

2020

-

2021

université  
PARIS-SACLAY

FACULTÉ DE  
MÉDECINE

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ETAT**  
**DE**  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**

---

Ressources psychosociales mobilisées durant la crise de la Covid-19  
par les femmes exilées sans papiers de Seine-Saint-Denis

---

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 décembre 2021

Par : **Isabelle Audigé**

Née le 10 Janvier 1989 à YAOUNDE (99)

Président de jury : Pr Olivier Bouchaud

Co-directrices de thèse : Dre Johann Cailhol

Dre Claire Tantet

## **COMPOSITION DU JURY :**

Pr Olivier BOUCHAUD

Président

Professeur des universités, Praticien hospitalier, – Chef de service de maladies infectieuses et tropicales, Université Sorbonne Paris Nord, Hôpital Avicenne-Jean Verdier

Dre Claire TANTET

Directrice de thèse

Praticienne hospitalière, service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne-Hôpital Bichat

Dre Johann CAILHOL

Directrice de thèse

Maitresse de conférences des universités, Praticienne hospitalière, Université Sorbonne Paris Nord, service de maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne

Pre Dominique JANUEL

Examineur

Professeure des universités, Praticienne hospitalière, Sorbonne Paris Nord, Service de psychiatrie, Hôpital Ville Evrard

Pre Séverine ALRAN

Examineur

Professeure des universités – Praticienne hospitalière, Université Paris Saclay

Pr Elie AZRIA

Examineur

Professeur des universités – Praticien hospitalier, Université Paris Saclay

Dr Sophie WYLOMANSKI

Invitée

Praticien hospitalier, Université de Paris

## REMERCIEMENTS

En préambule à cette thèse, je souhaiterais adresser mes remerciements aux personnes m'ayant apportées leur aide (de quelque manière que ce soit), et ayant de ce fait contribué à l'élaboration de ce travail.

Je remercie donc les patientes auprès desquelles j'ai travaillé, que j'ai eu la chance de rencontrer et qui ont partagé avec moi des fragments de leur histoire.

Je remercie, le Professeur Olivier Bouchaud, de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je remercie le Professeur Dominique Januel, d'avoir accepté d'évaluer ce travail de thèse.

Je tenais tout particulièrement à exprimer au Professeur Séverine Alran, le souvenir reconnaissant que je garde de son enseignement et de nos échanges. Son engagement, sa douceur et son accessibilité envers les patientes et les équipes, auront représenté à mes yeux des leçons précieuses de vie.

Merci au Dre Sophie Wylomanski, qui à n'en pas douter a fait naître en moi une vocation. J'ai pris grand plaisir à apprendre à tes côtés. Et c'est avec un intérêt certain que j'ai assisté à tes consultations. Merci de ton accueil et de ta disponibilité.

Je remercie chaleureusement le Professeur Elie Azria pour les enseignements essentiels à la pratique du soin qui m'ont été transmis au sein du Service de Gynécologie-Obstétrique. Je le remercie pour son accueil, ainsi que pour l'intérêt dont il a fait montre à mon égard.

Je remercie, Clémence Le Joubioux, Rim Tlili, et Annie Bokolo, pour le travail commun que nous avons effectué au sein du Parcours Santé Sexuelle et de la Permanence d'Accès aux Soins ; J'ai eu un grand plaisir à travailler avec vous.

Je remercie le Dre Johann Caihol, de s'être montrée attentive à mes requêtes, et de m'avoir accompagnée dans la réalisation de cette thèse. Que mes pensées les plus amicales te disent mes remerciements bien sincères.

Je remercie le Dre Claire Tantet, une femme qui aura marqué d'une manière profonde mon parcours, et sans qui l'aventure dans laquelle je me suis lancée n'aurait pas été possible. Merci pour cette accompagnement pratique sur mes divers projets depuis quelques années déjà. Merci pour tes orientations, ton écoute, ta douceur et ta bienveillance.

Je ne manquerai pas de remercier, Thibault Vivier dont les observations, les interrogations et les critiques m'ont également aidé à mûrir et orienter la réflexion qui donne naissance à ce présent travail de recherche.

A chacun et chacune de vous mes Ami-e-s, vous qui enrichissez ma vie par votre présence, vous qui m'avez accompagné-e-s durant le parcours, vous qui participez chaque jour à rendre pour moi le monde beau, chaleureux et accueillant, à vous toutes et vous tous un grand merci.

Merci Vanina, ton engagement féministe, et ta sensibilité ont participé à former mon regard sur notre monde.

Merci à toi Marc, merci à toi Jonathan vous m'avez fait grandir.

Et bien sûr à Henri-Christophe, Jean-Jacques, Charles, Luc et Marie-Louise. Merci de votre amour inconditionnel.

A la famille, ici et ailleurs.

A ma Mère, mon pilier.

A Brume, un soleil dans ma vie.

# SOMMAIRE

<b><u>TABLE DES ANNEXES</u></b> .....	6
<b><u>LISTE DES ABREVIATIONS</u></b> .....	7
<b><u>RESUME :</u></b> .....	8
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	9
<b><u>METHODES</u></b> .....	12
<u>TYPE DE L'ETUDE ET JUSTIFICATION DU CHOIX DE LA METHODE</u> .....	12
<u>POPULATION DE L'ETUDE</u> .....	12
<u>CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION</u> .....	12
<u>RECUEIL DES DONNEES ET REALISATION DES ENTRETIENS</u> .....	13
<u>CONSIDERATIONS ETHIQUE ET LEGAL</u> .....	14
<u>ANALYSE DES RESULTATS</u> .....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
<b><u>RESULTATS</u></b> .....	15
<u>1<sup>ER</sup> AXE : STRATEGIES D'ADAPTATION</u> .....	16
<u>2<sup>EME</sup> AXE : IMPACT DU CONFINEMENT SUR LA CONDITION D'EXILEE</u> .....	19
<u>3<sup>EME</sup> AXE : LE LIEN ET LA CONFIANCE</u> .....	24
<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	28
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	39
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b> .....	45

## **TABLE DES ANNEXES**

<u>Annexe 1: Description du Parcours en santé sexuelle.....</u>	<u>38</u>
<u>Annexe 2: Guide d'entretien .....</u>	<u>40</u>
<u>Annexe 3: Fiche de consentement.....</u>	<u>42</u>
<u>Annexe 4: Avis du comité d'éthique d'évaluation de l'INSERM.....</u>	<u>43</u>
<u>Annexe 5: Tableau des caractéristiques des femmes exilées sans -papiers .....</u>	<u>44</u>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AME : l'Aide Médical d'Etat

API : Analyse Phénoménologique Interprétative

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MDM : Médecin Du Monde

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PPS : Parcours Santé Sexuelle

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

SPF : Santé Publique France

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

SSD : Seine Saint Denis

## RESUME :

En France, la première vague épidémique de COVID 19 a été marquée par un confinement de la population entre le 17 Mars et le 3 Mai 2020. La Seine-Saint-Denis (SSD) figure parmi les départements les plus touchés en nombre de cas et de décès sur la période de Mars à Avril 2020. Les études réalisées par Santé Publique France, via des enquêtes menées auprès de la population générale, confirment l'accroissement de la prévalence de troubles du sommeil, de symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que de symptômes associés à un stress post-traumatique. Ces augmentations sont observées plus particulièrement chez les jeunes et chez des populations à statut socio-économique modeste. Cependant, l'impact de cette crise sur les personnes exilées sans-papiers reste peu étudié. La présente étude s'appuie sur les résultats d'une enquête préliminaire quantitative menée dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'hôpital Avicenne en SSD. Cette enquête, s'intéressait à l'impact du confinement sur une population de personnes exilées sans-papiers durant la crise de la Covid 19. Les résultats ont montré un cumul de précarité sanitaire, sociale, et administrative, ainsi qu'un niveau d'anxiété élevé avec un état de santé global majoritairement déclaré comme dégradé. Afin d'approfondir certaines données recueillies lors de cette enquête quantitative préliminaire, nous avons mené une étude qualitative auprès des personnes exilées sans-papiers prises en soin au sein du département des Maladies Infectieuses du SMIT de l'hôpital Avicenne. Elle a pour objectif principal d'explorer les ressources psychosociales mobilisées ainsi que les mécanismes de compensation mis en place par les personnes exilées sans-papiers, durant la crise de la Covid 19. Elle a pour objectif secondaire la compréhension et l'identification des mécanismes de résilience. Les entretiens semi-structurés sont retranscrits puis analysés à l'aide de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (API). Huit femmes (*entre 29 et 53 ans*), ont été incluses dans l'étude. Trois axes d'expériences émergent : stratégies d'adaptation, impact du confinement sur la condition d'exilées sans-papiers, lien et confiance. Les femmes interrogées mettent en avant leur spiritualité comme moyen de surmonter et de tenir face aux difficultés rencontrées sur leur parcours d'exil et à leur arrivée sur le territoire. Elles révèlent une prédominance de sentiments tels que : l'adversité face à la précarité du quotidien, l'anxiété, la solitude, l'inquiétude et la peur. Ces ressentis sont exacerbés par les conditions du confinement, pouvant mener à l'expression d'une symptomatologie de dépression ou d'anxiété (maux de tête, insomnies, cauchemars) à laquelle elles font face en recourant au système de soin (traitement médicamenteux, psychothérapie), sans aller vers des consommations de substances. Est également mis en exergue l'affiliation à, l'institution hospitalière, à travers un lien de confiance construit sur une relation pérenne avec les divers acteurs de santé, plus particulièrement la psychologue et la médiatrice en santé au sein du parcours de santé sexuelle. Le lien, la confiance en soi et en l'autre, ainsi que la spiritualité, semblent être des ressorts essentiels de la résilience chez les femmes interviewées. Des programmes spécifiques de prévention doivent être axés sur la perception du soin et ses représentations, pour les populations précaires, tout en prenant en compte la singularité de leurs problématiques psychosociales. *L'aller vers*, et un parcours de soin global, incluant une médiatrice, sont à même de répondre de façon singulière aux besoins en santé et de suivi de cette population vulnérable. En s'attachant à créer les conditions permettant aux femmes de s'affilier au système de santé à travers un lien de confiance, ces programmes répondraient mieux aux nécessités et difficultés de ce public. Cela nous permettrait de rendre nos actions, d'aide, de soin et de prévention plus efficaces et adaptées à la population visée.

Mots clés :

Femmes exilées sans papiers ; Précarité ; Santé Sexuelle ; Prévention ; Médiation en santé.

## **INTRODUCTION**

En France, la première vague épidémique de COVID 19 entre le 21 Janvier et le 12 Mai 2020, a affecté 140 227 personnes [1]. Cette épidémie a été dans le même temps responsable de près de 26 991 décès, entre le 1<sup>er</sup> Mars et le 12 Mai [2]. En Janvier 2021, la France compte 2 665 728 personnes atteintes et 65 037 décès [3]. L'Ile de France, représente une région particulièrement touchée [4]. Avec une surmortalité élevée [5], la Seine Saint Denis (SSD) figure parmi les départements les plus touchés en nombre de cas et de décès sur la période de Mars à Avril 2020. Les habitants de ce département cumulent en effet des facteurs de risque économiques, sanitaires et sociaux d'atteinte par le Covid-19 et de formes sévères de la maladie. Une analyse de l'INSEE chiffre à plus de +101 % l'excès de mortalité toutes causes observées en SSD par rapport au reste du territoire français entre le 1<sup>er</sup> Mars et le 6 Avril 2020. Ce taux était supérieur au chiffre régional de +71.8% en Ile de France [6]. En Janvier 2021, l'Ile de France et plus particulièrement le département de la SSD étaient toujours considérés comme ayant « un niveau de vulnérabilité élevé » [7]

La réponse initiale des pouvoirs publics à la crise a consisté en la mise en place d'une mesure de confinement sur l'ensemble du territoire national lors de la première vague s'inscrivant du 17 Mars au 11 Mai 2020, puis de la seconde vague du 30 Octobre au 15 Décembre 2020. Ces confinements successifs ont permis une réduction du nombre de cas de personnes contaminées par le virus, mais ont également eu un impact non négligeable sur la santé globale des personnes non atteintes, en particulier sur la santé mentale de la population générale [8]. En outre l'apparition de la COVID 19 et ses conséquences socio-économiques ont majoré à l'échelle nationale, les inégalités déjà existantes [9]. Ainsi, les études réalisées par Santé Publique France (SPF) [10], par le biais d'enquêtes menées auprès de la population générale, confirment l'accroissement de la prévalence de troubles du sommeil, de symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que de symptômes associés à un stress post-traumatique, persistant. Ces augmentations sont observées plus particulièrement chez les jeunes et chez les populations à statut socio-économique modeste.

Au sein de l'étude Covi Prep, le premier sondage effectué du 23 au 25 Mars et une semaine après le début du premier confinement [11] indiquait un taux d'anxiété de 26,7 %, soit deux fois plus élevé que le taux observé en 2017, hors contexte de crise sanitaire. Dans certaines régions plus touchées, comme l'Ile-de-France, le Grand-Est ou la Bourgogne-Franche-Comté, ces taux s'élevaient à 30 % (respectivement 30 %, 29,5 % et 33 %). La prévalence d'états

dépressifs, a également atteint des niveaux importants à la fin Mars dans certaines régions comme le Grand-Est (25%), et le Centre-Val de Loire (27%). Les indicateurs de santé mentale utilisés pour cette étude nous révèlent que les répercussions de la crise restent majeures sur la détérioration de ses marqueurs : « satisfaction de vie actuelle, états anxieux, états dépressifs, et problèmes de sommeil ».[12]

En SSD, l'un des départements les plus denses en population de France (6783 habitants par km<sup>2</sup>, comparé à une densité nationale de 118.52 habitants par km<sup>2</sup>)[13], le confinement a donc eu des conséquences sociales et de santé considérables. En effet, la suroccupation des logements, et la promiscuité en découlant, ont participé non seulement à la transmission du virus à l'intérieur de clusters familiaux, mais ont aussi eu des effets sur la santé physique et psychique de nombre d'individus[14]. Plusieurs études se sont donc intéressées durant la première vague à l'incidence du confinement sur la santé mentale, y compris dans des hébergements d'urgence [15]. Cependant, une catégorie bien spécifique de population n'a été que peu étudiée, celle des personnes exilées sans- papiers [16]. Il s'agit d'une catégorie difficile à atteindre, car invisibilisée, et cumulant de nombreux facteurs de vulnérabilité [17]. Cette population présente également des entraves à l'accès aux besoins essentiels, notamment liées à une instabilité administrative relative à leur titre de séjour [18].

La Permanence d'Accès aux Soins (PASS) et le Service des Maladies Infectieuses (SMIT) de l'hôpital Avicenne, accueillent au quotidien des femmes, et des hommes exilés, sans statut légal, et en situation de précarité. Le SMIT a mis en place dès 2018 un parcours spécifique de prise en soin des personnes exilées sans-papiers victimes de violences sexuelles lors de leur migration (Annexe1 : Description du Parcours de Santé Sexuelle). Ce dispositif intitulé Parcours Santé Sexuelle (PSS) a pour objectif le bien-être et l'émancipation des personnes exilées, ayant connu des violences, et se trouvant en situation de vulnérabilité sur notre territoire. Leurs conditions de vie, rendant l'accès au système médico-social de droit commun difficile.

Ces personnes, ayant pu être exposées à des phénomènes de violence, et confrontées à des événements traumatisants, sont fréquemment dans une situation de forte fragilité sociale lors de leur arrivée en France. Elles subissent un défaut de protection maladie, un isolement social et relationnel, ainsi qu'une précarité du quotidien (insécurité alimentaire et défaut d'accès à des soins d'hygiène corporelle) et de l'hébergement. [19]. Des résultats similaires concernant les conséquences de la Covid 19 sur les conditions de vie, de logement, d'accès à des ressources financières, ainsi que les retentissements délétères de ces divers facteurs sur la santé psychique

des individus révélant un taux d'anxiété élevé, sont également retrouvés auprès de cohortes de personnes exilées sans-papiers en Suisse [20].

Afin d'évaluer l'impact psychosocial du confinement lié à la crise de la COVID-19 chez les personnes exilées sans-papiers, une enquête quantitative préliminaire (enquête initialement proposée dans un réseau européen par une équipe suisse), a été réalisée auprès d'un échantillon de 38 personnes vues au moins une fois dans ces 2 services (PASS et SMIT – PPS). Cette enquête s'est déroulée en deux temps avec un premier questionnaire mené en Mai 2020 (fin du premier confinement) et un deuxième mené 4 mois plus tard [21]. Il s'agissait également de connaître les ressources que ces individus mobilisaient (ou non) pour faire face aux divers problèmes induits par le confinement. Concernant les différents indicateurs étudiés (conditions de vie et de logement, niveau de ressources, état de santé global et mental, préoccupation vis-à-vis de la COVID 19, demande d'aide), les résultats ont montré un cumul de précarité sanitaire, sociale, et administrative, ainsi qu'un niveau d'anxiété élevé. La majorité des personnes interrogées ont déclaré un état de santé global ainsi que des conditions de vie dégradées. Le constat était le même concernant la santé mentale avec une baisse de la thymie et/ou majoration de l'anxiété. En dépit de la prolongation de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), a été observé un taux important de renoncement au soin.

Il apparaît donc que les personnes exilées sans-papiers en situation de précarité ont été particulièrement affectées sur le plan socio-économique et sur celui de leur santé physique et/ou mentale y compris dans les hébergements d'urgence [22].

La présente étude a pour objectif d'explorer à travers une méthodologie qualitative les ressources psychosociales mobilisées et les mécanismes de compensation mis en place par les personnes exilées sans-papiers, suivies dans le SMIT de l'hôpital Avicenne, durant la crise de la Covid 19. Elle a pour objectif secondaire la compréhension et l'identification des mécanismes de résilience.

## **METHODES**

Il s'agit d'une étude qualitative monocentrique basée sur des entretiens individuels.

### **Type de l'étude et justification du choix de la méthode**

Il s'agit d'une étude qualitative, s'appuyant sur les résultats d'une enquête préliminaire quantitative : « Enquête Parchemin-SSD », dont les différentes étapes ont été détaillées dans l'introduction, et à laquelle j'ai participé.

- Cette étude cherche à explorer à l'aide d'une méthodologie qualitative basée sur des entretiens individuels (entretiens semi-dirigés), les ressources psychosociales mobilisées par des personnes exposées à une accumulation brutale de facteurs de précarité durant la crise de la Covid 19. Elle souhaite secondairement pouvoir identifier des éventuels comportements à risque générés par le stress et repérer les mécanismes de résilience utilisés. La méthode qualitative nous paraît la plus adaptée pour approcher le sens singulier que les individus donnent à leurs expériences.

### **Population de l'étude**

La population de l'étude est constituée par les personnes exilées sans-papiers de SSD ayant participé à l'enquête préliminaire quantitative « Parchemins-SSD », suivies dans le PSS et la PASS.

### **Critères d'inclusion et de non inclusion**

Les critères d'inclusion sont :

- Les personnes exilées, sans-papiers, suivies dans le SMIT de l'hôpital Avicenne intégrées au dispositif PSS qui reçoit des personnes exilées-sans papiers ayant subi des violences sexuelles et se trouvant en situation de précarité.
- Les femmes et hommes exilées, sans-papiers, ayant consulté à la PASS de l'hôpital Avicenne

Le critère de non-inclusion est l'âge inférieur à 18 ans

### **Recueil des données et réalisation des entretiens**

Les entretiens semi-dirigés ont été menés grâce à un canevas d'entretien, s'appuyant sur les résultats de l'enquête préliminaire quantitative : nous avons mis en évidence des phénomènes non expliqués par l'enquête et nécessitant un approfondissement, puis formulé à partir de là des questions ouvertes. Ce questionnaire est présenté en annexe (Annexe 2 : Guide d'entretien).

La première étape était la mise en lien par téléphone avec les personnes incluses dans l'étude, en leur expliquant le sens de la recherche et en recueillant leur consentement. Les entretiens étaient réalisés soit en direct dans un lieu neutre soit par téléphone selon leurs souhaits. Le recueil des données s'est fait par enregistrement audio sur un dictaphone et via une application téléphonique d'enregistrement vocal pour les entretiens téléphoniques. Des notes ont été prises à la suite des entretiens à l'aide d'un « cahier de terrain » dans l'objectif d'y inscrire les données essentiellement non verbales et afin de noter au fur et à mesure des entretiens les perceptions. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 1h.

### **Considérations éthiques et légales**

Le projet a été présenté au Comité d'Évaluation Ethique de l'INSERM (IRB0003888) pour une première évaluation en février 2021 et a obtenu un avis favorable le 11 mai 2021 (Annexe 3 : Avis favorable du Comité d'éthique de l'INSERM).

Au début de l'entretien, nous avons présenté les objectifs de la recherche oralement aux personnes interviewées. Une feuille d'information a été transmise préalablement à l'entretien et lue au début de celui-ci (Annexe 4 : Fiche de consentement). Elle expliquait aux participants qu'ils étaient libres de quitter l'étude à tout moment. L'identité des participants n'est pas reconnaissable dans le rendu final de l'étude, ni dans les transcriptions. Et les données des participants à l'étude sont anonymes et confidentielles. La participation des personnes incluses dans l'étude a valu consentement.

Les participants auront un accès libre aux résultats de l'étude. Tous les enregistrements ont été détruits à la fin des transcriptions.

Le traitement des données est conforme avec le MR004, et le processus d'enregistrement au registre a été effectué avec le DPO de Paris 13.

### **Analyse des résultats**

L'analyse a été menée selon la méthode de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (API), qui permet d'étudier le sens que le sujet construit à partir d'expériences vécues [23][24][25]. Nous avons d'abord eu une écoute et une lecture complète répétées de chaque entretien séparément afin de nous familiariser avec le récit et le type d'expressions verbales de chacune des participantes au fur et à mesure des entretiens. A cette occasion, nous avons pris des notes sur les éléments du récit qui ont attiré notre attention, notamment en résonance avec ce que nous avons pu percevoir lors de la passation des entretiens téléphoniques au cours de l'enquête quantitative préliminaire. Dans un second temps nous avons effectué, en laissant de côté ces premières impressions, un codage. Le codage s'est fait à travers l'analyse méticuleuse des entretiens séparés, en prenant des notes de paragraphes, de phrases, et de mots en rapport à leur prévalence dans les données. Ce codage a permis d'aboutir à un jeu de méta-thèmes, eux-mêmes reliés à plusieurs thèmes, décrivant l'ensemble des récits d'expériences, parfois mais pas toujours liés aux points qui nous avaient paru marquants lors de notre prise de note initiale. Les thèmes ont donc été choisis sur la base de la prévalence dans les données. Nous avons ainsi regroupé ces thèmes en méta thèmes en nous attachant à rester au plus près dans notre analyse de la parole des participantes.

## **RESULTATS**

25 personnes étaient initialement éligibles à l'étude qualitative à partir de l'enquête quantitative préliminaire. En effet, 25 personnes sur 38 avaient répondu positivement lors de l'enquête quantitative préliminaire pour une participation à cette étude qualitative.

Parmi les 25 personnes éligibles, 17 d'entre elles n'ont pas pu être incluses à l'étude :

- 2 personnes ne remplissaient pas les critères d'inclusion, leur situation administrative ayant changé depuis la précédente enquête.

- 1 personne a refusé de participer à l'étude, par manque de temps, et étant au moment de la prise de contact fortement préoccupée par sa situation administrative irrégulière.

- Et 14 personnes ont été *perdues de vue*, car injoignables par téléphone (pas de réponse après 3 appels renouvelés à 1 mois d'intervalle sur 3 mois).

Les entretiens semi-dirigés individuels auprès des 8 personnes restantes ont donc été effectués, un tableau regroupant leurs principales caractéristiques sera retrouvé en annexe (Annexe 5 : Tableau caractéristiques des femmes exilées-sans papiers). Sept entretiens ont été réalisés en français et un en anglais. Trois d'entre eux ont été menés en face à face et cinq par téléphone. Huit femmes âgées de 29 à 53 ans ont été incluses.

Au total, les personnes incluses au sein de cette étude étaient toutes des femmes exilées, sans-papiers, suivies dans le SMIT de l'hôpital Avicenne et intégrées au dispositif PSS. Nous n'avons recruté aucune personne exilée sans- papiers, ayant consulté à la PASS de l'hôpital Avicenne. Elles font toutes parties des individus *perdus de vue*.

Trois *métathèmes* ont été construits à l'issue de l'analyse : *stratégies d'adaptation, impact du confinement sur la condition d'exilée, le lien et la confiance*. Nous avons présenté les verbatims avec.

## 1<sup>er</sup> axe : Stratégies d'adaptation

### → *Spiritualité*

Les femmes interrogées évoquent leur rapport à Dieu et à la foi comme moyen de surmonter et de tenir face aux difficultés rencontrées sur leur parcours d'exil et à leur arrivée sur le territoire français (A) (B). Cette spiritualité est commune à toutes les femmes rencontrées. La foi est invoquée notamment dans des situations où apparaît un sentiment d'impuissance. Pour F2, la foi permet de tenir face aux épreuves (B). Elle est décrite par la majorité des femmes comme autorisant l'acceptation d'une réalité, et un espoir en un meilleur avenir (A) (C). Chez une des femmes rencontrées, le sentiment d'impuissance et de solitude sont tels que la foi, bien que constante, est interrogée. (D)

- (A)F1 « Je suis croyante, je viens d'une famille très croyante. Je suis musulmane. L'espoir que je nourris dans ma vie est lié à la religion. En croyant en Dieu, on croit en l'espoir. Pour moi ça ne veut pas dire qu'on ne doit pas se battre. On croit en Dieu mais il y a une réalité qui est là aussi. Croire ça me permet d'affronter cette réalité et de garder espoir que ça ira. Il me reste encore un long parcours à faire et j'ai besoin de garder espoir. J'ai besoin de croire que ça va bien se passer. »
- (B) F2 « Tout ce que j'ai tiré de mon parcours depuis que je suis entrée en Europe, c'est qu'il ne faut pas baisser les bras, il faut toujours avoir cette petite lueur pour tenir. Moi j'ai beaucoup prié et je pense que c'est ça qui m'a permis de tenir, sinon j'aurais sombré depuis longtemps. »
- (C) F3 « J'ai accepté la situation en Libye, et pendant tout ce temps je demandais à Dieu qu'il m'aide, pour que je quitte cet endroit. C'est Dieu qui a sauvé ma vie. »
- (D)F4 « Je suis croyante, j'ai été élevée comme ça, et parfois je prie pour une meilleure vie. Mais Dieu il est où ? Je me suis toujours sentie seule dans ma vie. Ça n'a été que des difficultés et du stress même jusqu'à maintenant. Alors je me débrouille. »

→ *Consommation médicamenteuse et de toxiques*

L'ensemble des femmes interviewées rapportent, lorsque nous les interrogeons à ce sujet, ne pas avoir fait usage de toxiques (alcool, tabac, drogues illicites) durant les confinements successifs, en dépit de la présence d'un sentiment de tristesse (E). Pour les femmes de notre échantillon, le rapport à l'alcool ou aux toxiques n'est pas modifié par l'exil, malgré un impact thymique lié au confinement (F). Concernant les difficultés psychiques inhérentes à cette période (insomnies, maux de tête, anxiété, ruminations et cauchemars), les femmes concernées disent avoir plutôt eu recours à des traitements médicamenteux et/ou un suivi en psychothérapie avec la psychologue du parcours (G). Les difficultés liées au sommeil durant cette période sont exprimées par l'ensemble des femmes interrogées. Elles révèlent une symptomatologie exacerbée par l'enfermement durant le premier confinement (H), avec la nécessité pour trois d'entre elles d'augmenter les doses des traitements existants en accord avec leur médecin (G)(H)(I). Pour certaines femmes, des événements de vie tels que des deuils ou l'annonce d'une maladie ont été ressentis comme des difficultés, indépendamment du confinement (G).

(E) F7 « Même pendant le Covid, moi et mon mari nous n'avons jamais bu ni fumé. Même si au niveau de l'humeur on était triste car toutes les associations étaient fermées donc on ne pouvait pas sortir. »

(F) F5 « Je n'ai jamais consommé de drogue, que ça soit dans mon pays ou ici. Bon le moral pendant les confinements ce n'était pas trop ça, je ne me sentais pas joyeuse et je ne dormais pas bien. »

(G) F1« [Le premier confinement] pour moi ça a été très compliqué car ma mère était gravement malade et elle est décédée pendant cette période. C'est aussi pour ça que ça n'a pas été facile. Ma mère c'est la zone sensible qu'il ne faut pas toucher en moi. Je ne dormais pas bien du tout. Coté sommeil c'était tout un problème, j'étais obligée d'être suivie à Avicenne par un médecin de la douleur et un psychologue. Je prenais des médicaments pour dormir. »

(H) F5« Depuis que je suis partie [de mon pays], j'ai tout le temps mal à la tête, je n'arrive pas à dormir, parce que je fais des cauchemars que mon mari envoie quelqu'un pour me retrouver et me tuer. Alors je ne sors pas de chez moi, juste pour les rendez-vous médicaux. Je prends un traitement contre la dépression et l'anxiété. Je le prenais déjà avant le Covid. Simplement la période de confinement les maux de tête et les difficultés pour dormir ont augmentés. Je me sentais très triste et je pensais beaucoup. »

(I) F4 « Je prenais déjà des médicaments contre l'anxiété et pour le sommeil. Parce que je suis tout le temps sur les nerfs. Je suis tout le temps, stressée. Je ne sais pas de quoi demain sera fait. Pendant le Covid avec le médecin, on a augmenté les doses. Je ne pouvais rien faire, j'étais enfermée et ça allait encore plus mal pour le sommeil »

## 2<sup>ème</sup> Axe : Impact du confinement sur la condition d'exilée

### → *Conditions de vie et accès aux soins*

Trois des femmes interviewées, disent avoir eu un meilleur accès aux besoins essentiels durant les confinements successifs (alimentation, logement, produits d'hygiène) (A). Des difficultés d'accès à des logements ou à des besoins alimentaires et d'hygiène ont été solutionnés par les structures de soin (en particulier le PPS) (B)(C). L'accès aux soins a été possible durant les confinements successifs pour l'ensemble des femmes interrogées, concernant la prise en charge et le suivi de leur pathologie chronique, malgré l'expression d'une crainte de la contagion (D).

(A) F3 « Au tout début du deuxième confinement j'ai attrapé le Covid. Alors pendant le Covid ça n'était pas très difficile pour moi, car j'étais en quarantaine et on prenait soin de moi parce qu'on m'aidait. On me donnait à manger 3 fois par jour, et aussi des tickets restaurants. Avant je pleurais tout le temps, après le Covid et avoir trouvé de l'aide ça va mieux. Avant je dormais mal mais depuis qu'on m'aide je dors mieux. »

(B) F1 « Avant le confinement c'était la galère pour le logement, je dormais chez une femme qui a pris peur et ne voulait plus me loger. J'ai dit ma situation à l'hôpital et j'ai eu la chance de trouver [un hébergement].

(C) F7 « Pour l'enfant, quand tout était fermé et qu'elle avait besoin de couches et de lait, on a demandé à l'hôpital et c'est eux qui ont payé les couches et le lait. Donc ma fille n'a manqué de rien. Et puis nous on pouvait aller au resto du cœur, on avait des tickets restaurants aussi et on logeait à l'hôtel ».

(D) F8 « J'ai eu tous mes rendez-vous normalement pendant le premier et deuxième confinement. J'ai été bien suivie. J'avais juste eu peur en allant à l'hôpital d'attraper le Covid »

➔ *Exacerbation du sentiment de précarité...*

L'exercice de professions irrégulières ou non déclarées, donc non compensées par l'Etat, a été limité par le confinement (F). L'ensemble des femmes interrogées décrivent un sentiment de précarité en lien avec leur statut administratif irrégulier (F) (G) (H). F2 exprime les difficultés rencontrées face à cette limitation afin de répondre à des besoins essentiels (produits d'hygiène), ainsi que son impossibilité de demander de l'aide à un entourage (G). En revanche pour F4, la situation a pu trouver une résolution par une demande d'aide à un proche (H). Pour F3, sans ressources avant le premier confinement, l'arrêt de la libre circulation empêchait une activité de prostitution et faisait craindre une arrestation par la police en raison de sa situation administrative irrégulière (I). Un sentiment de peur durant cette période est exprimé par l'ensemble des femmes de notre échantillon. La crainte d'une contamination par le Covid ou d'une arrestation par la Police sont évoquées par la majorité d'entre elles(J).

(F)F8 « Pendant le Covid tu ne sors pas, tu ne fais rien. Tu es dans la maison et il n'y a pas de travail. Au moins si tu as les papiers c'est mieux, tu peux travailler mais je n'ai pas de papiers et mon mari non plus. Donc ça n'est pas facile. »

(G) F2 « C'était difficile pendant le confinement de ne pas pouvoir travailler. Je suis restée comme ça parce que je n'ai pas le choix. Si tu n'as pas de papiers et que tu n'as pas d'argent, pour faire ce que tu veux, tu vas rester dans ton coin. Ou tu es tu vas rester là-bas. Ici je ne connais personne à qui je vais dire que pardon donne-moi ça, ou peux-tu faire ça pour moi. Il n'y avait pas les produits à la maison, même pour se laver ou faire les machines il n'y avait pas. »

(H) F4 « Je travaillais au noir dans une boulangerie. Et j'ai dû rester chez moi pendant le premier confinement, je ne pouvais plus travailler. J'ai eu peur de me retrouver à la rue, car la propriétaire du logement me mettait la pression pour le paiement. J'ai pu demander de l'aide à mon frère qui habite au Pays-Bas. Mais ça a été très difficile. Et puis quand tu es là, tu n'as pas de papiers rien, tu ne peux pas travailler. »

(I) F3« L'asile me payait un petit quelque chose chaque mois avec lequel je me débrouillais (...) Mais ils ont arrêté avant le Covid et je n'avais plus d'argent, je suis donc retournée travailler dans la rue. Je me prostituais pour gagner un peu d'argent et pour ne pas me retrouver sans logement. Mais c'était plus difficile de trouver des gens. Et comme je n'avais pas de papiers, j'avais peur de me faire arrêter. »

(J) F1 « Pendant le Covid donc j'essayais de travailler à gauche à droite. Mais ça n'était pas facile de trouver des clientes. Et puis je craignais d'être arrêtée par la Police quand je sortais. J'avais tout le temps peur, mais je n'avais pas le choix. Parfois je sortais du métro et je voyais des policiers, j'avais vraiment peur mais j'avançais. Avec le travail [coiffeuse] que je faisais, j'avais aussi tout le temps peur d'avoir le Covid. Car on est toujours au contact des personnes et parfois sans protection. »

→ *...et de vulnérabilité psychique*

Plusieurs femmes décrivent des liens étroits avec des membres de leur famille dans le pays d'origine : des frères, des parents, des enfants. Ces liens se caractérisent par des échanges téléphoniques et par de l'envoi d'argent, pour les besoins quotidiens et de santé de la famille (K) (L) (M). Le confinement ayant restreint l'accès à des ressources ou à des moyens de communications, les échanges avec le pays d'origine ont parfois été limités voire stoppés (N). En effet les femmes de notre échantillon rapportent avoir manqué de ressources financières pour acheter des cartes de recharge prépayées et s'être ainsi retrouvée sans moyen de communication (pas d'accès internet, ou téléphonique). La majorité des femmes interrogées décrivent, en lien avec les conséquences du confinement l'impossibilité de travailler et ainsi de pouvoir apporter une aide financière à leur famille restée au pays et se trouvant elles même dans des situations de grande précarité (K) (L) (M) (N). Elles expriment un sentiment de solitude et de souffrance (K) (N), et révèlent une symptomatologie psychique : un syndrome dépressif (L), des insomnies avec cauchemars (L) (M) (N).

(K) F3 « Nous sommes 4 [enfants], j'ai laissé mes 3 petits frères au pays. Ma mère est morte et mon père ne prenait pas soin de nous. Ma grand-mère, elle, elle est fatiguée. Alors c'est moi qui subvenais à leurs besoins. Ce qui m'a fait mal pendant le Covid c'est que je pensais tout le temps à mes petits frères. Je n'avais qu'une idée qui m'obsédait avoir des papiers pour pouvoir travailler et leur envoyer quelque chose. Dernièrement j'ai su qu'un ne voit plus bien. L'autre est malade car il ne mange pas assez. Ça me fait mal vraiment de ne rien pouvoir faire pour eux, ça fait mal. »

(L) F1 « Personnellement ça a été une période très dure, je travaillais car ma mère était hospitalisée et c'était très coûteux. Et les moyens n'étaient pas suffisants donc j'essayais de courir pour trouver un peu d'argent à envoyer à mon frère. J'ai regretté vraiment de ne pas être là pour elle, car au pays c'est moi qui m'occupais d'elle, elle a le diabète. Avec tout ça, je suis tombée dans une sorte de dépression, je ne mangeais pas, je faisais tout le temps des cauchemars. »

(M) F8 « Quand il y avait le confinement je me couchais, je ne dormais pas. Parce que les enfants ils sont au pays, [3 enfants restés dans le pays d'origine]. Ma maman elle est seule et mon papa n'est plus là. Donc c'était chaud pour nous. Avant avec

mon mari qui travaillait un peu, on pouvait donner l'argent et les enfants mangeaient avec ça. Mais là je ne pouvais pas j'étais à la maison et qui allait donner l'argent [à mes enfants] ? Ils sont avec ma maman ».

(N) F6 « Pendant le Covid, je devais travailler pour avoir un peu d'argent et en envoyer au pays. Mais je ne pouvais pas, moi-même je n'avais rien. Alors la famille qui comptait sur moi, je ne savais pas quoi leur dire. Eux la situation c'était pire. Alors souvent je ne dormais pas en pensant à tout ça. Ça faisait mal. J'ai ressenti la grande solitude. Bon, la solitude elle est là et je pense qu'elle sera toujours là il y a toujours quelque chose qui va nous manquer mais en contrepartie on va vivre d'autres choses qui vont combler un peu ce vide. »

### 3<sup>ème</sup> Axe : Le lien et la confiance

#### → *Affiliation aux institutions de santé comme ressource*

Les femmes interviewées font part d'un lien de confiance en soi retrouvé grâce au lien avec l'hôpital à travers un accompagnement médical et socio-psychologique vécu positivement préalable à l'irruption de la pandémie(A). La rencontre avec un dispositif de soins rend également possible une insertion socio professionnelle : F5 évoque une aide à la socialisation et à la formation (B). F3 parle de ses craintes de se retrouver à la rue avant le lien avec l'hôpital, qui se fait à travers sa rencontre à une psychologue (C). La médiatrice présente dans le service est décrite comme une personne à même de répondre à des besoins essentiels (alimentation, produits d'hygiène, aide financière). Elle est présentée comme jouant un rôle, d'accompagnement, d'aide et de trait d'union entre les bénéficiaires et l'équipe soignante au sein de cet espace de prise en charge (D) (E). Pour F4 un lien de confiance s'est tissé avec un médecin (F).

(A) F8 « Avicenne [CHU de Bobigny] m'a fait beaucoup de bien, j'ai eu des hauts et des bas parce que j'ai découvert que j'étais malade mais c'est aussi ce qui m'a permis d'avoir un suivi. J'ai aussi vu des psychologues, j'ai pu parler ce qui m'a donné plus confiance en moi. Leur rôle c'est de nous booster, de nous permettre d'avoir confiance en nous de ne pas lâcher et de nous reconforter aussi sur la situation qu'on vit et ça a un impact positif ».

(B) F5 « Quand je suis arrivée ici, je ne connaissais personne, je ne sortais pas j'étais toujours à la maison. Quand je suis tombée malade et que j'ai connu Avicenne [CHU de Bobigny], j'ai commencé à sortir un peu et ça m'a trop fait du bien quand je partais là-bas. J'ai commencé à découvrir les choses, et maintenant je fais une formation ».

- (C) F3 « Je pleurais à l'hôpital [quand j'ai été hospitalisée pour la Covid 19]. Alors j'ai demandé à la psychologue de me rencontrer. Car je ne voulais pas être enceinte comme la première fois et me retrouver à la rue. Je n'avais pas de solution. La psychologue est donc venue et je lui ai dit quel était le problème, je lui ai raconté mon histoire. Elle a contacté l'hôpital Avicenne. Une semaine plus tard, [la coordinatrice] m'a donné un rendez- vous. J'étais heureuse. Je peux dire que j'ai été très bien aidée quand j'avais perdu espoir. Je n'arrêtais pas de penser que j'allais à nouveau dormir à la rue. »
- (D) F1 « Je faisais mes bilans à l'Hôpital De Jour. [La médiatrice] elle était très accueillante et elle m'a bien accompagné. Je peux dire qu'elle fait un peu la médiation entre les femmes et les médecins. »
- (E) F7« La médiatrice souvent s'il me manquait quelque chose, c'est elle qui me donnait le lait et les couches [pour mon enfant]. Un jour elle m'a appelée avec mon mari pour me donner 30 euros pour qu'on puisse se défendre avec ça. Parce que un jour je l'ai appelée pendant le confinement pour dire que je n'ai pas l'argent même pour payer l'eau du bébé, il n'y avait pas. J'étais dans les difficultés et il n'y avait pas quelqu'un pour m'aider mais [elle] m'a aidé. »
- (F) F4 « DR K [médecin rhumatologue à l'hôpital Avicenne] elle m'a beaucoup aidé, si j'ai un problème je peux lui en parler. Elle prend le temps à chaque fois, elle m'aide beaucoup. Elle je peux dire que je lui fais confiance. Avec tout ce que j'ai rencontré dans ma vie, je n'ai pas beaucoup de confiance, je préfère me débrouiller seule »

→ *Soin, lien et bien être*

Les femmes interviewées ayant participé aux ateliers avant la crise de la Covid 19 et entre les deux confinements, décrivent le lien aux autres à travers des échanges et un partage comme ayant un impact positif sur leur santé tant psychique que physique (H) (I) (J). Pour F5 il semble exister un lien entre une douleur physique et son soulagement via un traitement médicamenteux et la danse (H). La participation aux ateliers permet de lutter contre le sentiment de solitude, et l'inquiétude liée à la précarité du quotidien (I) (J). Pour F1 et F2, prendre soin des autres durant le 2<sup>ème</sup> confinement leur a permis de retrouver un sentiment d'utilité qu'elles décrivent comme à même de les aider à surmonter leurs propres difficultés (L) (M).

(H) F5 « Moi mon dos me faisait mal, on m'a donnée des médicaments c'est grâce à ça que ça va maintenant. Et aussi on a fait les danses et les jeux et ça m'a soulagée [le dos]. Quand je faisais ça, ça me faisait du bien. »

(I) F1 « Il y avait l'organisation d'ateliers très créatifs et instructifs. Et qui nous permettait nous d'un peu nous évader et d'oublier nos problèmes. Surtout les ateliers de danse, de manucure des choses qu'on ne fait pas toujours. Au début ça m'a fait du bien d'aller dans les ateliers, j'y allais beaucoup ça nous permettait d'être vraiment nous et de partager avec les autres. »

(J) F4 « C'est bien car quand tu es là-bas [au sein des ateliers du parcours] tu vois les autres, vous rigolez. Ça fait du bien car au lieu de rester seul. Quand tu es seule tu penses tout le temps beaucoup de choses mais quand tu es avec les gens, tu vas un peu mieux. »

(K) F7 « Ce qui m'a fait du bien, c'est quand ça s'est un peu calmé [les restrictions pendant la crise de la Covid 19 lors du premier confinement], on a pu discuter avec le voisin. »

(L) F1 « J'allais dans des associations, j'ai commencé à faire du bénévolat à ADSF (Agir pour la Santé des Femmes). Je suis devenu une femme repère, j'aidais d'autres femmes comme moi, je faisais des maraudes. Je me sentais utile et ça me faisait oublier mes propres problèmes de donner de mon temps et de mon savoir. Quand je voyais des personnes dans la rue, je ne sais pas si c'est gentil mais ça me soulageait parce que je me disais qu'il y a pire. Ce n'est pas pour être méchante, mais je me

disais que ça va, que je dois continuer à me battre parce que moi avec le temps j'ai un peu évolué.

(M) F2 « Je me bats en donnant un peu de moi aux autres. Je prends plus soin des autres que de moi-même, mais c'est aussi ce qui me permet de tenir. Car je me dis que j'ai toujours ma place et je me sens utile, j'ai besoin de me sentir utile pour exister pour tenir le coup. »

## **DISCUSSION**

Cette étude qualitative monocentrique menée en France, auprès des femmes exilées sans papiers accompagnées au sein du PSS de l'hôpital Avicenne nous a permis d'explorer en profondeur les ressources psychosociales mobilisées par des personnes exposées à une accumulation brutale de facteurs de précarité durant la crise de la Covid 19[25]. L'utilisation de l'API nous a donné à voir la réalité subjective des participantes, en accédant à leurs témoignages concernant le vécu des confinements successifs durant cette crise. A l'issue de l'analyse des résultats, trois axes ont été identifiés : stratégies d'adaptation, impact du confinement sur la condition d'exilée, lien et confiance.

### **Précarité et santé mentale**

L'impact de la précarité vécue et ressentie lors de cette période a été considérable concernant la santé mentale de l'ensemble des femmes interviewées. Toutes les femmes de notre échantillon ont nécessité un accompagnement psychologique en lien à cette période avec pour certaines, une prise en charge médicamenteuse (3 d'entre elles). Des résultats similaires concernant les conséquences de la Covid 19, en particulier les troubles anxieux, sont également identifiés dans les publications internationales comme un risque majeur lié à la situation épidémique [26][27]. Ces troubles anxieux sont, en relation avec la peur de la maladie pour soi ou pour son entourage ; et également en lien avec les conditions de vie en période de confinement telles que la promiscuité, l'isolement social, et la perte de salaire. La mise en place de mesures restrictives sur le plan social jouant sur une dimension essentielle du bien-être, de nombreuses études confirment le fait que la crise sanitaire a eu sur le plan national un rôle d'accélérateur des problèmes de santé mentale [28]. La propagation du virus a été accompagnée d'une augmentation de l'inquiétude et du stress [29] [30]. L'enquête nationale EPICoV affirme que « les personnes immigrées sont parmi les plus durement touchées par les conséquences sociales et économiques de la crise sanitaire » [31]. La SSD est l'un des départements où la surmortalité liée à la Covid 19 a été la plus forte [32]. Les chercheuses Audrey Mariette et Laure Pitti [30] pointent dans leur analyse de la situation qu'au-delà du nombre de morts, l'épidémie a consolidé des inégalités sociales cumulées, en aggravant notamment les inégalités en termes d'emploi et de conditions de vie. Elles ajoutent que cette crise sanitaire et sa gestion politique en renforçant la stigmatisation du département ont entraîné des conséquences plus importantes qu'ailleurs sur la dégradation de la santé et du bien-être physique, mental et social.

Une Etude menée par SPF datant de Mars 2021 [33] indique que les personnes exilées sans-papiers, se trouvant à l'intersection d'inégalités liées aux origines, au genre et à la précarité, ont une prévalence plus élevée de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et de dépression tardivement détectés ou non détectés par rapport à la population générale. En outre, les auteurs soulignent que les conditions de vie et d'accueil participent à consolider le sentiment d'isolement, de perte identitaire et d'incertitude qui les fragilise, quand elles ne font pas l'objet de racisme ou de stigmatisation. Soutenant ces résultats, un rapport rédigé par le Centre Primo Levi en 2018 [34] s'intéressant à la santé mentale des personnes exilées met en lumière l'aggravation de la souffrance psychique lors de leur arrivée sur le territoire, conséquence des conditions de vie précaires et émaillées de violences multiples (institutionnelles, physiques, policières, et symboliques). Reprenant une étude menée par le Comede entre 2012 et 2016 [35], ils dressent un tableau des troubles psychiques les plus fréquents dans la population des personnes exilées : sur 580 cas de troubles psychiques diagnostiqués, les formes les plus courantes étaient des syndromes psychotraumatiques (60 % des patients), des symptômes dépressifs (22 %), des troubles anxieux (8%) et des traumatismes complexes (8%). Les résultats montrent une prépondérance des syndromes psychotraumatiques chez les demandeurs d'asile (64%). L'ensemble de ces résultats concordent en partie avec ceux de notre étude. Tout d'abord nos résultats ne nous permettent pas de conclure sur la présence (ou non) d'un syndrome psychotraumatique incluant notamment le TSPT [36] chez les femmes de notre échantillon. Comme le souligne le psychiatre Thierry Baubet [37], en une vingtaine d'années, la catégorie diagnostique du TSPT, définie par le manuel diagnostique et statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie dans sa version de 1980 (DSM-III, PTSD), a connu un essor mondial. L'usage de cette catégorie s'est accru et a été entretenue par des publications scientifiques, exigeant des instruments de recherches standardisés, et des échelles validées. Cependant l'auteur postule que les troubles psychotraumatiques ne représentent pas la seule réponse possible aux vécus de violences. En effet, de nombreux travaux réalisés au sein de populations réfugiées montrent une fréquence de troubles anxieux, et dépressifs sévères, parfois plus importante que le TSPT. Il ajoute que, les traumatismes psychiques, même sévères, ne résument pas la complexité de la souffrance des patients. Cette souffrance psychique est également liée à d'autres facteurs, comme les deuils, l'exil, le contexte social et politique de l'accueil en France, etc. Nos résultats ne nous donnent pas à voir chez les femmes interviewées des éléments nous permettant de poser un diagnostic de TSPT. Par ailleurs nous ne retrouvons pas non plus au sein des données d'éléments en lien avec la question de la perte identitaire, du racisme ou de la discrimination. Cependant, notre enquête nous permet tout de même

d'approcher plus finement les conséquences sociales et sur la santé mentale des contrecoups associés aux changements familiaux, sociaux et économiques liés à la migration et exacerbés par la crise de la Covid 19 pour les personnes exilées sans-papiers de notre échantillon. Y sont notamment retrouvés, des troubles anxio- dépressifs, l'isolement, l'incertitude et la stigmatisation. Des situations génératrices de stress durant cette crise (confinement, difficultés d'accès au travail, au logement, aux besoins de première nécessité) ont provoqué chez certaines des femmes rencontrées une augmentation des troubles anxio- dépressifs (à travers des insomnies, ruminations, anxiété et cauchemars) de difficultés et violences vécues dans le pays d'origine, sur le parcours migratoire, et/ou à l'arrivée sur le territoire français. Elles révèlent également un fort sentiment de solitude et parfois d'impuissance en lien avec la précarité du quotidien et leur situation administrative irrégulière. Ces sentiments se sont exacerbés pour la majorité d'entre elles par les conditions du confinement et l'isolement social qu'il a engendré. Cet isolement est né d'une part de l'impossibilité d'avoir accès aux structures usuelles de socialisation (vie associative, emploi) ; et d'autre part à la difficulté ou l'impossibilité de pouvoir maintenir les liens familiaux (impossibilité de communiquer par téléphone dû au manque de ressources financières). Les femmes de notre échantillon, présentent de fait en comparaison à la population générale un cumul de facteurs de vulnérabilités, que le parcours d'exil et le statut d'étrangère en situation irrégulière aggravent. Ne pas pouvoir travailler, ou les difficultés liées à une activité illégale ont été génératrices, de stress, d'inquiétude et de peur (peur de la police, peur de la perte du logement, peur d'être contaminé par la Covid 19). Cela a eu pour conséquence de précariser davantage certaines d'entre elles (manque de ressources essentiels tel que produits d'hygiène et alimentation). Nous avons aussi pu voir émerger comme conséquence de cette crise, des sentiments de culpabilité liés aux difficultés à assumer la charge financière de membre de la famille resté dans le pays d'origine (mère, fratrie, enfants). Et dont la situation était vécue comme plus précaire que la leur.

L'apparition de comportements à risque tels que la consommation de substances addictives n'a pas été examinée dans l'enquête préliminaire quantitative menée auprès de cette même population. Nous les avons donc recherchés dans ce contexte, puisque rapportés comme augmentés en population générale selon l'étude Covi-prev [11]. Comme mentionné ci-dessus, nous avons repéré l'expression d'un syndrome dépressif et d'une symptomatologie d'anxiété (maux de tête, insomnies, cauchemars) à laquelle les femmes interviewées font face en se liant d'avantage au système de soin (traitement médicamenteux, psychothérapie) plutôt qu'en se dirigeant vers l'usage de substances (alcool, tabac, drogues). Il est intéressant de noter que pour

l'ensemble des femmes de notre échantillon le rapport à la consommation de substances n'est pas modifié par le parcours de migration. Les institutions de soin et associatives au sein desquelles elles ont été successivement prises en charge ainsi que la spiritualité semblent avoir constitué des ressources pour compenser les difficultés auxquelles elles ont dû faire face lors de leur arrivée sur le territoire français.

### Les stratégies de débrouille et les mécanismes de résilience

Certaines études relatives à d'autres populations fragiles, en France ou à l'étranger, ont repéré des mécanismes de résilience, avec une mobilisation accrue des réseaux de solidarité, ou une résignation, signe d'adaptation et d'acceptation de la situation vécue [38]. Des stratégies semblent avoir été mises en place, en particulier des stratégies de « débrouille » : vente de biens personnels, petits travaux informels ou emprunt durant la pandémie. Ces mêmes stratégies sont retrouvées dans notre population d'étude, autour de recours à la prostitution ou de salons de coiffure clandestins. Pour cette étude nous nous sommes donc secondairement intéressées plus particulièrement aux facteurs de résilience mobilisés par les femmes exilées sans-papiers de notre échantillon. Boris Cyrulnik définit la résilience de la façon suivante : « *la résilience est un processus dynamique donnant à l'individu la capacité de réagir lorsqu'il est confronté à l'adversité, de rebondir, de puiser dans ses ressources internes pour réapprendre à vivre une autre vie après l'évènement traumatique* » [39]. D'autres auteurs parlent de « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se bien développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, et de traumatismes parfois sévères* » [40]. Ainsi, la résilience s'élabore entre facteurs de vulnérabilité et facteurs de protection, ces derniers permettant d'atténuer l'impact délétère de l'adversité. Une enquête qualitative conduite au Rwanda par Ionescu, en collaboration avec Rutembesa et Ntete en 2006 s'intéressant au rôle du thérapeute traditionnel dans la prise en charge des traumatisés du génocide des Tutsis au Rwanda [41], a permis de mettre en évidence une série de facteurs de risque et, respectivement, de protection par rapport à l'état de stress post-traumatique. Cette étude, menée auprès de patients rescapés du génocide et bénéficiant d'un suivi en santé mentale note des facteurs de protection tels que le soutien offert par les membres de la famille et de la communauté, l'implication dans un travail associatif et une pratique religieuse. Toutes nos femmes interviewées considèrent en effet la spiritualité comme une aide dans leur situation. Certaines des femmes interviewées ont mis en œuvre différentes stratégies afin de s'adapter aux difficultés auxquelles elles devaient faire face (demande de ressource à un frère, aux associations, demande d'aide auprès de l'institution hospitalière, travail non déclaré, travail

associatif). La résignation à travers l'acceptation et « la débrouille » sont retrouvées dans les paroles des femmes interrogées. Cette résignation et acceptation sont parfois associées à l'exercice d'une croyance et d'une spiritualité. Nos résultats nous donnent à voir 3 types de croyances telles que décrites par Michel Delage [42] : la croyance dans le fait que c'est de soi que peut venir le mieux grâce aux ressources dont on peut faire preuve, la croyance et la confiance dans ce que les autres peuvent apporter et la croyance en une transcendance appuyée sur une pratique religieuse. Notre étude éclaire donc la façon dont les femmes interviewées mobilisent ces trois types de croyance simultanément ou alternativement. Elles constituent des facteurs de résilience. Dans ce processus, la spiritualité, l'institution de soin et ses différents intervenants semblent jouer un rôle de tuteur de résilience [43]. La psychologue chercheuse Marie Anaut [44], s'intéressant à la relation de soin dans le cadre de la résilience postule que des rencontres décisives peuvent constituer pour les personnes vulnérables des pôles d'étayage qui vont les aider à surmonter l'adversité, en les encourageant et en les aidant. C'est à travers des interactions relationnelles effectives (les encouragements, l'aide, l'écoute), que le tutorat s'effectue. Ces rencontres assurent donc un rôle de « tuteur de résilience », selon l'expression de Boris Cyrulnik. Car elles accompagnent et aident le sujet à supporter et à dépasser ses souffrances, en favorisant de ce fait l'entrée dans un processus de résilience. Elle appuie le fait que cette vertu du lien peut donc jouer un rôle protecteur non négligeable sur lequel les soins psychiques et les accompagnements socio-éducatifs peuvent s'appuyer.

Certaines femmes de notre échantillon évoquent en effet un sentiment de confiance envers l'institution de soin, avec une capacité, afin de trouver diverses ressources, à se lier à cette dernière : la mise en place d'un hébergement après une demande auprès d'une psychologue, le rôle d'aide de la médiatrice répondant à des besoins essentiels (produit alimentaire, d'hygiène, ressources financières), le lien tissé avec une médecin. Ce lien de confiance semble se renforcer à travers l'espace de socialisation que permet l'institution (ateliers et rencontre avec des pairs). L'ensemble des femmes interrogées mentionne l'impact positif tant sur le plan de la santé mentale que sur celui de leur santé physique de cette prise en charge holistique. Elle offre en outre des ressources permettant une confiance en soi accrue. La confiance en soi devient alors elle-même une ressource mobilisée afin d'une part de faire face aux difficultés et à la précarité du quotidien. Et d'autre part de se lier davantage au monde social : en témoignent les rencontres se jouant au sein des divers ateliers proposés par le PPS (auxquelles ont participé toutes les femmes interviewées), et la pratique du soin aux autres à travers une activité associative (pour deux des femmes interviewées). Ce dispositif permet également de se lier davantage au système

de soin : les femmes de notre échantillon disent toutes avoir eu un suivi de leurs pathologie chronique durant la crise de la Covid 19, ou avoir pu bénéficier d'un suivi en santé mentale. Ce lien à l'autre et à soi les autorisant à avoir une place et une action de transformation du réel, les renforce positivement en retour. Elle permet aussi de se percevoir autrement qu'à travers les représentations sociales stigmatisantes véhiculées à leur rencontre.

Dans le même temps, la spiritualité et la foi sont évoqués comme des moyens de tenir face aux difficultés. Elles constituent un levier d'acceptation du réel participant à la résilience. Pour Boris Cyrulnik, « *la croyance en dieu est un précieux facteur de résilience* » [45]. Selon Michel Delage [46] : « *La spiritualité peut être considérée comme une posture face aux questions existentielles qui nous taraudent d'autant plus fort que nous avons le sentiment que tout est perdu.* » Il ajoute que L'« *illusion positive* » serait ainsi un puissant moteur de l'espoir ; conséquemment, croire qu'on va s'en sortir, avoir confiance dans l'avenir, faire montre d'une attitude combative, et avoir la foi constituent des repères susceptibles d'aider les professionnels de santé à penser la résilience. L'enjeu serait alors de comprendre comment la prise en compte de la spiritualité religieuse pourrait construire la base d'une action thérapeutique, nous autorisant à amener des personnes éprouvées par des conditions de vie adverse, par ce biais, sur le chemin de la résilience. Concernant les femmes de notre échantillon plusieurs d'entre elles mentionnent la foi et Dieu comme un appui tout au long de leurs parcours permettant d'espérer en un avenir meilleur. Les évolutions théoriques, méthodologiques et statistiques ont permis d'accumuler des résultats, permettant de faire un état des lieux, scientifiquement solide [47] : la majorité des études montrent que l'engagement religieux, d'une façon globale, est inversement proportionnel aux symptômes dépressifs. En outre, chez les patients cliniquement dépressifs, la religion semble, aussi, associée à la rapidité d'amélioration des épisodes. L'ensemble de ces résultats se retrouverait dans un bon nombre de cultures, indépendamment du contenu de la religion, bien que certaines religions semblent plus efficaces que d'autres. Un numéro spécial de la revue *La santé de l'homme* datant de 2010, s'intéresse aux liens entre religion et santé [48]. Le sociologue Régis Dericquebourg, y constate que religion et santé sont liés depuis des millénaires. De ce fait, le succès de la médecine biologique et de la chirurgie n'empêcherait pas une partie de la population de recourir à une thérapie religieuse en cas de maladie. Selon l'auteur, il existerait une prédisposition culturelle au recours à celles-ci, s'articulant autour de plusieurs éléments psychologiques : question du sens, de la place du surnaturel, de l'éducation etc... Les patients y ayant recours se donneraient ainsi plus de chances de guérir.

## Le parcours de santé sexuelle et son rôle pendant la pandémie

Il n'est pas inintéressant de rappeler que l'ensemble des femmes interviewées étaient prises en soin au sein du PSS avant la pandémie.

Les patientes suivies au sein du PSS sont usuellement orientées vers le parcours par des avocats, des associations, d'autres établissements de santé ou encore des structures tels que le SAMU social et Médecin Du Monde (MDM). Actuellement, 130 personnes sont suivies au SMIT de l'hôpital Avicenne au sein de ce parcours. Concernant les femmes de notre échantillon, elles ont toutes été orientées vers le PSS soit par un autre établissement de santé, soit via des associations. L'inclusion dans le parcours médiée par la coordinatrice des soins, se fait en raison de violences sexuelles subies dans le pays d'origine, sur le parcours migratoire et/ou à l'arrivée sur le territoire français. Lors de la passation des entretiens, les femmes interviewées ont révélé avoir été victimes de violences sexuelles dans leur pays d'origine (7 d'entre elles ont subi une excision, et 2 d'entre elles des viols conjugaux). Une des femmes interrogée nous dit avoir subi des viols à répétition durant le parcours migratoire (prostitution forcée en Lybie). Une autre, à quant à elle été victime de violences sexuelles lors de son arrivée sur le territoire français.

L'équipe du PSS prenant en soin ces femmes, se compose d'une psychologue, d'une sage-femme, d'une sexologue, d'une infirmière de la douleur, d'une infirmière dédiée aux prélèvements, de 4 médecins infectiologues, d'une assistante sociale, et d'une coordinatrice des soins. Huit intervenants extérieurs, participent également aux ateliers collectifs (yoga, danse, chant, théâtre, sophrologie, soins esthétiques...). Les ateliers proposés sont rattachés à l'Hôpital de Jour (HDJ) du SMIT et ont pour vocation de renforcer l'estime de soi, ainsi que de favoriser le lien et la réappropriation par les femmes de leurs corps. Un accompagnement avec la psychologue du parcours est proposé au sein de l'HDJ. Les patientes lors de leur entrée dans ce parcours de soin, sont reçues par un médecin infectiologue. Celle-ci, retrace avec les femmes leurs trajectoires et identifie les besoins concernant la prise en soin médicale. La médiatrice en santé doit quant à elle faire le lien entre ces femmes et les milieux associatifs. Elle est également présente afin d'accompagner ces femmes sur l'ensemble du parcours notamment en éclairant des éléments de prise en soin, en s'assurant du suivi médical via des appels téléphoniques rappelant aux femmes leurs rendez-vous médicaux, en jouant un rôle d'écoute, en recueillant leurs besoins et en y répondant. Durant la crise de la Covid 19 toutes les femmes de notre échantillon ont pu bénéficier du suivi de leur pathologie chronique (VIH, VHB) et d'un suivi avec la psychologue grâce à une mobilisation des équipes médicale et paramédicale du PSS (veille téléphoniques) afin qu'elles aient accès à leur prise en soin habituelle. Une consultation

avec une assistante sociale permet l'ouverture des droits. Et enfin, une permanence juridique proposant un accompagnement des femmes incluses dans le parcours est proposé une fois par mois. Toutes les femmes de notre échantillon ont donc bénéficié avant la crise de la Covid 19 d'un suivi individuel en HDJ, et d'un accompagnement juridique. Elles présentent toutes un lien avec le PSS depuis au moins 2 ans. Certaines d'entre elles, étaient également inscrites sur un groupe whatsapp créé avec et pour les patientes du parcours, afin de favoriser le lien, et de lutter contre l'isolement (elles étaient 6 à y participer).

Le PSS offre donc la possibilité aux femmes exilées sans- papiers de notre échantillon, à travers la création d'un lien de confiance de s'affilier au système de santé et de mieux s'insérer socialement. La présence d'une médiatrice est une réponse aux difficultés rencontrées par les populations minoritaires dans l'accès aux soins. En effet, la complexité du système de santé français et son manque d'adaptabilité au besoin des groupes minoritaires créent des barrières ou des retards à l'accès aux soins de certaines populations qui n'ont pas de ressources économiques et/ou culturelles permettant de s'en saisir et de s'y repérer [49].

Cette étude nous a donc permis d'approcher la réalité des situations de vie des femmes exilées sans- papiers prise en soin au sein du PSS. Elle a contribué à documenter le processus de cumul des facteurs de précarités, leur enchevêtrement, et leurs effets sur la santé mentale des femmes de notre échantillon. Nous avons également pu identifier les ressources psychosociales mobilisées par notre population d'étude. Le processus de résilience pour ces femmes s'inscrit ainsi à la frontière entre divers facteurs protecteurs liés à la croyance, ayant pour pilier l'affiliation à travers un lien de confiance au système de soin, via une prise en charge holistique. La croyance en s'appuyant sur la confiance et le lien, a donc été utilisée comme ressource permettant d'affronter, de dépasser et de tenir dans une situation de cumul de facteurs de vulnérabilité : la croyance en soi (à travers la confiance en soi) la croyance en l'autre (à travers la confiance en l'institution de soin), et la croyance en une transcendance (à travers la confiance en Dieu). L'institution de soin par le modèle de prise en charge globale proposé, est alors apparue comme faisant figure, de tuteur de résilience.

Le développement de ce type de dispositif s'étend actuellement en France. S'inscrivant dans les conclusions du Grenelle des violences conjugales, et afin d'améliorer leur parcours et leurs prises en charge, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), en lien avec divers partenaires, a décidé de créer des lieux de "*prise en charge globale*" pour les femmes victimes de violences sexuelles. 3 structures au sein des hôpitaux l'hôpital Bichat – Claude-Bernard, hôpitaux Pitié-Salpêtrière (13e) et Hôtel-Dieu (4<sup>e</sup>) vont ainsi s'ouvrir. Peu de structures

proposant ce modèle existent actuellement en France. Par ailleurs leur évaluation reste marginale. Des exemples de dispositif similaires sont mis en place à l'étranger : depuis une vingtaine d'années, le Docteur Denis Mukwege prend en charge des femmes Survivantes de Violences Sexuelles au sein de l'hôpital de Panzi dans le sud Kivu en République Démocratique du Congo. Cette prise en charge se fait selon une approche holistique comprenant un volet médical, psychologique, sociale et juridique. Après plus de dix années de mise en œuvre de ce modèle, un projet d'évaluation visant à une validation scientifique de ces pratiques est en cours [50].

## LIMITES ET PERSPECTIVES

Notre étude est monocentrique et s'est faite sur un faible échantillon (8 femmes), ce qui limite les conclusions possibles en population générale. Elle ne semble pas non plus à même de nous informer sur les réalités et les ressources mobilisées par les exilées sans- papiers pris en charge au sein du SMIT durant la crise de la Covid 19, au regard du nombre important de perdus de vu. Cela nous laisse donc dans l'ignorance partielle des difficultés psycho-sociales spécifique de l'ensemble des personnes initialement incluses à l'étude. Difficultés pouvant par ailleurs être en lien avec notre faible recrutement et révélant l'importance de l'aller vers, dans la prise en charge des populations vulnérables.

Afin de valider sur un plan scientifique le rôle du PPS, il aurait été intéressant d'effectuer une comparaison avec les personnes exilées sans papiers prises en charge à la PASS. Néanmoins, la présence exclusive de femmes inscrites au sein du PPS dans notre échantillon d'étude semble constituer un indicateur indirect de leur plus grande affiliation à la structure de soin.

Par ailleurs, une analyse croisée des données avec un plus grand nombre d'investigateurs aurait permis d'augmenter la qualité de l'analyse de cette étude.

Des enquêtes ultérieures s'intéressant à des prises en charge similaires, et au rôle de la médiatrice en santé pourraient nous permettre de mieux documenter et approcher la question du lien et de la confiance dans l'affiliation au système de soin. Et d'évaluer les effets sur la santé globale, d'une prise en charge holistique pour la population concernée.

Un certain nombre d'études s'intéressant à l'impact du confinement sur les populations vulnérables immigrées [32][49], notamment en SSD se sont attachées à décrire les problématiques spécifiques de discrimination, racisme, et sentiment de perte identitaire vécus. Il serait intéressant en s'appuyant sur ces divers résultats d'apporter, une documentation scientifique supplémentaire à ce sujet concernant notre population d'étude.

## CONCLUSION

L'enquête préliminaire quantitative (enquête Parchemin-SSD) nous a permis d'identifier les problématiques psychosociales auxquelles étaient confrontés notre population d'étude. En nous appuyant sur les résultats de cette enquête, nous avons pu explorer les ressources psychosociales mobilisées par les femmes de notre échantillon. Elle a ainsi fait émerger le rôle essentiel joué par le lien et la confiance comme moyen d'affiliation pérenne au système de soin dans le cadre d'une prise en charge holistique. A également été mis en lumière le rôle pivot de la psychologue et de la médiatrice au sein de ce dispositif, avec la possibilité d'une meilleure prise en charge physique et en santé mentale.

Un parcours de soin global incluant une médiatrice est à même de répondre de façon spécifique aux besoins en santé et de suivi de la population étudiée. Elle permet de lutter contre certains facteurs contribuant à la production et au renforcement des situations de vulnérabilité. Les attitudes et conditions de vie susceptibles d'empêcher un recours au soin peuvent y être abordées et travaillées. Elle autorise en outre un recours plus précoce au soin, *en allant vers* et une affiliation pérenne dans un lien de confiance, aux dispositifs de soins existants. Ainsi des structures spécifiques de prise en charge des populations vulnérables, doivent être axées sur l'élaboration d'un soin où les souffrances sociales, psychiques et physiques peuvent être prises en compte. La crise de la Covid 19 et la peur liée à la contamination, laissent également apparaître le fait que des programmes spécifiques de prévention doivent être axés sur la perception du soin et ses représentations pour les populations vulnérables.

Continuer à promouvoir et évaluer par la recherche des modèles de prise en soin permettant à chacun et chacune de se saisir du système de soin, nous permettra de ne pas cesser de nous engager au profit de l'accès à la santé pour toutes et pour tous, en orientant l'action politique au vu de ces enjeux éthiques et sociaux, de santé.

## **ANNEXES**

### *Annexe 1: Description du Parcours en santé sexuelle*

Les services de Maladies infectieuses des hôpitaux de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) **accueillent au quotidien des femmes, des hommes exilés sans-papiers en situation de précarité. Ces personnes ont souvent été exposées à des phénomènes de violence et confrontées à des événements traumatisants :**

- Les violences sexuelles peuvent être un motif d'exil : mutilation sexuelle, mariage forcé, violences conjugales, viols de guerre, violence physique avec discrimination autour de l'infection VIH. Les mutilations sexuelles féminines (MSF) font partie des violences liées au genre. Elles entraînent des complications somatiques, notamment obstétricales à court et à long terme (infections génitales et urinaires, fistules, hémorragies, césariennes, mortalité néonatale) et ont un retentissement important sur la sexualité des femmes et sur la perception qu'elles ont de leurs corps puisqu'elles touchent à leur intégrité.
- Le trajet migratoire, ensuite, souvent précaire et effectué en solitaire au travers de pays dangereux (Libye, Maroc, Algérie...), expose à de nombreux viols et violences physiques. Les femmes sont particulièrement vulnérables (viols dans les camps, monnaie d'échange pour les passeurs ou les gardiens de prisons...).
- Une fois arrivé.e.s dans le pays de destination, ils/elles ont des conditions de logement précaires, exposant aux violences sexuelles.

**Or les antécédents de violence sont fortement associés à la vulnérabilité sociale** (précarité du quotidien et de l'hébergement, défaut de protection maladie, isolement social et particulièrement isolement relationnel) **et au risque d'infections sexuellement transmissibles.**

**Le Parcours Santé Sexuelle** a été mis en place en 2018 au sein du Service des Maladies Infectieuses et de médecine Tropicale de l'hôpital Avicenne.

L'objectif de ce dispositif est **le bien-être et l'émancipation des personnes exilées, ayant connu des violences sexuelles (mariage forcé, mutilations génitales féminines, violences basées sur le genre, violences sur le parcours migratoire ou à l'arrivée en France, travailleurs/ travailleuses du sexe), en situation de vulnérabilité rendant l'accès au système médico-social de droit commun difficile.**

Il propose un **accompagnement individuel** avec des consultations de plusieurs spécialistes : psychologue, sexologue, médecin infectiologue, gynécologue, médecin de la douleur, assistante sociale, médiatrice en santé ; **un accompagnement collectif** avec des ateliers (danse comme

thérapie, yoga, cercle de femmes, atelier photographie, art-thérapie, socio-esthétique) ; ainsi qu'**un accompagnement juridique** (autour du statut administratif, demande d'asile, titres de séjour pour soins).

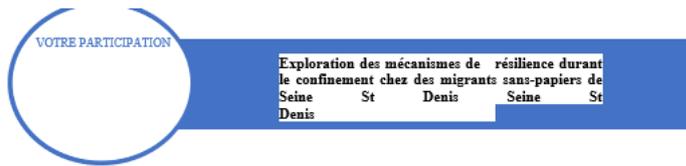
Ce modèle holistique s'inspire du travail du Dr Denis Mukwege, prix Nobel de la paix 2018, avec qui nous collaborons depuis 2016.

En 2021, 149 personnes sont suivies dans le dispositif (83% de femmes et 17% d'hommes, originaires d'Afrique subsaharienne majoritairement, en demande d'asile pour 70% d'entre eux/elles et dont un tiers était infecté VIH). Il y a eu 51 entrées en 2021 (39 en 2020, 37 en 2019 et 7 en 2018).

**GUIDE D'ENTRETIEN :**  
**Entretien semi dirigé**

	QUESTIONS
<b>Cadre de l'entretien</b>	<p><u>Présentation de l'enquêtrice</u> : Bonjour, je m'appelle XX. Je suis XX</p> <p><u>Présentation de l'enquête</u> :</p> <p>Je participe à une enquête qui cherche à comprendre les difficultés rencontrées par les personnes durant cette période de confinement, et plus particulièrement les personnes sans papiers. Il s'agit aussi de comprendre la façon dont vous avez fait face à ces difficultés ainsi que la manière dont vous avez mobilisé des ressources afin de les surmonter. Nous avons rencontré récemment une période de confinement inédite pour limiter la propagation du coronavirus et je voudrai discuter des changements que vous avez ressenti durant cette période où il fallait rester chez soi.</p> <p><u>Présentation du déroulé de l'entretien</u> : Lors de notre échange nous aborderons différents thèmes, je souhaiterai que cet entretien soit d'avantage une conversation que j'orienterai vers différent thèmes. Pour faciliter le recueil de données, je souhaiterais enregistrer l'entretien. Nos échanges sont confidentiels et seront rendus anonymes. Je retranscrirai l'entretien dans son intégralité sans qu'on puisse vous reconnaître et l'enregistrement sera détruit à la fin de mon travail. La durée de l'entretien sera de trente minutes à une heure maximum. Etes-vous d'accord ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment vous êtes-vous senti au début de cette crise ? Et comment ce sentiment a-t-il évolué et pourquoi ?</li> <li>• Des études ont montré que la consommation d'alcool a augmenté depuis le confinement pour certaines personnes. Est-ce le cas pour vous ? Si oui, qu'est-ce que la consommation vous procure ? Quelles sont les quantités que vous consommez ? Où et comment vous-procurez-vous l'alcool ?</li> <li>• Questions similaires à poser pour le tabac, les substances illicites et les médicaments psychotropes</li> <li>• Qu'avez-vous mis en place dans votre quotidien pour faire face à vos difficultés ?</li> <li>• Avez-vous eu des choses que vous avez été forcé de faire pour pallier des besoins de nourriture ou de logement ou pour trouver de l'argent ? Si oui détailler</li> <li>• Qu'est-ce qui vous a rassuré pendant cette période ? Qu'est-ce qui vous a tenu ?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les personnes ou institutions vers lesquelles vous vous êtes tournés pour demander de l'aide (matérielle, financière, spirituelle, autre) ?</li> <li>• Avez-vous trouvé de l'aide dans votre communauté ? Détailler</li> <li>• Auriez-vous besoin d'une aide spécifique aujourd'hui ?</li> <li>• Si repérage d'un besoin spécifique : à proposer par l'interviewer</li> </ul>
<b>Fin d'entretien</b>	<p>Nous avons fini notre entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? des sujets abordés ?</li> <li>• Y a-t-il d'autres questions qui vous semblent importantes qui n'ont pas été abordées ?</li> </ul> <p>Merci pour votre participation, si vous le souhaitez je vous tiendrai informée des résultats</p>



**Qui sommes-nous ?**

Cette recherche est promue par le service des Maladies infectieuses de l'hôpital Avicenne. L'équipe pluridisciplinaire est composée de soignants qui travaillent sur la problématique de migration et précarité.

**Consentement**

Le consentement à la recherche sera oral, votre participation vaudra consentement.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Et de retirer à tout moment votre consentement sans conséquence ni aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

**Quel est le but de cette recherche ?**

Le but de cette recherche est d'explorer les mécanismes de résilience mis en place par les migrants sans papier de Seine Saint Denis durant le confinement. Afin de toujours mieux adapter les prises en charge, les soignants sont attentifs à comprendre la façon dont vous avez vécu ce confinement et les ressources que vous avez mobilisées pour y faire face. Pour cette raison nous vous proposons de passer un entretien en répondant à un questionnaire standardisé portant sur vos conditions de vie, les difficultés que vous avez rencontrés durant le confinement et les ressources que vous avez pu mobiliser pour y faire face.

**Confidentialité**

Les entretiens seront audio enregistrés sur un dictaphone, afin de retranscrire les échanges. Les enregistrements seront détruits à l'issue de leur retranscription. Les retranscriptions ne contiendront aucun élément permettant d'identifier la personne interviewée. Le traitement des données conformément à la loi CNIL et RGPD est garantie par le délégué à la protection des données de Paris 13. Le projet a reçu un avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'Inserm (IRB00003888) en date du XXX.

**Remerciements**

Nous vous remercions pour le temps que vous nous accorderez et pour votre participation.

Etudiante investigatrice : Isabelle Audigé Interne en Médecine générale

Investigatrice principale : Johann Cailhol MCU- PH, service des Maladies infectieuses de l'hôpital Avicenne

Directrice de Recherche : Claire Tautet, PHC, service des Maladies infectieuses de l'hôpital Avicenne. Vous pouvez nous contacter à tout moment au mail suivant : isabellehelenemapia@gmail.com

CEEI / IRB  
Comité d'Evaluation Ethique  
de l'Inserm

IRB00003888



CEEI / IRB Madame Johann CAILHOL  
Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm CHU Avicenne  
125 rue de Stalingrad  
Dossier suivi par : Christine Dosquet 93000 BOBIGNY  
[ceei@inserm.fr](mailto:ceei@inserm.fr)

Nos réf: CD/EB 21-034

Paris, le 11 mai 2021

**Pour faire valoir à qui de droit**  
**Avis n°21-785**

**Madame,**

Le Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm, *Institutional Review Board* de l'Inserm (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831) a donné un avis favorable pour votre projet intitulé :

**" Exploration des ressources psycho sociales mobilisées durant la crise de la Covid 19 par les migrants exilés de Seine St Denis ".**

Le CEEI rappelle que l'investigateur s'engage à respecter le protocole déposé et à suivre ses recommandations.

Avec mes salutations distinguées,



Christine DOSQUET  
Présidente du CEEI/IRB

**Table 1 – caractéristiques des participantes**

*Legende: PSS : Parcours Santé Sexuelle*

<i>N°</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Durée de Séjour en France</i>	<i>Statut</i>	<i>Recrutement</i>	<i>PEC pendant la crise de la Covid 19</i>	<i>Entretiens</i>
<b>F1</b>	F	33	Depuis 3 ans	Celibataire	PSS	Traitement médicamenteux et psychologue	En face à face brasserie gare du nord
<b>F2</b>	F	31	Depuis 2ans	Celibataire	PSS	psychologue	Par téléphone
<b>F3</b>	F	29	Depuis 3 ans	En couple	PSS	psychologue	En face à face brasserie rue daguerre
<b>F4</b>	F	53	Depuis 20 ans	Veuve depuis 18 ans	PSS	Traitement médicamenteux et psychologue	Par téléphone
<b>F5</b>	F	34	Depuis 3 ans	Celibataire	PSS	Traitement médicamenteux et psychologue	Par téléphone
<b>F6</b>	F	32	Depuis 4 ans	celibataire	PSS	psychologue	Par téléphone
<b>F7</b>	F	33	Depuis 2 ans	En couple	PPS	psychologue	En face à face,brasserie gare du nord
<b>F8</b>	F		Depuis 3 ans	En couple	PPS	psychologue	Par téléphone

## **BIBLIOGRAPHIE**

[1] S.Vaux, C.Campèse, L.Saboni, A.Fouillet, G.Spaccaverri, P.Rolland, C.Caserio-Schonemann, J.Durand, C.Forgeot, J.Naud, E.Chatignoux, D.Che, B.Coignard, C.Le Gal, A. Mailles, F. Moisan, G.Delmas, M.Pécheux, N. Ndeikoundam, F.Aït Belghiti, L.Gouffé-Benadiba, L. Lasbeur, E.du Roscoat, I.Bonmarin, K. Zhou, E. Pinto, A.Laporte, Y. Le Strat, P. Arwidson. « Covid 19 point épidémiologique hebdomadaire du 15 octobre 2020 » (accessed on nov 15, 2020).

[2] « Info coronavirus covid 19 – Carte et données covid 19 en France. » Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees> (accessed on Apr 24, 2020).

[3] « Coronavirus, chiffres clés et évolution de la covid 19 en France et dans le monde. » Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde> (accessed on dec 23, 2020).

[4] F.Chereau, C.Campèse, N.Méthy, J.Benrekassa, B.Coignard. « Point épidémiologique Covid-19 du 21 janvier 2021 ». Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/point-epidemiologique-covid-19-du-21-janvier-2021> (accessed on Jan 4, 2021).

[5] S.Brun et P.Simon. « Surmortalité due à la Covid-19 en Seine-Saint-Denis : l’invisibilité des minorités dans les chiffres ». Disponible sur : <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/surmortalite-en-période-de-covid-19-en-ile-de-france.html> (accessed on Jun 17, 2020).

[6]M.Barhoumi (Depp), A.Jonchery, P.Lombardo (Deps), S. Le Minez, T.Mainaud, E.Raynaud (Insee), A. Pailhé, A.Solaz (Ined), C.Pollak (Drees). « Les inégalités sociales à l’épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement ». Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797670.html> (accessed on Apr 7, 2020).

[8] Haut conseil de la Santé Publique, le 6 juillet 2021. « Avis relatif à l’impact du covid 19 sur la Santé mentale du premier confinement lié à la COVID 19 ». (accessed on July 22, 2021).

[9] L.Lombardi Co-editors E.Annandale, A.Patricia Hilário, M.Świątkiewicz-Mośny, M.Gibin “The challenges of Covid-19 Global Health and inequality” ESA RN16 Newsletter n. 11 – Special Issue.Disponiblesur:[https://www.researchgate.net/publication/346082381\\_THE\\_CHALLENGES\\_OF\\_COVID-19\\_Global\\_Health\\_and\\_Inequality](https://www.researchgate.net/publication/346082381_THE_CHALLENGES_OF_COVID-19_Global_Health_and_Inequality) (accessed on Nov 20, 2020).

[10] CoviPrev : « une enquête pour suivre l’évolution des comportements et de la santé mentale pendant l’épidémie de COVID-19 p10 ». Disponible sur :<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie> (accessed on Dec 23, 2020).

[11] C-C.Christine, L.Christophe, L.Linda, L.Jean-Michel, R. Jocelyn, A.Pierre, du Roscoät Enguerrand. « Bulletin épidémiologique hebdomadaire : La santé mentale des Français face au

Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement » ,2020, n°. 13, p. 260-269.

[12] CoviPrev : « une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 p16. » Disponible «sur :<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie> (accessed on Dec 23, 2020).

[13] Santé Publique France. Communiqué de presse Saint-Maurice, le 6 avril 2021. « La santé mentale au temps de la COVID-19 : en parler, c'est déjà se soigner. » Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/la-sante-mentale-au-temps-de-la-covid-19-en-parler-c-est-deja-se-soigner> (accessed on June 23, 2021).

[14] La suroccupation concernait 20.6% des logements, comparé à 5.0% sur le territoire national et 12.7% en Ile de France, et 10.1% de la population y vit à 4 ou plus dans un appartement d'une ou deux pièces. V.Bernard, G.Gallic, O.Léon, C.Sourd (Insee).Logements suroccupés, personnes âgées isolées... : des conditions de confinement diverses selon les territoires. *Chiffres détaillés*, Insee, avril 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4478728.html> (accessed on Apr 24, 2020).

[15]OBSERVATOIRE COVID 19 ETHIQUE ET SOCIETE.Covid-19 – « Se préparer, y répondre ». Première synthèse des travaux de l'observatoire, Espace Ethique Région Ile-de-France, 2020, p.13-18. Disponible sur : <https://www.espace-ethique.org/actualites/covid-19-se-preparer-y-repondre>(accessed on Nov 25, 2020).

[16] Clause-Verdreau A-C., Dubosc P., Hirsch E., Résultats de l'enquête nationale « Précarité, personnes migrantes et sans-abris », Observatoire « Covid-19, éthique et société », Espace éthique Île-de-France, 21 septembre 2020. Disponible sur : <https://www.espace-ethique.org> (accessed on Nov 20, 2020).

[17] COMEDE. « Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement » – édition 2015. Guide pratique pour les professionnels. Le Kremlin-Bicêtre,2015. p 536.

[18] L.Boinnard. « Étrangers en situation irrégulière et crise sanitaire : sélection de réponses étatiques à la vulnérabilité de cette population », RDLF 2020 chron. n°45. Disponible sur : <http://www.revuedlf.com/cedh/etrangers-en-situation-irreguliere-et-crise-sanitaire-selection-de-reponses-etatiques-a-la-vulnerabilite-de-cette-population/>(accessed on Nov 20, 2021).

[19] C.Burton-Jeangros, A.Duvoisin, S.Lachat Liala Consoli, J.Fakhoury Y.Jackson. “The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization.”

[20] J.M Bonvin, M.Lovey, Dr E.Rosenstein, Dr P.Kempeneers. « La population en grande précarité en période de COVID-19 à Genève : conditions de vie et stratégies de résilience. » Rapport final de l'étude sollicitée par la fondation Colis du Cœur Prof., septembre 2020 Disponible sur : <https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/recherche/la-population-en-grande-precarite-en-période-de-covid-19-a-geneve/> (accessed on Nov 24, 2020).

- [21] C.Le Joubioux, R.Tlili, A. Boloko, I. Audigé, C.Tantet, médecin, J.Cailhol. Enquête Parchemins & conséquences de la pandémie sur la santé des personnes migrantes en Seine-Saint-Denis. La lettre du Comede, Maux d'Exil n°68, p.4. (accessed on Oct 8, 2021).
- [22] Clause-Verdreau A-C., Dubosc P., Hirsch E., Résultats de l'enquête nationale «Précarité, personnes migrantes et sans-abris », Observatoire « Covid-19, éthique et société », Espace éthique Île-de-France, 21 septembre 2020. Disponible sur URL : <https://www.espace-ethique.org> (accessed on Nov 24, 2020).
- [23] P.Frappe. Initiation à la recherche. 2<sup>ème</sup> édition. Saint-Cloud : Global média santé et CNGE productions, 2018, p 224.
- [24] P.Paille, A.MUCCHIELLI. Chapitre 11 : l'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Malakoff : Armand Collin, 2016, p430.
- [25] Smith JA, éditeur. Qualitative psychology: a practical guide to research methods. 2nd ed. Los Angeles, Calif: SAGE Publications; 2008. p276.
- [26] COVID-19 Mental Disorders Collaborators\*. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 du to the COVID-19 pandemic. Articles1712, Lancet 2021; Vol 398 November 6. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/fulltext) (accessed on Oct 8, 2021).
- [27] World Health Organization. (2020). ApartTogether survey: preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19. World Health Organization. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337931>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO(accessed on Oct 30, 2021).
- [28] 3 questions à Enguerrand du Roscoat, responsable de l'unité santé mentale, direction de la prévention et de la promotion de la santé à Santé publique France, 25 nov 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-24283>. (accessed on Oct 30, 2021).
- [29] C.Petitgas, chargée des actions scientifiques de la FRC. L'impact du confinement sur la santé mentale, 25 mai 2020. Disponible sur : <https://www.frcneurodon.org/informer-sur-la-recherche/actus/limpact-du-confinement-sur-la-sante-mentale/>. (accessed on Oct 30, 2021)
- [30] Santé Publique France. Santé mentale et Covid 19, Dossier thématique publié le 31 mars 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19> (accessed on Oct 8, 2021)
- [31] Enquête EpiCov (Epidémiologie et Conditions de vie sous le Covid-19). Disponible sur : <https://www.epicov.fr/publications/>(accessed on Nov 9, 2021).

[32] A.Mariette et L.Pitti. « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé. » *Metro Politiques*, 6 juillet 2020. Disponible sur : <https://metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites.html> (accessed on Oct 8, 2021)

[33] Santé Publique France. « Migrants en situation de vulnérabilité et santé ». Dans le dossier de La Santé en action n°455, mars 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-455-mars-2021>(accessed on Sept 10, 2021)

[34] D.Bréhier, C.Bret, M.Chappuis, N.Dagnino, F.Ganon-Lecomte, M.Giacopelli, O.Guerrero, C.Laval, L.Larnaudie, T.Malvezin, M.Melchior, C.Montagne, C.Rolland, S.Simon, A.Urtubia, J-M.Vermande. « La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique, Juin 2018. Disponible sur : <https://www.primolevi.org/> (accessed on Nov 29, 2021)

[35] A.Veïsse, L.Wolmark, P.Revault, M.Giacopelli, M.Bamberger,Z.Zlatanova. « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants exilés. » Article soumis le 28 février 2017. Disponible sur : <https://www.comede.org/>(accessed on Nov 29, 2021)

[36] Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 5th Edition. Arlington VA. American Psychiatric Association 2015. Traduction française coordonnée par Marie-Claire Pull Editeur: Elsevier Masson| Date de publication: 07/2015].

[37] Thierry Baubet. « Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants ». La lettre du comede, Maux d'Exil n°25 decembre 2008, p.1-2. Disponible sur : <https://www.comede.org/maux-dexil/page/5/>(accessed on Nov 29, 2021).

[38] S.Carillon. « Peur et résilience : paroles d'immigrés confinés en situation de précarité ». Dans The conversation, 12 mai 2020. Disponible sur : <https://theconversation.com/peur-et-resilience-paroles-dimmigres-confines-en-situation-de-precarite-137926> (accessed on Sept 12, 2020)

[39] Boris Cyrulnik. « Traumatisme et résilience ». Dans Rhizome 2018/3-4 (N° 69-70), pages 28 à 29. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-3-page-28.htm/>(accessed on Nov 29, 2021).

[40] Michel Manciaux. « La résilience Un regard qui fait vivre ». Dans Études 2001/10 (Tome 395), pages 321 à 330 Disponible sur :<https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm?retournoten05#no1>(accessed on Dec 14, 2020).

[41] S.Ionescu, E.Rutembesa, V.Boucon. « La résilience : perspective culturelle ». Dans Bulletin de psychologie 2010/6 (Numéro 510), pages 463 à 468. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-6-page-463.htm>(accessed on Nov 15, 2020).

[42] Michel Delage. La résilience familiale, Odile Jacob février 2008, p50.

[43] Michel Delage. « Résilience dans la famille et tuteurs de résilience Qu'en fait le systémicien ». Dans *Thérapie Familiale* 2004/3 (Vol. 25), pages 339 à 347. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-3-page-339.htm> (accessed on Nov 19, 2021).

[44] Marie Arnaut. « La relation de soin dans le cadre de la résilience ». Dans *Informations sociales* 2009/6 (n° 156), pages 70 à 78. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-70.htm> (accessed on Nov 15, 2020).

[45] Présenté par Béatrice Soltner. « Sur le rebord du monde ». RCF radio, le 12 juillet 2018. Disponible sur : <https://rcf.fr/culture-et-societe/sur-le-rebord-du-mondeepisod=81828>. (accessed on Nov 29, 2021).

[46] Michel Delage. « L'espoir et le pardon ». Dans *La résilience familiale* (2008), pages 120 à 141. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-resilience-familiale--9782738120472-page-120.htm> (accessed on Nov 9, 2021).

[47] N.Bailly, N.Roussiau, G.Fleury-Bahi. « Étude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge ». Dans *Bulletin de psychologie* 2011/2 (Numéro 512), pages 149 à 154. Disponible sur : <https://www.cairn.info/journal-bulletin-de-psychologie-2011-2-page-149.htm> (accessed on Nov 30, 2021).

[48] Régis Dericquebourg. « Religion, santé, maladie ». *LA SANTÉ DE L'HOMME - N° 406 - MARS-AVRIL 2010* p13-16. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-de-l-homme-mars-avr-2010-n-406-quels-liens-entre-religieux-et-sante/> (accessed on Nov 29, 2021).

[49] E.Azria, P. Sauvegrain et al. « Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19 », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Septembre 2020, p847-849. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718920302610> (accessed on Sept 25, 2021).

[50] « Evaluation de l'approche holistique proposée aux victimes de violences sexuelles. » Dans *Le blog de la coopération académique et scientifique au développement* Disponible sur : <https://moove.ares-ac.be/rd-congo/evaluation-de-lapproche-holistique-proposee-aux-victimes-de-violences> (accessed on Nov 27, 2021).

## SUMMARY

In France, the first epidemic wave of COVID 19 was marked by confinement of the population between March 17 and May 3, 2020. Seine-Saint-Denis (SSD) is among the departments most affected in terms of number of cases and deaths over the period from March to April 2020. Studies carried out by Public Health France, through surveys of the general population, confirm the increase in the prevalence of sleep disorders, anxiety, and depressive symptoms, as well as symptoms associated with post-traumatic stress disorder. These increases are thus observed more particularly among young people and among populations of low socio-economic status. However, the impact of this crisis on people in exiles without SSD papers remains poorly studied. This study is based on the results of a preliminary quantitative survey carried out in the Infectious and Tropical Diseases Service (ITDS) of the Avicenna hospital in SSD, among a population of undocumented exiled people to understand the consequences of the Covid 19 crisis on this population. The results showed an accumulation of health, social and administrative precariousness, as well as a high level of anxiety with an overall state of health mostly declared as degraded. To deepen some of the data from this preliminary quantitative survey, we conducted a qualitative study among women treated within the Sexual Health Course (SHC) of the ITDS of Avicenne Hospital.

Its main objective is to explore the psycho-social resources mobilized as well as the compensation mechanisms put in place by undocumented exiled people during the Covid 19 crisis. Its secondary objective is to understand and identify resilience mechanisms. The semi-structured interviews are transcribed and then analyzed using Interpretive Phenomenological Analysis (IPA). Height women (between 29 and 53 years old) were included in the study. Three areas of experience emerge: adaptation strategies, impact of confinement on the condition of undocumented exiles, bond, and trust. The women interviewed put forward their spirituality as a means of overcoming and coping with the difficulties encountered on their journey into exile and upon their arrival in the territory. They reveal a predominance of feelings: adversity to ensure basic needs, anxiety, loneliness, worry and fear. These feelings are exacerbated by the conditions of confinement, which can lead to the expression of a symptomatology of depression and anxiety (headaches, insomnia, nightmare) which they face by resorting to the care system (drug treatment, psychotherapy), without going towards substance use. Affiliation to the health care system is also highlighted, through a bond of trust built on a lasting relationship with the various health actors, more particularly psychologists and the health mediator within the PSS. Connection, self-confidence, and confidence in others, and the spirituality seem to be essential sources of resilience among the women interviewed. Specific prevention programs must focus on the perception of care and its representations, for vulnerable populations, while considering the singularity of their psycho-social issues. The path to, and a comprehensive care pathway, including a mediator, can respond in a unique way to the health and monitoring needs of this vulnerable population. By endeavoring to create the conditions allowing women to join the healthcare system through a bond of trust, these programs would better meet the needs and difficulties of this public. This would allow us to make our actions, aid, care, and prevention more effective and adapted to the target population.

Key words:

Exiled women without papers; Insecurity; Sexual Health; Prevention; Mediation in health.

