

UNIVERSITE PARIS 13

FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY

Année 2022

Thèse n° :

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

Milca ROMBA épouse TAÏ

Né le 25 octobre 1989 à Dakar

Présentée et soutenue publiquement le 25/01/2022

Etat de santé perçu et parcours de soins de femmes migrantes ayant vécu des violences.

Président de Thèse : Professeur Alain Mercier

Directrices de Thèse : Docteur Maud Gelly et Docteur Claire Tantet

Membre du jury : Professeur Olivier Bouchaud

Docteur Dalila Rezzoug

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

A mes directrices de thèse, les Docteurs Maud Gelly et Claire Tantet,

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, d'avoir su m'encourager quand j'en ai eu besoin. Vos parcours de médecin sont réellement édifiants et inspirants pour moi.

Au Pr Alain Mercier,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de présider ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Pr Olivier Bouchaud et au Dr Dalila Rezzoug

Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Aux Médecins des centres municipaux de santé Ténine, Sainte-Marguerite et Cornet,

Merci pour l'écoute, l'aide et le soutien apportés dans ce travail.

Aux participantes de cette étude,

Merci de m'avoir accordé de votre temps, d'avoir accepté de partager pour ce travail votre vécu.

A mes parents, Abraham et Dina Romba,

Merci de vous être battu pour nous, pour notre éducation, et notre avenir.

A mon frère Hillel Romba et mes soeurs Jisca Romba Wondie, Rachel Romba et Elda Romba,

Grandir auprès de vous a fait de moi une personne meilleure, merci d'être des exemples pour moi. Merci pour les relectures et l'aide dans les traductions !

Aux membres de ma famille,

Merci de m'avoir encouragé toutes ces années et d'avoir eu les mots justes pour m'aider très souvent.

A mon petit Noah,

Tu es une lumière au milieu de nous, je suis tellement reconnaissante de t'avoir. Faire ce travail et t'accueillir en même temps a été un véritable challenge, j'en sors plus forte.

A mon époux Christopher Taï,

Il n'y a pas de mots pour dire ma reconnaissance, tu es le cadeau merveilleux que la vie m'a fait, tu es un papa incroyable et tu m'accompagnes dans les défis de la vie d'une façon admirable.

ABREVIATIONS

BEPC : Brevet d'études du premier cycle

CADA : Centre d'accueil de demandeur d'asile

CIVG : Centre d'IVG (interruption volontaire de grossesse)

CMS : Centre municipal de santé

Comède : Comité pour la santé des exilés

COVID-19 : Maladie à Coronavirus 2019 (SARS-CoV2)

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés

Dsafhir (enquête) : Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, immigrées et réfugiées

ENVEFF (enquête) : enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femme

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institution Française d'Opinion Publique

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques

INSERM : Institut Nationale de la Santé Et de la Recherche Médicale

MGF : Mutilation génitales féminines

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSS : Parcours Santé Sexuelle

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VIRAGE (enquête) : Violences et rapports de genre

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Caractéristiques générales des participantes

Tableau 2. Eléments du parcours de soins des participantes

Diagramme 1. Santé perçue

Tableau 3. Eléments du confinement des participantes

Figure 1. Déterminants de l'état de santé générale

Figure 2. Déterminants de la santé sexuelle

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
I. Violences vécues par les femmes migrantes.....	7
II. Recommandations en médecine générale.....	8
III. Structures de prise en charge.....	9
IV. Contexte sanitaire.....	9
V. Objectifs de l'étude et hypothèses.....	9
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	11
I. Equipe de recherche et de réflexion :.....	11
II. Conception de l'étude :.....	11
III. Analyse et résultats :.....	13
IV. Ethique :.....	13
RÉSULTATS.....	14
I. Généralités.....	14
1. Données sur le recrutement et les entretiens :.....	14
2. Caractéristiques des participantes.....	14
II. Parcours de soins.....	16
1. Généralités.....	16
2. Le suivi en médecine générale.....	17
3. La prise en compte du parcours de vie par les médecins généralistes.....	18
4. Suivi dans les structures de recrutement.....	19
5. Violences évoquées dans le parcours de soins.....	21
III. Santé perçue.....	22
1. Tendances générales.....	22
2. Santé générale.....	22
3. Santé physique.....	25
4. Santé mentale.....	24
5. Santé sociale.....	26
6. Santé sexuelle.....	27
7. Santé perçue et parcours de soins.....	29
IV. Période de confinement lié à la pandémie de COVID-19.....	29
1. Conditions de vie pendant le confinement.....	29
2. L'expérience du confinement.....	30
3. Les difficultés rencontrées et les éléments d'aides.....	30
4. Evolution de la santé perçue.....	32
DISCUSSION.....	34
I. Description de l'état de santé perçue.....	34
II. Suivi en médecine générale et parcours de soins.....	37
III. Les impacts du confinement.....	39
IV. Forces et limites de l'étude.....	40
V. Apports et perspectives en médecine générale.....	41
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXES.....	46
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	52
RÉSUMÉ.....	53
ABSTRACT.....	54

INTRODUCTION

Sur un échantillon représentatif de 6 970 femmes de 20 à 59 ans, l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) effectuée en 2000 révélait que 7 % des femmes de 20-24 ans, 4 % des femmes de 25-34 ans et de 35-44 ans, et 3 % des femmes de 45-60 ans avaient subi des violences dans l'année écoulée (1). En 2015, l'enquête Violences et rapports de genre (VIRAGE) menée par l'Institut national d'étude démographique (INED) s'intéressait particulièrement aux violences de genre définies dans l'enquête comme les « violences fondées sur les rapports de genre ». Elle confirmait l'importance des violences en montrant que plus d'un demi-million de femmes avaient subi une agression sexuelle dans l'année écoulée ; les filles et les jeunes femmes étant particulièrement exposées dans la mesure où 3/5^{ème} des femmes ayant subi un viol ou une tentative de viol avaient moins de 18 ans lors des faits (2).

Les violences faites aux femmes sont un véritable problème de santé public, un problème qui n'a pas de frontière et touche particulièrement les femmes migrantes comme l'illustre l'enquête Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, immigrées et réfugiées en Île-de-France (Dsafhir). Dans cette enquête, 75% des 469 femmes interrogées déclaraient avoir vécu au cours de leur vie une forme de violence assez grave ou très grave. (3)

I. Violences vécues par les femmes migrantes

Nous observons depuis une dizaine d'années un phénomène d'augmentation du nombre de migrants arrivant en Europe en provenance du continent Africain, du Moyen Orient et de l'Asie du Sud Est. En 2019 selon l'Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE), les migrants représentaient environ 10% de la population en France soit 6.7 millions de personnes (dont 35 % de femmes). Les violences s'intègrent très souvent au parcours migratoire des femmes migrantes. Elles sont vécues dans le pays d'origine (pouvant parfois motiver le départ), lors du voyage migratoire et après leur arrivée dans le pays d'accueil comme le mentionne l'association France Terre d'Asile, interpellant sur la surexposition aux situations de violences (viol, agression, exploitation, réseau de traite des êtres humains) (4).

Selon l'association Gynécologie Sans Frontière, « les deux tiers des femmes présentes dans les camps du Nord de la France en Mai 2017 avaient subies des violences physiques ou sexuelles au cours de leur voyage ou une fois arrivées dans les camps ». Même constatation pour SOS Solidarité qui indique que « la quasi-totalité des femmes qu'ils ont secouru en mer ont été contraintes de se prostituer ou ont été violées » (5). Ces violences concernent aussi les hommes, parfois persécutés dans leur pays d'origine à cause de leur orientation sexuelle (6) et lors du passage en Libye durant leur parcours migratoire où ils sont souvent emprisonnés et victimes de sévices importants (7).

Concernant les violences vécues par les femmes migrantes sur le territoire français, il n'existe pas d'enquête nationale, mais le Comède (Comité pour la santé des exilés) révélait que 62 % des femmes suivies entre 2012 et 2017 dans leur centre de santé avaient au moins un antécédent de violence (violence de genre pour une femme sur trois) (8). Le fait que ces violences soient subies et/ou perpétrées à leur arrivée en France, révèle l'insuffisance de protection et de prévention (9).

L'étude Parcours a montré que les violences sexuelles subies sur le territoire français par les femmes migrantes multiplient par quatre leur risque d'infection par le VIH. Si l'on considère uniquement les violences sexuelles subies après leur arrivée en France, il apparaît que le risque pour les femmes africaines de contracter l'infection VIH est fortement augmentée par les violences sexuelles : en effet dans cette enquête, 15,1 % des femmes qui avaient été infectées par le VIH après leur arrivée en France avaient subi des violences sexuelles en France (contre 3,5 % chez les femmes non infectées). Les violences sexuelles subies en France étaient 4 fois plus fréquentes chez les femmes qui avaient contracté le VIH après la migration, apportant un argument fort en faveur du rôle causal des violences sexuelles dans l'acquisition de l'infection (10).

L'enquête Dsafhir publiée en 2019 s'est intéressée particulièrement aux dimensions physiques, sexuelles, psychiques, administratives, et économiques des violences subies par les femmes migrantes hébergées en hôtel. Ces violences s'inscrivaient dans leur parcours migratoire et les trajets les plus complexes et/ou dangereux étaient associés à un antécédant de violence dans 75 % des cas. Cette enquête récente interpelle par ailleurs sur la perception de mauvaise santé qu'ont ces femmes en situation de grande précarité et vulnérabilité, ainsi que sur l'intérêt de l'accompagnement médico-psycho-social (3).

II. Recommandations en médecine générale

Le/la médecin généraliste se définit comme le premier contact avec le système de soins. De ce fait, il/elle favorise et promeut la santé en tant qu'acteur/actrice principal.e du soin primaire. Il/elle a une responsabilité en santé publique, un rôle pivot dans la coordination des soins, et répond aux problèmes de santé dans leur dimension physique, sociale, culturelle et existentielle. Il/elle a toute sa place dans l'accompagnement de cette population mais fait face à de réelles difficultés. Parmi les nombreux freins à la prise en soin des migrant.es se trouvent des difficultés de type organisationnelles (consultations et récit de vie long et complexe, démarches de remboursement des consultations contraignantes, isolement, suivi parfois difficile) ainsi que des difficultés de type relationnelles (difficultés de communication, besoin d'interprétariat, représentations de la santé, sentiment d'insatisfaction) (11).

Il existe une sensibilisation au repérage des violences chez les femmes migrantes par les professionnel.les de santé mais nous constatons cependant qu'il existe assez peu de recommandations officielles favorisant et aidant à leur accompagnement. Parmi les recommandations existantes, le guide du Comède aborde tout particulièrement le sujet des violences de genre dont les mutilations génitales féminines (MGF), les mariages forcés et les violences conjugales (12). Les soins pluridisciplinaires y sont mis en avant avec des pistes de prise en soin, mais peuvent manquer d'adaptation aux possibilités en médecine générale et médecine de ville. La Haute autorité de santé (HAS) a récemment publié des recommandations pour professionnel.les de santé de premier recours pour la prise en soin des femmes ayant subi des MGF. Ces recommandations orientent la conduite à tenir, l'accompagnement des patientes et leur prise en charge globale au-delà de la prise en charge chirurgicale (13). Le rapport Henrion datant de 2001, bien que ne présentant pas de spécificité vis-à-vis des femmes migrantes, est l'un des premiers à donner des éléments de prise en charge des femmes subissant des violences conjugales. Il insiste notamment sur l'accueil, le dépistage, les informations à donner, et parle du rôle « stratégique » des médecins généralistes (14). Dans le même ordre d'idée, la HAS a publié en 2019 des recommandations de repérage et prise en soin des femmes ayant vécu des violences conjugales donnant des pistes de prise en charge des migrantes mais restant incomplet au vu de la complexité des

violences vécues et de l'impact du parcours migratoire (15). Il demeure par ailleurs un besoin de recommandations plus adaptées aux diverses formes de violences de genre.

III. Structures de prise en charge

Certaines structures se sont données pour objectif la prise en soin et l'accompagnement des femmes migrantes ayant vécu des violences. Le Parcours Santé Sexuelle (PSS) de l'hôpital Avicenne créé en 2018 est un dispositif constitué par une équipe pluridisciplinaire incluant entre autres des médecins infectiologues et des médecins généralistes, accueillant des migrant.es ayant vécu des violences sexuelles au cours de leur parcours migratoire. Ce projet s'inscrit dans le cadre du réseau ville hôpital et vise à terme un accompagnement en ville des patient.es, d'où l'intérêt potentiel pour la médecine générale. Il répond aux objectifs du ministère des solidarités et de la santé dans sa volonté d'améliorer le parcours de santé des migrant.es « y compris en ville » (16). Différents types d'actions y sont menées : des actions de préventions, de dépistage et d'accompagnement global. Il travaille en partenariat avec l'hôpital Panzi en République Démocratique du Congo, spécialisé dans l'accompagnement des personnes ayant vécu des violences sexuelles. Nous nous sommes particulièrement intéressées à cette nouvelle structure dans notre travail ainsi qu'au centre d'IVG de l'hôpital Avicenne, qui ne présente pas de consultations dédiées à l'accompagnement des femmes ayant vécu des violences, mais dans lequel nous rencontrons également des femmes migrantes ayant vécu des violences. Ces deux structures peuvent être considérées comme des structures d'accès aux soins primaires dans la mesure où la santé sexuelle fait partie des soins primaires. Elles permettent un accès à des soins gratuits ou intégralement pris en charge sans avance de frais, elles constituent donc de bons observatoires de l'accès aux soins primaires pour des femmes migrantes vivant en situation de précarité administrative et/ou sociale au même titre que les centres municipaux de santé (CMS).

Parmi les autres structures existantes nous pouvons citer les centres de santé du Comède et la Maison des femmes à Saint-Denis qui ont des consultations dédiées à l'accompagnement de femmes ayant vécu des violences.

IV. Contexte sanitaire

Nous traversons depuis le début de l'année 2020 une situation sanitaire sans précédent en rapport avec l'épidémie de COVID 19. Nous avons été interpellées par les conditions de vie durant le confinement et les conséquences de celui-ci. Une enquête de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) effectuée sur la demande de la FNSF (Fédération nationale solidarité femmes) met en évidence qu'une femme en couple sur dix a été victime de violences conjugales lors du premier confinement au mois de mars 2020. La situation des femmes migrantes vivant dans des conditions précaires alarme également car cette situation sanitaire inédite est susceptible de toucher les conditions de vie, la santé et le sentiment de sécurité de ces femmes (17). Il nous a paru intéressant de ce fait de nous pencher sur le vécu du confinement des femmes migrantes ayant vécu des violences. Les sites choisis pour cette étude permettent d'explorer les effets du confinement sur l'accès aux soins et sur la santé perçue.

V. Objectifs de l'étude et hypothèses

L'objectif principal de cette étude est d'effectuer une description de la perception de leur santé qu'ont les femmes migrantes ayant vécues des violences, issues de trois types de structures de soins primaires en Seine-Saint Denis. Nous nous attacherons dans un objectif secondaire à décrire leur parcours de santé, dégager une typologie de l'état de santé perçu et décrire les changements vécus lors du confinement liés à l'épidémie de COVID19.

Nous souhaitons traiter de l'état de santé perçu en nous appuyant sur la définition de l'OMS de la santé, « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Nous nous intéresserons par ailleurs également à la santé sexuelle définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité » requérant une « approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence », n'étant pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité.

Parmi les hypothèses émises, nous avons supposé que l'état de santé perçu pouvait varier selon les parcours de santé de ces femmes, que certains éléments influenceraient favorablement ou non la perception qu'elles ont de leur santé et qu'il existerait une variabilité des parcours de santé et de l'état de santé perçu en période de confinement.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Equipe de recherche et de réflexion :

J'ai mené les entretiens avec un statut de médecin généraliste remplaçante. Je n'avais pas d'expérience antérieure en matière d'investigation dans le cadre d'une étude qualitative. Je ne connaissais pas personnellement les participantes (le cas contraire constituait un motif d'exclusion de l'étude de la participante) et les participantes n'avaient aucune information me concernant en dehors de mon statut d'investigatrice. Les participantes ont été informées des objectifs et motivations de l'étude via une fiche d'information (Annexe 1) et la participation d'une patiente après information éclairée valait consentement selon la procédure recommandée par le Comité d'Evaluation Ethique de l'INSERM. Il leur a été expliqué qu'elles étaient libres de quitter l'étude à tout moment, que leurs noms et prénoms n'étaient pas identifiables et que les données étaient anonymes et confidentielles.

II. Conception de l'étude :

1. Cadre théorique et sélection des participantes :

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés. L'étude qualitative, « mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » (18)(19) semblait la plus indiquée pour décrire les perceptions des participantes. Les entretiens semi-dirigés permettent de conduire l'échange en laissant une certaine liberté d'expression aux participantes interrogées et donc d'obtenir des informations de façons plus étendues.

La population était constituée de femmes migrantes ayant vécu des violences suivies dans trois types de structures d'accès aux soins primaires :

-Le Parcours Santé Sexuelle de l'hôpital Avicenne et l'hôpital Bichat.

-Le centre d'IVG de l'hôpital Avicenne.

-Les centres municipaux de santé Cornet, Sainte Marguerite et Ténine de la ville de Pantin

Les critères d'inclusion étaient d'être une femme migrante âgée de plus de 18 ans, suivie dans l'une des structures susmentionnées, avec un suivi d'au moins 6 mois pour le Parcours Santé Sexuelle, d'avoir au moins un antécédant de violences vécues dans son pays d'origine, en cours de parcours vers la France et/ou en France. L'acte de violence était considéré, selon la définition de l'OMS en 2002, comme tout acte d'usage délibéré ou menace d'usage délibéré de la « force physique ou de la puissance » contre ces patientes, susceptibles d'entraîner des conséquences physiques et psychiques, y compris les violences de genre pouvant causer à ces femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques. Il pouvait s'agir de coups, insultes, menaces verbales, menaces physiques, viol, tentatives de viol, MGF, confiscation de papiers, acte de torture, etc...

Nous avons effectué un échantillonnage raisonné dans les différentes structures. Cette méthode non probabiliste permet la sélection des participantes considérées comme typique d'une population particulière et

d'utiliser les résultats à des fins de comparaisons non statistiques (20). Le recrutement des patientes a été effectué par des médecins travaillant dans ces structures, cela a permis de favoriser l'approche des patientes et les possibilités de recrutement. L'intervention dans trois types de structures avait pour but de favoriser la diversité du corpus. Après recrutement, un premier contact téléphonique avait lieu pour redonner les informations aux patientes et convenir d'un rendez-vous téléphonique ou en face à face pour l'entretien (selon les conditions sanitaires et le souhait de la patiente). Les refus de participations devaient être quantifiés et documentés si possible (raison du refus).

2. Contexte

Au vu de la situation sanitaire au moment de l'étude (confinements et restrictions de contact et déplacement), les entretiens devaient pouvoir se faire par téléphone. Les entretiens pouvaient être effectués lorsque cela était possible dans les locaux des structures de recrutement. Un interprétariat téléphonique était possible et a été effectué pour un entretien. Dans les différents modes d'entretien un dictaphone était utilisé comme seul matériel. Nous avons proposé aux participantes de rencontrer un psychologue ou de les adresser à une structure spécialisée à l'issue des entretiens si elles n'en n'avaient pas encore eu la possibilité.

3. Recueil de données :

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 2), qui a été testé auprès de trois femmes et modifié. Les modifications portaient sur les types de relances, la période de confinement et des éléments de définition (Annexe 3). Dans la mesure où ces modifications, de l'ordre de la reformulation, ne portaient pas sur les trajectoires de soins ni sur l'état de santé perçu, les trois entretiens ont été inclus à l'analyse. Chaque participante a été interrogée une seule fois. Le recueil des données a été effectué par enregistrement audio sur un dictaphone (Olympius digital voice recorder WS-852) avec au besoin, lors des entretiens téléphoniques, des enceintes d'amplification sonore pour une meilleure qualité audio. 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 non verbales pour les entretiens en face à face et pour noter au fur et à mesure des entretiens mes perceptions, mes réflexions et des pistes d'analyse. Les entretiens ont duré entre 30 minutes à une heure. Le nombre d'entretiens suffisant a été défini par le phénomène de saturation de données lors des analyses ; bien qu'il ait été atteint après 12 entretiens, nous avons décidé d'équilibrer le nombre d'entretiens entre les trois types de structure en faisant cinq entretiens par type de structure. Les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participantes pour commentaires et/ou corrections mais il a été prévu qu'elles puissent avoir les résultats en fin d'étude si elles le souhaitaient.

Les données concernant les violences subies (types de violence, plaintes déposées, temporalité par rapport à l'histoire) pouvaient être évoquées librement par les participantes mais n'ont pas fait l'objet de questions dans la grille d'entretien.

Nous avons fait recours à un interprète lorsque cela était nécessaire (service d'interprétariat téléphonique ISM). Une autorisation d'enregistrement des entretiens faisant intervenir un interprète a été demandée par mail préalablement auprès du service d'interprétariat.

Afin de préserver l'anonymat des participantes et de protéger leurs données, chaque participante s'est vu attribuer un chiffre. Après retranscription les enregistrements ont été détruits.

Le recrutement des patientes et les entretiens ont été effectués entre septembre 2020 et septembre 2021.

III. Analyse et résultats :

1. Analyse des données :

Une analyse thématique des données a été effectuée à partir des verbatims et des notions clés ressortant des entretiens (21). Après chaque retranscription une analyse thématique longitudinale a été effectuée puis transversale. Nous avons fait le choix d'une analyse thématique car l'objectif de l'étude était d'effectuer une description typologique. Cette méthode d'analyse était par ailleurs tout à fait adaptée à une première expérience de recherche qualitative (22). Les thèmes ont été définis à partir des verbatims et à l'aide du guide d'entretien. Le logiciel NVIVO 12 (de QSR international) a été utilisé pour l'analyse des données. Le choix de ce logiciel a été motivé par son utilisation présentée comme intuitive, pour sa facilité de codage, son interface en français et son coût accessible (20).

Aucune triangulation des données n'a été effectuée pour cette étude, l'ensemble des résultats a été confrontés aux résultats d'études traitant des mêmes sujets.

2. Rédaction :

Des citations ont été utilisées pour illustrer les thèmes présentés dans les résultats selon la qualité des échanges. Ces citations ont été identifiées par le numéro de la participante et la structure de recrutement quand cela pouvait s'avérer utile.

3. Ethique :

Cette étude a été effectuée en conformité avec la méthodologie MR004 de la CNIL relative au traitement de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. L'évaluation de la conformité a été effectuée auprès du département de recherche clinique de l'hôpital Avicenne et validé le 28 mai 2020. Le projet a été soumis au Comité d'Evaluation Ethique de l'INSERM et a reçu un avis favorable de celui-ci le 15 septembre 2020 (avis n°20-707, IRB00003888).

RÉSULTATS

I. Généralités

1. Données sur le recrutement et les entretiens :

16 participantes ont été recrutées entre septembre 2020 et septembre 2021 : cinq au sein du PSS, six au sein du centre d'IVG de l'hôpital Avicenne et cinq au sein des CMS de la ville de Pantin. Une patiente du centre d'IVG a été perdue de vue (non joignable au numéro communiqué), 15 entretiens ont donc été effectués. Les participantes ont été recrutées par au moins un médecin par structure, dont un médecin remplaçant et deux internes en médecine générale au sein des CMS. La sélection des participantes se faisait sur les critères d'inclusion, puis leurs contacts téléphoniques nous étaient communiqués avec leurs prénoms pour une première prise de contact. 13 entretiens ont été effectués au téléphone sur demande des participantes ou par respect des restrictions sanitaires, deux entretiens ont été effectués en face à face dans les CMS Ténine et Sainte Marguerite et un entretien téléphonique a été effectué avec l'assistance téléphonique d'un service d'interprétariat pour une interprétation en anglais (participante originaire du Nigéria). Une participante recrutée au CMS Ténine a été exclue suite à son entretien. Bien qu'aucun critère de sélection ne portant sur la durée de vie en France n'ait été prévu initialement, cette participante ayant vécu 39 ans en France, naturalisée depuis plusieurs dizaines d'années, présentait un profil d'état de santé et des caractéristiques se rapprochant de la population générale. Un refus a été recensé au CMS Sainte Marguerite : il s'agissait d'une femme arrivée « récemment » et ayant certaines craintes vis-à-vis de l'irrégularité de son séjour.

Les entretiens ont duré entre 30 et 65 minutes, la durée moyenne étant de 44 minutes et la médiane de 43,5 minutes. Les entretiens ont été classés par ordre chronologique de réalisation, P1 étant la première participante et P14 la dernière.

2. Caractéristiques des participantes

Les caractéristiques des participantes sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous. Sur 14 participantes, dix ont évoqué des violences vécues dans les descriptions de leur parcours de soin, de la perception de leur santé et/ou de leur vécu du confinement. Il s'agissait pour la plupart de violences de genre vécues dans le pays d'origine, sur le trajet migratoire ou en France. Les participantes étaient âgées de 21 à 43 ans (âge moyen 30 ans et médiane à 30,5 ans) et étaient majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne. Les trajets migratoires étaient variables, certaines participantes avaient eu la possibilité de venir directement en France, d'autres décrivaient des trajets très longs et complexes pouvant aller jusqu'à trois ans de voyage et cinq pays traversés. Deux types de trajectoires se dessinaient pour les voyages les plus longs : une passant par le Nigéria, le Niger, la Libye et l'Italie et l'autre par l'Algérie, le Maroc et l'Espagne. Le niveau d'étude et de diplôme des participantes était également variable mais la majorité n'avait pas achevé le secondaire. Une participante avait un niveau baccalauréat et une autre un niveau licence. Quatre participantes avaient au moment des entretiens un emploi, dissimulé pour trois d'entre elles et en tant que bénévole pour la dernière.

	Âge	Pays d'origine	Nombre de pays traversés pendant le voyage migratoire	Durée voyage migratoire	Temps passé en France jusqu'à l'entretien	Lieu de vie	Emploi	Niveau scolaire	Nombre d'enfants	Statut marital	Types de violences évoqués	Titre de séjour	Mode d'entretien	Durée de l'entretien (min)	Structure de recrutement
P1	25	Côte d'ivoire	4	> 2ans	6 mois-1 an	Hébergement par une amie	Aucun	Pas scolarisée	2	Partenaire	Violences sexuelles	Demande d'asile en cours	Téléphonique	42	Centre d'IVG
P2	23	Madagascar	Aucun	/	6 mois-1 an	Appartement	Aucun	1 ère		Mariée	Violences sexuelles	Aucun	Téléphonique	30	Centre d'IVG
P3	34	Guinée	Aucun	/	10-15 ans	Appartement	Aucun	Licence	1	Partenaire	MGF	Aucun	Téléphonique	65	PSS Bichat
P4	32	Sénégal	Aucun	/	1-5 ans	Appartement	Auxiliaire socio-éducative en intérim	3 -ème		Célibataire	/	Aucun	Téléphonique	31	PSS Avicenne
P5	29	Côte d'ivoire	5	9 mois	6 mois-1 an	Hébergement en foyer	Aucun	CM2		Partenaire	MGF/ Exploitation	Demande d'asile en cours	Téléphonique	40	PSS Avicenne
P6	21	Guinée	4	10 mois	1-5 ans	Hébergement Samu social	Bénévolat au restau du cœur	6 -ème	1	Partenaire	/	Aucun/ OQTF	Téléphonique	39	PSS Avicenne
P7	34	Cameroun	5	1 an	10-15 ans	Appartement	Aucun	Terminale/BAC	4	Célibataire	Violences conjugales	Titre de 10 ans	Téléphonique	54	Centre d'IVG
P8	26	Côte d'ivoire	3	1 an et demi	6 mois-1an	Appartement	Aucun	3 -ème		Partenaire	Violences physiques intrafamiliales	Demande d'asile en cours	Téléphonique	37	CMS Sainte Marguerite
P9	43	Côte d'ivoire	Aucun	/	1-5 ans	Hébergement en foyer	Agent d'entretien	5 -ème	3	Célibataire	MGF/ Exploitation/ Rapports sous contraintes	Aucun	Face à face	46	CMS Ténine
P10	27	Nigéria	3	3 mois	1-5 ans	Hébergement Samu social	Aucun	CM2		Célibataire	/	Demande d'asile en cours	Téléphonique interprété	50	PSS Bichat
P11	35	Côte d'ivoire	3	?	1-5 ans	Hébergement Samu social	Aucun	Pas scolarisée	1	Célibataire	/	Aucun	Téléphonique	34	Centre d'IVG
P12	32	Cameroun	5	2 ans	1-5 ans	Logement associatif	Aide à la personne	6 -ème	1	Célibataire	Violences conjugales/ mariage forcé/torture	Titre de 10 ans	Téléphonique	49	Centre d'IVG
P13	27	Cameroun	4	3 ans	1-5 ans	Logement associatif	Aucun	CM2	2	Partenaire	Violences sexuelles	Réfugiée	Face à face	59	CMS Cornet
P14	32	Nigéria/ Gabon	Aucun	/	1-5 ans	Hébergement Samu social	Aucun	Pas scolarisée	1	Célibataire	Rapports sous contraintes	Aucun	Téléphonique	37	CMS Cornet

Tableau 1. Caractéristiques des participantes

II. Parcours de soins

1. Généralités

	Médecin généraliste	Médecin traitant	Régularité suivi MG	Spécialistes consultés régulièrement	Couverture sociale	Durée suivi MG	Parcours de vie pris en compte en médecine G	Structure de recrutement	Durée suivi en structure
P1	X		Oui	Gynécologue infectiologue ?	CMU	1 an	Oui	CIVG	1 cs
P2					Aucune			CIVG	1 cs
P3	X	MG	Oui	Gynécologue ophtalmologue	AME	10 ans	Oui	PSS BICHAT	9 mois
P4	X	MG	Oui	Gynécologue	CMU	3 ans	Oui	PSS AVICENNE	2 ans
P5					CMU			PSS AVICENNE	7 mois
P6	X	MG	Non		CMU	3 ans	Non	PSS AVICENNE	6 mois
P7	X		Oui		CMU	5 ans	Non	CIVG	2 cs
P8					CMU		Oui	CMS SM	2 cs
P9	X	MG	Oui		AME	1 an	Oui	CMS TENINE	4 mois
P10					CMU		Oui	PSS BICHAT	7 mois
P11	X		Non		CMU	1 an	Oui (médecin urgentiste)	CIVG	1 cs
P12					Sécurité sociale			CIVG	1 cs
P13	X		Oui	Gynécologue Dermatologue	CMU	6 mois	Non (pour 1 ^{er} MG)	CMS CORNET	6 mois
P14	X	MG	Non	Gynécologue	AME	3 ans	OUI	CMS Cornet	5 mois

MG médecin généraliste

Tableau 2. Eléments du parcours de soins des participantes

Sur l'ensemble des participantes interrogées, neuf déclaraient avoir un médecin généraliste dont six avec un suivi qualifié de régulier. Sur cinq participantes ayant un médecin traitant, deux déclaraient ne pas le voir régulièrement, l'une d'elles, parce qu'elle prenait en priorité ses rendez-vous à l'hôpital (participante suivie au PSS). Certaines participantes suivies au PSS mentionnaient moins faire appel à leur médecin généraliste depuis qu'elles sont suivies à l'hôpital : *« je le vois que si je n'ai pas de rendez-vous à l'hôpital Avicenne vu qu'eux ils ont tout, donc actuellement je ne prends pas souvent de rendez-vous, ça fait un bon moment déjà que je n'ai pas pris de rendez-vous avec mon médecin traitant. » (P6).*

Les durées de suivi en médecine générale variaient de six mois à dix ans. Parmi les autres spécialistes, les femmes interrogées avaient davantage recours au gynécologue de façon régulière. L'ophtalmologie et la dermatologie étaient également évoqués à moindre fréquence.

Les participantes ayant un suivi médical se disaient majoritairement satisfaites et ne mentionnaient pas de difficulté quant à celui-ci.

« Oui ça se passe bien, mes consultations se passent bien, je viens ils me consultent après moi je leurs dis ce que j'ai et ils me prescrivent des analyses de sang, je les fais après je leurs ramène. » (P4)

« Non pour le moment je n'ai pas rencontré de difficultés. » (P6)

L'absence de suivi médical était justifiée pour certaines par l'absence de besoin ressenti. Ces participantes évoquaient plutôt des consultations ponctuelles dans les hôpitaux, « aux urgences » et ne savaient pas toujours avec quels professionnels de santé elles étaient en contact. Elles avaient en commun d'être relativement isolées d'un point de vue familial, célibataires et sans diplômes.

« Euh...non, parce que ...c'est quand j'ai un souci que je vais à l'hôpital mais pour le moment depuis 3 ans, depuis que je suis arrivée en France non [...] je n'ai pas de problème de santé » (P12)

« Je n'ai pas de médecin traitant, quand j'ai un truc je vais à l'hôpital [...] Je vais dans une clinique tout près au Bourget à côté de chez moi..., je ne sais pas si c'est des généralistes, ce n'est pas toujours le même » (P11)

Les démarches administratives pour l'ouverture de droits à une couverture sociale pouvaient à moyen terme être un obstacle au suivi médical, la précarité économique se présentait comme un élément aggravant.

« Oui j'ai eu des difficultés au départ pour trouver un médecin [...], tu viens ici on te dit non il faut aller là-bas, on te fait des bouts de papiers, du coup à un moment donné moi je trouvais ça difficile je voulais abandonner... [...] Pour trouver un médecin vraiment pour moi c'était tellement difficile..., le fait déjà que je n'avais pas la sécurité sociale [...], parce que beaucoup de gens me disaient « non il faut une couverture médicale etc... », j'avais pas de sous pour me faire traiter. » (P13)

2. Le suivi en médecine générale.

Les participantes suivies en médecine générale n'évoquaient pas d'insatisfaction concernant le déroulement de leurs consultations. Une participante a mentionné avoir changé de médecin car elle ne se sentait pas écoutée : *« Avant j'étais à Marcadet mais il (le médecin généraliste) ne prenait pas vraiment soin de moi donc j'ai dû, changer [...]il est pressé, il n'écoute pas toujours » (P14)*

Différents rôles attribués au généraliste et certaines caractéristiques de la consultation justifiaient la satisfaction des participantes. Le médecin généraliste était présenté avant tout comme un professionnel de santé qui soigne dans un contexte de maladie, qui prescrit des traitements et des examens.

« Je vois souvent le médecin généraliste mais quand je suis malade, quand je ne vais pas bien » (P7)

« Oui ça se passe bien, mes consultations se passent bien, je viens ils me consultent après moi je leurs dis ce que j'ai et ils me prescrivent des analyses de sang, je les fais, après je leurs ramène. » (P4)

Le médecin généraliste était également vu comme un conseiller en matière de santé. Les participantes ayant des comorbidités mettaient davantage en avant l'importance de ses recommandations et la confiance qu'elles plaçaient dans l'échange lors des consultations.

« Oui, ça se passe bien, on m'accueille bien et puis on me parle et tout, comment faire et comment ne pas faire. » (P1)

« Très souvent quand j'ai mal je doute, mais mon médecin traitant m'avait conseillé de ne pas faire tout le temps la radio parce que ça pouvait diminuer l'espérance de vie, donc de ne pas tout le temps faire [...] Le fait d'avoir pas mal de problèmes de santé, du coup il me conseillait même d'avoir des activités qui me feront oublier tout ça, voilà, pour pouvoir aller de l'avant. » (P3)

Le rôle de coordinateur des soins était parfois mis en avant par certaines participantes. Il apportait par ailleurs une orientation bénéfique vers des structures d'aide.

« La fois passée il m'a parlé des restau du cœur, parce que à chaque fois il me demande comment je suis, comment je vis, les avancements donc moi je lui parle, il me dit « ça avance mais il faut avoir le courage, il faut aller demander là, là, là ». » (P4)

« J'ai eu pas mal de problèmes de santé, j'avais des problèmes au niveau du ventre donc du coup lui il pouvait m'orienter vers un spécialiste d'appareil digestif, un gastro-entérologue pour voir si j'avais pas de problème tout ça » (P3)

Le soutien moral et psychologique apportés étaient particulièrement remarqué et valorisé.

« Souvent, quand il y a des rendez-vous ou quand j'ai envie de lui parler, je l'appelle et elle me donne un rendez-vous et je vais la voir. » (P1)

« Il essayait de me moraliser [remonter le moral]¹ pour pas que je prenne tout ça tout le temps dans ma tête parce que ça peut jouer psychologiquement aussi. » (P3)

Le cadre de la consultation et l'attitude du généraliste avait une grande importance. Le bon déroulement des consultations était associé à un accueil bien vécu, à la possibilité d'avoir un médecin manifestant de l'empathie, étant à l'écoute, faisant de la consultation un lieu de libre expression.

« Vraiment moi je peux dire Dieu merci, vraiment les médecins que j'ai eu à rencontrer ils ont été magnifiques, parfaits, je suis vraiment, je suis vraiment ...ils sont là ils ont été à l'écoute, ils m'écoutaient, ils me moralisaient, on m'expliquait vraiment très bien les choses. » (P3)

« Quand on me pose la question si j'ai envie de parler je lui parle et si j'ai pas envie de parler aussi, je dis « non pour le moment je ne veux pas parler de ça ». » (P1)

Les descriptions faites du médecin généraliste mettaient en avant une diversité de rôle et fonction permettant une approche globale de la santé. Au-delà du rôle de prescripteur et de référent dans un contexte pathologique, il avait la possibilité d'apporter un soutien psychologique, de coordonner les soins, de conseiller et d'orienter. Plus qu'une simple qualité, être à l'écoute était un rôle à part entière non négligeable dans la mesure où ne pas se sentir écouté pouvait motiver un changement de médecin.

3. La prise en compte du parcours de vie par les médecins généralistes.

La prise en compte du parcours de vie par les médecins généralistes n'avait pas la même interprétation d'une participante à l'autre. Certaines participantes considéraient que leur médecin avait pris en compte leur parcours de vie parce qu'il avait tenu compte de leur histoire médicale ou les avait orientées et conseillées en tenant compte de leurs difficultés. Le plus souvent, elles considéraient qu'il avait pris en compte leur parcours de vie lorsqu'ils avaient évoqué en consultation les étapes de vie marquantes comme le voyage migratoire ou des violences vécues.

¹ Interprétation de l'enquêtrice

« Oui oui, il a vraiment tenu compte de ça (du parcours de vie), c'est pour cela à chaque fois que je faisais de examens, il insistait à ce que je lui rapporte tous les résultats, pour qu'il puisse mettre sur son ordinateur dans mon dossier, il s'inquiétait vraiment, il tenait bien compte de ça, parce qu'il m'expliquait les risques » (P3)

« Dr J. m'a demandé si souvent je fais des cauchemars à cause de ce qui s'est passé avec mon père, j'ai dit que oui souvent ça me vient en tête et elle m'avait même donné une enveloppe pour aller à la maison des femmes » (P8)

Au contraire, certaines participantes estimaient que leur parcours de vie n'avait pas été pris en compte et le regrettaient. De leur côté, elles n'osaient pas évoquer le sujet pour diverses raisons telles que la peur de déranger, la crainte d'importuner le médecin ou par pudeur.

« Euh...non au départ, les premiers médecins (généralistes) que j'ai vus n'ont pas tenu compte, ils me posaient des questions vaguement, ils ne voulaient pas rentrer trop dans la profondeur de ce que j'ai vécu, [...] si quelqu'un n'aborde pas un sujet avec moi je reste telle que je suis, je me dis qu'aborder le sujet ça va le déranger, c'est pourquoi j'en ai pas parlé » (P13)

« C'est vrai qu'ils ne m'ont même pas posé de questions, tout au début ils n'ont pas cherché à savoir mon parcours, bon y'en a qui demande « vous êtes là pourquoi ? » mais ils ne demandent pas ça, ils ne posent pas de questions alors que peut être en posant des questions par rapport au parcours ils peuvent découvrir autre chose ..., [...] si on ne nous pose pas de questions on ne va pas parler ...c'est clair... Nous on ne peut pas être trop bavard parce qu'ils ont un timing, ils vont dire « il y a des gens qui attendent derrière » (P7)

Dans la prise en compte du parcours de vie, l'histoire médicale semblait être déterminante pour les participantes ayant des comorbidités impactant le quotidien, et les étapes du voyages migratoire et/ou les violences vécues pour des participantes plus jeunes ayant eu un trajet long et complexe.

4. Suivi dans les structures de recrutement.

Nous retrouvons dans le discours des participantes certaines similitudes concernant le bon déroulement des consultations dans les trois types de structures. Il était aussi souvent mis en relation avec un cadre accueillant, un soignant respectueux, à l'écoute et faisant preuve d'empathie.

« Ça s'est très bien passé, ils m'ont bien reçu, non j'ai...il n'y a rien à dire, ils étaient tous à l'écoute ça s'est bien passé. C'était important car l'avortement c'est pas bien vu chez nous donc du coup je pensais qu'il y aurait des pressions, qu'on va me parler mal, mais non c'était tout à fait le contraire. » (P2, centre d'IVG)

« C'est l'accueil qui me marque le plus parce qu'on vient vers le médecin désespérée, et quand le médecin vous accueille d'une manière, vous oubliez votre mal... voilà, c'est l'accueil d'abord. » (P9, CMS)

La dimension informative et éducative des soins pouvait être valorisée, il était important d'avoir des interlocuteurs apportant des réponses. A cela s'ajoutait une dimension préventive, pouvant amener une volonté de partage des connaissances, notamment chez des participantes ayant un niveau d'étude plus élevé (baccalauréat et licence) et vivant depuis plusieurs années en France.

« Depuis que je suis suivie à Bichat on m'a expliqué pas mal de choses, j'ai vraiment compris, j'ai rencontré les différents services qui s'occupent de ça (des MGF), vraiment ils ont été ouverts à moi, [...], j'ai su pas mal

de choses que je ne savais pas [...] Ils sont à l'écoute, ils prennent leur temps, tu poses des questions on te répond, oui ! [...] Dans mon entourage aussi y' a des gens qui ne savent rien de tout ça là, tout ce que j'ai su de ceux que j'ai rencontré, ce qu'on m'a expliqué, moi aussi j'explique à certaines personnes pour leur donner le courage, pour se reconstruire plus tard. Après mon explication même eux ils se disent « vraiment on nous a causé du tort ». (P3, PSS)

« Elle m'a donné un site pour mesurer la gravité du danger quand on est dans un couple où ça commence déjà à être violent, elle m'a donné des trucs à lire aussi [...] ça fait prendre conscience, réaliser à quel point il y a des choses qu'on banalise, qu'on néglige [...] Ça s'est bien passé, on a échangé avec le médecin Mme M. c'est elle, elle est vraiment très gentille, ça ne lui dérange pas de répéter et d'expliquer » (P7, centre d'IVG)

Le suivi au sein des CMS et du PSS était associé à des descriptions valorisant les soins globaux, particulièrement le suivi médical et le soutien moral et psychologique.

« Quand je demande des médicaments elle n'hésite pas à me prescrire, en tout cas tout se passe très bien [...] Quand j'ai un contrôle je fais un contrôle de glycémie d'abord, quand c'est pas bon elle me redonne encore un autre rendez-vous peut être dans un mois, 3 semaines, 2 semaines pour un contrôle encore de glycémie, parce que ces temps-ci ...c'est trop monté, ça m'a beaucoup fatigué. » (P9, CMS)

« Si aujourd'hui tu vois que je ris, je souris, je fais tout c'est grâce à hôpital Avicenne, parce que y' a un moment même j'avais tenté de me suicider...ouai, c'était avant...la première fois quand j'ai quitté là-bas avant qu'ils me transfèrent en hôpital du jour ...je suis venue...ça n'allait pas trop, donc mon compagnon a appelé la dame qui m'a suivie, elle a dit que ok elle va prendre rendez-vous à l'hôpital du jour, et là-bas y'a la psychologue tout donc du coup quand je suis venue elle a parlé avec moi» (P5, PSS)

Certaines évoquaient un climat de confiance favorisant le partage et le sentiment de liberté d'expression.

« Vu qu'elle te pose plein de questions du coup tu extériorises un peu tout ce que tu as. C'est pas juste un entretien de santé c'est un peu plus [...] Là je me sens plus libre parce que je sais que quand ça ne va pas j'ai une personne à qui parler [...] quand on a un truc qu'on arrive pas à ressortir avec d'autres personnes et que tu as un professionnel de santé avec qui tu peux parler et tu sais que c'est confidentiel, ça permet d'être plutôt libre » (P6, PSS)

« Ça s'est bien passé, j'ai ressenti que c'est une personne à qui je peux me confier, et tout ce que je ressentais je pouvais lui dire » (P8, CMS)

La pluridisciplinarité et l'accompagnement social étaient des avantages décrits plus volontiers par les participantes suivies au PSS.

« Toute la journée j'étais avec les médecins, ils ont fait des prises de sang, j'ai parlé à la psychologue, j'ai parlé avec une autre aussi, A.V. la sexologue, elle aussi elle a parlé avec moi. » (P5, PSS)

« Après eux c'est Dr M. qui m'a suivi qui m'a aidé à avoir un titre de séjour, donc après Dr D. est partie elle m'a donné Dr T, ils m'ont beaucoup aidé franchement, je n'ai pas d'assistante sociale, c'est eux qui viennent en aide à chaque fois. » (P4 PSS)

Certaines spécificités ressortaient dans les descriptions des trois types de structures. Le centre d'IVG permettait des consultations ponctuelles, apportant une réponse à une demande spécifique. Des réponses à

certaines questions d'ordre gynécologiques et préventives pouvaient être apportées également. Les CMS offraient un suivi médical et psychologique évoluant dans le temps avec une relation médecin-patiente davantage visible. Le PSS permettait l'intervention de plusieurs professionnels de santé en un même lieu, répondant chacun à une demande spécifique. Ils étaient parfaitement identifiés par les participantes qui avaient une bonne compréhension du travail effectué avec eux pour leur santé.

5. Violences évoquées dans le parcours de soins

Certaines violences vécues ont été mentionnées dans les descriptions de parcours de soins. Pour certaines participantes les conséquences de ces violences les avaient amenées à consulter un médecin généraliste à des fins diagnostiques ou encore pour effectuer un certificat descriptif en vue d'une demande d'asile.

« J'ai été violée en plein dans mon parcours d'immigration et quand je suis arrivée j'avais des démangeaisons au niveau du bassin et au niveau du vagin, du coup ça persistait, je m'inquiétais ça m'a beaucoup dérangée » (P13)

« Le médecin a essayé de voir d'après les cicatrices..., c'est quand j'étais en procédure pour la demande d'asile, je suis allée voir un généraliste et il a affirmé que j'ai reçu les coups, et j'avais à ce moment-là les photos, beaucoup de photos, des « bastonnades » lors de ma vie conjugale. » (P12)

Une participante a évoqué une situation de harcèlement sexuel de la part d'un médecin généraliste², situation l'ayant amené à changer de médecin.

« Oui, déjà j'avais un médecin généraliste, mais du coup il ne m'intéressait plus trop j'ai annulé. Parce que quand j'allais le voir il me disait... « tu es jolie..., j'aime voir ton ventre », du coup ça ne m'intéressait plus, j'ai préféré annuler. Quand j'avais un souci et que j'allais le voir malgré qu'il m'aidait il aimait toujours me dire « tu es jolie, j'aime ton corps » ...du coup j'ai annulé, je ne parlais plus là-bas à Marcadet. » (P13)

Les violences étaient aussi évoquées dans les descriptions des soins, pour expliquer les motifs du suivi, dans le PSS notamment.

« Oui actuellement je suis à Bichat, c'est parce que j'ai subi une mutilation sexuelle féminine, donc du coup je suis suivi là-bas, plus tard je compte peut-être faire une reconstruction » (P3)

Ces participantes vivaient positivement le fait que les violences vécues aient été abordées et pris en compte par leurs médecins, cela pouvait apporter une réponse à un besoin d'ordre médical ou administratif. Une satisfaction se retrouvait également dans la reconnaissance des épreuves et difficultés vécues. Une participante comparait ainsi un parcours de soins difficile en Espagne dans un contexte de grossesse suite à des violences sexuelles sur son trajet en provenance de Côte d'Ivoire, et des soins mieux adaptés ayant permis un diagnostic d'infection au VIH le jour de son arrivée en France : *« l'Espagne ça m'a beaucoup touché parce que vu qu'on m'a envoyé à l'hôpital ils m'ont pas dit « ah tu as une maladie » ni rien » (P1).*

² Après accord de la participante, l'information a fait l'objet d'un échange avec les médecins qui la suivent au CMS en vue d'un potentiel signalement.

III. Santé perçue

1. Tendances générales

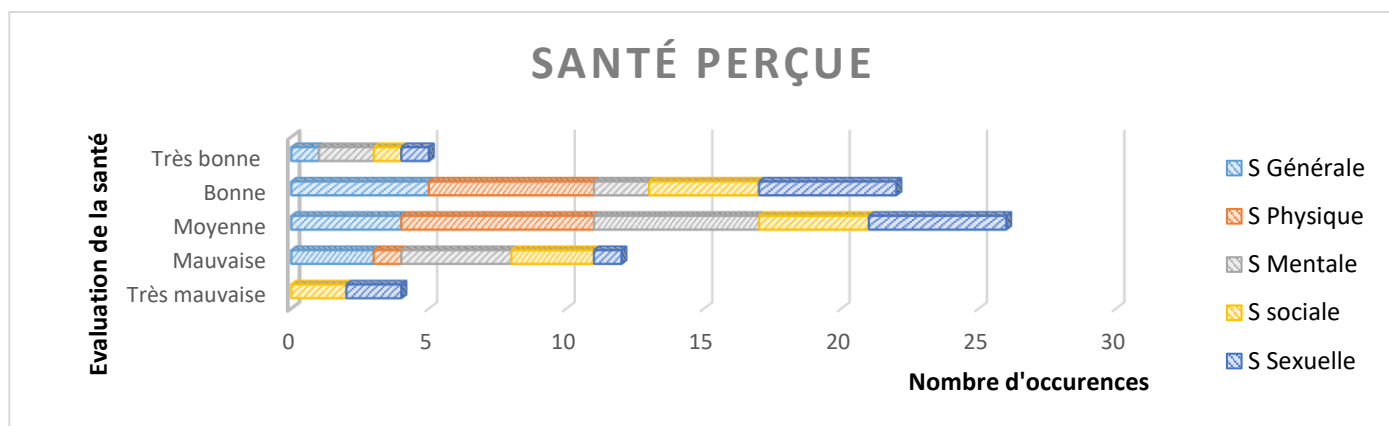


Diagramme 1. Santé perçue

Concernant la santé générale, mentale, sociale³ et sexuelle, nous observons la prédominance d'une altération de la santé perçue (évaluée comme « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise »). La santé physique semblait globalement moins altérée avec des perceptions essentiellement de santé « bonne » et « moyenne ». (Annexe 4 et diagramme 1).

2. Santé générale

a) Des perceptions liées à des éléments biomédicaux et somatiques.

La perception d'une altération de la santé générale pouvait être justifiée par l'existence de comorbidités et/ou de bilans médicaux relevant parfois des anomalies. Il ne s'agissait pas uniquement de pathologies chroniques mais également de pathologies bénignes parfois récidivantes.

« Moyen, parce que là je souffre du dos, donc j'ai été voir le médecin traitant : il m'a prescrit une IRM, je l'ai fait, il m'a prescrit aussi des séances de kiné mais pour avoir des rendez-vous kiné c'est un peu difficile » (P4)

« Il n'est pas bon, il est mauvais, parce que les derniers examens vraiment c'était pas favorable...c'était pas bon, le taux était monté jusqu'à presque trois pour le diabète. » (P9)

La peur d'une décompensation ou d'une aggravation des comorbidités était un facteur de mauvaise santé perçue pour une participante vivant depuis plus de dix en France et ayant un niveau d'étude élevé.

« Vous savez pourquoi moi je dis « c'est mauvais » ? parce que même dans ma tête je vais avoir peur, j'ai la peur que ça dégénère un jour, que ça s'empire. Même si j'ai le suivi j'ai peur dans ma tête que ça fasse des dégâts un jour, du coup c'est pour ça que je dis « mauvais » » (P3)

³ Dimension sociale de la santé dont les déterminants sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (23)

La perception d'une bonne santé générale pouvait quant à elle être justifiée par la bonne prise des traitements, des bilans rassurants, ou encore la stabilité de comorbidités, voir tout simplement par l'absence de maladie. Ces perceptions concernaient des participantes plutôt jeunes (ayant entre 25 et 32 ans), ayant en commun un trajet migratoire long et complexe durant lequel des violences avaient été vécues.

« En tout cas quand je vais à l'hôpital et qu'on me fait les prises de sang on me dit que je prends bien mes traitements et donc ça va, que je continue à prendre mes traitements, les prises de sang sont bonnes ». (P1).

« Moi je trouve que ma santé elle est bonne, parce qu'à chaque fois je fais des bilans de santé et des soins, des frottis, et quand je le fais on ne trouve rien donc je trouve que ma santé elle est bonne. » (P13)

b) Des perceptions mises en rapport avec les conditions de vie.

Une participante décrivait une amélioration de sa santé générale suite à l'attribution d'un nouveau logement, mieux adapté à la vie qu'elle menait avec ses quatre enfants.

« Maintenant plutôt bon parce qu'avant, ma santé psychologique, je vivais dans un 2 pièces avec mes 4 enfants où je suis le père et la mère, vraiment c'était dur, mais là Dieu merci on m'a proposé déjà un relogement donc c'est bon déjà, sinon si on me posait cette question il y a 1 mois ou 2 c'était pas bon... ouais c'était pas bon. » (P7).

c) Des perceptions dépendantes de l'isolement social

L'existence d'un entourage pouvait être considéré comme favorable et avoir un impact positif. La rupture avec la famille et le pays d'origine pouvait être décrit comme un facteur de dégradation de la santé générale, notamment chez des participantes jeunes ayant immigré récemment (il y a moins d'un an).

« Moyen, parce que déjà pour moi c'est la première fois que je quitte mon pays et c'est en rapport avec le fait que je viens d'arriver et pour moi tout est nouveau... tout est nouveau ! tout est nouveau pour moi ici ! donc là pour moi y'a le stress et tout ce qui va avec, c'est pour ça. » (P2)

« Moyen, quand je suis entourée de gens ça me plaît, je reste toujours avec des gens en fait. » (P5)

3. Santé physique

a) Des perceptions déterminées par la douleur

L'existence de douleurs pouvait influencer la santé physique et le fait de pouvoir contrôler cette douleur avait par ailleurs un effet bénéfique. Une participante évoquait ainsi des séquelles de violences physiques.

« Bon, parce que les douleurs que je sentais avant, maintenant je n'en ai plus. » (P4)

« Quand on ne dort pas bien, le corps tu as toujours mal par ci, mal par-là donc on fait avec. Mais je dirai quand même que c'est moyen. » (P6).

« Elle est moyenne, on m'avait frappé à la dent j'ai des douleurs depuis. » (P12)

b) Des perceptions associées à des états pathologiques.

La perception d'une mauvaise santé physique pouvait être la conséquence de maux aigus et bénins, il pouvait s'agir également de symptômes gênants ou encore d'effets secondaires à un traitement mal toléré pour une participante.

« Moyen, parce que je trouve qu'ici je tombe tout le temps malade, voilà j'ai mal à la tête, c'est quelque chose comme ça, à l'estomac...j'suis tout le temps malade. » (P2)

« Moyenne, parce qu'il y a trop de soucis, souvent les médicaments qu'elle (le médecin généraliste) me donne ça me fatigue un peu le ventre, ça me donne les ballonnements, et j'ai demandé qu'on change, elle m'a dit que pour le moment on ne pouvait pas changer et elle m'a proposé d'autres traitements » (P9)

Ces participantes avaient en commun la description de violences sexuelles ou de MGF à des âges jeunes (enfance et adolescence) dans leur pays d'origine.

c) Des perceptions impactées par l'hygiène de vie.

La perception d'une bonne santé physique ou d'une amélioration de celle-ci pouvait être justifiée par une activité physique et par une alimentation jugée adaptée, ainsi le mode de vie jouait un rôle non négligeable.

« Depuis que j'ai commencé à faire du yoga avec Dr C. ça va, le yoga a changé beaucoup de choses, tout mon corps me faisait mal, mais quand j'ai commencé à faire du yoga je sens que ça me relaxe. » (P5)

« Je peux dire qu'elle est bonne parce que je marche beaucoup, j'essaie aussi de boire de l'eau, de manger équilibré comme tout le monde... » (P7)

Ces participantes étaient majoritairement célibataires avec ou sans enfant, sans antécédent de violence.

4. Santé mentale

a) Des perceptions biomédicales

La perception d'une bonne santé mentale était associée pour une participante à l'absence de troubles et à un fonctionnement psychique vécu comme normal.

« Ça c'est bon, parce que bon... je ne fais pas de dépression, je comprends, je cause. Je pense que c'est bon. » (P9).

b) Des perceptions impactées par les préoccupations et les conditions de vie.

Une altération de la santé mentale pouvait être expliquée par diverses préoccupations et craintes. Les thèmes récurrents concernaient la précarité administrative, la recherche d'emploi ou encore « la maladie » pour une participante ayant une séropositivité au VIH.

« C'est moyen... je pense toujours à la maladie. [...] Le nom de la maladie même ça fait peur donc j'ai peur, je trouve ça mauvais parce que c'est pas une bonne maladie. » (P1)

« C'est moyen, ...Bon, des fois je suis dégoutée de la vie, je ne me sens pas bien, je n'ai pas envie de faire quelque chose, mais des fois il y a une voix qui me dit « il faut te lever, faut faire, faut faire ça ». Ici c'est pas facile quand tu n'as pas de travail, j'étais chez une de mes cousines quand elle m'a mis à la porte, donc j'étais

là ça m'a choqué et puis après j'ai commencé à appeler le 115, 115, 115, du coup il y a un moment je voulais lâcher, je voulais rentrer chez moi-même. » (P11)

Par opposition, l'amélioration des conditions de vie avait un impact favorable pour une participante.

« Elle est moyenne parce qu'on m'a relogé déjà, sinon elle était pas bonne » (P7)

Les troubles du sommeil étaient souvent évoqués. Il s'agissait essentiellement d'insomnies et de cauchemars secondaires à des traumatismes.

« Ça c'est pas bon, c'est mauvais ..., parce que souvent je fais des cauchemars sur ça et ça me vient en tête... le truc qui s'est passé avec mon père. » (P8)

« Je dirai aussi moyenne ...parce que je vis en ce moment des choses auxquelles je ne m'attendais pas, j'ai fui d'autres problèmes pour venir rencontrer d'autres problèmes, ça joue beaucoup parce que parfois je n'arrive pas à dormir je peux faire des nuits blanches et après je me retrouve fatiguée, je réfléchis beaucoup, donc ça, ça joue beaucoup dans ma santé mentale » (P6)

Ces participantes originaires d'Afrique de l'Ouest avaient en commun un parcours migratoire difficile avec un trajet long et complexe.

c) Des perceptions impactées par les interactions sociales et l'entourage

Avoir un soutien familial, des ami.es ou encore fréquenter des milieux dans lesquels il était possible de côtoyer d'autres personnes permettait d'oublier et de ne pas penser aux difficultés, et d'occulter les souffrances, cela avait un effet bénéfique sur la santé mentale

« Très bonne, parce que déjà je suis avec mon mari depuis 2 ans, la relation à distance a durée 2 ans on a eu du mal à se retrouver et je suis enfin venue, [...] il m'encourage, il est présent, il est là, et ça en fait...ça m'aide beaucoup » (P2).

« Moyenne, mais quand je suis à l'hôpital (au PSS) comme ça j'oublie tous mes soucis en fait, mais quand je suis seule ça revient. [...] Dans ma tête...quand je suis entourée de gens...ça me plaît, ... j'oublie tout en fait ! Mais souvent quand je suis seule je pense à ce que j'ai vécu, ça me rend triste » (P5).

La séparation avec la famille et les conditions dans lesquelles celle-ci s'était faite pouvait à l'inverse avoir une action délétère et être associée à la perception d'une mauvaise santé mentale.

« Mauvaise, parce que je pense beaucoup, je pense beaucoup à mon fils..., quand je pense à lui ça me fait couler les larmes, vu les conditions dans lesquelles je l'ai laissé là-bas. Et parfois quand je pense ainsi, je peux faire quelque chose que je vais regretter... Par moment je préfère quitter ce monde. » (P13)

Une participante justifiait la perception d'une excellente santé mentale par une vie en société convenable, une bonne intégration et un comportement exemplaire.

« Très bonne, parce que je pose toujours les bons actes et je réfléchis beaucoup, je cherche à m'intégrer et faire ce qui est bien pour la société, la société ne se plaint pas de moi, je cherche pas les problèmes, les gens se plaignent pas de moi, donc du coup je me dis que ma santé mentale est très bonne. » (P12)

5. Santé sociale

a) Des perceptions liées à la précarité administrative

Les difficultés dans les démarches administratives et dans le parcours de régularisation impactaient négativement la santé sociale.

« Ah ! Je peux dire que c'est très mauvais parce que je n'ai rien entamé encore, il n'y a rien pour le moment (comme démarche). J'ai été voir plusieurs associations, on me dit d'avoir des fiches de paie comme je me débrouille pour travailler, de faire 5 ans sur le territoire et d'avoir des fiches de paie à mon nom pour que je puisse avoir les papiers, un titre de séjour, voilà. C'est difficile ! Les gens ne veulent pas me déclarer au travail, on ne déclare pas...c'est difficile ...c'est difficile. L'assistante sociale m'a dirigée vers l'association, et quand je suis partie l'avocate c'est ce qu'elle m'a expliqué, elle a demandé si je travaille un peu, j'ai dit oui et elle a dit de faire 5 ans sur le territoire et d'avoir des fiches de paie à mon nom. » (P9)

Toutes les femmes interrogées ne manifestaient pas forcément de difficultés dans leur démarches : surmonter les obstacles administratifs avait un effet positif sur la perception de la santé sociale.

« Elle est très bonne, parce que moi quand j'ai un souci, je me guide (je vais) vers des gens qui connaissent mieux, je parviens à gérer ce qui est administratif toute seule, c'est pour ça. J'ai pas de problèmes de ce côté parce que si je suis bloquée, je vais trouver la solution. » (P13)

Cette participante était originaire du Cameroun, n'avait pas d'emploi et venait d'obtenir le statut de réfugiée. Les participantes évoquant davantage de difficultés étaient originaires d'Afrique de l'Ouest, avaient des emplois, et aucun titre de séjour. Les participantes originaires d'Afrique centrale semblaient avoir un statut administratif moins précaire que les participantes provenant d'Afrique de l'Ouest. Le diplôme ou le niveau d'étude ne semblait pas être un élément discriminant ici.

b) Des perceptions impactées par les conditions de vie

Les conditions de vie et particulièrement de logement pouvaient avoir un effet négatif sur la santé sociale pour les participantes vivant dans des logements précaires. L'impossibilité de travailler était un facteur aggravant.

« Ma santé sociale est très mauvaise, parce que d'abord le cadre où je vis, j'ai jamais eu ça de ma vie, mais depuis le 23 décembre que j'ai déménagé : chez moi tous les radiateurs sont en panne et je tousse toute la nuit jusqu'au matin » (P12)

« Maintenant au niveau du travail, avoir un peu d'argent pour faire ce que tu veux c'est un peu compliqué, comme tu n'as pas de papiers tu ne peux pas travailler où tu veux » (P11)

c) Des perceptions impactées par les relations sociales

L'entourage jouait également un rôle important. La possibilité d'avoir une famille présente, des ami.es, de pouvoir échanger avec des personnes dans divers milieux avait un effet bénéfique.

« Elle est bonne, moi j'ai de la chance, il y a mes sœurs qui sont là » (P7)

« C'est plutôt moyen parce que ici, en tous cas je suis entourée, je vais dans les associations, je n'aime pas rester seule, pour ne pas me rappeler donc je suis dans les associations, je vais là-bas, on rit, on cause » (P11)

« Sur le plan social ça va, quand je suis venue ici j'ai croisé 3 ami.es qui m'appellent pour me mettre sur la voie et pour voir comment je vais et tout... » (P8)

Ne pas être dans un échange social, ne pas « aller vers les autres » était reconnu par certaines participantes comme signe d'une mauvaise santé sociale, pour une participante il s'agissait des conséquences traumatiques de violences vécues.

« Pour m'approcher des gens ça me fait peur en fait, parce qu'au Maroc on nous a fait trop de mal » (P5)

6. Santé sexuelle

La majorité des participantes estimaient avoir une santé sexuelle « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise ». La santé sexuelle était davantage impactée par les violences vécues en comparaison à la santé générale. Les violences vécues étaient parfois nommées et explicitement mises en relation avec la santé sexuelle. Elles pouvaient également être implicitement évoquées ou, ne pas être évoquées et ne pas avoir d'impact décrit.

a) Des perceptions liées au bien être émotionnel, psychique et social en matière de sexualité

Le bien-être des participantes en matière de sexualité passait par différents éléments tels que la présence d'un.e partenaire, la possibilité de ressentir du plaisir, le respect de soi. Pour certaines participantes évoquant plus ou moins explicitement des violences vécues, il pouvait passer par l'abstinence et le fait de ne pas avoir de partenaire plutôt que d'avoir un.e partenaire maltraitant.e ou ne pouvant pas comprendre ce qu'elles ressentaient et avaient vécu.

« Moyen, parce que je ne vis pas avec mon copain, je vis seule, il vit en Suisse, quand je le vois non il n'y a pas de soucis pour ce qui est de la santé sexuelle. » (P4, PSS)

« Ça c'est bon..., parce que souvent ça fait du bien. » (P8, centre d'IVG)

« Ça, en ce moment je ne fais rien donc je ne peux rien dire, mais oui ça va. Je ne sais pas si je peux considérer comme bon le fait d'avoir subi des choses qui font que tu ne veux pas, tu ne veux vraiment pas être ...je ne sais pas ...[...] il faut vraiment avoir une personne qui comprend ce que tu as vécu et forcément tu ne pourras pas trouver cette personne, et si par exemple tu es avec quelqu'un et toi tu ne veux pas parce que tu te dis « avec tout ce que j'ai vécu je ne suis pas prête », ça complique beaucoup les choses. » (P6, PSS)

« Ça dépend de de la personne, moi c'est pas forcément faire l'amour, surtout si on ne me respecte pas ça ne sert à rien..., c'est mieux que je sois bien dans ma tête pour ma santé sexuelle avant de faire plaisir au partenaire... non non non, pour moi ma santé actuellement elle est bonne. » (P7, centre d'IVG)

b) Des perceptions liées à des facteurs biomédicaux et pathologiques

L'existence d'une pathologie ou anomalie de la sphère gynécologique et sexuelle pouvait avoir un impact sur la santé sexuelle.

« Pour le moment ça va, parce que la dernière fois je ne voyais pas mes menstruations pendant neuf mois, bon la gynécologue m'a donné un comprimé, quand j'ai commencé à prendre mes menstruations sont revenues. C'est bon ça va. » (P5)

« C'est pas très bon, je ne sais pas si c'est à cause des problèmes d'hystérocopie » (P14)

La perception d'une mauvaise santé sexuelle pouvait être mise en relation avec le vécu d'une infection au VIH au sein du couple.

« Lui (partenaire) il aime pas avec le préservatif, il dit que c'est pas bien, mais lui aussi il a peur, il faut pas que je le contamine, c'est moyen parce que lui aussi il a peur. » (P1)

c) L'impact des violences vécues

Le vécu de violences, notamment sexuelles avait une part importante pour plusieurs participantes. Certaines évoquaient des appréhensions et une véritable souffrance psychique lors des rapports intimes, la perception d'une mauvaise santé sexuelle était alors la conséquence de séquelles psychologiques.

« Ma première fois ça s'est vraiment mal passé ...on m'a violé et jusqu'à présent ça me pèse encore un peu, même des fois lors des relations avec mon mari j'ai encore ces images, la souffrance en tête et des fois ça me...y'a encore ce bug, j'ai mal. » (P2)

« Je n'aime pas la violence, je ne m'intéresse pas trop aux rapports sexuels et quand on me parle des rapports sexuels je me sens mal, je me mets à pleurer... Mon fils je l'ai eu suite à un viol et c'était trop dur pour moi, même pour qu'un homme soit avec moi j'ai des difficultés, je me dis que je suis en train de passer dans la violence, dans ma tête je me dis qu'on est en train de me violenter, et pour moi ...ça me fait beaucoup réfléchir. » (P13)

Les relations intimes pouvaient être associées aux conséquences physiques des violences vécues. Pour les participantes ayant subi des MGF il s'agissait de douleurs et d'impossibilité d'éprouver du plaisir.

« C'est mauvais, parce que...tu peux pas faire ta vie comme tu le souhaites, la satisfaction totale...parce que toujours c'est avec des douleurs, tu crains d'être infectée tout ça, des douleurs, tu as mal [...] je peux être prête, j'ai envie tout ça mais après c'est la douleur c'est ça mon problème, sinon on ne me force pas, je suis prête, le corps a envie mais après c'est la douleur. » (P3)

« Je peux dire que c'est mauvais..., la santé sexuelle c'est très mauvais... (silence, pleurs). A bas âge déjà, à 9 ans 10 ans j'ai été excisée, on m'a tout raclé donc ... (pause) excusez-moi (pleurs) ..., ça été difficile, une enfance difficile pour moi et quand je suis avec un homme...je ne ressens...rien, j'ai eu 3 enfants mais comme ça, pas de plaisir, rien ... C'est dans ma tête, je me dis que bon... je ne vais pas rester avec un homme parce que ça ne sert à rien » (P9)

Nous avons noté la part importante des violences et particulièrement des MGF et de leurs conséquences sur la santé sexuelle. D'autres types de violences sexuelles avaient également un retentissement émotionnel et psychologique négatif sur la santé sexuelle. Les participantes ayant vécu des violences jeunes et n'ayant pas d'accompagnement spécifique étaient les seules à avoir un regard pessimiste quant à l'évolution favorable de leur santé sexuelle évoquant les « séquelles » et les « cicatrices » qui ne peuvent pas partir. La possibilité

d'une reconstruction pour les participantes suivies au PSS ayant une MGF offrait des perspectives de « nouvelle vie » et de pouvoir oublier « tout ce qui s'est passé ».

Une consultation avec un psychologue a été proposée à chaque participante n'en n'ayant pas déjà rencontré. Aucune n'a accepté. La participante P9 a cependant accepté d'être mis en contact avec le PSS. La participante P15, exclue de l'étude a également été mise en contact avec un psychologue suite à son entretien.

7. Santé perçue et parcours de soins

La régularité et la durée du suivi en médecine générale ou dans une autre spécialité ne semblait pas être ici un élément discriminant dans la santé perçue (cf tableau 3 et Annexe 4). Nous avons pu noter que les participantes évoquant ne pas ressentir le besoin d'un suivi médical avaient une perception de santé générale « bonne » et « très bonne », mais malgré tout une altération de leur santé mentale et sociale mise en rapport avec leurs conditions de vie (statut administratif, difficultés liées à l'emploi et au logement).

IV. Période de confinement lié à la pandémie de COVID-19

1. Conditions de vie pendant le confinement

	Lieu de vie pendant le 1er confinement	Enfants à charge pendant le 1 ^{er} confinement	Moyen de communication	Santé perçue
P1	Hébergement en CADA	1	Internet	Stable
P2	Appartement	/	Internet et téléphone	Stable
P3	Appartement	1	Téléphone	Stable
P4	Appartement/colocation	/	Téléphone	Dégradée
P5	Appartement/ hébergement familiale	/	Téléphone	Dégradée
P6	Appartement /hébergement ami.es	/	Internet	Dégradée
P7	Appartement	4	Internet et téléphone	Stable
P8	/	/	/	/
P9	Appartement/ hébergement par connaissance	/	Internet	Dégradée
P10	Appartement /hébergement ami.es	/	Internet	Stable
P11	Appartement /hébergement ami.es	/	Internet	Stable
P12	Appartement /hébergement ami.es	/	Internet	Stable
P13	Appartement /hébergement ami.es	/	Internet	Dégradée
P 14	Appartement/hébergement par un inconnu puis en foyer	/	Internet	Dégradée

Tableau 3. Eléments du confinement des participantes

Durant le premier confinement la majorité des participantes étaient hébergées en foyer, en centre d'accueil, par de la famille ou des ami.es. Quatre participantes avaient un logement personnel, parmi elles deux vivaient en France depuis plus de dix ans, une venait de rejoindre un conjoint ayant la nationalité Française et la dernière avait un emploi juste avant le confinement. Internet était l'outil de communication le plus utilisé par la plupart des participantes probablement pour des raisons économiques, l'usage du Wifi étant moins onéreux. Une participante n'était pas encore en France durant cette période.

2. L'expérience du confinement.

Les participantes décrivaient des conditions de vie variables durant le premier confinement. Elles exprimaient différents sentiments dominant cette période, parmi lesquels étaient très fréquemment évoqués la peur liée à l'épidémie et au risque de contamination, l'angoisse liée à l'enfermement et l'isolement, ainsi que l'inquiétude engendrée par l'actualité.

« Il y avait de la peur, personne ne pouvait être en joie, pour moi je me disais « autant de personnes qui sont en train de perdre leur vie comme ça », du coup pour moi c'était difficile, je ne voulais même pas sortir, je me disais « ah si je sors peut-être je vais attraper la maladie ! », j'avais tellement peur. » (P13)

« Je me sentais frustré, à l'époque tout était fermé, il n'y avait nulle part où aller, c'était très compliqué » (P10)

L'enfermement renvoyait à des souvenirs de maltraitances et d'emprisonnement pour une participante.

« C'est comme si tu étais enfermé comme la prison que j'ai eu à faire 8 mois (emprisonnement en Libye), c'était pas différent de cette prison pour moi ... » (P12)

Une participante a exprimé des craintes en rapport avec sa situation irrégulière, cette période était ressentie comme plus à risque d'expulsion pour elle.

« Moi j'avais peur de sortir pour faire les courses, c'est elle (sa sœur) qui faisait les courses, moi je n'avais rien, on m'a dit « quand tu sors la police te prend » donc j'avais peur de sortir, la peur par rapport aux papiers. » (P11)

Le contexte d'isolement pouvait accentuer ou raviver les douleurs de séparation avec les proches et la famille vivant dans le pays d'origine chez certaines femmes. Ces participantes, originaires de Côte d'Ivoire pour la plupart, n'avaient ni logement personnel, ni titre de séjour, ni diplôme, elles avaient été scolarisées jusqu'en 5^{ème} pour la plus avancée et avaient vécu des situations d'exploitation.

« C'était un peu difficile, parce que je sortais pas j'étais tout le temps à la maison, tout le temps je pensais, tout le temps je pensais, à ma maman... [...] je pleurais plus qu'avant et j'étais plus triste » (P5)

3. Les difficultés rencontrées et les éléments d'aides

Pour plusieurs, ce premier confinement fut une période de nouvelles difficultés à surmonter, pouvant être de différentes natures, parmi lesquelles pouvaient être mentionnées :

- De nouvelles difficultés financières ou une aggravation de difficultés existantes, favorisées par l'impossibilité de travailler et des charges plus importantes qu'habituellement :

« Je ne pouvais pas travailler et financièrement j'avais la CAF qui passait et j'essayais de faire vraiment des économies au maximum pour que ça me suffise dans le mois » (P12)

« C'est vrai que c'était dure parce que les enfants ils mangeaient beaucoup, [...], ça m'a mis dans un gros crédit surtout le premier confinement vu que le deuxième ils allaient à l'école, le premier m'a vraiment mis dans un gros crédit (endettement)» (P7)

- Des retentissements sur le suivi médical et la continuité des soins, pouvant aller de l'annulation des consultations à la rupture thérapeutique malgré elle pour une participante ayant un diabète ; nous avons également noté pour certaines un refus de se rendre dans des lieux de soins ainsi que des conduites anticipatoires pour éviter de consulter :

« Le centre ou je me fais suivre [...], ils m'ont envoyé des messages pour dire que si on souhaitait se faire soigner ils étaient ouverts et qu'on pouvait faire aussi des téléconsultations, mais n'empêche [...] je ne suis pas allée jusqu'à ce que le confinement termine [...] il y a des consultations, ce n'est pas moi qui ai annulé c'est les médecins même, ils étaient débordés à cause du problème sanitaire, fallait décaler certain programme pour s'occuper des malades » (P3)

« J'étais obligée d'arrêter les médicaments puisque je ne mangeais pas, les médicaments sont forts, un diabétique doit pouvoir manger à tout moment [...] Pendant le confinement du mois de mars, les premiers mois qu'on a fait c'était très difficile. » (P9)

Nous notons que les participantes ayant évitées la consultation médicale par choix avaient entre 30 et 35 ans, vivaient dans un logement personnel et résidaient en France depuis plus de dix ans. La participante ayant vécu une situation de rupture thérapeutique non voulue vivait dans des conditions extrêmement précaires hébergées chez une connaissance maltraitante.

- Des difficultés et des obstacles dans les démarches administratives :

« Je devais aller à la poste pour ouvrir un livret A, comme il y avait mon récépissé qui allait expirer donc du coup j'ai pas pu ouvrir un livret A, et ça me pose vraiment des problèmes là. » (P6)

- Des situations d'exploitation et d'abus pour trois participantes isolées, sans emploi et surtout sans logement personnel ni hébergement social :

« Puisque je n'avais pas d'argent, je ne travaillais pas, la dame si elle veut me donner à manger elle me donne, si elle ne veut pas je restais comme ça dans la faim. C'est moi qui faisais tout, le ménage je prépare, [...] je restais dans la faim pendant le confinement. [...] Je ne pouvais pas manger à ma faim » (P9)

« J'étais à la rue, un monsieur m'a vu il a dû constater qu'avec mes bagages je n'avais pas de foyer donc il m'a demandé où j'allais, j'ai dit nulle part, il m'a dit est ce que je voulais venir chez lui pour pouvoir peut être dormir une semaine avant de pouvoir trouver une place (en foyer), donc j'ai dit d'accord [...] je pensais que c'était juste pour dormir et pour m'aider [...] chaque soir il voulait coucher avec moi donc [...] j'avais peur...vu qu'il me disait « si tu n'acceptes pas je vais te mettre dehors », [...] j'étais obligé d'accepter [...] si je refusais peut-être qu'il allait me battre ou m'étrangler je ne savais pas » (P14)

La participante P9, ayant arrêté son traitement pour le diabète à cause de ses conditions de vie avait un médecin traitant à cette période mais n'avait aucune connaissance de ses possibilités de demander un hébergement social. Elle en a eu connaissance plus d'un an après son arrivée, suite à des conditions d'hébergement très précaires durant lesquelles elle a subi des rapports sexuels sous contraintes dans les suites du premier confinement : *« je suis allée chez lui... et lui aussi il a bien profité, et dans ça même je suis tombée enceinte [...] Quand j'ai refusé de coucher avec lui il m'a mis dehors lui aussi. J'ai été obligé de faire un avortement, j'étais à 6 semaines de grossesse » (P9)*

- Des difficultés dans la gestion du quotidien des enfants et l'accompagnement dans leur scolarité :

« C'était pas facile, on partait s'asseoir au parc et tout, mais pendant le confinement on ne pouvait pas faire ça » (P1)

« Pour celle qui est au collège il faut qu'on lui explique ...c'était pas vraiment ça, c'était pas vraiment ça parce qu'après quand on lui explique c'est pas comme la maitresse ou le maitre..., ils vous prennent pas trop au sérieux ..., on n'a pas les bons termes pour faire comprendre rapidement comme la maitresse...vous voyez » (P7)

- Des difficultés secondaires aux conditions de logement et d'hébergement étaient évoquées.

« Comme c'était le confinement personne ne pouvait sortir, celui-ci a mis la musique, l'autre est entrain de chanter de ce côté, du coup c'était difficile, mais pour sortir tu ne peux pas aller très loin, tu tournes dans les environs, c'était difficile pour moi. » (P13)

Des facteurs pouvant aider durant cette période étaient évoqués par certaines participantes. Elles citaient l'entourage, les bienfaits des échanges avec la famille restée dans le pays d'origine, ou encore les moments agréables et de partage en famille.

« Quand vous avez les enfants ça aide, on faisait des activités, on faisait des gâteaux, on faisait des choses ensemble du coup ça vous aide aussi » (P7)

« Franchement moi c'est le téléphone qui m'a aidée..., j'appelé les parents en Afrique, des amis » (P4)

Se plonger dans diverses distractions du quotidien permettait d'oublier cette situation.

« Le moyen que j'avais c'était de regarder des séries sur Netflix. » (P6)

Une participante évoquait le soutien trouvé dans la prière.

« Je suis musulmane, je faisais beaucoup la prière, ça libère un peu. » (P11)

Les participantes mentionnant ces éléments d'aide durant le confinement avaient comme points communs d'être arrivées en France suite à un trajet migratoire long et complexe, elles étaient majoritairement célibataires et avaient au moins un enfant en France ou dans le pays d'origine.

4. Evolution de la santé perçue

Sept participantes estimaient que leur état de santé était stable pendant le confinement. Six disaient avoir ressenti une dégradation de leur santé en évoquant le sentiment d'absence de liberté, les conséquences de l'isolement et des restrictions.

« Plutôt mauvais, je ne dirai pas plus grave qu'avant mais je dirais que c'était assez compliqué parce que j'arrivais pas à sortir mes idées ailleurs, c'est comme si j'étais bloquée dans une cage. » (P6)

« Ça a aggravé ma situation, parce qu'au moins avant le confinement je sortais, je partais travailler, je découvrais les choses mais si on me dit de rester à la maison sans argent sans rien...ça va aggraver la situation... » (P9)

Les conditions de vie pouvaient favoriser la dégradation de leur santé, ce fut le cas des femmes ayant vécu

des situations d'exploitation et d'une participante ayant vécu dans des conditions d'hébergement difficiles.

« Il s'est dégradé en fait, parce que je préparais trop, je n'arrivais pas à bien me reposer, je pleurais beaucoup en fait... » (P5)

« Elle ne s'est pas améliorée, elle s'est dégradée pendant le premier confinement, à cause du stress, et la faim » (P9)

« Pendant le premier (confinement) je peux dire que ça s'est dégradé parce que j'ai été malade, on était beaucoup dans la maison, on a une seule douche, j'ai attrapé une infection (urinaire). » (P13)

Le 2^{ème} confinement a été mieux vécu par la plupart des participantes. Les conditions plus souples donnaient plus de liberté et la possibilité de travailler à certaines.

« Celui-là oui il y a des choses qui ont changés, [...] j'ai commencé du bénévolat donc vu que je ne suis pas toujours figée sur place [...] ma santé est meilleure qu'au dernier confinement parce que le bénévolat ça m'aide beaucoup. » (P6)

Les participantes ayant vécu des situations d'exploitation décrivaient une amélioration en rapport avec l'accès à des hébergements sociaux et aux soins qu'elles ne pouvaient avoir lors du premier confinement.

« Beaucoup, beaucoup, ça a changé beaucoup. Je sortais, en fait j'étais comme chez moi, je suis à l'hôtel je me réveille à l'heure que je veux, je n'avais pas de stress, chaque lundi chaque vendredi je vais à l'atelier, en fait moi ça m'a beaucoup aidé. » (P5)

« J'ai vu le médecin après le premier confinement qui m'a prescrit encore des médicaments, là j'avais un petit boulot, voilà, là c'était pas pareil, je pouvais manger à ma faim, voilà. » (P9)

Les périodes de confinement n'étaient pas systématiquement associées à une dégradation de la santé mais les participantes les plus vulnérables, isolées et les plus précaires sur le plan du logement et de l'emploi faisaient plus souvent mention d'une dégradation. Les participantes entourées, ayant un conjoint, de la famille, vivant avec leurs enfants et ayant un hébergement stable semblaient présenter davantage une santé stable.

DISCUSSION

I. Description de l'état de santé perçue

Les descriptions faites par les participantes ont permis de dégager des facteurs associés à la perception de bonne santé ou de détérioration de celle-ci. Nous pouvons également formuler des hypothèses quant à certaines caractéristiques susceptibles d'être retrouvées dans des contextes de perception de bonne ou mauvaise santé.

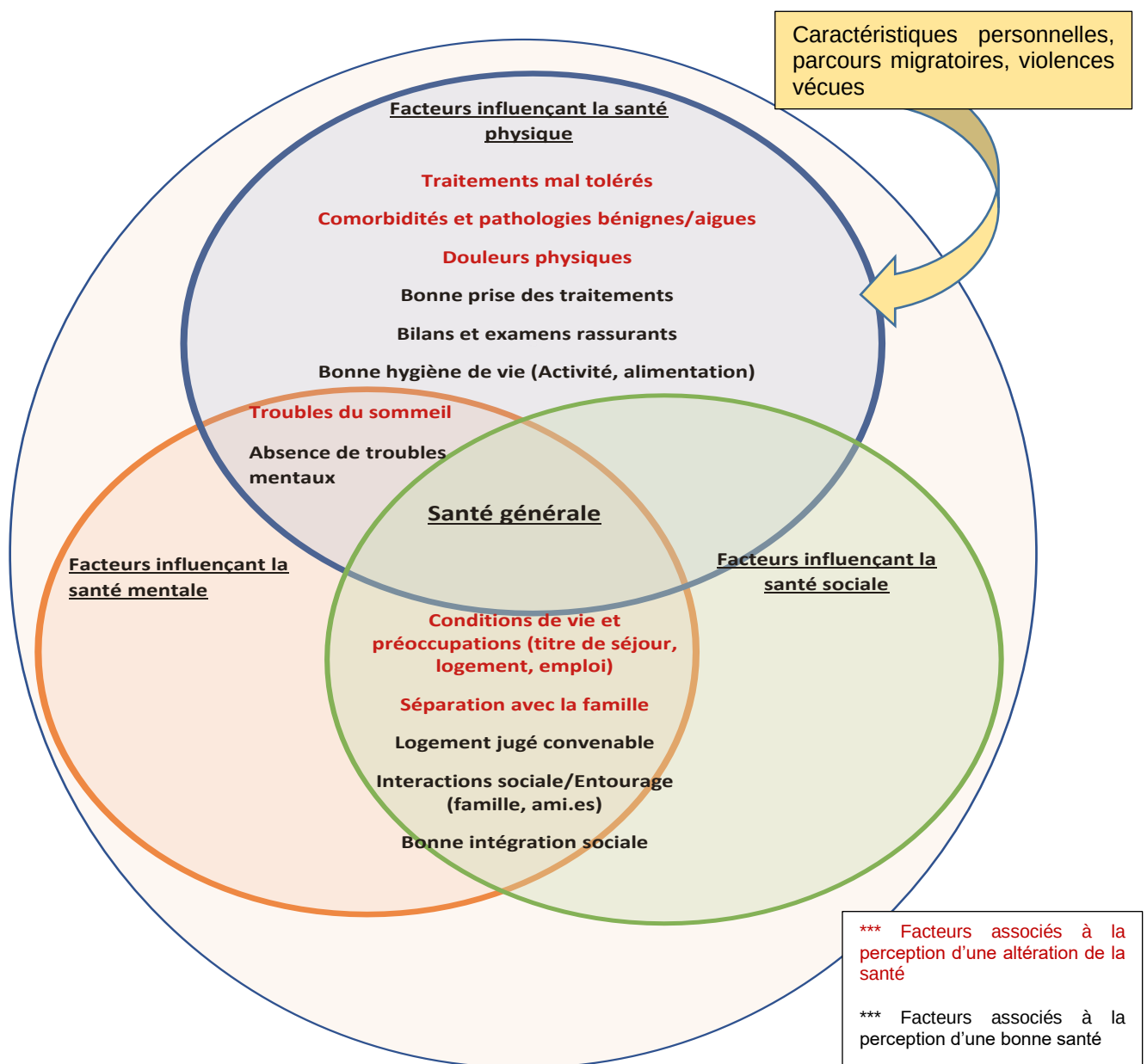


Figure 1. Déterminants de la santé générale

La figure 1 reprend l'ensemble des déterminants de la santé générale évoqués par les participantes. Les éléments mis en rapport avec la perception de bonne santé ou d'altération de celle-ci sont repartis selon leur influence sur les dimensions physiques, mentales et sociales. Parmi les déterminants sociaux de la santé décrits par l'OMS, plusieurs sont évoqués par les participantes de cette étude. En effet, l'OMS mentionne le « stress continu », le chômage, et l'insécurité de l'emploi comme étant des facteurs de dégradation de la santé mentale et de décès prématuré. Les situations d'emploi précaires et les mauvaises conditions de logement, alimentant des conditions socio-économiques défavorables, sont reconnues comme affectant la santé tout au long de la vie. L'OMS mentionne également l'isolement et l'exclusion sociale comme facteurs d'altération de la santé. Par opposition, avoir de bonnes relations sociales, un solide réseau d'entraide et un environnement social favorable favorise l'estime de soi et a une action positive sur la santé. Dans le même ordre d'idée mais non mentionné par l'OMS, les participantes de l'étude ont évoqué la séparation avec la famille restée dans le pays d'origine comme facteurs d'altération de la santé. Ce déterminant est relativement spécifique aux migrant.es. Des participantes ont évoqué une perception de bonne santé physique en rapport avec une bonne hygiène de vie et une alimentation convenable, l'OMS fait remarquer que des conditions économiques et sociales défavorables sont un facteur de risque d'alimentation de moins bonne qualité (24).

Les santé.s mentales et sociales des participantes étaient davantage décrites comme dégradées en comparaison à la santé générale. Cette dégradation était souvent mise en rapport avec une précarité administrative et socio-économique. L'altération de la santé mentale des migrant.es en situation irrégulière et sujet.tes à diverses formes de précarité est décrite dans de nombreuses études. Le rapport final de l'enquête Dsafhir révélait qu'une femme enquêtée sur cinq déclarait une santé mentale mauvaise ou très mauvaise (25). Nous notons de nombreux déterminants communs à la santé mentale et sociale, les données de l'enquête Parcours confirment l'importance de l'influence des facteurs sociaux sur la santé mentale (10). Le réseau et les interactions sociales avaient une importance particulière aussi bien pour la santé mentale que sociale : avoir un entourage familial, des ami.es et côtoyer des milieux associatifs étaient reconnus par les participantes comme facteurs de bonne santé sociale et mentale. A l'inverse, l'isolement, la rupture avec la famille restée au pays avait un impact négatif, plus marqué chez les participantes arrivées plus jeunes, récemment (moins d'un an) et ayant eu un trajet migratoire long et complexe. La littérature confirme le risque de déclarer un moins bon état de santé pour un migrant en cas d'isolement (26). Nous savons par ailleurs que l'isolement affectif pourvoyeur de précarité affective est aggravé en cas de maladies chroniques stigmatisantes telles que le VIH (27). Nous pouvons supposer que le vécu de violences et d'événements potentiellement traumatiques lors du trajet migratoire sont également des faits aggravants.

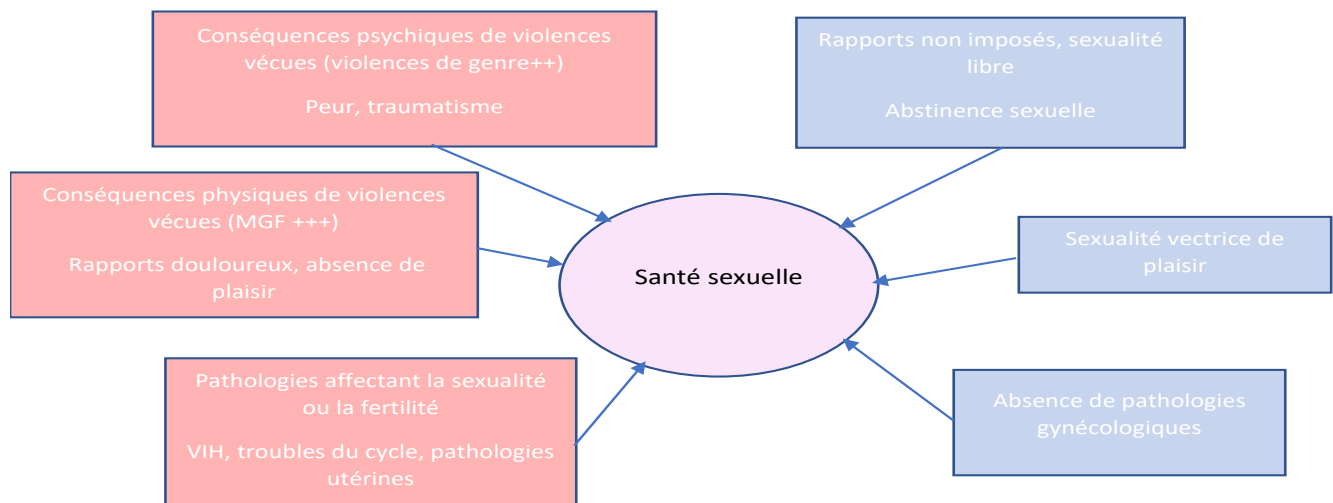
Les troubles du sommeil (insomnie et cauchemars) étaient associés à la perception d'une mauvaise santé mentale. Ces troubles pouvaient faire suite à des traumatismes ou des violences vécues, et étaient décrits par des participantes ayant eu un trajet migratoire long et complexe, davantage à risque de violences et traumatismes (3). Les troubles du sommeil tels que décrits par ces femmes peuvent être associés à des syndrome anxieux et dépressif, également favorisés par les difficultés socio-économiques, et l'exposition aux violences lors du parcours (10). Parmi les participantes, celles originaires d'Afrique de l'Ouest décrivaient davantage ces troubles. Nous pouvons supposer que cela a été favorisé par leur surreprésentation parmi les

participantes sélectionnées. Par ailleurs ces troubles ne faisant pas l'objet de questions spécifiques pouvaient toucher d'autres participantes ne les mentionnant pas dans leurs descriptions.

La santé générale faisait essentiellement intervenir des éléments de description biomédicaux et sociaux. Elle pouvait être influencée par l'existence de comorbidités ou de pathologies aiguës, la bonne santé générale était ainsi associée à la bonne prise des traitements dans un contexte de maladie chronique. Le fait d'avoir des bilans et examens rassurants avait un impact positif pour les participantes ayant un plus faible niveau de diplômes et n'ayant pas d'emploi. Par opposition l'existence de comorbidités, bien que stables, était associée à une perception de mauvaise santé pour une participante ayant un niveau d'étude plus élevé, laissant donc supposer que le niveau d'étude influence la santé perçue en cas de comorbidité. Nous retrouvons par ailleurs davantage la description d'une mauvaise santé générale chez les participantes isolées socialement et résidant depuis moins longtemps en France (moins d'un an), ce qui pourrait être mis en relation avec une vulnérabilité plus importante dans la période suivant la migration (10).

L'existence de symptômes douloureux et de maladies étaient associés à une altération de la santé physique. L'enquête *Dsafir* mettait en évidence dans ses résultats un lien négatif entre la santé physique et problèmes de santé chroniques (25). Il s'agissait dans notre étude d'états pathologiques aigus et bénins pouvant être récidivants, surtout mentionnés par des participantes décrivant des violences vécues à des âges jeunes. Les douleurs évoquées pouvaient être mentionnées dans des contextes de violences vécues (intrafamiliales, conjugales) ou non, nous renvoyant à l'importance devant être accordée aux plaintes douloureuses, indépendamment des traumatismes physiques chez les migrant.es ayant vécu des traitements inhumains et dégradants. Les concernant, l'examen permet de donner « un sens aux signaux du corps » (12). La perception d'une bonne santé physique pouvait être mise en relation avec l'activité physique et une bonne hygiène de vie chez certaines participantes, ce facteur constitue un élément intéressant dans nos résultats, peu retrouvé dans les enquêtes sur la santé perçue des migrants, nous renvoyant malgré tout aux limites financières pouvant rendre difficile l'accès à une alimentation équilibrée et de bonne qualité (24).

L'effet « immigration en bonne santé » (« healthy migrant effect », *Fennely K. 2007*), en faveur d'un meilleur état de santé des migrants dû à une sélection par la migration, était discutable dans notre étude. La sélection uniquement de participantes ayant vécu des violences et ayant pour certaines des parcours long et complexe rendait plus probable l'existence d'un effet négatif sur la santé. Cet effet discuté dans de nombreuses études semble amoindri par les effets délétères des conditions de vie (26). Nos résultats sont en faveur d'un impact délétère des conditions socio-économiques sur la santé perçue (notamment générale, mentale et sociale), comme l'ont montré la plupart des grandes enquêtes abordant le sujet (26) (25) (28). Les thématiques les plus préoccupantes pour les participantes concernaient la régularisation de leur séjour, la possibilité de travailler et l'obtention d'un logement décent et sécurisant. Dans le même ordre d'idées, Christelle Hamel et Muriel Moisy dans une exploitation des données de l'enquête Trajectoires et origines (TeO) ont mis en avant comme facteurs associés à l'altération de la santé des femmes migrantes les difficultés financières, le faible niveau de diplôme et de qualification, l'absence d'emploi et le logement précaire (28).



Figures 2. Déterminants de la santé sexuelle

Les principaux éléments mis en relation avec la santé sexuelle sont exposés dans la figure 2. Fortement impactée par les violences. Elle était altérée pour un peu plus de la moitié des participantes (déclarant une santé sexuelle « moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise »). La perception de mauvaise santé sexuelle était associée aux conséquences psychologiques de violences vécues telles que la peur lors des relations intimes, ainsi qu'aux conséquences physiques telles que les douleurs et l'absence de plaisir lors des rapports. Les conséquences physiques des violences concernaient essentiellement les participantes ayant subi des MGF. Parmi les autres facteurs de mauvaise santé sexuelle étaient mentionnés, l'existence de pathologies ou anomalies gynécologiques en lien avec la santé reproductive. La perception d'une bonne santé sexuelle était associée à la possibilité d'avoir une sexualité vectrice de plaisir et l'absence de pathologies gynécologiques. Il y avait pour certaines participantes déclarant une bonne santé sexuelle une certaine ambivalence dans la mesure où cette bonne santé était justifiée par l'absence de relations intimes ou de partenaires. Nous pouvons nous demander si ces descriptions ne sont pas révélatrices d'un comportement d'évitement faisant suite à des violences vécues. L'auto exploration corporelle n'a pas été abordée dans notre questionnaire et n'a pas été mentionnée par les participantes bien qu'elle puisse être un facteur de bonne santé sexuelle, la sexualité était abordée sous la perspective de l'intervention ou non d'un.e partenaire. Nos résultats ne montraient pas de différence majeure entre les trois types de structures mais nous notons que les participantes décrivant des violences sexuelles ou MGF vécues à des âges jeunes et n'ayant pas de suivi spécialisé étaient pessimistes quant à l'amélioration de leur santé sexuelle en comparaison de celles suivies au sein du PSS. Ces éléments confirment l'importance d'aborder la santé sexuelle et la sexualité, pouvant être relayées au second plan en consultation face à des difficultés socio-économiques importantes (28).

II. Suivi en médecine générale et parcours de soins

Les parcours de soins des participantes étaient variables et pouvaient dépendre du besoin ressenti d'un suivi médical. Au vu des descriptions, le suivi régulier par un médecin généraliste semblait apporter les avantages du suivi par un médecin traitant. Quasiment toutes les participantes avaient la possibilité d'avoir un suivi en médecine générale et décrivaient peu de difficultés. Elles avaient très majoritairement une couverture santé (seule une participante n'avait aucune couverture) et une bonne accessibilité aux lieux de soin, or l'absence de ces deux éléments favorise les difficultés d'accès aux soins (25)(12). L'enquête Parcours mentionnait comme principale cause de rupture de couverture maladie l'absence de droit de séjour, concernant 2% des femmes interrogées la 3^{ème} année après avoir obtenu une première couverture. Cette rupture survenait lors de la transition entre assurance maladie et AME, et pouvait durer une année ou plus (26). Nous n'avons pas eu de cas de rupture de couverture décrit mais une participante évoquait des difficultés relatives aux démarches contraignantes et à l'absence transitoire de couverture médicale à son arrivée. Les lieux de recrutement pouvaient favoriser le recrutement de participantes ayant une couverture médicale, notamment dans les CMS et dans le PSS où les participantes bénéficient d'un accompagnement dans leurs démarches sociales.

Les descriptions du suivi en médecine générale faisaient ressortir les compétences attendues du médecin généraliste, qui au-delà de la prescription faisaient intervenir la notion de soutien (moral, psychologique) et d'écoute, primordiale pour ces femmes ayant des parcours de vie particuliers et vivant dans conditions difficiles.

Certaines descriptions faisaient ressortir la notion de besoin médical ressenti, des participantes disaient ne jamais consulter de médecin généraliste car elles n'en ressentaient pas le besoin, d'autres disaient consulter quand elles se sentaient malade. Dans la mesure où l'écart entre le risque en santé encouru et les moyens mis en œuvre pour s'en prémunir est plus important dans les classes socio-professionnelles plus basses, qui par ailleurs verbalisent moins les perceptions morbides, ces éléments laissent penser un moindre besoin ressenti que besoin réel, et des perceptions moins vécues comme étant pathologiques (29).

Certaines participantes suivies au PSS disaient moins faire appel à leur médecin généraliste et faire appel au PSS si besoin, ce qui peut favoriser une rupture de la continuité des soins en médecine générale. Cela est probablement le reflet d'une facilité d'accès aux soins et d'une réponse rapide aux besoins exprimés avec l'avantage d'avoir plusieurs acteurs de la santé réunis en un seul lieu. Nous pouvons évoquer également l'existence potentielle d'une relation de confiance privilégiée au sein de la structure. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'un effet recherché par la structure qui a pour objectif, à terme, de favoriser la prise en charge en ville, il serait intéressant d'envisager des stratégies permettant d'intégrer le médecin généraliste à l'accompagnement des participantes pour qu'un relai soit possible dans de meilleures conditions.

Nous notons une valorisation des soins globaux et pluridisciplinaires. Bien que les participantes suivies au PSS, bénéficiant d'un suivi médico-psycho-social, avaient des perceptions de santé rejoignant globalement celles des autres participantes, elles exposaient les avantages de l'accompagnement social, des soins, ou encore du travail effectué en atelier. Interroger à nouveau ces participantes à distance, permettrait davantage d'étudier l'impact de leur suivi sur leur santé.

Aborder les étapes de la migration ainsi que les violences vécues (pour celles les ayant mentionnées), dans le cadre des soins premiers était bien vécu et était une source de satisfaction pour plusieurs participantes, notamment les jeunes femmes ayant eu un trajet migratoires long et complexe. Nous notons une satisfaction de la part des participantes en ayant bénéficié et le regret de n'en avoir pas bénéficié pour d'autres. Il s'agit cependant de sujets à aborder avec circonspection en tenant compte de leur impact psychologique. Les résultats de l'étude des bilans infirmiers réalisés entre 2015 et 2018 par l'observatoire du Samu social affirme l'intérêt de formuler progressivement les questions liées aux violences vécues afin « d'approcher la réalité des pathologies » des migrants (30).

Une participante a évoqué une situation de harcèlement sexuel subi par un médecin généraliste dans son parcours de soins, suite à son entretien nous avons pris contact avec le médecin l'ayant recruté dans l'éventualité d'un signalement à effectuer avec celle-ci. Les descriptions de cette participante sont particulièrement alarmantes et nous interpellent sur les violences en milieu de soins vécues par des femmes migrantes, en situation de vulnérabilité.

III. Les impacts du confinement

Près de la moitié des participantes estimaient que leur santé s'était altérée lors du premier confinement lié à la l'épidémie de COVID-19. Les participantes décrivaient des émotions et sentiments communs à la population générale tels que la peur d'être infectée et l'inquiétude liée à l'actualité. Certaines participantes exprimaient également des sentiments spécifiques à leur condition de vie tels que la peur d'être arrêtée et expulsée pour séjour illégal, un mal-être lié aux souvenirs d'enfermement et maltraitance pendant la migration, et l'accentuation d'un mal-être affectif lié à la séparation avec les proches vivant dans le pays d'origine. Cette période pouvait être une période d'aggravation des difficultés notamment financières en l'absence d'emploi stable.

Concernant l'accès aux soins et le suivi médical durant cette période, la majorité des participantes ont volontairement adopté une conduite d'éviction des lieux de soins, passant par l'automédication et l'annulation de consultations. Une participante ayant un diabète a décrit des difficultés liées à une situation d'exploitation ayant entraînée une rupture thérapeutique.

Les participantes les plus vulnérables et ayant les situations les plus précaires sur le plan du logement et de l'emploi étaient les plus susceptibles de faire face à des difficultés pendant le confinement, voire de décrire une dégradation de leur santé. Nos résultats sont en faveur d'une santé plus stable en cette période pour les participantes non isolées, ayant un entourage familial et des enfants, ainsi qu'un logement stable. La précarité résidentielle était le point commun à toutes les participantes ayant évoqué des violences durant le confinement (relations sexuelles sous contraintes et exploitations), cet élément renvoie à plusieurs études mentionnant le surrisque de violences liées à l'absence d'hébergement sécurisant. L'enquête Parcours démontrait que le risque de rapports imposés ou non consentis était multiplié par quatre dans un contexte de précarité résidentielle et que les violences sexuelles dépendaient des conditions de vie, augmentant en contexte de précarité économique (26). Le confinement semblait ici être un facteur supplémentaire de vulnérabilité. Une participante décrivant des situations d'exploitations bien qu'ayant un médecin traitant ne

savait pas qu'il existait des hébergements sociaux, ce qui témoigne d'un défaut de dépistage de situation à risque et un défaut de prévention auprès de ces femmes.

IV. Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude, s'inscrivant parmi les études des inégalités sociales de santé, réside dans le thème abordé et l'intérêt porté à une population multipliant les facteurs de vulnérabilités. Par le biais d'une méthodologie qualitative donnant la parole aux participantes, nous n'abordons pas seulement les perceptions de la santé générale, mentale et physique, mais également les perceptions que les participantes ont de leurs santé sociale et sexuelle, beaucoup moins explorées dans les études. Nous avons par ailleurs pu recueillir des données concernant la période du confinement lié à la l'épidémie de COVID -19. Le caractère original de cette étude réside également dans les lieux de recrutement des participantes parmi lesquels se trouve le PSS, une structure à consultations dédiées aux soins de migrant.es ayant vécu des violences.

Certaines limites et difficultés dans ce travail sont à mentionner. Parmi les limites méthodologiques, nous pouvons évoquer un biais d'analyse potentiel lié à l'absence de questions portant sur les violences vécues. Bien que la majorité des participantes aient librement évoquées des faits lors des entretiens, nous ne pouvions intégrer systématiquement les violences vécues à nos analyses. L'intérêt de ne pas questionner les violences était d'aborder la question de la santé sans imposer la description des violences vécues et de ne pas faire subir aux participantes des échanges potentiellement douloureux et répétitifs. Sur les quatre participantes n'évoquant pas les violences vécues, trois étaient issues du PSS. Il est possible que le fait d'aborder le sujet des violences vécues dans le guide d'entretien aurait eu un intérêt pour les participantes non suivies dans des structures à consultations dédiées dans la mesure où nos résultats tendent à montrer un apport positif de l'échange sur ce sujet en consultation. Par ailleurs le recrutement d'un nombre plus important de participantes aurait probablement permis d'effectuer plus d'hypothèses typologiques. Nous pouvons également évoquer un biais d'interprétation lié au fait qu'il n'y avait qu'une enquêtrice menant les analyses, dont nous avons tenté de réduire les effets en confrontant nos résultats aux données d'autres études.

La majorité des entretiens a été menée par téléphone, deux entretiens ont été effectués en face à face et un seul entretien effectué au téléphone avec un service d'interprétariat en anglais pour une participante originaire du Nigéria. Les entretiens en face à face étaient effectués dans les locaux des CMS de recrutement des participantes. Ils ont duré plus longtemps que la moyenne des entretiens et les violences vécues étaient spontanément évoquées lors des entretiens. Ces entretiens semblaient donner un cadre d'échange permettant de libérer plus facilement certaines émotions. L'entretien avec interprète a été plus difficile à mener, il a nécessité l'intervention de trois interprètes différents, notamment pour des difficultés de compréhension attribuées à l'accent de la participante bien que celle-ci parlait en anglais couramment. Aucun interprète ne parlait son dialecte natal.

V. Apports et perspectives en médecine générale.

Les données de cette étude apportent des descriptions du rôle du médecin généraliste aux yeux des femmes interrogées et favorisent une approche centrée patient en mettant en perspective les attentes et les éléments de satisfaction des participantes tout en tenant compte de leur parcours de vie et des facteurs déterminant leur santé perçue. Il pouvait y avoir pour certaines participantes un défaut d'information et de prévention concernant les violences vécues en médecine générale, très probablement ce défaut fait suite à des charges de travail souvent importantes et des conditions ne permettant pas toujours d'aborder toutes les questions relatives à la migration et aux événements marquants associés.

Les violences vécues pouvaient n'avoir jamais fait l'objet d'échanges en médecine générale, y compris pour des participantes suivies régulièrement. Au vu de l'impact des violences sur la santé et particulièrement sur la santé sexuelle dans nos résultats, il paraît important de faire des violences chez les migrantes un questionnement systématique. Bien que nos résultats portent sur des migrantes, la violence concerne de plus en plus d'hommes migrants et cette mesure devrait être généralisée à toutes personnes migrantes.

Nous nous sommes par ailleurs posé la question de l'intérêt de la création d'une consultation de médecine générale dédiée à l'accompagnement de migrantes en situation irrégulières ayant vécu des violences. Après un questionnement systématique en consultation, cette consultation, pouvant être cotée en consultation complexe, aurait l'avantage d'être valorisée auprès des généralistes et permettrait de mener des actions spécifiques : accompagner les diverses dimensions de la santé et impactées par les violences, dépister les facteurs de risque et de vulnérabilité aux violences, informer et mener des actions de prévention, orienter si besoin vers des structures ou des professionnels spécialisés. Cette mesure est dépendante de l'accès aux soins et du risque de refus d'AME ou CMU. Evaluer l'intérêt et l'efficacité d'une telle mesure nécessite la mise en œuvre d'une étude interventionnelle préalable.

CONCLUSION

Les descriptions faites par les participantes de cette étude ont permis de mettre en évidence des déterminants reconnus par celles-ci comme influençant favorablement ou non la perception de leur état de santé et d'émettre des hypothèses typologiques en rapport avec les caractéristiques des participantes (caractéristiques personnelles, sociales, médicales, parcours migratoire).

L'altération de la santé était favorisée par la précarité socio-économique, administrative, résidentielle et affective. La bonne santé faisait intervenir des facteurs biomédicaux tels que l'absence de maladie et la bonne hygiène de vie, ainsi que des facteurs sociaux tels que l'existence d'un entourage et d'un réseau social. Les conditions de vie, les conditions de la migration et les violences vécues avaient un impact important sur la santé mentale, qui est un enjeu particulièrement important des soins et de l'accompagnement des migrantes ayant vécu des violences. Les violences vécues spontanément mentionnées, majoritairement des violences de genre, impactaient différentes dimensions de la santé (notamment physique et sociale), mais étaient largement évoquées comme facteur d'altération de la santé sexuelle.

Le besoin médical ressenti s'est présenté comme un facteur influençant le suivi médical dans nos résultats. Les participantes ne décrivaient pas de difficultés majeures dans l'accès au soin de premier recours et avaient la possibilité de solliciter le médecin généraliste. Les éléments recueillis nous ont permis de décrire le rapport à la médecine générale de ces femmes, les rôles et les qualités reconnus et attendus de la part du généraliste. La prise en compte du parcours migratoire et des violences vécues en médecine générale avaient un intérêt pour les participantes. Les descriptions ont révélé des carences en matière de dépistage, informations et prévention en médecine générale.

Nous avons constaté des changements de la santé perçue pour certaines participantes évoquant une altération de leur santé pendant le confinement. Cette altération était associée à une accentuation de la vulnérabilité liée à la précarité économique, à l'emploi, et de la précarité résidentielle, pouvant favoriser de nouvelles violences, elles-mêmes facteurs d'altération de la santé perçue. Bien qu'il y ait eu la description d'une rupture de soins liée à une situation d'exploitation, la majorité des participantes ont volontairement limité leurs consultations médicales durant le confinement essentiellement par mesure de prévention sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Saurel Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2005;(9-10):36-7.
- (2) Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Ined, Document de travail. 2017;229.
- (3) Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M. Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(17-18):334-41.
- (4) Carretero L. Les femmes migrantes plus exposées aux violences [Internet]. France terre d'asile. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/actualites/lactualite-france-terre-dasile/les-femmes-migrantes-plus-exposees-aux-violences>
- (5) France Terre d'Asile. La lettre de l'Asile et de l'Intégration. Zoom sur le parcours migratoire : les femmes face à des risques liés à leur genre. Juin 2018(84):5.
- (6) Kadiri G. A Ceuta, les migrants homosexuels doublement dans l'impasse. Le Monde. 17 octobre 2017. [Consulté le 19/05/2019] ; Le Monde Afrique. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2017/10/17/a-ceuta-les-migrants-homosexuels-doublement-dans-l-impasse_5202211_3212.html
- (7) Allegra C. « Libye, Anatomie d'un crime » [VOD]. ARTE France : ciné-télé ; 25 Septembre 2018.
- (8) Comede. Rapport d'activité et d'observation 2019 [Internet] 2019 [cité 30 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>
- (9) Petruzzi M., Veisse A., Wolmark L et al. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019;(17-18):327-33
- (10) Desgrées du Loû A, Lert F. Parcours : parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris : La découverte – Recherches. 2017:360 p.
- (11) Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus [Thèse de doctorat]. Paris, France : Université Pierre et Marie Curie ; 2013.

- (12) Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement – édition 2015. Guide pratique pour les professionnels. Le Kremlin-Bicêtre ; 2015. 536 p.
- (13) Haute Autorité de Santé. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premiers recours [Internet]. 2020 [cité 30 nov 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
- (14) Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, rôle des professionnels de santé : rapport au ministère chargé de la santé [Internet]. 2001 [cité 30 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
- (15) Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. 2019 mise à jour 2020 [cité 30 nov 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
- (16) Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43755>
- (17) Laacher S, habchi S, Corty DJ-F. Femmes migrantes, encore plus fragiles en temps d'épidémie [Internet]. Libération. 17 avril 2020 [cité 30 nov 2021]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/debats/2020/04/17/femmes-migrantes-encore-plus-fragiles-en-temps-d-epidemie_1785072/
- (18) Pope, C. & Mays, N. (1995), « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research », BMJ, 311(6996), pp. 42-45.
- (19) Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016. 330 p. (U). Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
- (20) Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème édition. Saint-Cloud : Global média santé et CNGE productions, 2018, 224 p.
- (21) Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 9. Les techniques d'analyse contextualisantes, structurales, situationnelles et métaphoriques. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet].

Paris: Armand Colin; 2021. p. 201-20. (U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-201.htm>

- (22) Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021. p. 269-357. (U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>
- (23) Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Combler le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Résumé en français. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008
- (24) Marmot M, Wilkinson RG. Les déterminants sociaux de la santé : les faits. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe; 2000.
- (25) Samusocial de Paris. Rapport final de l'enquête DSAFHIR [Internet]. 2021 [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/rapport-final-de-lenquete-dsafhir>.
- (26) Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003. Questions d'économie de la Santé (Irdes). 2008;(133): 1-6.
- (27) Bouchaud O. Prise en charge des migrants en situation de précarité. Laennec. 2007;55(4):48-58.
- (28) Ined - Institut national d'études démographiques. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé [Internet].2013 [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/immigres-descendants-sante/>
- (29) Santé publique France. Aborder la sexualité et la santé sexuelle avec les personnes migrantes [Internet]. 2021 [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/aborder-la-sexualite-et-la-sante-sexuelle-avec-les-personnes-migrantes>
- (30) Boltanski L. Les usages sociaux du corps. Annales. 1971;26(1):205-33.
- (31) Engliz-Bey E, Cavalin C, Brocvielle M, Le Méner E. Violences subies et état de santé : résultats et enseignements de santé publique tirés de bilans infirmiers réalisés en Île-de-France auprès de populations migrantes (octobre 2015-juillet 2018). Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2019;(17-18):312-26.

ANNEXES

Annexe 1. Fiche d'information aux patientes

*Nous vous
donnons
la parole !*

CONFIDENTIALITE

Tous les échanges sont strictement confidentiels et votre nom et prénom ne seront pas mentionnés lors de la retranscription, les données sont traitées de façon anonymes.

CONSENTEMENT

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

*Je vous remercie pour le
temps que vous
m'accorderez et pour
votre participation !*

ETAT DE SANTE PERÇU ET PARCOURS DE SOIN DE FEMMES MIGRANTES AYANT SUBI DES VIOLENCES.

QUI SUIS-JE ?

Je m'appelle Milca ROMBA, je suis étudiante doctorante en médecine générale. Dans ce projet de recherche je suis soutenue et dirigée par le Dr Claire TANTET et le Dr Maud GELLY.

QUEL EST LE BUT DE MON ETUDE ?

Ce travail de recherche porte sur la perception que les femmes migrantes ayant subi des violences ont de leur santé ainsi que de leur parcours de soins.

Les soignants sont attentifs à comprendre ce que ressentent leurs patient(e)s au cours de leur prise en charge.

Pour cette raison je vous propose de répondre à des questions portant sur le ressenti que vous avez de votre santé et sur votre parcours en matière de santé. Ces questions vous seront posées lors d'entretiens individuels avec moi avec l'intervention d'un service téléphonique de traduction si nécessaire.

L'objectif de ce travail est avant tout de faire une description de votre état de santé et de votre parcours de soins avec vos mots.

Les entretiens seront enregistrés sur un dictaphone afin de retranscrire les échanges. Les enregistrements seront détruits après retranscription. La retranscription ne permettra pas de vous reconnaître.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. À tout moment, vous êtes libre de cesser votre participation et cela n'aura aucune conséquence. Vous pourrez demander à être informée des résultats globaux de cette recherche.

Le traitement des données conformément à la loi CNIL et au RGPD est garanti par le délégué à la protection des données du GH Avicenne, Mr PERRET Didier (didier.perret@aphp.fr)

Ce projet a reçu un avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'Inserm (IRB00003888) le 15 septembre 2020.

Pour toute question, je suis joignable sur mon adresse milca.romba@gmail.com

Annexe 2. Guide d'entretien, 1^{ère} version

GUIDE D'ENTRETIEN :

Entretiens semi dirigés

Etat de santé perçu et parcours de soins de femmes migrantes ayant subi des violences

	QUESTIONS
Cadre de l'entretien	<u>Présentation de l'enquêtrice</u> : Bonjour, je m'appelle Milca. Je suis interne en médecine générale en année de thèse. <u>Présentation de l'enquête</u> : Je réalise un travail qui a pour objectif de décrire votre parcours de soin et la perception que vous avez de votre état de santé, Je vous remercie de m'accorder cet entretien. <u>Présentation du déroulé de l'entretien</u> : Lors de notre échange nous aborderons différents thèmes, je souhaiterais que cet entretien soit d'avantage une conversation que j'orienterai vers différents 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 ?
Parcours de soins	- Avez-vous un médecin généraliste/traitant ? Voyez-vous d'autres spécialistes (exemple : gynécologue, infectiologue etc...) régulièrement ? si oui depuis combien de temps ? à quelle fréquence ? avez-vous des difficultés dans votre suivi médical ? - Comment se déroulent vos consultations médicales ? Comment les médecins qui vous prennent en charge ont-ils tenu compte de votre parcours de vie ? - Comment avez-vous connu le parcours santé sexuelle de l'hôpital Avicenne/le centre d'IVG de l'hôpital Avicenne/ le centre de santé de la ville de Pantin) ? (Amie, médecin traitant, service social, autre ...), comment avez-vous pris rendez-vous ? - Depuis combien de temps êtes-vous suivie dans cette structure ? à quelle fréquence ? (Ou combien de consultation ?) - Comment se déroule votre suivi ? Avec quels professionnels avez-vous échangé depuis le début de votre suivi ? Que pensez-vous de votre suivi ? - Avez-vous des enfants ? Où vivent-ils ?
Etat de santé perçu	- Considérez-vous avoir un état de santé générale/physique/mentale/sexuelle/ sociale très mauvais, mauvais, moyen, bon ou très bon ? pourquoi ? - Qu'est-ce qui a changé depuis que vous êtes prise en charge dans cette structure ?

Période de confinement	Transition : 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. Durant le confinement lié à la pandémie de COVID 19 Où avez-vous vécu ? Comment s'est passé cette période pour vous et votre famille ? qu'avez-vous ressenti ?- Qu'est-ce qui a changé pour vous ? (Sur le plan de l'alimentation, des courses, de la santé, du travail, pour les enfants) - Comment votre état de santé a -t-il évolué durant cette période ? - Quels moyens de communication (téléphone, internet) utilisez-vous ? - Qu'est-ce qui vous à aider dans cette période ?
Les perspectives d'avenir	- Comment votre santé générale/physique/mentale/sexuelle pourrait s'améliorer ? -Comment votre situation sociale pourrait s'améliorer ? - En quoi votre suivi médical peut contribuer à ces améliorations ? - Si un nouveau confinement devait avoir lieu que changeriez-vous ? - Où et comment vous voyez-vous dans les années avenir ? Que changeriez-vous dans votre suivi médico-psycho-social pour améliorer votre sentiment d'être en bonne santé ?
Données personnelles (En fin d'entretien si non abordé par l'enquêtée)	- Quel âge avez-vous ? - Quel est votre statut marital ? (Partenaire ou pas, vie en couple ou non) - Avez-vous des enfants ? combien ? quels âges - Avez-vous un emploi ? si oui lequel ? - Où vivez-vous (hôtel, appartement, maison, etc) ? - Avez-vous un titre de séjour (aucun, titre de moins d'un an, titre de plus d'un an) - Avez-vous une couverture maladie ? (Sécurité sociale, AME, CMUc, etc..) - Jusqu'où êtes-vous allée à l'école, jusqu'à quel âge ? - Quel est votre pays de naissance ? - Par quels pays êtes-vous passé avant d'arriver en France - Vous êtes en France depuis combien de temps ?
Fin d'entretien	Nous avons fini notre entretien - Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? des sujets abordés ? - Y a-t-il d'autres questions qui vous semblent importantes qui n'ont pas été abordées ? Merci pour votre participation, si vous le souhaitez je vous tiendrai informée des résultats

Annexe 3. Guide d'entretien version 2

GUIDE D'ENTRETIEN :

Entretiens semi dirigés

Etat de santé perçu et parcours de soins de femmes migrantes ayant subi des violences

	QUESTIONS
Cadre de l'entretien	<u>Présentation de l'enquêtrice</u> : Bonjour, je m'appelle Milca. Je suis interne en médecine générale en année de thèse. <u>Présentation de l'enquête</u> : Je réalise un travail qui a pour objectif de décrire votre parcours de soin et la perception que vous avez de votre état de santé, Je vous remercie de m'accorder cet entretien. <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 différents 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 ?
Parcours de soins	- Avez-vous un médecin généraliste/traitant ? le voyez-vous régulièrement ? à quelle fréquence ? depuis combien de temps ? - Voyez-vous d'autres spécialistes (exemple : gynécologue, infectiologue etc...) régulièrement ? si oui depuis combien de temps ? à quelle fréquence ? - Avez-vous des difficultés dans votre suivi médical ? - Comment se déroulent vos consultations médicales ? (Qu'est-ce qui vous marque, vous plaît, vous déplaît ? etc...) ? Comment les médecins qui vous prennent en charge ont-ils tenu compte de votre parcours de vie ? (De quelle manière ? que vous ont-ils proposé ? qu'ont-ils fait ?) - Comment avez-vous connu le parcours santé sexuelle de l'hôpital Avicenne/le centre d'IVG de l'hôpital Avicenne/ le centre de santé de la ville de Pantin) ? (Amie, médecin traitant, service social, autre ...), comment avez-vous pris rendez-vous ? - Depuis combien de temps êtes-vous suivie dans cette structure ? à quelle fréquence ? (Ou combien de consultation ?) - Comment se déroule votre suivi ? Avec quels professionnels avez-vous échangé depuis le début de votre suivi ? Que pensez-vous de votre suivi ? (Qu'est-ce qui vous marque, vous plaît, Vous déplaît ? etc...)
Etat de santé perçu	-Considérez-vous avoir un état de santé générale/physique/mentale/sexuelle/ sociale très mauvais, mauvais, moyen, bon ou très bon ? pourquoi ? - Qu'est-ce qui a changé depuis que vous êtes prise en charge dans cette structure ?

Période de confinement	Transition : 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. Durant le premiers confinement lié à la pandémie de COVID 19 Où avez-vous vécu ? Comment s'est passé cette période pour vous et votre famille ? qu'avez-vous ressenti ? - Qu'est-ce qui a changé pour vous ? (Sur le plan de l'alimentation, des courses, de la santé, du travail, pour les enfants) - Comment votre état de santé a -t-il évolué durant cette période ? (Votre santé était meilleure, moins bonne, pourquoi ?) - Comment ça s'est passé durant le 2^{ème} confinement ? - Quels moyens de communication (téléphone, internet) utilisez-vous ? - Qu'est-ce qui vous à aider dans cette période ? (Qu'est-ce qui vous a soutenu ? fait du bien ?)
Les perspectives d'avenir	- Comment votre santé générale/physique/mentale/sexuelle pourrait s'améliorer ? - Comment votre situation sociale pourrait s'améliorer ? - En quoi votre suivi médical peut contribuer à ces améliorations ? - Si un nouveau confinement devait avoir lieu que changeriez-vous ? - Où et comment vous voyez-vous dans les années avenir ? Que changeriez-vous dans votre suivi médico-psycho-social pour améliorer votre sentiment d'être en bonne santé ? - Avez-vous eu l'occasion de voir un psychologue ? si non souhaitez-vous en rencontrer un ?
Données personnelles (En fin d'entretien si non abordé par l'enquêtée)	- Quel âge avez-vous ? - Quel est votre statut marital ? (Partenaire ou pas, vie en couple ou non) - Avez-vous des enfants ? combien ? quels âges ? où vivent-ils ? - Avez-vous un emploi ? si oui lequel ? - Où vivez-vous (hôtel, appartement, maison, etc) ? - Avez-vous un titre de séjour (aucun, titre de moins d'un an, titre de plus d'un an) - Avez-vous une couverture maladie ? (Sécurité sociale, AME, CMUc, etc...) - Jusqu'où êtes-vous allée à l'école, jusqu'à quel âge ? - Quel est votre pays de naissance ? - Par quels pays êtes-vous passé avant d'arriver en France - Vous êtes en France depuis combien de temps ?
Fin d'entretien	Nous avons fini notre entretien - Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? des sujets abordés ? - Y a-t-il d'autres questions qui vous semblent importantes qui n'ont pas été abordées ? Merci pour votre participation, si vous le souhaitez je vous tiendrai informée des résultats

	Santé générale	Santé mentale	Santé physique	Santé sexuelle	Santé sociale
P1	Bonne « Les prises de sang sont bonnes »	Mauvaise « C'est pas une bonne maladie »	Moyenne « Je pense toujours à la maladie »	Moyenne « Il faut pas que je le contamine »	Mauvaise « Quand tu penses à la maladie tout t'énerve »
P2	Moyenne « C'est la première fois que je quitte mon pays »	Très bonne « Je suis avec mon mari [...] il m'encourage »	Moyenne « Je tombe tout le temps malade »	Moyenne « C'est le viol [...] je repense à ce que j'ai vécu »	Moyenne « Je ne sors presque pas »
P3	Mauvaise « J'ai la peur que ça dégénère [...] la maladie est là même si c'est stable »	Bonne « Un peu bon quand même »	Bonne « C'est un peu bon quand même »	Mauvaise « Toujours c'est avec des douleurs »	Bonne « C'est très bon avec les gens »
P4	Moyenne « Là je souffre du dos »	Moyenne « Je pense trop trop trop à mes papiers »	Bonne « Les douleurs que je sentais avant maintenant je n'en ai plus »	Moyenne « Je ne vis pas avec mon copain je vis seule »	Moyenne « J'ai pas de solutions (papiers) »
P5	Moyenne « Quand je suis entouré de gens ça me plaît »	Moyenne « Quand je suis à l'hôpital comme ça j'oublie tous mes soucis en fait »	Bonne « J'ai commencé à faire du yoga »	Bonne « Je ne voyais pas mes menstruations [...] le gynécologue m'a donné un comprimé »	Mauvaise « Je n'arrive pas à m'approcher des gens »
P6	Mauvaise « Côté physique ...moral...sociale...rien ne va »	Moyenne « J'ai fui d'autres problèmes pour venir rencontrer d'autres problèmes »	Moyenne « Quand on ne dort pas bien, le corps tu as toujours mal »	Moyenne « Je ne fais rien [...] Je ne sais pas si je peux considérer comme bon le fait d'avoir subi des choses qui font que tu ne veux pas »	Mauvaise « il y a trop de problèmes, la demande d'asile n'a pas abouti et on m'a envoyé un OQTF »
P7	Moyenne « Je vivais dans un 2 pièces avec mes 4 enfants où je suis le père et la mère »	Moyenne « On m'a relogé [...] J'aurai un peu d'espace pour moi »	Bonne « Je marche beaucoup »	Bonne « Moi on ne peut pas me proposer de faire ce que je ne vaud pas »	Bonne « J'ai de la chance il y a mes sœurs qui sont là »
P8	Bonne « J'ai fait l'analyse et je vois que tout est bien passé »	Mauvaise « Je fais des cauchemars sur ça et ça me vient en tête... le truc qui s'est passé avec mon père. »	Bonne « J'ai des douleurs mais vu que je prends des comprimés ça va »	Bonne « Souvent ça fait du bien »	Moyenne « Les papiers pour l'instant j'ai demandé l'asile »
P9	Mauvaise « Les derniers examens vraiment c'était pas favorable »	Bonne « Je ne fais pas dépression, je comprends, je cause »	Moyenne « Les médicament qu'elle me donne ça me fatigue un peu le ventre »	Très mauvaise « J'ai été excisé, [...] une enfance difficile pour moi et quand je suis avec un homme...je ne ressens ...rien »	Très mauvaise « Je n'ai rien entamé encore »
P10	? « Je n'ai pas eu de résultats »	Mauvaise « Je réfléchis beaucoup, parfois j'ai des pensées mauvaises »	Mauvaise « J'ai une douleur à la poitrine. »	Bonne « C'est bon. »	Bonne
P11	Bonne « Je ne me sens pas malade, je suis active »	Moyenne « Ici c'est pas facile, quand tu n'as pas de travail »	Bonne « Je fais du sport »	Bonne « Je ne suis pas trop sexe. »	Moyenne « Avoir un peu d'argent pour faire ce que tu veux c'est un peu compliquer »
P12	Très bonne « Je suis rarement malade... »	Très bonne « Les gens se plaignent pas de moi »	Moyenne « On m'avait frappé à la dent j'ai des douleurs »	Très bonne « Je n'ai aucun problèmes sexuelles »	Très mauvaise « Le cadre où je vis, j'ai jamais eu ça de ma vie »
P13	Bonne « Je fais des bilans de santé [...] on ne trouve rien »	Mauvaise « Je pense beaucoup à mon fils »	Moyenne « Souvent j'ai des démangeaisons »	Très mauvaise « Quand on me parle des rapports sexuels je me sens mal »	Très bonne « Si je suis bloquée, je vais trouver la solution »
P14	Bonne « J'arrive à me lever tôt le matin et faire des choses. »	Moyenne « À chaque fois tu penses « pourquoi moi, pourquoi moi ? », [...] la situation de vie c'est pas trop ça. »	Moyenne « Tout est dû à mon ventre, j'ai des douleurs ou des douleurs au dos et après j'ai des boutons »	Moyenne « C'est à cause des problèmes d'hystérocopie »	Bonne « Malgré toutes les situations j'arrive aussi à m'en sortir »

Participant·es CIVG Participant·es PSS Participant·es CMS

Annexe 4. Tableau récapitulatif des Santé·s perçue·s

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont un véritable problème de santé publique, qui touche particulièrement les femmes migrantes. Ces violences s'intègrent très souvent à leurs parcours migratoire et a un impact sur leur santé. L'enquête Dsafhir interpelle sur la perception de mauvaise santé qu'ont les femmes hébergées en hôtel en Ile-de-France. Le médecin généraliste a toute sa place dans l'accompagnement de cette population mais peut faire face à certaines difficultés. L'objectif principal de cette étude est d'effectuer une description de la perception de leur santé qu'ont les femmes migrantes ayant vécues des violences, issues de trois types de structures de soins primaires en Seine-Saint Denis. Nous nous attacherons, dans un objectif secondaire, à décrire leur parcours de santé, dégager une typologie de l'état de santé perçu et décrire les changements lors du confinement lié à l'épidémie de COVID19.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude qualitative semi-dirigée par entretiens individuels menée dans le Parcours Santé Sexuelles, le Centre d'IVG de l'hôpital Avicenne et les CMS de la ville de Pantin. Les patientes migrantes susceptibles d'être incluses devaient être âgées de plus de 18 ans et avoir au moins un antécédent de violence vécue, selon la définition de l'OMS, dans leur pays d'origine, en cours de migration et/ou après leur arrivée en France. Le recrutement a été effectué par les médecins des différentes structures et les entretiens étaient effectués au téléphone ou en face à face avec au besoin l'intervention d'un interprète. Une analyse thématique a été effectuée à partir des verbatims.

RESULTATS

Nous retrouvons un impact important des conditions socio-économiques sur la santé perçue, ainsi que des violences vécues sur les différentes dimensions de la santé, particulièrement sur la santé sexuelle. Parmi les autres éléments notables, l'existence de comorbidité, d'un réseau social et d'échanges sociaux intervenaient dans les descriptions. La santé mentale était particulièrement sujette à altération. Les participantes ayant pu échanger avec leur médecin généraliste sur leur parcours migratoire et les violences vécues en étaient satisfaites. La période du confinement pouvait être associée à une altération de la santé pour les femmes les plus vulnérables, isolées et précaires sur le plan du logement et de l'emploi. Avoir un entourage familial et un logement stable étaient des facteurs de stabilité de la santé pour ces femmes durant cette période.

CONCLUSION

Notre étude confirme l'impact des conditions de vie sur la santé, y compris en période de confinement. Elle montre l'intérêt du questionnement systématique des violences vécues en médecine générale.

MOTS CLÉS

Santé perçue – migrantes – violences – confinement – parcours de soins

ABSTRACT

INTRODUCTION

Violence against women is a real public health concern, which particularly affects migrant women. Most of the time, it is related to their migratory experience and has an impact on their health. The Dsafhir survey brings the matter of the perception of poor health that women housed in hotels in Ile-de-France have. General practitioners have a place in this population support but they can face some difficulties. The main objective of this study is to provide a description of migrant women own health perception who have experienced violence, from three types of primary care structures in Seine-Saint Denis. As a secondary objective, we will describe their health journey, identify a typology of the perceived state of health and describe the changes during COVID19 quarantine.

METHOD

This is a qualitative study semi-supervised by individual interviews carried out in the Sexual Health Course, the Abortion Center of the Avicenne Hospital and the CMS of the city of Pantin. Migrant patients likely to be included into the study had to be over 18 years old and have at least a history of experienced violence, according to the WHO definition, in their country of origin, during migration and / or after their arrival in France. Recruitment was made by doctors from different structures with phone or face to face interviews, with the intervention of an interpreter if necessary. A thematic analysis was completed from the verbatims.

RESULTS

We find a significant impact of socio-economic conditions on perceived health, as well as experienced violences on the various dimensions of health, particularly on sexual health. Other notable elements are present in the descriptions : the existence of comorbidity, social network, and social interactions. Mental health was particularly subject to alteration. The participants who were able to discuss with their general practitioner on the migratory journey and the experienced violence were satisfied. The period of quarantine could be associated with deterioration of health for the most vulnerable, isolated and precarious women in terms of housing and employment. Having a family environment and stable housing were factors of stable health for these women during this period.

CONCLUSION

Our study confirms the impact of living conditions on health, including during periods of quarantine. It demonstrates the value of experienced violence systematic questioning in general medicine.

KEYWORDS

Perceived health - migrants - violences - quarantine - care pathway