié, une aurait préféré en parler seule avec l'animatrice, une ne pas en parler du tout.

TABLEAU 47 : FREQUENCE DES RAISONS CITEES PAR LES FEMMES AYANT APPRECIÉ DE PARLER DES SUJETS DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN GROUPE

N=21	Nombre de femmes citant la raison
Cela fait du bien de parler	16
A appris des choses	11
Rare de pouvoir parlé de ça	3
A rencontré des voisines	3
S'est fait des amies	2
Poser des questions aux autres personnes	1
A eu l'occasion de connaître ses copines d'une autre manière	1

Toutes ont cité au moins une raison.

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 3 hôtels franciliens où ont été proposés des groupes de parole au printemps 2017, revues 8-10 mois après l'inclusion, ayant participé à ces groupes et apprécié de parler de ces sujets.

Lecture : 16 des 21 femmes ayant apprécié de parler de ces sujets en groupe parce que cela leur faisait du bien de parler.

Pour plus des trois quarts des participantes, ces réunions les ont aidées à mieux connaître ou comprendre certaines choses concernant leur corps, les règles et les moyens de contraception, et pour plus de la moitié d'entre elles, à mieux connaître ou comprendre certaines choses concernant la sexualité, la grossesse, les infections (gynécologiques, urinaires, ou IST²⁴³), les services de santé et leurs droits en cas de violence (cf. tableau suivant).

²⁴³ IST : Infections sexuellement transmissibles

TABLEAU 48 : NOMBRE DE FEMMES SE RAPPELANT LES SUJETS ABORDES ET PENSANT QU'ILS LEUR SONT MIEUX CONNUS GRACE

AUX GROUPES DE PAROLE

Parmi les femmes ayant participé (N=24)	Se rappelle que le sujet a été abordé pendant les séances auxquelles elles ont assisté	Pense que le sujet leur est mieux connu/compris grâce à ces séances
Le corps de la femme	22	20
Les règles	21	19
Les moyens de contraception	21	19
La sexualité	20	18
La grossesse	19	18
Les infections sexuellement transmissibles*	17	18
Les infections gynécologiques ou urinaires*	15	17
Les services de santé*	14	16
Le corps de l'homme	13	9
Les droits en cas de violence*	11	13
Les associations	10	10

* Ces sujets sont cités un peu plus souvent comme étant mieux connus grâce aux séances, que comme ayant été abordés

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 3 hôtels franciliens où ont été proposés des groupes de parole au printemps 2017, revues 8-10 mois après l'inclusion, qui y ont participé.

Lecture : 17 sur les 24 femmes ayant participé aux groupes de parole se rappellent que les IST y ont été abordées, et 18 pensent qu'elles leur sont mieux connues grâce à ces séances.

Les éléments qui les ont particulièrement aidées sont les discussions avec les animatrices (citées par 20 participantes), les sujets abordés (19 femmes), le fait que les animatrices viennent dans (ou près de) l'hôtel (18 femmes), les outils d'explication des animatrices (17 femmes), puis les commentaires des animatrices sur les livrets d'information (12 femmes).

Les deux-tiers des participantes disent avoir parlé des réunions avec des personnes de l'hôtel.

La quasi-totalité (23/24)²⁴⁴ souhaite que ce type de groupe de parole ait de nouveau lieu (22 « tout à fait », une « plutôt oui »), et cinq d'entre elles ont fait un commentaire (cf. tableau A36 en annexe 14).

Il n'a pas été possible d'analyser les variations des points de vue des femmes selon leurs situations en raison du faible nombre de participantes.

Les points de vue exprimés lors des entretiens

Parmi les 12 femmes enquêtées ayant participé à au moins une séance complète²⁴⁵ et eu un entretien approfondi, cinq ont fait cet entretien en français et sept l'ont fait dans une autre langue (trois en russe, une en roumain, une en anglais, une en arabe et une en bambara). Cinq n'ont participé qu'à une seule réunion, certaines ont assisté jusqu'à quatre séances sur les six proposées. Les **motifs de non-participation** à tout ou partie des séances étaient l'indisponibilité (horaires des séances inadaptes car interférant avec l'ouverture des Restaus du Cœur, ou la sortie de l'école, indisponibilité des femmes pour raisons de santé, de travail, de rendez-vous pour démarches administratives, impossibilité de faire garder les enfants...), et, pour les femmes hébergées dans un des hôtels²⁴⁶, le manque d'information sur les jours et horaires des (dernières) séances.

²⁴⁴ une femme ne s'est pas prononcée.

²⁴⁵ Trois autres femmes enquêtées étaient hébergées dans l'un des hôtels où ont eu lieu les groupes de parole, mais deux n'y ont pas participé (l'une s'est exprimée pour sa mère, qui y avait participé –avis très positif–), et une n'y a participé qu'une dizaine de minutes (elle s'est exprimée favorablement sur le principe de telles séances).

²⁴⁶ Dans cet hôtel l'information au porte-à-porte avant les séances n'a pas pu avoir lieu lors de trois dernières séances.

Au total, les avis sont majoritairement positifs (sur la richesse des échanges, les nouvelles connaissances acquises, les produits d'hygiène, le plaisir à discuter) et les limites identifiées sont, d'une part les problèmes de disponibilité sur les créneaux horaires choisis pour les séances, et le manque d'information sur ces séances, d'autre part, les difficultés de compréhension pour les femmes maîtrisant peu le français, la présence d'enfants, et plus ponctuellement, une gêne à parler de sujets intimes.

Les avis sont partagés sur la présence d'enfants : la plupart considèrent que la présence d'enfants autres qu'en bas âge était gênante, en raison du bruit ou de la nécessité de s'en occuper, et du fait des sujets abordés. Une femme pense au contraire que les informations apportées pouvaient également être utiles aux enfants quel que soit leur âge.

5.4.3 Livrets d'information

Parmi les 108 femmes disant avoir feuilleté, lu ou utilisé le livret et ayant participé à l'enquête de suivi, la grande majorité des femmes (84 %) l'ont fait seules. Celles qui l'ont fait avec l'aide d'un tiers ont presque toutes fait appel à un proche²⁴⁷. Très peu (6 %) ont annoté le livret.

La majorité de ces « utilisatrices » disent que ce livret leur a servi à connaître :

- des services plus proches de l'hôtel où elles sont hébergées (70 % des « utilisatrices ») ;
- de nouveaux services (68 %) ;
- les horaires d'ouverture, et/ou les adresses et numéros de téléphone des services (64 %).

Un peu plus de la moitié ont cité ces trois éléments (52 %).

Les points les plus appréciés sont les explications pour se rendre dans les services et/ou le temps qu'il faut pour y aller (45 %), et les types de services proposés (37 %).

La présence d'un plan, celle des horaires d'ouverture et des numéros de téléphone, et la « facilité d'utilisation » ont été appréciées par seulement 16 % des utilisatrices. 24 % n'ont cité aucun de ces potentiels points positifs.

Aucun point négatif n'a été noté par 84 % des femmes. **Le point négatif le plus souvent cité** (12 % des femmes) est **l'absence de version dans une langue que comprend la personne**, celle-ci n'ayant pas pu le lire et n'ayant personne à qui le montrer²⁴⁸.

La très grande majorité (91 %) estime que de tels livrets devraient être proposés dans tous les hôtels (81 % ont répondu « tout à fait », et 9 % « plutôt oui », à la question « *Aimeriez-vous que ce type de livret soit généralisé dans les hôtels ?* »)²⁴⁹. Les commentaires accompagnant les réponses positives sont détaillés en annexe 14 (tableau A37).

A noter qu'aucune des femmes non scolarisées, ou ayant quitté l'école avant l'âge de 12 ans, ne l'a trouvé facile d'utilisation et que, parmi les autres femmes, moins d'une sur cinq est dans ce cas. Des efforts sont donc nécessaires pour en faire un outil plus facile à utiliser, et pour réaliser des versions multilingues.

Les points de vue exprimés lors des entretiens

Les trente femmes enquêtées étaient censées avoir reçu un livret d'information sur les ressources socio-sanitaires à proximité.

²⁴⁷ Une s'est adressée au personnel de l'hôtel.

²⁴⁸ Les autres potentiels points négatifs (livret ne comportant aucune information nouvelle, ou comportant des informations fausses, trop imprécises, ou indiquant des services trop éloignés, difficiles d'accès géographique ou linguistique, ou ne correspondant pas aux besoins, plan difficile à lire) n'ont été cités que par une personne chacun.

²⁴⁹ Deux personnes ont répondu « plutôt non », l'une d'entre elles précisant qu'elle n'a pas été bien accueillie dans les structures mentionnées dans le livret. Sept autres n'ont pas répondu à la question mais l'une d'entre elles ajoute que « c'est bien pour les gens qui ne savent pas utiliser Internet ».

Près de la moitié disent **ne pas l'avoir utilisé** : essentiellement **parce qu'elles ne savent pas lire, ou ne maîtrisent pas le français**, ou encore, parfois, simplement parce qu'elles l'avaient perdu, ou estimaient **ne pas en avoir besoin**, connaissant déjà l'offre de soins, ou ayant déjà leur « réseau », parfois dans un autre département, et ne voulant pas en changer. Certaines femmes non francophones disent avoir besoin d'une version traduite dans leur langue, ou d'explications orales en sus, les numéros de téléphone étant jugés utiles. L'une a demandé l'aide de sa fille pour le déchiffrer tandis qu'une autre n'a pas souhaité le faire. Une femme précise qu'un tel livret « lui aurait été utile » s'il lui avait été donné à l'arrivée dans l'hôtel. Une des femmes ne sachant pas lire a été sollicitée pour donner son avis sur la compréhension des dessins utilisés pour symboliser les services : si elle a pu en déchiffrer quelques-uns, l'ensemble s'est avéré peu clair.

Les autres **l'ont trouvé utile ou très utile**, pour elles-mêmes ou pour leurs voisines. Il leur a permis :

- de savoir qu'il était possible d'avoir accès à un médecin à proximité, à un service accessible en l'absence de couverture maladie, à une PMI plus proche que celle dans laquelle elles allaient ;
- de repérer les adresses et d'avoir des indications permettant de ne pas se perdre (existence à proximité de services similaires à ceux, plus éloignés, déjà fréquentés, précisions données dans les livrets sur les bus et leurs arrêts) ;
- ou encore de trouver un service répondant à des besoins spécifiques²⁵⁰.

Certaines précisent l'avoir utilisé en tant qu'aide-mémoire, en complément d'explications données par oral (par les intervenantes dans les hôtels où ont eu lieu les accompagnements individuels). Une femme pense qu'un tel livret « donne des idées », ayant compris que certains types de services, comme la PMI, sont présents dans tous les départements.

5.5 Profil des femmes revues selon leur participation déclarée aux interventions

Pour l'analyse de l'impact de la participation déclarée aux interventions (*cf. §.5.5*), les femmes revues ont été classées en quatre groupes :

- celles qui ont dit ne pas avoir participé aux groupes de parole, ni rencontré les intervenantes en charge de l'accompagnement individuel, ni lu ou feuilleté le livret d'information ;
- celles qui ont dit avoir participé à au moins un groupe de parole, qu'elles aient ou non lu ou feuilleté le livret d'information ;
- celles qui ont dit avoir rencontré au moins une fois l'une des intervenantes en charge des accompagnements individuels, qu'elles aient ou non lu ou feuilleté le livret d'information ;
- enfin, celles qui ont dit avoir au moins une fois lu ou feuilleté le livret d'information mais ne pas avoir participé aux groupes de parole ni rencontré les intervenantes en charge des accompagnements individuels.

Les profils des femmes de ces quatre groupes²⁵¹ diffèrent essentiellement pour l'origine géographique, le temps de trajet hôtel-PMI/PF et le renoncement à des soins au cours des 12 mois précédant l'inclusion (*cf. tableau 49 ci-après*). Des différences statistiquement significatives au seuil 0,05 sont également constatées pour l'âge de fin de scolarité et le niveau de ressources mensuelles par UC. Ces profils ne diffèrent pas de façon statistiquement significative pour l'âge, la situation de couple, le nombre d'enfants vivant avec les femmes, la durée de présence en France, la situation administrative, la couverture maladie de base, la maîtrise du français, ni pour l'état de santé perçu lors de l'inclusion.

²⁵⁰ Ainsi une femme s'est fait expliquer l'accès à la Maison des Femmes de Seine-Saint-Denis pour une consultation sur la chirurgie réparatrice d'excision.

²⁵¹ Une femme n'a pu être classée en raison d'un déménagement précoce.

La période de la grossesse rendant le recours aux services de santé quasi-incontournables, l'analyse de l'effet des interventions sur le recours aux soins se sont focalisés sur les femmes qui n'étaient pas enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi, soit 220 femmes. Les profils de ces femmes sont détaillés dans le tableau 50 ci-après.

Ils diffèrent fortement, comme pour l'ensemble des femmes revues, pour l'origine géographique et le temps de trajet hôpital-centres de PMI/PF, et aussi pour le niveau de ressources mensuelles par UC et le renoncement à des soins au cours des 12 mois précédant l'inclusion. Par contre il n'existe plus de différence statistiquement significative pour l'âge de fin de scolarité (bien que le groupe de femmes ayant participé aux groupes de parole ne comporte plus aucune femme ayant terminé l'école avant l'âge de 12 ans), et il en existe une pour la situation de couple et pour la couverture maladie de base à l'inclusion.

TABLEAU 49 : CARACTERISTIQUES A L'INCLUSION DES FEMMES REVUES SELON LEUR PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS

	N	Aucune	Groupe de parole ± livret	Accomp ^t individuel ± livret	Lecture du livret	Total	p-value*
Age	281	126	24	57	74		
18-24 ans	37	13 %	8 %	12 %	16 %	13 %	0,86**
25-29 ans	56	17 %	17 %	25 %	22 %	20 %	
30-34 ans	74	26 %	25 %	32 %	23 %	26 %	
35-39 ans	53	20 %	21 %	16 %	19 %	19 %	
40-44 ans	22	9 %	4 %	7 %	8 %	8 %	
45 ans et plus	39	15 %	25 %	9 %	12 %	14 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Age de fin de scolarité	262	118	22	49	73		
Non scolarisée	39	17 %	0 %	20 %	12 %	15 %	0,03
<12 ans	11	2 %	5 %	12 %	3 %	4 %	
[12-18 ans]	141	55 %	73 %	47 %	51 %	54 %	
19 ans et plus	71	26 %	23 %	20 %	34 %	27 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Situation de couple	281	126	24	57	74		
Couple cohabitant	146	47 %	63 %	70 %	43 %	52 %	0,051
Couple non cohabitant	21	9 %	4 %	4 %	9 %	7 %	
Célibataire	114	44 %	33 %	26 %	47 %	41 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Ressources mensuelles par unité de consommation	269	122	24	54	69		
Aucune ressource	95	39 %	21 %	24 %	43 %	35 %	0,044**
< 70 euros	36	14 %	8 %	15 %	13 %	13 %	
[70-150 euros[	30	10 %	17 %	13 %	10 %	11 %
[150-250 euros[	36	14 %	17 %	11 %	13 %	13 %
[250-350 euros[	23	7 %	21 %	7 %	9 %	9 %
[350-500 euros[	26	9 %	13 %	15 %	6 %	10 %
500 euros ou +	23	8 %	4 %	15 %	6 %	9 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Durée de séjour en France	282	126	24	57	75		
< 1 an	52	21 %	0 %	18 %	20 %	18 %	0,31
[1-3 ans[	74	24 %	29 %	28 %	28 %	26 %
[3-6 ans[88	31 %	38 %	26 %	33 %	31 %	0,05**
>= 6 ans	68	24 %	33 %	28 %	19 %	24 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Nombre d'enfants vivant avec la femme	282	126	24	57	75		
Aucun	23	13 %	8 %	4 %	4 %	8 %	0,22
Un	117	38 %	46 %	33 %	52 %	41 %	
Deux	84	29 %	21 %	33 %	31 %	30 %	
Trois ou plus	58	20 %	25 %	30 %	13 %	21 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Situation administrative	281	126	23	57	75		
Stable (TDS* > 1 an ou dispense)	68	28 %	30 %	23 %	17 %	24 %	0,56
Précaire (TDS* < 1 an)	61	25 %	26 %	18 %	19 %	22 %	
Demandeuse d'asile	24	7 %	4 %	9 %	12 %	9 %	
Sans titre de séjour valide	128	40 %	39 %	51 %	52 %	46 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

* test de Chi2 ou test exact de Fisher, selon les effectifs théoriques – TDS = Titre de séjour

***Comparaisons : sur 4 classes d'âge (18-29, 30-34, 35-39, 40 ans et plus) - Ressources mensuelles par UC <70 vs >=70 euros –
Durée de séjour en France < ou > 1 an*

CARACTERISTIQUES A L'INCLUSION DES FEMMES REVUES SELON LEUR PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS (suite)

	N	Aucune	Groupe de parole ± livret	Accomp ^t individuel ± livret	Lecture du livret	Total	p-value*
Couverture maladie de base	281	125	24	57	75		
Aucune	39	18 %	13 %	9 %	11 %	14 %	0,054**
Protection universelle maladie	104	38 %	25 %	44 %	33 %	37 %	
Aide médicale d'Etat	126	37 %	58 %	47 %	52 %	45 %	
Demande en cours	12	6 %	4 %	0 %	4 %	4 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Couverture maladie complémentaire (si Protection universelle maladie)	96	43	6	25	22		
oui	88	95 %	67 %	88 %	95 %	92 %	0,09
Région de naissance	282	126	24	57	75		
Maghreb, Afr. Nord, Proche-Orient	42	9 %	17 %	18 %	23 %	15 %	<0,001**
Afrique de l'ouest	106	35 %	29 %	44 %	40 %	38 %	
Afrique centrale, Afr. Est	60	22 %	13 %	25 %	20 %	21 %	
Europe Est hors UE et CEI*	35	21 %	21 %	4 %	3 %	12 %	
Union Européenne	20	9 %	13 %	5 %	4 %	7 %	
Autres pays	19	5 %	8 %	5 %	11 %	7 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Maîtrise du français	282	126	24	57	75		
très bonne	128	46 %	38 %	42 %	49 %	45 %	0,74**
bonne	19	8 %	8 %	5 %	5 %	7 %	
moyenne	49	16 %	25 %	21 %	15 %	17 %	
mauvaise	33	6 %	17 %	16 %	17 %	12 %	
très mauvaise	53	25 %	13 %	16 %	13 %	19 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Difficultés à lire le français	282	126	24	57	75		
non	135	52 %	38 %	42 %	49 %	48 %	0,68
oui, un peu	61	18 %	33 %	25 %	21 %	22 %	
oui	86	30 %	29 %	33 %	29 %	30 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etat de santé générale perçu	282	126	24	57	75		
bon	147	53 %	46 %	54 %	51 %	52 %	0,61
moyen	101	32 %	38 %	37 %	41 %	36 %	
mauvais	34	15 %	17 %	9 %	8 %	12 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etat de santé physique perçu	282	126	24	57	75		
bon	153	56 %	46 %	56 %	53 %	54 %	0,72
moyen	88	29 %	29 %	30 %	36 %	31 %	
mauvais	41	15 %	25 %	14 %	11 %	15 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etat de santé psychologique perçu	282	126	24	57	75		
bon	108	41 %	33 %	40 %	33 %	38 %	0,35
moyen	117	44 %	33 %	35 %	45 %	41 %	
mauvais	57	15 %	33 %	25 %	21 %	20 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Renoncement à des soins (12 mois précédant l'inclusion)	280	125	24	57	74		
Oui	119	38 %	58 %	28 %	55 %	43 %	0,004
Temps de trajet à pied hôtel-PMI/PF*	271	121	24	55	71		
< 15 min	85	34 %	29 %	27 %	31 %	31 %	<0,001

15-29 min	130	40 %	46 %	73 %	44 %	48 %	
30 min ou plus	56	26 %	25 %	0 %	25 %	21 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

* test de Chi2 ou test exact de Fisher, selon les effectifs – CEI= Communauté des Etats Indépendants – PMI = Protection Maternelle et Infantile – PF = Planification Familiale - **Comparaisons : Couverture maladie de base, oui vs non - Maghreb-Afr.nord-Pr-Orient vs Afr. sub-saharienne vs Europe (Est et UE) et CEI (autres pays exclus) – Maîtrise du français, oui vs non
Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, revues 8-10 mois après.

Lecture : 18 % des femmes n'ayant ni participé aux interventions ni lu le livret n'ont aucune couverture maladie de base.

TABLEAU 50 : CARACTERISTIQUES A L'INCLUSION DES FEMMES REVUES NON ENCEINTES ENTRE LES DEUX ENQUETES SELON LEUR PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS

	N	Aucune	Groupe de parole + livret	Accomp ^t individuel + livret	Lecture du livret	Total	p-value*
Age	220	105	18	43	54		
18-24 ans	30	13 %	11 %	7 %	20 %	14 %	0,70**
25-29 ans	34	12 %	11 %	23 %	17 %	15 %	
30-34 ans	57	25 %	22 %	35 %	22 %	26 %	
35-39 ans	40	22 %	17 %	14 %	15 %	18 %	
40-44 ans	21	10 %	6 %	9 %	9 %	10 %	
45 ans et plus	38	17 %	33 %	12 %	17 %	17 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Age de fin de scolarité	205	97	16	39	53		
Non scolarisée	28	15 %	0 %	15 %	13 %	14 %	0,08
<12 ans	8	2 %	0 %	13 %	2 %	4 %	
[12-18 ans]	115	57 %	88 %	49 %	51 %	56 %	
19 ans et plus	54	26 %	13 %	23 %	34 %	26 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Situation de couple	220	105	18	43	54		
Couple cohabitant	104	44 %	61 %	70 %	31 %	47 %	0,005
Couple non cohabitant	13	8 %	0 %	0 %	9 %	6 %	
Célibataire	103	49 %	39 %	30 %	59 %	47 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Niveau de ressources mensuelles par unité de consommation	215	102	18	42	53		
Aucune ressource	78	39 %	22 %	21 %	47 %	36 %	0,023*
< 70 euros	32	14 %	6 %	19 %	17 %	15 %	*
[70-150 euros[	24	11 %	17 %	12 %	9 %	11 %	
[150-250 euros[	25	12 %	22 %	12 %	8 %	12 %	
[250-350 euros[	19	8 %	22 %	7 %	8 %	9 %	
[350-500 euros[	21	9 %	11 %	17 %	6 %	10 %	
500 euros ou +	16	8 %	0 %	12 %	6 %	7 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Durée de séjour en France	221	105	18	43	55		
< 1 an	37	19 %	0 %	14 %	20 %	17 %	0,42
[1-3 ans[	59	25 %	39 %	33 %	22 %	27 %	0,17**
[3-6 ans[	65	29 %	28 %	23 %	36 %	29 %	
>= 6 ans	60	28 %	33 %	30 %	22 %	27 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Nombre d'enfants vivant avec la femme	221	105	18	43	55		
Aucun	20	12 %	11 %	5 %	5 %	9 %	0,20
Un	89	37 %	56 %	33 %	47 %	40 %	
Deux	67	30 %	11 %	33 %	35 %	30 %	
Trois ou plus	45	20 %	22 %	30 %	13 %	20 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

Situation administrative	220	105	17	43	55	%	
Stable (TDS* > 1 an ou dispense)	58	30 %	41 %	21 %	20 %	26 %	0,46
Précaire (TDS* < 1 an)	45	25 %	18 %	16 %	16 %	20 %	
Demandeuse d'asile	18	8 %	6 %	7 %	11 %	8 %	
Sans titre de séjour valide	99	38 %	35 %	56 %	53 %	45 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

* test de Chi2 ou test exact de Fisher, selon les effectifs théoriques - -- TDS = Titre de séjour

**Comparaisons : sur 4 classes d'âge (18-29, 30-34, 35-39, 40 ans et plus) - Ressources mensuelles par UC <70 vs >=70 euros - Durée de séjour en France < ou > 1 an

**CARACTERISTIQUES A L'INCLUSION DES FEMMES REVUES NON ENCEINTEES ENTRE LES DEUX ENQUETES
SELON LEUR PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS (SUITE)**

	N	Aucune	Groupe de parole ± livret	Accomp [†] individuel + livret	Lecture du livret	Total	p-value*
Couverture maladie de base	220	104	18	43	55		
aucune	29	19 %	6 %	7 %	9 %	13 %	0,031**
Protection universelle maladie	82	38 %	28 %	40 %	38 %	37 %	
Aide médicale d'Etat	98	37 %	61 %	53 %	47 %	45 %	
Demande en cours	11	7 %	6 %	0 %	5 %	5 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Couverture complémentaire (si Protection universelle maladie)	77	36	6	17	19		
oui	69	94 %	50 %	82 %	95 %	90 %	0,065
Région de naissance	221	105	18	43	55		
Maghreb, Afr. Nord, Proche-Orient	30	9 %	17 %	19 %	18 %	14 %	0,002**
Afrique de l'ouest	76	30 %	33 %	35 %	42 %	34 %	
Afrique centrale, Afr. Est	51	23 %	11 %	28 %	24 %	23 %	
Europe Est hors UE et CEI*	29	22 %	17 %	5 %	2 %	13 %	
Union Européenne	20	10 %	17 %	7 %	5 %	9 %	
Autres pays	15	6 %	6 %	7 %	9 %	7 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Maîtrise du français	221	105	18	43	55		
très bonne	108	46 %	44 %	51 %	55 %	49 %	0,85
bonne	16	8 %	6 %	7 %	7 %	7 %	
moyenne	38	17 %	22 %	19 %	15 %	17 %	
mauvaise	20	7 %	11 %	14 %	9 %	9 %	
très mauvaise	39	23 %	17 %	9 %	15 %	18 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Difficultés à lire le français	221	105	18	43	55		
non	114	51 %	44 %	51 %	55 %	52 %	0,95
oui, un peu	49	20 %	28 %	26 %	22 %	22 %	
oui	58	29 %	28 %	23 %	24 %	26 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etat de santé générale perçu	221	105	18	43	55		
bon	119	54 %	44 %	53 %	56 %	54 %	0,73
moyen	76	30 %	44 %	37 %	36 %	34 %	
mauvais	26	15 %	11 %	9 %	7 %	12 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etat de santé physique perçu	221	105	18	43	55		
bon	124	57 %	44 %	56 %	58 %	56 %	0,83
moyen	67	29 %	33 %	30 %	33 %	30 %	
mauvais	30	14 %	22 %	14 %	9 %	14 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Etat de santé psychologique perçu	221	105	18	43	55		
bon	82	40 %	33 %	40 %	31 %	37 %	0,45
moyen	94	45 %	39 %	33 %	47 %	43 %	
mauvais	45	15 %	28 %	28 %	22 %	20 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Renoncement à des soins (12 mois précédant l'inclusion)	219	104	18	43	54		
Oui	89	38 %	56 %	26 %	52 %	41 %	0,032
Temps de trajet à pied hôtel-PMI/PF*	211	100	18	41	52		
< 15 min	68	36 %	28 %	27 %	31 %	32 %	<0,001
15-29 min	97	38 %	39 %	73 %	42 %	46 %	
30 min ou plus	46	26 %	33 %	0 %	27 %	22 %	
Total hors données manquantes		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

* test de Chi2 ou test exact de Fisher, selon les effectifs théoriques - CEI= Communauté des Etats Indépendants – PMI = Protection Maternelle et Infantile – PF = Planification Familiale - **Comparaisons : Couverture maladie de base, oui vs non - Maghreb-Afr.nord-Pr-Orient vs Afr. sub-saharienne vs Europe(Est et UE) et CEI (autres pays exclus)

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, revues 8-10 mois après, non enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi

5.6 Consultations, dépistages et changements de contraception entre l'inclusion et le suivi

Les possibles effets des interventions sur les pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive ont été analysés à l'aide de plusieurs indicateurs : entre l'inclusion et l'enquête de suivi :

- l'existence d'au moins une consultation (hors grossesse) pour motif gynécologique (que ce soit auprès d'un gynécologue, d'un généraliste ou d'une sage-femme),
- la réalisation d'un dépistage d'IST,
- la réalisation d'un frottis cervical (pour les femmes âgées de 25 à 65 ans n'ayant pas fait de frottis dans les trois années précédant l'inclusion),
- les changements dans les pratiques contraceptives,
- les recours à une aide extérieure en cas de violence.

Les facteurs influençant l'existence d'au moins une consultation d'un professionnel de santé quel qu'en soit le motif (en partie hors champ de la santé sexuelle et reproductive) ont également été analysés.

Pour les consultations et les dépistages, les effectifs ont permis de mener des analyses multivariées. Pour la contraception et les recours en cas de violence, l'analyse est purement descriptive compte tenu du petit nombre de femmes concernées.

L'effet des interventions sur le recours aux soins a été évalué à l'aide de régressions logistiques (dans un premier temps des régressions logistiques simples bivariées, puis des modèles ajustés sur des variables explicatives). Chaque modélisation multivariée a été ajustée de façon systématique sur quatre variables (l'âge, le fait d'avoir déjà accouché en France, la couverture maladie de base et l'état de santé physique perçu à l'inclusion) connues dans la littérature pour avoir un effet sur l'indicateur étudié. Des variables de contrôle supplémentaires ont été intégrées lorsqu'elles étaient associées statistiquement aux variables d'intérêt (avoir consulté, avoir effectué un dépistage d'IST, ou un frottis cervical) au seuil de 0,25. La méthode utilisée pour le choix du modèle final est celle de la sélection pas à pas descendante²⁵².

Les variables explicatives concernant les interventions sont :

- **le lieu d'hébergement en lien avec les interventions**, avec trois modalités : (1) hôtels avec accompagnements collectifs, (2) hôtels avec accompagnements individuels, et (3) hôtels témoins ;
- **la participation déclarée aux interventions, quelles qu'elles soient (livret inclus)**, avec quatre modalités : (1) avoir participé au moins une fois aux groupes de parole (que le livret ait ou non été lu ou feuilleté), (2) avoir rencontré au moins une fois les « médiatrices de santé »²⁵³ (que le livret ait ou non été lu ou feuilleté), (3) avoir uniquement lu ou feuilleté le livret²⁵⁴, et (4) ne pas avoir lu ou feuilleté le livret, ni participé aux accompagnements.

Lors de l'enquête de suivi, il a été demandé aux femmes si elles avaient consulté un professionnel de santé depuis les interventions²⁵⁵. Parce que les consignes, précisant que ne devaient être reportées que

²⁵² Du modèle complet au modèle ne conservant que les variables « forcées » et les autres variables associées de façon significative ou celles apparaissant comme des facteurs de confusion potentiels.

²⁵³ Raccourci pour désigner les intervenantes en charge des accompagnements individuels, qu'elles aient ou non la formation de « médiatrice de santé »

²⁵⁴ Cette modalité regroupe des femmes hébergées dans les hôtels témoins qui disent avoir lu ou feuilleté le livret, mais également des femmes hébergées dans les hôtels où ont eu lieu les interventions collectives et individuelles qui déclarent ne pas y avoir participé, mais avoir lu ou feuilleté le livret d'information.

²⁵⁵ "Depuis avril-mai, avez-vous consulté pour vous, pour des besoins/questions de santé (en dehors d'une éventuelle grossesse en cours, hors hospitalisation), quel que soit le lieu, le type de structure ou le professionnel de santé : cabinet de ville, centre de

les consultations n'étant pas liées à une grossesse en cours, ne semblent pas avoir toujours été respectées, nous avons exclu de l'analyse des consultations les femmes qui étaient enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi.

5.6.1 Consultation d'un professionnel de santé, quel qu'en soit le motif

Parmi les 221 femmes non enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi, 160²⁵⁶ (72 %) ont consulté au moins une fois un professionnel de santé entre ces deux enquêtes.

L'analyse statistique du lien entre le fait d'avoir consulté pour un problème de santé quel qu'il soit et le lieu d'hébergement de la femme en rapport avec les interventions ne montre pas d'association statistiquement significative. Par contre, il existe une telle association entre le fait d'avoir consulté et la participation déclarée aux interventions (il n'est pas retrouvé de lien significatif avec les autres variables incluses dans les modèles d'analyse multivariée) (cf. tableau A38 en annexe 14).

La régression logistique simple, comme la régression ajustée (contrôlant sur l'âge, l'âge au carré, l'état de santé perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France, la couverture maladie de base et la situation administrative à l'inclusion, le nombre d'enfants vivant avec la femme et le niveau d'études), montrent un effet statistiquement significatif de la seule lecture du livret sur la probabilité d'aller consulter, par rapport à l'absence de lecture du livret et de participation aux accompagnements (cf. tableau suivant). L'effet est du même ordre quand on inclut les hospitalisations (cf. tableau A39 en annexe 14).

TABLEAU 51 : ANALYSE MULTIVARIEE DES LIENS ENTRE LA PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS ET LE FAIT D'AVOIR CONSULTE AU MOINS UNE FOIS, QUEL QU'EN SOIT LE MOTIF, ENTRE L'INCLUSION ET L'ENQUETE DE SUIVI

N= 213	A consulté au moins une fois		A consulté ou été hospitalisée au moins une fois	
	Odds-ratio [IC 95 %]	p-value	Odds-ratio [IC 95 %]	p-value
Participation déclarée aux interventions (ref = N'avoir ni lu ou feuilleté le livret, ni participé aux interventions ci-dessous)		0,025*		0,031*
Avoir participé à un groupe de parole, au moins une fois ⁽¹⁾	1,2 [0,4 - 3,7]	0,705	1,2 [0,4 - 3,6]	0,741
Avoir rencontré une « médiatrice de santé », au moins une fois ⁽¹⁾	1,7 [0,7 - 4,0]	0,228	1,7 [0,7 - 3,9]	0,248
Avoir uniquement lu ou feuilleté le livret	4,4 [1,7 - 11,5]	0,003**	4,2 [1,6 - 11,2]	0,003**

Modèles ajustés sur l'âge, la couverture maladie, l'état de santé physique perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France et le niveau d'études

* p<0,1, **p<0,05, ***p<0,001

⁽¹⁾ Parmi les femmes ayant participé aux interventions, certaines ont également lu le livret, on considère que l'effet de l'intervention prend le dessus

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, revues 8-10 mois après, non enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi

5.6.2 Consultation d'un professionnel de santé pour motif gynécologique

Parmi les 221 femmes non enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi, 63²⁵⁷ (28,5 %) ont consulté au moins une fois un professionnel de santé pour motif gynécologique entre ces deux enquêtes.

L'analyse statistique du lien entre le fait d'avoir consulté pour motif gynécologique et le lieu d'hébergement de la femme en rapport avec les interventions ne montre pas d'association statistiquement significative. Par contre il existe une telle association entre le fait d'avoir consulté pour

santé, PMI, service d'urgences ou consultation hospitalières, médecin sage-femme, guérisseur..." – le lieu/type de structure ou professionnel était ensuite précisé – aucune réponse n'a concerné des consultations auprès d'un guérisseur.

²⁵⁶ 161 si on inclut les hospitalisations.

²⁵⁷ 64 si on inclut les hospitalisations.

motif gynécologique et la participation déclarée aux interventions (l'état de santé physique perçu est la seule autre variable associée au fait d'avoir consulté pour motif gynécologique dans le modèle ajusté) (cf. tableau A40 en annexe 14).

Dans la régression logistique simple, comme dans la régression ajustée (contrôlant sur l'âge, l'âge au carré, l'état de santé perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France, la couverture maladie de base, le niveau d'études, les difficultés à parler/comprendre le français et le nombre d'enfants vivant avec la femme), les femmes qui ont rencontré une « médiatrice de santé » ont une probabilité plus forte d'avoir consulté pour motif gynécologique que celles n'ayant ni lu ou feuilleté le livret ni participé aux accompagnements, tandis que l'association avec la lecture du livret est à la limite de la signification statistique, et qu'il n'existe pas de lien significatif avec la participation aux groupes de paroles (cf. tableau suivant). On observe les mêmes tendances quand on inclut les hospitalisations (cf. tableau A41 en annexe 14).

TABLEAU 52 : ANALYSE MULTIVARIEE DES LIENS ENTRE LA PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS ET LE FAIT D'AVOIR CONSULTÉ AU MOINS UNE FOIS POUR MOTIF GYNECOLOGIQUE ENTRE L'INCLUSION ET L'ENQUETE DE SUIVI

N=212	A consulté au moins une fois		A consulté ou été hospitalisée au moins une fois	
	Odds-ratio [IC 95 %]	p	Odds-ratio [IC 95 %]	p
Participation déclarée aux interventions (ref = N'avoir ni lu ou feuilleté le livret, ni participé aux interventions ci-dessous)		0,035*		0,044**
Avoir participé à un groupe de parole, au moins une fois ⁽¹⁾	0,8 [0,2 - 3,1]	0,723	0,7 [0,2 - 2,8]	0,621
Avoir rencontré une médiatrice de santé, au moins une fois ⁽¹⁾	3,0 [1,3 - 6,9]	0,012**	2,8 [1,2 - 6,5]	0,017**
Avoir uniquement lu ou feuilleté le livret	2,2 [1,0 - 4,8]	0,053*	2,1 [0,9 - 4,5]	0,070*

Modèles ajustés sur l'âge, la couverture maladie, l'état de santé physique perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France et le nombre d'enfants habitant dans la chambre

* p<0,1, **p<0,05

⁽¹⁾ Parmi les femmes ayant participé aux interventions, certaines ont également lu le livret, on considère que l'effet de l'intervention prend le dessus

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, revues 8-10 mois après, non enceintes entre l'inclusion et l'enquête de suivi

5.6.3 Dépistage d'infection sexuellement transmissible (IST)

Toutes les femmes réinterrogées lors de l'enquête de suivi ont été incluses dans les analyses. Parmi ces 282 femmes²⁵⁸, 16 n'ont pas répondu à la question sur le dépistage d'IST, et 65 disent l'avoir réalisé entre l'inclusion et l'enquête de suivi, soit 24 % des répondantes.

L'analyse statistique du lien entre le fait d'avoir fait un dépistage d'IST et le lieu d'hébergement de la femme en rapport avec les interventions ne montre pas d'association statistiquement significative. Par contre il existe une telle association entre le fait d'avoir fait ce dépistage et la participation déclarée aux interventions (l'état de santé physique perçu et la région d'origine sont également associés à ce dépistage dans le modèle ajusté) (cf. tableau A42 en annexe 14).

Une analyse multivariée, contrôlant sur l'âge, l'âge au carré, l'état de santé perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France, la couverture maladie de base et la situation administrative à l'inclusion, la région d'origine, la durée de présence en France et les difficultés à parler ou comprendre le français, montre que le fait d'avoir participé au groupe de parole et celui d'avoir lu ou feuilleté le livret augmentent la probabilité d'avoir réalisé un dépistage d'IST, par rapport à l'absence de lecture du livret et de

²⁵⁸ Une femme n'a pu être classée en raison d'un déménagement précoce.

participation aux accompagnements (cf. tableau suivant). On observe les mêmes tendances quand on exclut des analyses les femmes enceintes entre les deux enquêtes (cf. tableau A43 en annexe 14).

TABLEAU 53 : ANALYSE MULTIVARIEE DES LIENS ENTRE LA PARTICIPATION DECLAREE AUX INTERVENTIONS ET LE FAIT D'AVOIR FAIT UN DEPISTAGE D'IST ENTRE L'INCLUSION ET L'ENQUETE DE SUIVI

	Toutes femmes ^a (N= 253)		Hors femmes enceintes ^b (N=198)	
	Odds-ratio [IC 95 %]	p-value	Odds-ratio [IC 95 %]	p-value
Participation déclarée aux interventions (ref = N'avoir ni lu ou feuilleté le livret, ni participé aux interventions ci-dessous)		0,034**		0,060**
Avoir participé à un groupe de parole, au moins une fois ⁽¹⁾	3,7 [1,2 - 10,8]	0,018**	4,3 [1,0 - 19,2]	0,053*
Avoir rencontré une médiatrice de santé, au moins une fois ⁽¹⁾	1,1 [0,4 - 2,8]	0,838	1,2 [0,3 - 4,4]	0,761
Avoir uniquement lu le livret	2,4 [1,1 - 5,4]	0,036**	3,5 [1,1 - 10,9]	0,029**

^a Modèle ajusté sur l'âge, la couverture maladie, l'état de santé physique perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France, la durée de présence en France, la région d'origine et le fait d'avoir des difficultés à comprendre ou parler le Français

^b Modèle ajusté sur l'âge, la couverture maladie, l'état de santé physique perçu, le fait d'avoir déjà accouché en France, la situation administrative, la région d'origine et le nombre de jours écoulés entre les deux enquêtes

* p<0,1, **p<0,05

⁽¹⁾ Parmi les femmes ayant participé aux interventions, certaines ont également lu le livret, on considère que l'effet de l'intervention prend le dessus

Source : Dsafhir

Champ : Femmes migrantes âgées d'au moins 18 ans hébergées dans 15 hôtels franciliens au printemps 2017, revues 8-10 mois après.

L'interprétation de ces résultats est toutefois délicate car nous n'avons pas pu limiter les analyses aux seules femmes pour lesquelles ce dépistage correspondait à une indication médicale. De fait, la raison la plus souvent donnée par les femmes pour sa non réalisation (116/201, 58 %) est qu'elles pensent ne pas avoir pris de risques²⁵⁹. Seules 16 femmes (8 %) évoquent un obstacle matériel (dont huit disent qu'elles n'avaient pas le temps ou qu'elles avaient d'autres priorités, ou d'autres examens à faire). Il faut aussi rappeler la forte proportion de femmes disant qu'elles n'utilisent pas de contraception parce qu'elles n'ont pas de rapports sexuels avec des hommes, et celle des femmes utilisant les préservatifs masculins comme moyen contraceptif.

Parmi les 65 femmes ayant réalisé un dépistage d'IST :

- onze ont participé aux accompagnements individuels, mais seules deux d'entre elles disent qu'elles ont fait ce dépistage sur l'incitation de la « médiatrice de santé » ;
- neuf ont participé aux groupes de parole, mais une seule dit avoir fait ce dépistage suite à sa participation à ces groupes ;
- au total, près des deux-tiers (41/65) répondent qu'elles ont été incitées à faire ce dépistage par un médecin ou une sage-femme (donc à l'occasion d'une consultation).

5.6.4 Frottis cervical

Seules les 131 femmes de 25 à 65 ans qui déclaraient lors de l'inclusion ne pas avoir fait de frottis dans les trois dernières années²⁶⁰ ont été incluses dans les analyses. Parmi elles, huit n'ont pas répondu à la question sur le frottis cervical, et 41 disent en avoir fait un entre l'inclusion et l'enquête de suivi (un tiers des répondantes).

²⁵⁹ Deux autres femmes disent que c'est parce qu'elles l'ont fait « peu de temps avant », huit qu'elles l'ont fait « pendant leur grossesse » et une parce qu'elle est atteinte du VIH.

²⁶⁰ On compte également les femmes qui ne se souvenaient plus si le frottis datait de plus ou moins trois ans.

Ni le lieu d'hébergement, ni la participation déclarée aux interventions, ne sont liés de façon significative au fait d'avoir réalisé un frottis cervical, que ce soit en analyse bivariée ou dans les régressions logistiques.

Parmi les 41 femmes concernées ayant réalisé un frottis cervical :

- dix ont participé aux accompagnements individuels, mais seules deux d'entre elles disent qu'elles ont fait un frottis sur l'incitation de la « médiatrice de santé » ;
- quatre ont participé aux groupes de parole, et deux d'entre elles disent avoir fait un frottis suite à leur participation à ces groupes ;
- au total un peu plus de la moitié (24/41) disent qu'elles ont été incitées à réaliser un frottis par un médecin ou une sage-femme, donc qu'elles l'ont fait à l'occasion d'une consultation.

5.6.5 Changements de pratique contraceptive

Les trois quarts des femmes "à risque de grossesse non prévue"²⁶¹ utilisaient une méthode de contraception à l'inclusion. Elles sont 82 % (122/149) parmi les femmes réinterrogées huit à dix mois après.

Compte tenu des faibles effectifs, aucune analyse multivariée n'a été réalisée. Les méthodes déclarées ont été classées selon leur degré d'efficacité en utilisation courante « efficacité pratique », et regroupées en trois niveaux, un quatrième niveau correspondant à l'absence de toute contraception²⁶².

Parmi les femmes revues, 105 sont, depuis l'inclusion, toujours "à risque de grossesse non prévue".

Huit à dix mois après l'inclusion, le « niveau d'efficacité pratique » des méthodes contraceptives utilisées (ou leur absence) est resté identique pour deux femmes sur trois, tandis que 18 (17 %) utilisent une méthode « plus efficace en pratique » et 21 (une sur cinq) utilisent une méthode « moins efficace en pratique » ou n'en utilisent plus²⁶³.

Par rapport à l'inclusion, la proportion de femmes n'utilisant aucune contraception et celle des femmes ayant recours à une méthode « très efficace en pratique » restent les mêmes huit à dix mois plus tard (respectivement 13 % et 32 %), tandis que le recours à la pilule baisse légèrement (30 % versus 35 % à l'inclusion), au profit de l'utilisation de méthodes « peu efficaces en pratique » (24 % versus 19 % à l'inclusion).

²⁶¹ Pour rappel, les femmes "à risque de grossesse non prévue" sont les femmes de moins de 50 ans, ni enceintes, ni stériles (ou ménopausées), sexuellement actives et ne voulant pas d'enfant.

²⁶² L'efficacité est mesurée selon l'indice de Pearl (taux de grossesses « accidentelles » observé au cours de la première année d'utilisation) en utilisation courante (différant de l'efficacité théorique, qui peut être élevée pour certaines méthodes utilisées sans oubli (pilule) ou selon certaines conditions (MAMA), alors qu'elle est moyenne en utilisation courante). La HAS regroupe les méthodes en quatre niveaux : méthodes « très efficaces » (Indice de Pearl < 1) = ligature des trompes, DIU, implant), « assez efficaces » (Indice de Pearl compris entre 1 et 9) = pilule, patch, anneau vaginal, allaitement (méthode MAMA durant 6 mois), injectables), « modérément efficaces » ((Indice de Pearl compris entre 10 et 25) = préservatifs masculins et féminins, diaphragmes avec spermicides, calendrier), et « moins efficaces » (Indice de Pearl > 25) = cape cervicale, retrait, spermicides). En raison des faibles effectifs, nous avons regroupé les deux dernières catégories en une seule, dite « peu efficaces ». La contraception d'urgence, absente des tableaux de classement, a été classée parmi les méthodes « peu efficaces » (2 femmes concernées) et l'allaitement (une femme concernée) a été classé dans les méthodes "assez efficaces" malgré l'absence de précisions sur ses modalités. *Source* : HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2013, mise à jour novembre 2017, 55 p.

²⁶³ Quand les méthodes sont classées selon leur efficacité en utilisation courante sans regroupement (pilule du lendemain exclue), un peu plus de la moitié des femmes à risque de grossesse non prévue ont gardé la même méthode huit à dix mois après l'inclusion, une sur cinq a adopté une méthode « plus efficace en pratique » et une sur quatre une méthode « moins efficace en pratique » ou n'a plus recours à une contraception.

Parmi les raisons avancées par les femmes qui ont arrêté leur contraception, on note la difficulté à supporter la pilule ou l'implant, et le manque de moyens financiers comme raison d'abandon de la pilule (pour une femme n'ayant plus de couverture maladie).

5.6.6 Demandes d'aide en cas de violence

Lors de l'enquête de suivi, il a été demandé aux femmes si, depuis les interventions, elles avaient consulté un professionnel ou une association pour des violences subies avant l'inclusion, et, pour celles hébergées dans les hôtels où avaient lieu les interventions, si elles en avaient parlé dans les groupes de parole, ou avec les « médiatrices de santé ».

Parmi les 213 femmes revues ayant dit avoir vécu au moins un type de violence²⁶⁴ avant l'inclusion, 41 n'ont pas répondu à la première question, et 18 (10 % des répondantes, 8 % de l'ensemble) déclarent avoir vu un professionnel ou une association à ce sujet depuis les interventions. La proportion de femmes ayant consulté pour ce motif semble plus élevée parmi les femmes hébergées dans les hôtels témoins et parmi celles hébergées dans les hôtels avec "intervention individuelle" que parmi celles hébergées dans les hôtels où ont lieu les interventions collectives (11 % et 9 % *versus* 3 %) mais c'est également le cas pour celles n'ayant pas répondu à cette question²⁶⁵. De même, la proportion de femmes ayant consulté pour ce motif semble plus élevée parmi les femmes qui n'ont pas participé aux interventions mais ont lu ou feuilleté le livret (12 %) et parmi celles qui ont rencontré une « médiatrice de santé » (10 %), mais les proportions des non répondantes diffèrent fortement selon les sous-groupes²⁶⁶.

Parmi les 20 femmes concernées ayant participé aux groupes de parole, deux y ont parlé des violences qu'elles avaient subies avant l'inclusion. Parmi les 40 femmes concernées ayant rencontré une « médiatrice de santé », sept lui en ont parlé.

Par ailleurs, 30 femmes disaient lors de l'inclusion qu'elles « souhaitaient pouvoir parler à quelqu'un » des violences qu'elles avaient subies. Neuf d'entre elles disent avoir pu le faire²⁶⁷. Ces faibles effectifs ne permettent pas d'analyser les liens possibles entre ces recours et les interventions. Aucune des deux femmes concernées ayant participé aux groupes de parole n'en a parlé dans ce cadre, et une seule des six ayant rencontré une « médiatrice de santé » lui en a parlé.

5.6.7 Au total

Il n'a pas été possible de mettre en évidence un lien statistique entre le lieu d'hébergement en rapport avec les interventions et les indicateurs disponibles concernant les pratiques de santé sexuelle et reproductive. Les analyses multivariées fondées sur la participation déclarée aux interventions montrent quant à elles des liens statistiques significatifs entre cette participation et deux des trois indicateurs sur lesquels ces analyses ont pu être réalisées²⁶⁸).

Cependant, il n'a pas été possible de contrôler de façon fine l'effet de tous les éléments susceptibles d'avoir une influence sur le fait de consulter ou de faire un dépistage. Ainsi l'état de santé physique perçu ne permet pas de préjuger de consultations à visée préventive, et les contraintes de garde d'enfants n'ont pu être prises en compte. Il est possible qu'une partie des femmes ayant utilisé le livret

²⁶⁴ Violences déclarées dans les réponses au module du questionnaire correspondant, et violences sexuelles déclarées dans les réponses aux questions sur la vie sexuelle et sur les IVG.

²⁶⁵ Le test exact de Fisher n'est plus significatif quand les non-répondantes sont exclues de l'analyse.

²⁶⁶ Elle est de 30 % parmi celles n'ayant ni lu ou feuilleté le livret ni participé aux interventions collectives et individuelles, de 15 % parmi celles ayant rencontré les « médiatrices de santé », ou lu ou feuilleté le livret, et de 0 % parmi celles ayant participé aux groupes de parole.

²⁶⁷ Quatre avec un psychologue ou un psychiatre, et deux dans une association de lutte contre les violences faites aux femmes.

²⁶⁸ Le nombre de femmes concernées par le troisième indicateur (réalisation d'un frottis cervical) était plus faible.

d'informations l'aient fait dans le but d'aller consulter, ou de faire un dépistage, et qu'une partie de celles ne l'ayant jamais ouvert n'aient simplement pas éprouvé le besoin de consulter. Il est donc difficile d'affirmer que c'est la seule lecture du livret d'information qui a incité les femmes à consulter, et par conséquent il est également difficile d'affirmer la supériorité des accompagnements individuels (ou celle des groupes de parole) sur la simple distribution de livrets, sur le fait d'aller consulter pour un motif gynécologique (ou dans le fait de faire un dépistage d'IST).

5.7 Connaissances des femmes sur quelques questions de santé sexuelle et reproductive

Afin d'éviter d'induire le sentiment d'être jugée, seules deux questions ont été posées pour tester les connaissances des femmes sur des questions de santé sexuelle, et trois autres ont exploré que la perception d'être plus ou moins bien informées sur la contraception en général, l'IVG et les IST²⁶⁹, sans tester directement les connaissances sur ces sujets. Et ces questions ne l'ont été que lors du suivi.

Les réponses à ces questions montrent que huit à dix mois après l'inclusion, près d'un tiers des femmes revues s'estiment mal ou très mal informées sur la contraception et sur les IST, et près de la moitié s'estiment mal ou très mal informées sur l'IVG. Une femme sur cinq se juge mal ou très mal informée **à la fois** sur la contraception, l'IVG et les IST, et ce quel que soit le lieu d'hébergement et la participation déclarée aux interventions.

Les connaissances directement explorées concernent la contraception d'urgence²⁷⁰ et les aides professionnelles ou associatives possibles en cas de violences conjugales ou sexuelles²⁷¹ :

- plus de la moitié des femmes revues disent ne pas connaître la « pilule du lendemain » (parmi les femmes de moins de 30 ans, seules 56 % disent en avoir entendu parler, *versus* plus de 95 % selon les données de l'enquête Baromètre Santé 2016 en France métropolitaine²⁷²), et, parmi celles qui en ont entendu parler, 30 % disent ne pas connaître le nombre de jours après rapport au cours desquels elle est efficace, 46 % répondent « un seul jour », 12 % « deux jours » et 11 % répondent « trois jours »²⁷³ ;
- 22 % des femmes ne citent aucun professionnel ou association quand on leur demande ce qu'elles répondraient à la demande de conseil d'une de leurs connaissances, victime de violences conjugales ou de violences sexuelles, souhaitant en parler à un.e professionnel.le, mais sans savoir à qui s'adresser.

Ces proportions sont les mêmes quel que soit le lieu d'hébergement et la participation déclarée aux interventions. Ces résultats contredisent les réponses des femmes ayant participé aux accompagnements, toutefois les connaissances des femmes sur les sujets de santé sexuelle et

²⁶⁹ Les questions posées étaient : Sur les moyens de contraception / l'IVG / les infections qu'on peut attraper lors de rapports sexuels non protégés (sans préservatifs), pensez-vous actuellement être : Très bien / Bien / Mal / Très mal informée ? et Avez-vous déjà entendu parler / Connaissez-vous la contraception d'urgence (la pilule du lendemain) ?

²⁷⁰ La question posée était : D'après vous, jusqu'à combien de jours après le rapport sexuel ce médicament (cette « pilule du lendemain » / « contraception d'urgence ») peut-il être pris pour qu'il soit efficace ?

²⁷¹ La question posée était : Si une de vos connaissances était victime de violences conjugales ou de violences sexuelles et qu'elle souhaitait en parler à un.e professionnel.le, mais sans savoir à qui s'adresser, que lui conseillerez-vous ?

²⁷² Rahib D, Lydié N. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 5 p. Accessible en ligne.

²⁷³ Le délai maximum d'utilisation de l'un des deux composés disponibles est de 5 jours, et celui de l'autre est de « 3 jours, l'appellation « pilule du lendemain », qui fait penser à un délai maximal d'utilisation de 24 heures, peut être un frein au recours à cette contraception. Cependant l'efficacité diminue avec le délai d'utilisation. La question posée dans DSAFHIR diffère de celle posée dans l'enquête Baromètre Santé 2016 qui interrogeait sur le délai MAXIMUM après un rapport non protégé dans lequel il « faut » prendre la contraception d'urgence. Les comparaisons avec les résultats de cette enquête sont donc délicates. Selon les données de l'enquête Baromètre Santé déjà citée, 39 % de l'ensemble des femmes de moins de 30 ans répondaient « un jour », 23 % « 2 jours », 17 % « 3 jours » et 1 % « 5 jours ».

reproductive n'ont été abordées qu'indirectement (auto-perception de ses connaissances) ou ponctuellement (sur deux sujets qui ont pu n'être abordés qu'à la marge lors des interventions).

6 Conclusion

Les trois quarts des femmes incluses dans l'étude DSAFHIR sont âgées de 20 à 39 ans. La moitié d'entre elles sont arrivées en France depuis plus de quatre ans. Comme celles interrogées en 2013 dans l'enquête ENFAMS (réalisée auprès d'un échantillon représentatif des familles sans logement en Île-de-France), elles sont en situation administrative et financière très précaire. Elles viennent majoritairement d'Afrique subsaharienne, puis d'Europe de l'est ou d'Asie Centrale. Leurs motifs de migration sont variés et souvent multiples, mais plus de la moitié disent avoir quitté leur pays « pour leur sécurité ou celle de leur famille », et une sur quatre s'est souvent sentie en danger pendant son parcours migratoire.

La proportion de ces femmes se sentant en bonne santé générale (56 %) est moindre que celle de la population générale (66 %), dont la moyenne d'âge est pourtant nettement plus élevée. Cependant le taux de recours de ces femmes au médecin généraliste dans les 12 mois précédant l'enquête est un peu moindre, et, si les taux de renoncement à des soins ne peuvent être comparés en raison de différences de formulation des questions, les soins auxquels elles ont renoncé sont beaucoup plus souvent des soins de premier recours.

De fait pour presque toutes ces femmes il existe au moins un élément limitant l'accès aux soins parmi les suivants : arrivée récente en France, absence de titre de séjour valide, de couverture maladie de base, ou de suivi social, non maîtrise du français, faible niveau de scolarisation, isolement relationnel, ou éloignement des structures de santé. Une femme sur trois cumule au moins trois de ces difficultés. A ces éléments il faut sans doute ajouter les symptômes dépressifs (près d'une femme sur dix dit en avoir souffert dans les 15 jours précédents), les priorités liées à la survie quotidienne (sept sur dix déclarent avoir souvent manqué d'argent pour acheter de la nourriture durant l'année précédente), et les expériences négatives lors de contacts avec des professionnels de santé (16 % ont déjà eu l'impression d'être discriminée par le personnel médical lors de consultations en France en raison de leurs origines ou de leur nationalité, tandis que 22 % des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, et 16 % des bénéficiaires de la couverture universelle maladie complémentaire, déclarent avoir déjà payé pour une consultation médicale).

Parmi les femmes exposées au risque de grossesse non prévue, une sur quatre n'utilise aucune contraception, *versus* 3 % dans la population générale, et la proportion de ces femmes ayant eu recours à des interruptions volontaires de grossesse répétées semble plus élevée. Plus d'une femme concernée sur deux n'a pas fait de frottis cervical dans les trois dernières années (c'est aussi le cas dans la population générale).

Les accompagnements collectifs et individuels proposés, comme la distribution de livrets d'information (pourtant jugée *a priori* comme d'une moindre utilité), se sont avérés pertinents aux yeux des femmes qui ont pu en bénéficier et qui ont pu être réinterrogées huit à dix mois après.

Nous avons tenté d'estimer, à l'aide d'analyses multivariées, l'effet de ces interventions sur les connaissances et les comportements de ces femmes concernant leur santé sexuelle et reproductive. En raison des faibles effectifs, ces analyses n'ont pu être menées que sur deux indicateurs : l'existence, entre l'inclusion et l'enquête de suivi, d'au moins une consultation pour motif gynécologique (hors grossesse) et celle d'un dépistage d'infection sexuellement transmissible (IST). Ces analyses montrent que la seule lecture du livret, et la participation aux accompagnements (avec ou sans lecture du livret), semblent avoir eu une influence positive sur ces deux indicateurs, et ce indépendamment de l'âge, la couverture maladie de base, l'état de santé physique ressenti et d'avoir ou non déjà accouché en France (pour les deux indicateurs), du nombre d'enfants vivant avec elles (pour les consultations pour motif gynécologique), et de l'origine géographique, la durée de présence en France et des difficultés à parler ou comprendre le français (pour le dépistage d'IST).

Ainsi, par rapport aux femmes n'ayant ni lu ou feuilleté ce livret, ni participé aux accompagnements :

- celles ayant eu un accompagnement individuel sont plus nombreuses à avoir consulté pour motif gynécologique ;
- celles ayant lu ou feuilleté le livret d'information et celles ayant participé aux groupes de parole sont plus nombreuses à avoir réalisé un dépistage d'IST.

Quel que soit le type d'intervention et de participation aux interventions, une femme revue sur trois s'estime toujours mal informée sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles, et près d'une sur deux s'estime mal informée sur l'interruption volontaire de grossesse, tandis que plus de la moitié disent ne pas connaître la contraception d'urgence. Ces résultats contredisent les réponses des femmes ayant participé aux accompagnements, toutefois les connaissances des femmes sur les sujets de santé sexuelle et reproductive n'ont été abordées qu'indirectement (auto-perception de ses connaissances) ou ponctuellement (sur deux sujets qui ont pu n'être abordés qu'à la marge lors des interventions).

Les accompagnements, qui nécessitent un savoir-faire spécifique pour aborder des sujets intimes et tabous, n'ont pu profiter pleinement à toutes :

- en raison des difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre (pour les groupes de parole, réticences à la démarche d'« aller-vers » de la part de certaines animatrices du Planning familial, et faible disponibilité des femmes aux horaires choisis pour les séances ; pour les accompagnements individuels, difficultés à recruter des « médiatrices de santé » expérimentées dans le cadre de contrats courts ; dans les deux cas, durée d'intervention courte et absence de temps dédié aux échanges directs entre intervenantes et services de santé de proximité) ;
- en raison de l'absence de versions multilingues des livrets d'information ;
- parce que ces interventions ne peuvent lever qu'une petite partie des barrières à l'accès aux soins ;
- enfin, parce qu'une partie des femmes incluses dans l'étude n'étaient pas concernées par les barrières à l'accès aux soins qui pouvaient être levées.

Bibliographie

Agence Régionale de Santé d'Île-de-France. Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. *Accessible en ligne* :

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_PRAPS%20IdF_Publication%20officielle.pdf

Agir Tous pour la Dignité ATD Quart-Monde. Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. 4 p. *Accessible en ligne* : <https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2008/05/Charte-du-Croisement-des-savoirs-ATD-Quart-Monde.pdf>

Andro A, Lesclingand M, Cambois E, Cirbeau C. Rapport final : Excision et Handicap (ExH) : Mesure des lésions et traumatismes et évaluation des besoins en chirurgie réparatrice. 2009, 116 p. *Accessible en ligne* : https://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf

Beauchemin C, Hamel C, Simon P. (dir.) Trajectoires et Origines (TEO) : Enquête sur la diversité des populations en France. Ined, Paris, Coll. Grandes enquêtes. 2016, 624 p.

Boisguérin B. Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide. *Dossiers Solidarité Santé*. 2011;(19):2-14.

Boltanski L. Prime éducation et morale de classe, Paris, EHESS, Coll. Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, 1984, vol. 3.

Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des Interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014;26(6):783-786.

Chauvin P, Parizot I., Simonnot N. Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries, Paris, Médecins du Monde European observatory on access to healthcare, 2009. *Accessible en ligne* : <http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/Rapport%20UK%20final%20couv.pdf>

Chauvin P, Renahy E, Parizot I, Vallée J. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. DREES, Série Etudes et Recherche, Document de travail, 2012, N°120.

Chauvin P, Traoré M, Vallée J. Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le grand Paris. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(16-17):282-288.

Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervlet F, Vicart M. et al. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité : obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe. 2105. <hal-01316094> : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316094/document>

Chaveyron S, L'Horty Y, Petit P. Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs de trois spécialités médicales. Rapport final, octobre 2019, 42 p. *Accessible en ligne* : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_refus_de_soins.pdf

Défenseur des Droits. Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer . Rapport 2019, 76 p. *Accessible en ligne* :

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-etrangmalad-num-07.05.19_0.pdf

Desgrées-du-Loû A, Lert F. (dir) PARCOURS : Parcours de vie et de santé es Africains immigrés en France. La Découverte, Paris, 2017, 360 p.

DREES, Santé Publique France. Etat de santé de la population en France, Edition 2015, 502 p. *Accessible en ligne* : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015>

DREES, Santé Publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017, 436 p. *Accessible en ligne* : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

Dugravier R. CAPEDEP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une population de femmes présentant des critères de risque psychosociaux. Neuro-sciences [q-bio.NC]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2014.

EN-HERA! Network: Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants. Report 1, 2009, 118 p. *Accessible en ligne* :

<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4253&context=sspapers>

Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge, Paris, Presses Universitaire de France, 2006.

Freedman J. Gendering the International Asylum and Refugee Debate, 2nd Edition, revised and updated, Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2015 [2007]. (*version française accessible en ligne* : https://www.reseau-terra.eu/IMG/pdf/Persecution_des_femmes_VALLUY.pdf)

Grillo F, Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2012;(2-3-4):45-7

Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles, *Informations sociales.* 2014;182(2):142-149.

Guyavarch E, Le Méner E. Les familles sans domicile à Paris et en Ile-de-France : une population à découvrir, *Politiques sociales et familiales.* 2014;115(1):80-86.

Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, *et al.* Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population et Sociétés.* 2016, N°538, 4 p. *Accessible en ligne* : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/25953/538.population.societes.2016.novembre.fr.pdf

Hamers F, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(22-23):419-23

Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers. Version du 6 mai 2015, publiée en 2018, 12 p. *Accessible en ligne* :

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20150503_visitemdicaledestrangerprimoarri.pdf

Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2013, mise à jour novembre 2017, 55 p. *Accessible en ligne* : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Octobre 2017. *Accessible en ligne* : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf

Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Octobre 2017. *Accessible en ligne* : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

Institut Renaudot : Périnatalité : agir avec les femmes. Cahier N°1, 2019, 30 p. *Accessible en ligne* : <http://www.institut-renaudot.fr/download/Cahier%201.pdf>

Keygnaert I, Dedoncker K, Van Egmond K, Temmerman M, Nostlinger C. et al. Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants. A framework for the identification of good practices. Ghent, Belgium: EN-HERA! Network.

Laacher S. De la violence à la persécution. Femmes migrantes sur la route de l'exil, Paris, La Dispute, 2010.

Legal R, Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières : le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières est très sensible à la formulation des questions. *Dossiers Solidarité et Santé (DREES)*. 2015;66:3-26.

Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365-398.

Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. *Etudes & Résultats (DREES)*. 2010. N° 717.

Observatoire du Samusocial de Paris. Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France, 2017, 442 p. *Accessible en ligne* : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf

Observatoire Régional de la Santé Île-de-France : Dépistage du VIH/SIDA en Île-de-France : résultats du Baromètre de Santé publique France 2016, Décembre 2019, 20 p. *Accessible en ligne* : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/depistage-du-vih-sida-en-ile-de-france.html>

Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille sans domicile hébergées en Île-de-France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(17-18):341-50.

Programme national de médiation sanitaire, Association pour l'accueil des voyageurs (ASV). Évaluation du programme national de médiation sanitaire. Rapport final. Paris : PNMS ; 2016, 109 p. *Accessible en ligne* :

<http://www.mediation-sanitaire.org/wp-content/uploads/2016/09/Evaluation-finale-PNMS-2016-rapport.pdf>

Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre Santé 2016 - Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p. *Accessible en ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/197526/2364880>

Renahy E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. Rapport pour la DREES, *Série Etudes et Recherche*, septembre 2011, 65 p. *Accessible en ligne* :

<http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/Rapport%20%20Renoncement%20DREES.pdf>

Saïas T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs: a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS ONE*. 2012;7(5): e36915.

Warin P. *Le non-recours aux politiques sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2016.

Warin P. Renoncement à des soins et précarité. Le renoncement aux soins, *in* DREES, Actes du colloque Le renoncement aux soins, 2 Novembre 2011, Paris, France. pp. 81-89. (halshs-00682188). *Accessible en ligne* : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning*. 2014;29:818–830.

L'étude DSAFHIR est une recherche interventionnelle comportant le suivi d'une cohorte de femmes migrantes sans domicile, hébergées en hôtels. Elle explore les besoins de ces femmes en matière de santé sexuelle et reproductive et les obstacles à l'accès aux services compétents, et teste plusieurs modalités d'intervention visant à faciliter cet accès. Elle a inclus 469 femmes dans quinze hôtels en Île-de-France, hors Paris, au printemps 2017, et 283 d'entre elles ont pu être revues huit à dix mois plus tard.

Les situations administratives et sociales de ces femmes sont très similaires à celles observées lors de l'enquête réalisée auprès des familles sans logement en Île-de-France en 2013. Les besoins de ces femmes en matière de santé sexuelle et reproductive ont été mis en lumière : à l'inclusion :

- une sur trois dit avoir subi une ou des agressions sexuelles au cours de leur vie, et une sur cinq une mutilation génitale ;
- un quart de celles exposées au risque de grossesse non prévue n'utilisent aucun moyen contraceptif ;
- plus de la moitié n'ont pas eu de frottis cervical dans les trois années précédentes.

La plupart cumule plusieurs éléments limitant leur accès aux soins (faible connaissance du système de soins liée à une arrivée récente en France, absence de titre de séjour valide, de suivi social, de couverture maladie, non maîtrise du français, faible niveau de scolarisation, isolement relationnel, absence de solution de garde d'enfants, présence d'autres besoins jugés prioritaires, éloignement des services de santé, symptômes dépressifs, expériences négatives antérieures avec des professionnels de santé en France) et près d'une sur deux dit avoir renoncé à des soins, le plus souvent une consultation de médecine générale, dans les 12 mois précédents.

Toutes ont reçu un livret d'informations sur les services socio-sanitaires proches de leur hôtel. Deux types d'accompagnement, collectif ou individuel, ont été mis en place pendant six semaines peu après l'inclusion dans l'étude : des « groupes de parole » hebdomadaires, animés par une conseillère du Planning Familial, dans trois hôtels, des accompagnements par des « médiatrices de santé » dans trois autres hôtels.

Presque toutes les femmes hébergées dans les hôtels où sont intervenues des « médiatrices » disent les avoir rencontrées, tandis que seulement 30 % de celles résidant dans les hôtels où ont eu lieu les « groupes de parole » disent y avoir participé. Les deux types d'accompagnement testés, comme la distribution de livrets d'information (pourtant jugée a priori comme d'une moindre utilité), se sont avérés pertinents aux yeux des femmes qui ont pu en bénéficier. Les limites identifiées sont, pour les groupes de parole, les problèmes de disponibilité sur les créneaux horaires choisis pour les séances, et le manque d'information sur ces séances, et, pour les deux types d'intervention, les difficultés de compréhension pour les femmes maîtrisant peu le français, et plus ponctuellement, une gêne à parler de sujets intimes. Si la présence d'enfants a pu parfois être ressentie comme une gêne, elle a aussi souvent été une condition nécessaire à la participation des femmes, confrontées à l'absence de solution de garde.

Par rapport aux femmes n'ayant ni lu ou feuilleté le livret, ni participé aux accompagnements :

- celles ayant participé aux groupes de parole et celles ayant seulement lu ou feuilleté le livret ont (après contrôle de leurs caractéristiques à l'inclusion, et de façon statistiquement significative) plus de « chances » d'avoir, dans les mois suivants, réalisé un test de dépistage d'infection sexuellement transmissible (Odds-ratios respectifs = 3,7 [IC 95 % 1,2 - 10,8], et 2,4, [IC 95 % 1,1 - 5,4]) ;
- celles ayant participé aux accompagnements individuels (par des « médiatrices de santé ») ont plus de « chances » d'avoir consulté pour motif gynécologique (Odds-ratio = 3,0 [IC 95% 1,3 - 6,9]).

Ces interventions n'ont pas profité pleinement à toutes, d'une part en raison des difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre, d'autre part parce qu'elles ne peuvent lever toutes les barrières à l'accès aux soins rencontrées par les femmes, et parce qu'une partie des femmes rencontrées n'étaient pas réellement concernées par les barrières à l'accès aux soins qui pouvaient être levées.