

Académie d'Orléans - Tours

Université de Tours

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Année 2021

Mémoire

Master 2 : Prévention Et Promotion de la Santé

Le Roy Manon

Née le 09/05/1996 à Lorient (56)

Présenté et soutenu publiquement en septembre 2021

**Etat des lieux de la santé sexuelle des femmes en situation de
migration en Bretagne**

Directeur de stage : Le Fevre Anne

Directeur de mémoire : Legros Patrick

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de me livrer leurs points de vue, sentiments et émotions lors des entretiens, tant les femmes en situation de migration que les professionnels intervenant dans le champ de la santé sexuelle. Un grand merci pour le temps accordé, la confiance et la richesse des échanges. Merci par ailleurs aux personnes qui m'ont permis de favoriser ces rencontres, bénévoles comme professionnels.

Je remercie également Anne Le Fevre, ma responsable de stage, pour son implication, son accompagnement précieux et le partage de son expertise au quotidien.

De plus merci à Hadija Chanvril et à Myriam Besse de m'avoir accompagnée et orientée tout au long de mon stage.

J'adresse aussi mes remerciements à Patrick Legros, mon directeur de mémoire, pour ses orientations et ses encouragements tout au long de ce travail.

Merci à l'équipe de la prévention et promotion de la santé de l'ARS Bretagne pour leur accueil chaleureux durant ces quatre mois de stage ainsi que pour leur soutien.

Enfin un grand merci à mon conjoint, ma famille, mes amis et mes camarades pour leurs encouragements, relectures et appui en toutes circonstances.

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	7
1.1	L'état de santé des personnes en situation de migration et l'accès aux soins.....	7
1.2	La santé sexuelle des femmes en situation de migration.....	11
1.3	Le contexte du projet à l'échelle nationale et régionale	14
1.4	Le projet	15
II.	OBJECTIFS ET METHODE	16
2.1	Les objectifs de l'étude.....	16
2.2	Une méthode en trois étapes.....	17
2.3	Le traitement des données	19
III.	RESULTATS	20
3.1	Limites de l'enquête et évaluation.....	20
3.2	Les portraits des trois femmes rencontrées dans le cadre du projet	22
3.3	Cartographie des professionnels répondants	23
3.4	Les données recueillies.....	24
	A) La santé reproductive	24
	B) Les dépistages.....	26
	C) La vie affective et sexuelle.....	28
	D) Les violences sexuelles	30
	E) Les démarches de soin.....	33
IV.	ANALYSE ET DISCUSSION	44
4.1.	Regards croisés sur les données recueillies	44
	A)L'accessibilité aux soins	44
	B)La prise en charge.....	46
	C)Les violences	49
4.2	Perspectives	51
	A)L'accessibilité	52
	B)La prise en charge.....	52
	C)Les violences	54
V.	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	57
	ANNEXES	67

Tableau des annexes

Référence	Intitulé	Page d'apparition
Annexe 1	Les « migrants », des définitions	Page 67
Annexe 2	Le processus de migration et ses effets en santé	Page 70
Annexe 3	La notion de santé et ses déterminants sociaux	Page 71
Annexe 4	L'état de santé des populations en situation de migration	Page 73
Annexe 5	L'accès aux soins, la prise en charge des frais de santé	Page 74
Annexe 6	La santé sexuelle, historique et définitions	Page 77
Annexe 7	La santé des femmes en situation de migration	Page 80
Annexe 8	Profil des femmes en situation de migration répondantes à l'entretien	Page 93
Annexe 9	Grille d'entretien pour les femmes en situation de migration	Page 94
Annexe 10	Flyer « Structures en santé sexuelle » en version française et anglaise	Page 95
Annexe 11	Questionnaire du Réseau Louis Guilloux	Page 96
Annexe 12	Grille d'entretien pour les professionnels	Page 99
Annexe 13	Tableau des professionnels répondants au questionnaire et à l'entretien	Page 101
Annexe 14	Retranscription des entretiens des femmes rencontrées	Page 106
Annexe 15	Retranscription des entretiens des professionnels rencontrés	Page 109
Annexe 16	Outil de prévention des violences : le violentomètre	Page 110
Annexe 17	Témoignages de femmes dans le cadre de la demande d'asile	Page 259
Annexe 18	Avantage et inconvénients des différents types d'interprètes	Page 260

Glossaire

A	<ul style="list-style-type: none"> * AME : Aide Médicale de l'État * ARS : Agence Régionale de Santé
C	<ul style="list-style-type: none"> * CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile * CeGIDD : Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles * GHBS : Groupement Hospitalier Bretagne Sud * CHU : Centre Hospitalier Universitaire * CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire * CMP : Centre Médico-Psychologique * COREVIH : COMité REgional de coordination de la lutte contre le VIH * CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie * CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale * CSS : Complémentaire Santé Solidaire
H	<ul style="list-style-type: none"> * HPV : PapillomaVirus Humain
I	<ul style="list-style-type: none"> * IST : Infections Sexuellement Transmissibles
M	<ul style="list-style-type: none"> * MGF : Mutilations Génitales Féminines
O	<ul style="list-style-type: none"> * OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration * OIM : Organisation Internationale pour les Migrations * OMS : Organisation Mondiale de la Santé * ONU : Organisation des Nations Unies
P	<ul style="list-style-type: none"> * PASS : Permanence d'Accès aux Soins * PCESS : Pôle de Coordination En Santé Sexuelle * PMI : Protection Maternelle et Infantile * PRSS : Plan Régional de Santé Sexuelle * PUMA : Protection Universelle Maladie
R	<ul style="list-style-type: none"> * RLG : Réseau Louis Guilloux
S	<ul style="list-style-type: none"> * SNSS : Stratégie Nationale de Santé Sexuelle * SS : Santé Sexuelle
V	<ul style="list-style-type: none"> * VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'un stage de Master 2 santé publique « promotion et prévention de la santé » en tant que chargée de mission à l'ARS Bretagne. L'ARS est chargée du pilotage régional de la politique de santé publique, elle décline les politiques nationales en les adaptant aux besoins régionaux. Pour ce faire la structure est constituée de trois directions métiers, dont celle de la santé publique où se déroule mon stage, de trois directions supports et d'une délégation dans chaque département. La direction de la santé publique est quant à elle structurée en trois directions adjointes, un département et « santé publique France Bretagne ». Au cœur de ces trois directions adjointes se place la direction adjointe Prévention et promotion de la santé. Elle a pour mission de développer et d'animer une politique de prévention et promotion de la santé sur les priorités de santé identifiées sur la région. Pour ce faire elle porte le projet régional de santé et plus particulièrement pour ce travail le Plan Régional de Santé Sexuelle (PRSS) (1), ce dernier découlant de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) (2).

Ce projet est également porté en partenariat avec le Comité Régional de coordination de la lutte contre le VIH (COREVIH) et le Pôle de Coordination En Santé Sexuelle (PCESS) du réseau Louis Guilloux. Il se situe au cœur d'une problématique de santé publique, son objectif principal étant d'améliorer la prise en charge en santé sexuelle des femmes en situation de migration arrivées à l'âge adulte en France. Pour ce faire, il débute par la création d'une revue bibliographique et se poursuit par des rencontres avec les femmes en situation de migration ainsi qu'avec les professionnels qui les accompagnent. Enfin, en découlent de potentielles propositions de pistes d'amélioration de prise en charge en santé sexuelle.

I. INTRODUCTION

1.1 L'état de santé des personnes en situation de migration et l'accès aux soins

Dresser un portrait unique de l'état de santé des personnes en situation de migration est difficile voire impossible, tant elles peuvent avoir des profils, des origines, ou des vécus très variés. En effet, « *cette terminologie occulte la grande hétérogénéité des profils, comme la singularité des trajectoires vécues* » (3). Le Haut Conseil de la Santé Publique confirme ainsi que « *les migrants forment une population très hétérogène et présentent un ensemble de facteurs de vulnérabilité sociale, juridique et épidémiologique* » (4). Par ailleurs, il apparaît qu'il « *n'existe pas de définition juridiquement reconnue du terme « migrant* » (5), chaque source pouvant proposer la

sienne¹. Ce travail s'inscrivant dans la SNSS, la définition retenue est celle du Haut Conseil de la Santé Publique reprise par la SNSS.

Le terme « migrant » inclut différents types de populations :

- « *les personnes nées étrangères dans un pays étranger et résidant en France* »
- « *les personnes forcées à immigrer : les exilés, les demandeurs d'asile, les réfugiés qui ont soit un statut délivré par la Convention de Genève, soit une protection subsidiaire accordée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides, ou la Commission des recours des réfugiés* »
- « *les personnes sans-papiers, résidant en France mais dont le séjour n'est pas validé administrativement, parmi lesquels se trouvent certains étrangers atteints de pathologie grave dont le droit à un titre de séjour en France est conditionné par leur état de santé* » (4).

En 2019 6,7 millions de personnes en situation de migration vivaient en France soit 9,9 % de la population totale. Majoritairement, ces dernières sont nées en Afrique ou en Europe et sont des femmes (51%)² (6). En Bretagne entre 1999 et 2011 le doublement de la population en situation de migration en modifie peu la structure : en 2011 44% de celle-ci est d'origine Européenne, 31% d'origine Africaine, 19% d'origine Asiatique et 6% d'origine Américaine. Ainsi, 2,9 % (93 300 personnes) de la population Bretonne est en situation de migration (7).

Un focus sur leur état de santé fait apparaître des facteurs de risque communs avant, pendant et après la migration, dont des fragilités socio-économiques et structurelles qui augmentent la vulnérabilité (3; 8; 9).³ En effet l'état de santé résulte d'une interaction continue entre la personne et son milieu⁴ et est donc une ressource de la vie quotidienne.⁵ G. Vigarello⁶ ajoute que « *la santé, comme forme du bien-être individuel et collectif, est devenue une des valeurs centrales et suprêmes du monde contemporain* » (11). La santé peut donc être considérée comme un état idéal, éminemment subjectif, mais aussi comme un droit fondamental.

¹ Annexe 1 : Les « migrants », des définitions

² En 2019, 51 % des immigrés sont des femmes, contre 44 % en 1975 et 45 % en 1946.

³ Annexe 2 : Le processus de migration et ses effets en santé

⁴ La santé peut être définie comme « *la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie* » (10).

⁵ La santé est donc « *une ressource de la vie quotidienne, et non un but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques* » (10).

⁶ Historien français spécialiste de l'histoire de l'hygiène, de la santé, des pratiques corporelles et des représentations du corps

Or au sein même de la population des inégalités en santé existent, elles sont notamment le fruit de déterminants sociaux de santé.⁷ La population en situation de migration, tout comme la population autochtone, doit faire face à ces déterminants. Il faut cependant noter que le fait de migrer apparaît comme un déterminant (3) et influe donc sur la santé de ces populations. Migrer peut-être synonyme de perte de réseau mais aussi de situations sociales et professionnelles défavorisées dans le pays d'accueil, ainsi que de difficultés dans l'accès à un logement ou aux soins (12). En effet, même si du fait des inégalités de santé, les populations en situation de migration partagent des difficultés d'accès aux soins communes avec la population locale, elles possèdent des difficultés spécifiques. De fait, leur précarité⁸ juridique et sociale, la méconnaissance des droits, les difficultés administratives, la barrière linguistique, le coût des traitements mais aussi les discriminations sont les obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins (3; 15; 16; 17). Ces facteurs apparaissent dans un contexte où la situation sociale des personnes et leur intégration influence grandement leur état de santé (3). Ainsi, par exemple les « sans-papiers » adultes (18) et les « sans-domicile fixe » (12) ont beaucoup plus de difficultés à faire valoir leurs droits que la « population générale ».

De ce fait, l'état de santé déclaré par les personnes en situation de migration résidant en France est dans l'ensemble moins bon que celui énoncé par la population générale, et ce particulièrement pour les femmes (15). Il est généralement meilleur à leur arrivée que celui des natifs et se dégrade rapidement. Plusieurs facteurs peuvent agir de façon négative sur cet état de santé et expliquer cette dégradation, tel qu'un pays ou une région de naissance ; une durée de résidence en France ; un manque de diplôme ; un âge avancé ; un revenu insuffisant ; un logement précaire ; une absence d'emploi ; des discriminations perçues, un statut administratif (15), une difficulté d'accès aux soins mais aussi l'accueil qui leur est fait dans la société où ils espéraient fonder une nouvelle vie (3). En effet, la France, vue par d'autres pays peut différer de la réalité (19).

Il apparaît ainsi que les « *inégalités socioéconomiques et les inégalités de santé sont étroitement liées* » (15)⁹. En ce sens, l'enquête PARCOURS (20) met en avant que pour les femmes en situation de migration, il faut en moyenne 6 ans pour accéder à une situation de sécurité minimale

⁷ Annexe 3 : La notion de santé et ses déterminants sociaux

⁸ Selon Wresinski, la précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.* (13) Le docteur Pierre Larcher utilise la métaphore du Trampoline pour illustrer le processus de précarisation. Ainsi, les 5 côtés seraient les sécurités : le logement et le transport ; l'emploi ; la santé physique ou mentale ; les revenus et les relations sociales et familiales. (14)

⁹ Annexe 4 : L'état de santé des populations en situation de migration

après leur arrivée soit : un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an et une activité génératrice de revenus propres. Or, « *on sait que les femmes qui n'ont pas de titre de séjour sont exposées à des violences sexuelles après la migration. Nous savons également qu'il y a un lien entre l'infection par le VIH et les violences conjugales et les violences sexuelles* » (21).

Dès lors, il apparaît que 30 à 50% des contaminations VIH ont lieu en France, après leur arrivée. Entre 2012 et 2017 au Comede¹⁰, 30% des femmes présentaient des antécédents de violences de genre, les jeunes et les exilées originaires d'Afrique subsaharienne étant plus régulièrement confrontées à ces violences, fortement liées à une situation de vulnérabilité sociale (3).

Au regard de cette situation de vulnérabilité il est possible de se questionner sur l'accès aux soins des personnes en situation de migration, notamment concernant la prise en charge financière.

Selon la revue médicale Suisse, les structures de santé des pays européens ont tendance à centrer leur réponse en santé sur les besoins urgents afin de faire face à un risque vital ou pour protéger la population de potentiels risques infectieux. C'est pourquoi « *deux modèles ont émergé : 1) l'intégration des migrants récemment arrivés dans le dispositif local de soins (généralement le secteur public), ou 2) la sous-traitance des soins à des acteurs externes, essentiellement des organisations non gouvernementales* » (8). En France, il existe deux dispositifs qui peuvent permettre de bénéficier d'une prise en charge financière des soins :

- L'Aide Médicale de l'État (AME), pour les résidents étrangers en situation irrégulière
- La Protection Universelle Maladie (PUMA)

Par ailleurs, l'Assurance Maladie prend en charge l'ensemble des soins urgents¹¹, pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale pour :

« • *les étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis moins de trois mois (sauf les étrangers en simple séjour, avec visa de court séjour) ;*

• *les étrangers en situation irrégulière, résidant de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais non bénéficiaire de l'AME car vous n'en avez pas fait la demande, ou votre demande d'AME est en cours d'instruction ou elle vous a été refusée* » (22).

En outre différentes associations proposent des permanences d'accès aux soins sans qu'il y ait besoin d'avoir une couverture maladie ; c'est également le cas des services de protection

¹⁰ Le comité pour la santé des exilés

¹¹ Dont les interruptions volontaires de grossesses et les soins liés à la grossesse

maternelle et infantile et des centres de planification et éducation familiale (23)¹². Concernant le public des femmes en situation de migration, elles ont en moyenne une couverture maladie la première année après leur arrivée (21).

1.2 La santé sexuelle des femmes en situation de migration

La Santé Sexuelle (SS)¹³ est apparue en 1974 lors d'une conférence organisée par l'OMS à Genève incluant les notions de santé et de sexualité. Cette définition a évolué dans le temps pour devenir aujourd'hui : « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert 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* » (25). Découlant directement des droits de l'homme, les droits sexuels sont des droits fondamentaux et universels (26).

Dès lors, la SS est impactée par des déterminants qui sont à l'origine d'inégalités en santé au sein de la population. Ils sont au nombre de trois : individuels ; communautaires ; structurels et contextuels.¹⁴ Une « bonne » SS est ainsi recherchée, ce qui permettrait d'augmenter l'espérance et la qualité de vie. Pour ce faire, sept voies en SS ont vu le jour : « *sept valeurs à l'œuvre dans une vision positive de la santé sexuelle : Autonomie, consentement, égalité, réciprocité, respect, satisfaction, sécurité* » (26). La SS est donc un élément clef de la qualité de vie, façonnée par des facteurs socioculturels qui peuvent agir comme des barrières à la connaissance et influencer l'accès aux soins de santé.

Chez le public spécifique des femmes en situation de migration, l'accès à la SS peut être freiné par différents points. Elle peut, en effet, ne pas être une priorité, pouvant passer derrière plusieurs problématiques telle que celle de la réinstallation (27). De plus, une perception limitée des ressources et services de santé existants dans le pays hôte peut aussi inhiber cet accès. Par ailleurs, il faut noter que le niveau de connaissance est un déterminant majeur des comportements en SS. Pour les femmes en situation de migration, ce niveau est majoritairement lié à des sources informelles tel que les pairs ou les médias. Ce mode de transmission a un impact : il est par

¹² Annexe 5 : L'accès aux soins, la prise en charge des frais de santé

¹³ La SS est « *un concept englobant, qui comprend aussi bien la santé en matière de sexualité et de procréation que la santé maternelle et néonatale. Elle implique le respect des droits sexuels et reproductifs de chacune et chacun : le droit de mener une vie sexuelle agréable, sûre et librement choisie ; le droit d'avoir accès à une offre de services de planification familiale complète ; ou encore le droit de vivre à l'abri des violences sexuelles et dans le respect de son intégrité corporelle* » (24).

¹⁴ Annexe 6 : La santé sexuelle, historique et définitions

exemple susceptible de conduire au partage de connaissances erronées ou de pratiques à risque au sein d'une communauté (27). C'est notamment le cas pour les femmes d'origine subsaharienne qui peuvent avoir des habitudes (pour la toilette intime, rétrécir le vagin et stimuler les sécrétions vaginales) qui risquent de « *faciliter le passage des virus dont celui du VIH, perturber la sexualité et fragiliser les muqueuses* » (28). C'est par exemple le cas du « dry sex », c'est-à-dire « sexe sec », technique dans laquelle les femmes assèchent leur vagin. Ces pratiques prennent source dans le plaisir du partenaire, généralement masculin, et dans sa satisfaction (28). L'acquisition de connaissances en SS peut également être influencée par des normes culturelles et religieuses : chez les femmes en situation de migration, parler de sexe est souvent interdit, tabou. Ainsi, les services de SS peuvent être considérés comme culturellement inappropriés, donc à éviter, surtout dans les cultures où l'accent est mis sur l'importance de la virginité pré-nuptiale (27).

Ces tabous, ainsi que ces modes de transmissions des informations, ont un impact indéniable sur la SS des femmes en situation de migration. L'étude de C. Metusela (27) fait apparaître qu'elles se décrivent ainsi comme « *ayant peu de connaissance à propos de la santé sexuelle et reproductive, mais aussi des connaissances biaisées concernant la contraception, le dépistage du cancer du col de l'utérus et du Papillomavirus humain (HPV) et les infections sexuellement transmissibles comme le VIH* » (29). Plusieurs croyances apparaissent dans les discours tel que le fait que le vaccin contre le HPV puisse être à l'origine de cancer ou que le dépistage du cancer du col de l'utérus affecte la virginité et l'hymen. Il faut aussi noter que dans de nombreuses cultures, la notion même de cancer est inexistante (3).

Dans une seconde étude de Gagnon et al¹⁵, 31,2% des participantes n'avaient jamais entendu parler du VIH / SIDA et une femme sur deux n'avaient jamais entendu parler des IST. Par ailleurs, l'enquête ajoute que certaines femmes en situation de migration peuvent avoir des connaissances erronées concernant le VIH tant au regard de la contamination, que de la transmission. Ce manque de connaissance influe grandement sur le fait que 65% n'ont jamais subi de test de dépistage VIH (30). Par ailleurs certaines pratiques se dégagent, comme l'interdiction de l'utilisation d'une contraception ou de parler de sexualité, du fait d'interdits religieux : « *For many participants, talking about sex as an unmarried or married woman was not permitted. Even thinking about sex before marriage was considered as « harming your religion »* » (27). Ce « tabou » a des

¹⁵ 81 femmes en situation de migration d'Asie du Sud vivant au Canada sont interrogées à propos de leurs connaissances, attitudes et pratiques en ce qui concerne le VIH/Sida (étude de 2010).

conséquences pour beaucoup des participantes à l'étude, créant de l'anxiété lors de leur nuit de noces et des premières expériences sexuelles traumatisantes.

En 2021, la thèse « *vécu et attentes de la consultation gynécologique chez les patientes migrantes primoarrivantes en Bretagne* »¹⁶ fait apparaître que la santé féminine est, pour les femmes interviewées, fréquemment synonyme de maternité et de fertilité, choses indispensables au bien-être et à la construction identitaire féminine¹⁷ : « *Ben oui on devient femme (mentionne grossesse et accouchement)* ». Dans certaines cultures, le statut de femme s'acquiert par la naissance du premier enfant, tout comme celui de famille pour le couple (31).

Par ailleurs, lors des relations affectives et sexuelles, la satisfaction du conjoint est centrale. Dès lors tout cela peut engendrer une pression sociale culturelle et patriarcale pour les femmes, ce qui peut influencer sur leur SS. Ainsi cela peut conduire à une faible sollicitation de la contraception mais aussi à un jugement négatif de cette dernière. Différentes études ont mis en avant que les femmes en situation de migration ont tendance à utiliser moins de contraceptifs (31; 32) mais aussi à avoir un taux plus élevé de grossesses non désirées et d'avortements (33; 34) que les femmes qui ne sont pas en situation de migration. Elles sont également plus sujettes à un sur-risque d'infection HPV et à un moindre recours au Frotti Cervico-Utérin (35). Par ailleurs le fait que les femmes puissent lier maternité et statut peut également être source de discrimination, pouvant amener à la pose d'un implant systématique pour les femmes en situation de migration et de précarité. Les professionnels peuvent expliquer cette pratique par le fait qu'elles puissent être considérées comme inaptes à une prise régulière de la pilule (36). Ainsi cette discrimination, tout comme d'autres, peut entraîner des craintes anticipées de rejet et amener à l'évitement de la sphère sanitaire, à des comportements sexuels à risques ou encore à une souffrance psychique (37).

En outre, la thèse de 2021 fait apparaître que la plupart des femmes interrogées manquent d'informations concernant l'accès aux consultations gynécologiques. Cependant elles sont dans l'ensemble bien vécues, même si elles peuvent être appréhendées notamment en cas d'antécédents de violences. Il faut noter que ces dernières sont au cœur de la santé des femmes en situation de migration : l'expérience de la migration est elle-même une violence¹⁸ mais elles peuvent aussi être, ou avoir été, sujettes à de la violence au pays, sur le parcours migratoire ou en France. Au

¹⁶ Liza Simon- 14 femmes d'origine géographique variée, en France depuis moins de 5 ans

¹⁷ Ce temps particulier, constitué de désir de maternité et de grossesse, peut être saisi comme une opportunité pour débiter un suivi gynécologique.

¹⁸ « *L'expérience de la migration est en elle-même une violence, c'est un cumul de circonstances traumatiques. C'est une perte de ses éléments fondateurs, de la construction de son identité, de son autonomie, son langage, sa famille, ses amis, ses repères* ». (21)

cours de leur vie, trois femmes interrogées sur quatre indiquent avoir été exposées à une forme de violence assez grave ou très grave. Concernant plus particulièrement la violence sexuelle, elles sont 30% à être concernées (38). Six témoignages de femmes en situation de migration provenant de l'ATSI écrits dans le cadre d'une demande d'asile¹⁹ mettent également cela en avant. Par ailleurs selon l'OMS, les femmes en situation de migration sont également plus exposées aux Mutilations Génitales Féminines (MGF) (39).²⁰ Ces MGF, tel que les excisions²¹, sont la plupart du temps liées à au moins un autre type de violence. En effet, dans une société où la plupart des femmes sont excisées, les violences de genre sont fréquentes (40). Ainsi, les femmes en situation de migration « *subissent plus de problèmes de Santé Sexuelle: complications lors de la grossesse et l'accouchement et violences sexuelles, qui dépendent des coutumes du pays d'origine, du parcours migratoire et peuvent être renforcés par des conditions d'accueil précaire* » (1).

Ces travaux laissent entrevoir que différents points peuvent freiner les femmes en situation de migration en SS. De plus ils rappellent qu'il n'existe aujourd'hui que peu de données sur la SS de ces femmes, malgré le fait que selon l'Académie de médecine, elles nécessitent une attention particulière du point de vue médical (41).

1.3 Le contexte du projet à l'échelle nationale et régionale

Au vu de l'état des connaissances sur la santé sexuelle des femmes en situation de migration, il apparaît que le statut de femme mais aussi celui de personne en situation de migration influe négativement sur leur SS. Dès lors, un focus « personne en situation de migration » a été effectué au sein de la SNSS (2017-2030). C'est « *une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, qui vise à garantir à chacun une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, ainsi que le respect de ses droits en la matière, mais aussi à éliminer les épidémies d'infections sexuellement transmissibles IST en tant que problèmes majeurs de santé publique et à éradiquer l'épidémie du sida d'ici 2030* ». Les acteurs qui en sont à l'origine ont énoncé des orientations stratégiques. Elles s'articulent autour de six axes dont parmi ceux-ci, celui de « *répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables* » dont la visée première est de « *renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits et la prise en charge à destination*

¹⁹ Annexe 7 : Témoignages de femmes dans le cadre de la demande d'asile

²⁰ Annexe 8 : La santé des femmes en situation de migration

²¹ L'excision s'inscrit dans la violence car « *c'est action qui « produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice* » » (40).

des populations les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST ». Cet objectif en inclut un « *en direction des populations originaires de zones endémie forte/ les migrants* » (1).

En Bretagne, les acteurs régionaux en Santé Sexuelle ont souhaité traduire cette stratégie en priorités régionales et les inscrire dans le Plan Régional de Santé Sexuelle (PRSS) 2018-2022. Ce dernier vient compléter le projet régional de santé, composé de 7 fiches populationnelles, notamment une concernant la population en situation de migration et de 5 fiches thématiques (la santé reproductive ; l'interruption volontaire de grossesse ; les infections sexuellement transmissibles ; les hépatites virales B et C ; ainsi que le VIH). Elles reprennent les grandes priorités nationales et, sur la base des constats régionaux, chaque fiche décrit les principaux objectifs et actions. Dans ce contexte, l'un des objectifs du PRSS est de « *renforcer la prévention et la prise en charge en santé sexuelle des migrant.e.s* » (2). C'est dans ce cadre que le projet a vu le jour, s'inscrivant au cœur de ce contexte national et régional.

1.4 Le projet

Ce travail s'inscrit au cœur de la politique globale de santé, dans un partenariat étroit entre l'ARS, le COREVIH²² et le PCESS²³. En lien avec ces derniers, il a été décidé de réaliser un état des lieux de l'offre en matière de Santé Sexuelle pour les femmes en situation de migration arrivées à l'âge adulte en France. En effet, du fait de la loi dite AUBRY (44), les enfants scolarisés peuvent bénéficier d'une éducation à la santé et à la sexualité.²⁴ Dès lors il sera considéré ici que les femmes arrivées en France avant 18 ans ont pu bénéficier d'une éducation à la santé et à la sexualité lors de leur scolarité. Les différents acteurs du projet ont cependant conscience des limites de ce choix, tout d'abord du fait de l'application de la loi qui s'avère « *inégaie sur le territoire et non satisfaisante* » (45). De plus, si des actions d'éducation à la sexualité ont eu lieu, des difficultés de compréhension ont pu voir le jour. Certaines femmes ont également pu arriver quelques temps avant leur majorité et ne pas être scolarisées. Par ailleurs, du fait des profils variés de personnes en situation de migration en Bretagne, le choix a été fait de laisser le public ouvert en termes d'origine géographique.

²² « *Le COREVIH est une organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH et à la lutte contre l'infection à VIH en général* » (42).

²³ Le « Réseau Louis Guilloux » est une structure qui a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des publics précaires. Ainsi, elle regroupe cinq pôles dont le pôle « migrants », le pôle « coordination en santé sexuelle » et le pôle « interprétariat » (43).

²⁴ La loi indique qu'« *une éducation à la santé et à la sexualité est dispensée dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances annuelles*».

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé que la Charte d'Ottawa définit comme « *un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens de gérer ou d'améliorer leur propre santé* ». Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser communauté et prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain. Dès lors ce projet se situe au cœur de l'empowerment²⁵, de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale mais aussi de la santé communautaire.²⁶

A ici été mis en exergue que les femmes en situation de migration peuvent avoir des caractéristiques particulières au regard de leur santé et notamment de leur SS. Toutefois ces déterminants se retrouvent ils dans les discours des intéressées ainsi que des professionnels qui les accompagnent et qu'en est-il de leur prise en charge ?

II. OBJECTIFS ET METHODE

2.1 Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de proposer de potentielles pistes d'amélioration de prise en charge en SS des femmes en situation de migration arrivées à l'âge adulte en France. Pour ce faire différents objectifs spécifiques ont été posés, eux même composés d'objectifs opérationnels. Ils sont également en relation avec des indicateurs afin de pouvoir les mettre en lien avec les résultats obtenus.

²⁵ « le développement du pouvoir d'agir des individus et des groupes sur leurs conditions sociales, économiques ou politiques » (46).

²⁶ « La santé communautaire constitue en une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle et de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé. Elle est fondée sur plusieurs grands principes : la santé est liée à un ensemble de facteurs qui ne touche pas qu'un individu mais toute une population, une communauté ; ces facteurs sont répartis de manière inégale entre les territoires ; la médecine, le système de soins et les politiques publiques n'apportent pas toujours une approche assez globale de la santé ; les comportements individuels sont difficiles à faire changer ; l'implication des « gens » est fondamentale pour parvenir à un changement ; il ne s'agit pas de « faire pour » les gens, mais « avec » eux ». (47).

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Indicateurs
Identifier dans la littérature les attentes et besoins des femmes en situation de migration en termes de SS	1. Constituer une revue bibliographique	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitatif : nombre de supports différents lus • Qualitatif : prise de notes reprenant les grandes idées de chaque lecture
Recueillir les attentes et besoins de femmes en situation de migration en termes de SS	2. Rencontrer et échanger avec les femmes en situation de migration	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitatif : nombre de femmes rencontrées • Qualitatif : implication des femmes dans le projet
Déterminer les attentes et besoins des femmes en situation de migration recueillis par les professionnels et les questionner sur l'accompagnement qu'ils leur proposent	3. Rencontrer et échanger avec les professionnels qui accompagnent les femmes en situation de migration	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitatif : nombre de professionnels rencontrés • Qualitatif : implication des professionnels dans le projet
Emettre des propositions d'amélioration de la prise en charge en SS des femmes en situation de migration	4. Synthétiser les retours des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitatif : nombre de professionnels et de femmes rencontrés pour que le discours arrive à saturation. • Qualitatif : niveau d'adéquation entre les attentes et besoins des femmes et ceux identifiés par les professionnels
	5. Présenter des axes d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de migration et les communiquer	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitatif : nombre d'axes d'amélioration proposés • Qualitatif : pertinence des axes proposés et degré d'implication des femmes et des professionnels dans les propositions d'amélioration de prise en charge

2.2 Une méthode en trois étapes

Dans le but de répondre aux objectifs, trois points de vue différents sont pris en compte : celui de la littérature, celui des personnes concernées ainsi que celui des professionnels qui les accompagnent. Du résultat de la confrontation de ces différents prismes, découlent de potentielles pistes d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de migration, afin de mieux les comprendre, les accompagner et les orienter.

La littérature

Etudier la littérature existante permet d'avoir un socle de travail, en considérant l'état actuel de la recherche sur le sujet. Cela nourrit la réflexion et aide à construire une base d'échanges avec les femmes et les professionnels.

Les femmes en situation de migration

Recueillir la parole des personnes concernées, leur vécu, leur histoire donne lieu à la prise en compte de leurs avis, leurs attentes et leurs besoins en termes de SS dans une visée de santé communautaire. Pour ce faire, les trois femmes en situation de migration rencontrées²⁷ ont été contactées par le biais d'associations et d'organismes²⁸ : avec le concours d'une sage-femme du CHU de Rennes ainsi qu'avec l'association ASTI²⁹. Les échanges ont eu lieu au domicile des femmes, en individuel. Le face-à-face est recommandé lorsque le sujet est sensible ou intime et que l'objectif est d'étudier les liens entre attitudes, freins, motivations et comportements (49). Les critères d'inclusion pour participer à ces rencontres étaient le fait d'être une femme, majeure, volontaire et arrivée en France à l'âge adulte. Afin de guider l'échange, une grille d'entretien semi-directive a été élaborée³⁰. Au préalable de celle-ci, pour s'assurer que les questions soient audibles et facilement compréhensibles, le guide d'entretien a été testé auprès de bénévoles de l'association « Des mains » à Quimper³¹. Cette rencontre a également ouvert sur l'idée de proposer, lors de ces temps d'échanges, une information sur les lieux existants en SS. Ainsi, les entretiens ont été complétés par la distribution d'un flyer récapitulatif présentant les structures en SS en Bretagne³². Une variation maximale de l'échantillon a été recherchée, (pays d'origine, nombre d'enfants, pays d'origine, profession, situation maritale, niveau d'étude, type de couverture sociale) sans viser une représentativité de la population. Par ailleurs dans ce cadre, une bénévole de l'association ASTI a pu transmettre six témoignages de femmes écrits dans le cadre de leur demande d'asile. Enfin, afin de s'assurer de la compréhension des échanges, la présence d'un interprète professionnel a été proposée.

Les professionnels

En parallèle, le fait d'interroger les professionnels a été l'occasion de déterminer avec eux les attentes et besoins auxquels les femmes sont confrontées mais aussi de les questionner sur ce qu'ils leur proposent ou souhaiteraient leur proposer en termes d'accompagnement et ce qui leur

²⁷ Annexe 9 : Profil des femmes en situation de migration répondantes à l'entretien

²⁸ A l'aide d'un mail type puis d'une relance si besoin

²⁹ Associations de Solidarité avec Tout-e-s les Immigré-e-s. Cette association œuvre aux côtés des personnes migrantes et immigrées. Elle propose des temps conviviaux dont des formations linguistiques. (48)

³⁰ Annexe 10 : Grille d'entretien pour les femmes en situation de migration

³¹ L'objectif de cette association est de lutter contre toutes formes de précarité, de pauvreté, d'exclusion et de préjugé. « Des-Mains » propose des rencontres autour du temps du repas afin que les personnes en situation de migration puissent manger comme dans leur pays d'origine.

³² En version française et anglaise – Annexe 11 : Flyer « Structures en santé sexuelle »

semble être des leviers ou des freins. Concernant les modalités, un questionnaire leur a été transmis, complété d'un entretien. Après échanges avec le pôle « migrant » du Réseau Louis Guilloux, il est apparu que l'association a créé un questionnaire³³ dans le cadre de l'organisation de la 8^{ème} journée régionale du Réseau. Celui-ci est en cours lors du projet et vise à repérer les pratiques et les besoins des professionnels des secteurs de la santé et du social en Bretagne concernant l'accompagnement autour des violences sexuelles et conjugales des personnes en situation de migration. Les professionnels ayant déjà été sollicités, il a été décidé de le reprendre³⁴, de le diffuser et par la suite d'ouvrir sur les thématiques du PRSS lors de l'entretien basé sur une grille semi-directive.³⁵ Pour ce faire trois groupes de professionnels ont été contactés, ceux ayant répondu au questionnaire, ceux sur la liste de diffusion de celui-ci mais non répondant et enfin les personnes non-destinatrices de ce dernier³⁶. Les critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être professionnel, volontaire, exerçant en Bretagne, en contact avec les femmes en situation de migration. Une variation maximale de l'échantillon a été recherchée (départements d'exercice, types de structures, rural/urbain). 17 professionnels ont été rencontrés lors d'entretiens téléphoniques durant entre 24 minutes et 1 heure 04 minutes.³⁷

2.3 Le traitement des données

Une analyse de données a été réalisée à la main à la suite de la retranscription des entretiens. Pour ce faire, pour les professionnels comme pour les femmes en situation de migration, un tableau a été créé. Ces deux supports recoupent les grandes thématiques évoquées dans les entretiens complétés par des sous-thèmes également abordés. Dès lors, chaque entretien a été inscrit dans l'un de ces tableaux. Pour les professionnels, les remarques additionnelles ajoutées dans les questionnaires du RLG prennent aussi leur place dans la grille de traitement des données. Par la suite, une première analyse a eu lieu au sein même de chaque tableau suivi d'une seconde croisant les 3 supports : l'analyse des entretiens des professionnels, l'analyse des entretiens des femmes, la littérature. Les professionnels peuvent être répondants au sein de plusieurs sous catégories, ce qui peut expliquer que le nombre de réponses puisse dépasser 17. L'anonymat des participants a été préservé tout au long de l'étude, la collecte et l'analyse des données ont été réalisées de façon

³³ Annexe 12 : Questionnaire du Réseau Louis Guilloux

³⁴ Avec leur autorisation

³⁵ Annexe 13 : Grille d'entretien pour les professionnels

³⁶ Trois versions d'un mail type ont été envoyées suivant le groupe où s'inscrit la personne. Une relance téléphonique a été effectuée une semaine après l'envoi du mail.

³⁷ Annexe 14 : tableau des professionnels répondants au questionnaire et à l'entretien

confidentielle. Dès lors, le choix a été fait lors de la retranscription de ne pas laisser d'éléments identifiants tel que les villes ou les noms cités.

III. RESULTATS

Au regard des résultats suivants, il faut tout d'abord rappeler que les trois femmes rencontrées³⁸ ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes en situation de migration en France. C'est également le cas des échanges avec les 17 professionnels³⁹, leurs points de vue et leurs expériences étant individuels. Un lien a été effectué entre les entretiens des professionnels et leurs retours dans les questionnaires lorsque ceux-ci indiquaient se sentir en difficulté et/ou rajoutaient des précisions de manière libre sur les différents objets⁴⁰. Par ailleurs des catégories ont été constituées afin de faciliter la présentation des résultats. Elles sont cependant fictives et modulables, certaines thématiques peuvent passer de l'une à l'autre.

3.1 Limites de l'enquête et évaluation

La littérature

Concernant l'évaluation et plus particulièrement le premier objectif opérationnel : « constituer une revue bibliographique », 118 supports différents ont été lus et des prises de notes sur les lectures puis ont été effectuées au fur et à mesure classées au sein d'onglets thématiques. Il existe cependant peu de supports spécifiques à la santé sexuelle des femmes en situation de migration, ce que soulève également une des études (29).

Les femmes en situation de migration

Au regard du second objectif « rencontrer et échanger avec les femmes en situation de migration », trois femmes ont été rencontrées. Ce chiffre apparaît comme faible, relativement au nombre de femmes souhaitées en début de projet, pour autant ces dernières se sont impliquées dans le projet, souhaitant avoir un retour de celui-ci, retour qui leur a été envoyé.

³⁸ Annexe 15 : Retranscription des entretiens des femmes rencontrées

³⁹ Annexe 16 : Retranscription des entretiens des professionnels rencontrés (les questionnaires sont intégrés dans ces retranscriptions en taille 10 et souligné).

⁴⁰ Dans le cadre de l'anonymat, les formations effectuées n'ont pas été inscrites. Il est uniquement indiqué si la personne en a déjà fait une ou non.

Par ailleurs dans ce travail, les acteurs sont conscients de certains biais tel que celui de sélection. En effet les personnes interrogées le sont sous base de volontariat. Qu'en est-t-il de celles qui refusent l'échange ? Par ailleurs la mise en lien avec les femmes se fait grâce aux associations et structures, ce qui peut également être un biais de sélection : les femmes rencontrées sont déjà en contact avec des professionnels ou bénévoles. Il faut également considérer que le sujet abordé, la SS, peut être tabou pour certaines, ce qui peut influencer les réponses apportées ainsi que l'adhésion au projet, ce dont ont pu témoigner plusieurs associations contactées. De plus l'enquête est déclarative, les interviewés pouvant répondre ce qu'ils souhaitent. Il est également possible qu'un biais de mémorisation soit présent ainsi qu'une difficulté à exprimer les émotions ressenties. Par ailleurs le temps d'étude est contraint (4 mois), cela est à prendre en compte tout au long du projet tout comme le contexte sanitaire lié à l'épidémie de COVID-19 qui a également pu freiner les rencontres, notamment de groupes.

Les professionnels

A propos du troisième objectif opérationnel : « rencontrer et échanger avec les professionnels qui accompagnent les femmes en situation de migration », 17 professionnels ont été interrogés. Il a été relativement facile de les mobiliser et ils ont eux aussi souhaité avoir un retour sur le projet. Ce dernier se fera en visioconférence. Il faut cependant noter que certaines réponses sont revenues à plusieurs reprises sans que la question soit posée en tant que tel ce qui a pu fausser les chiffres indiqués. C'est par exemple le cas dans la thématique de l'excision, où plusieurs professionnels ont pu aborder la question de la reconstruction mais cette dernière n'a pas été posée tel que : « abordez-vous la reconstruction ? ». Il est par ailleurs important de rappeler que l'ensemble des professionnels rencontrés ne sont pas tous des professionnels de santé : un coordinateur, quatre travailleurs sociaux et un psychologue. Ainsi, ces profils peuvent influencer sur le nombre de personnes pouvant aborder certaines thématiques. Enfin il pourrait être intéressant de poursuivre le croisement des données. Pour ce faire il serait possible de faire le lien entre les réponses au questionnaire des professionnels de manière individuelle, notamment la partie où ils indiquent ou non se sentir à l'aise face aux violences, et leurs réponses lors de l'entretien sur la partie « violences sexuelles ». Un biais de désirabilité sociale peut également être présent, tant pour les femmes que pour les professionnels, répondant ce qu'ils pensent que l'interlocuteur veut entendre.

Le croisement des données

Relativement à l'objectif : « synthétiser les retours des rencontres », tout d'abord le nombre de professionnels rencontré a permis que le discours arrive à saturation. Ce n'est pas le cas pour les femmes en situation de migration. Par ailleurs les attentes et besoins des femmes apparaissent en adéquation avec ceux identifiés par les accompagnants.

Enfin concernant le dernier objectif : « présenter des axes d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de migration et les communiquer », 10 axes d'amélioration ont été proposés. Au regard de la pertinence des axes, les enseignements de ce travail vont être communiqués en visioconférence le 07 septembre aux professionnels répondants ainsi qu'à ceux qui ont pu être contactés dans le cadre du projet. Ainsi, ce temps d'échange permettra de confirmer ou d'infirmer de la pertinence des perspectives. Par ailleurs les axes d'amélioration reprennent les envies et besoins des femmes, de leurs accompagnants ainsi que ceux indiqués dans la littérature. Or ici un focus a été effectué concernant les femmes, or qu'en est-il de cette catégorisation ? En effet le genre et le sexe ne sont pas toujours semblables, il est possible que certaines personnes puissent être transsexuelles, intersexe, genderfluide ou non binaires⁴¹.

3.2 Les portraits des trois femmes rencontrées dans le cadre du projet

L. a 32 ans, est née en Macédoine et est de religion musulmane. Madame vit en France depuis 11 ans et est en couple avec un homme macédonien rencontré en France. Ils sont sans papier, ne travaillent pas et ne possède pas de ressources. Ils sont hébergés par ASTI. Le couple a cinq enfants de 9 ans et demi à 4 ans. L. ne prend pas de moyen de contraception et vient de découvrir qu'elle est de nouveau enceinte. Elle ne sait pas si elle garde l'enfant. Madame n'a pas de suivi en santé sexuelle.

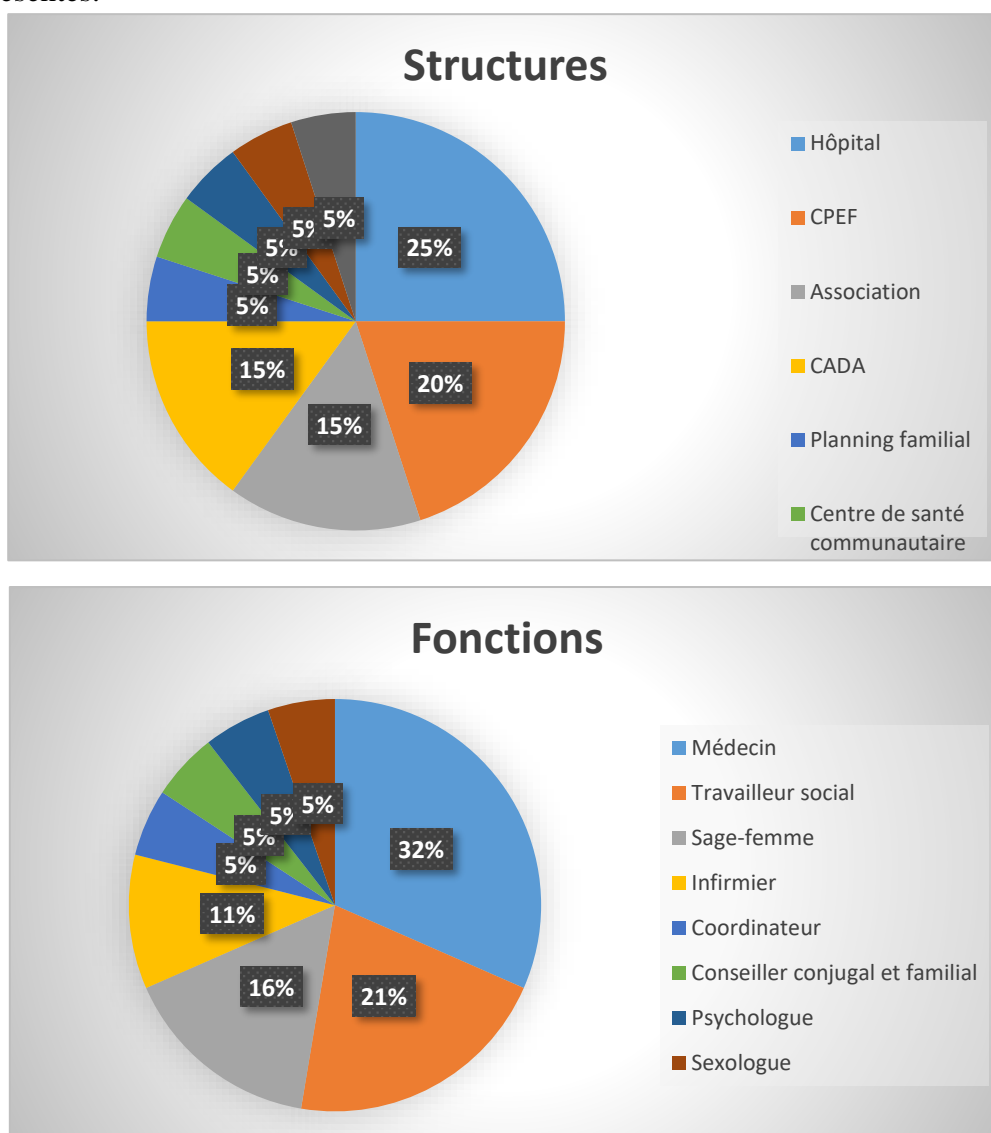
M. a 40 ans, est née en Angola et est de religion Catholique. Elle vit en France depuis 16 ans et est en couple avec un homme angolais. Ils sont résidents et sont en train de demander la naturalisation. Madame travaille dans une usine agroalimentaire et est locataire de son logement. Le couple a 3 enfants de 13, 12 et 7 ans et souhaiterait en avoir un quatrième. M. est suivi par son gynécologue une fois par an. Dans ses démarches administratives, professionnelles et sanitaire, elle indique être discriminée, sans utiliser ce terme, du fait de sa situation de personne étrangère.

⁴¹ Formation du 28/06/21 - HAS Sexe & genre en santé : enrichir les savoirs, améliorer la pratique - Murielle Salle

B. a 40 ans et est née au Sénégal. Elle vit en France depuis 12 ans où elle est venue pour faire sa dernière année de Master 2. Madame est résidente, locataire de son logement et travaille dans le sport. Elle est mère célibataire d'une fille de 7 ans et demi. Madame a vécu des violences conjugales dont sexuelles à son arrivée en France avec le père de sa fille. Elle a également été violée à plusieurs reprises par un proche lorsqu'elle était enfant. B. est excisée et en a un vécu douloureux. En lien avec cela, elle a également eu une mauvaise expérience avec un gynécologue, ce qui l'a empêché d'aller en voir un pendant 5 ans. Elle est aujourd'hui suivie en santé sexuelle.

3.3 Cartographie des professionnels répondants

17 professionnels ont pris le temps de répondre à cet état des lieux⁴². Parmi eux certains travaillent dans différentes structures et/ou ont plusieurs fonctions. L'ensemble des départements bretons ont été représentés.



⁴² Annexe 14 : Tableau des professionnels répondants au questionnaire et à l'entretien

3.4 Les données recueillies

Nous croiserons ici les retours des femmes rencontrées et ceux des professionnels questionnés ainsi que le point de vue de la littérature dont les six témoignages écrits dans le cadre de la demande d’asile. Les tableaux proposent les points de vue des femmes en situation de migration ainsi que ceux des professionnels rencontrés. Ce qui n’est pas propre à l’un ou à l’autre est inscrit sous ceux-ci. Dans le cadre des résultats exposés, les discours des personnes rencontrées seront pris en compte afin de déterminer des tendances, cependant il n’est pas possible de faire des généralités du fait de l’individualité des points de vue et des vécus. Seront ici déroulés les thématiques de la santé reproductive, des dépistages, de la vie affective et sexuelle, des violences sexuelles et des démarches de soin.

A) La santé reproductive

Cette thématique regroupe la contraception, l’avortement ainsi que le suivi de grossesse par les professionnels.

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
La contraception	Les trois femmes interrogées ont toutes eu un moyen de contraception mais deux d’entre elles n’en ont plus actuellement. La première a fait le choix de se faire poser un implant, l’a enlevé et n’est pas allée en reposer un parce qu’elle était occupée. Ce dernier ne lui a pas convenu car elle se demande si sa prise de poids n’est pas liée à celui-ci. Aujourd’hui, « <i>on ne met pas de préservatif, il enlève</i> » ⁴³ . La seconde femme a également fait le choix de se faire poser un implant et a aussi décidé de l’enlever car ce moyen de contraception ne lui convenait pas. Elle souhaite aujourd’hui concevoir. La troisième interviewée prend la pilule en lien avec des problématiques de santé et non comme moyen de contraception. C’est sa gynécologue qui le lui a proposé. Il apparait que deux des femmes rencontrées, dont une en situation de précarité du fait d’absence de ressources financières et de logement, ont eu un implant.	Sur les 17 professionnels rencontrés, 35 % indiquent poser la question de la contraception de manière systématique et 6% ont besoin qu’un lien de confiance soit créé avant d’aborder le sujet. Ainsi 71% peuvent aborder la question, 12% ne la pose pas (dont 60% ne sont pas professionnels de santé) et 18 % si elle se présente réorientent. 24 % des interrogés indiquent que la culture peut influencer sur la contraception, certaines femmes la méconnaissant ou ne l’acceptant pas. Au contraire 6% indiquent que les femmes en situation de migration ne sont pas moins renseignées que celles nées en France. Par ailleurs, il apparait dans un discours que ce n’est pas toujours la priorité du moment. Au regard du type de moyen de contraception privilégié, 12% professionnels mentionnent favoriser l’implant pour ce public. Cette pratique peut être considérée comme une discrimination, ce qui peut avoir des conséquences à court ou moyen terme (37). A l’inverse, 18 % disent prendre le temps d’expliquer l’ensemble des moyens de contraception existants afin qu’elle puisse avoir l’ensemble des informations à sa portée.

⁴³ Méthode du retrait

Une femme sur deux, car la deuxième souhaite concevoir, n'utilise pas de contraceptif. Cela concorderait avec les différentes études qui ont pu mettre en avant le fait que les femmes en situation de migration ont tendance à avoir un jugement négatif de ces derniers et à en utiliser en moindre mesure que les femmes nées françaises (31; 32). Ce point est confirmé par le discours des professionnels qui indiquent que la culture peut freiner la prise de contraception et qu'il est possible que cela soit le mari qui choisisse de la présence ou de l'absence de contraceptif pour son épouse. Un parallèle peut ainsi être effectué avec la littérature, cette dernière témoignant du fait que dans certaines cultures, la présence d'un enfant est essentielle, créant notamment le statut de couple (31). D'autre part, une des femmes rencontrées indique qu'elle n'est pas allée remettre un moyen de contraception car elle était occupée, ce qui peut concorder avec le discours des professionnels qui mentionnent que la contraception n'est pas toujours la priorité du moment pour les femmes en situation de migration et avec la littérature qui met en avant le fait que la SS, dont la contraception, peut passer derrière plusieurs problématiques (27). Enfin 12 % des professionnels témoignent favoriser l'implant contraceptif pour les populations en situation de migration. Dès lors les deux femmes qui ont eu un implant indiquent avoir choisi ce moyen de contraception.

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
L'avortement	La première femme rencontrée, à la suite de conseils extérieurs, mais également en lien avec la religion, n'a pas souhaité avorter une première fois et cela la freine une seconde fois. Les deux autres femmes n'ont pas été confrontées à la problématique de l'avortement. La littérature témoigne que les femmes en situation de migration peuvent avoir tendance à avoir un taux plus élevé de grossesses non désirées et d'avortement que les femmes nées en France (33 ;34) ⁴⁴ . Ici il apparaît qu'1/3 des femmes ont été confrontées à ces problématiques contre 1,56 % des femmes françaises.	76 % des interviewés disent pouvoir accueillir cette thématique. Ils sont 24 % à le faire quotidiennement, dont 12% qui posent la question de façon systématique et 12 % de façon plus épisodique. 12% des questionnés abordent la question en faisant le lien entre absence de contraception et grossesse non désirée. 18% des professionnels n'abordent pas l'IVG et 35% réorientent vers d'autres structures si besoin. Parmi ceux qui ne le font pas, 25 % ne sont pas professionnel de santé. Par ailleurs 6% indiquent souhaiter l'aborder plus régulièrement.

Il ressort du discours de la première femme rencontrée qu'elle a peur d'avorter, de la stérilité, que l'IVG ait des conséquences sur ses propres enfants. Ainsi il apparaît que le fait d'avoir un mode de transmission informel des informations peut, comme dans cette situation, avoir pour conséquence la

⁴⁴ En France métropolitaine, le taux de recours à l'IVG est de 15,6 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (51)

transmission de connaissances erronées (27). Par ailleurs la religion de Madame est un frein supplémentaire pour avorter, tendance qui ressort également pour 6% des professionnels rencontrés qui indiquent que pour certaines femmes l'IVG est culturellement impossible. La littérature va en ce sens, pointant que la religion, notamment le catholicisme, est souvent le principal obstacle à l'IVG (50).

Le suivi de grossesse

Concernant le suivi de grossesse, 60 % des professionnels indiquent qu'ils peuvent accompagner dans ce cadre tandis que 6% ne le fait pas. Dans 24 % des discours, les professionnels mettent en avant le fait de réorienter vers d'autres structures. Par ailleurs 6% font état de rencontres fréquentes avec des femmes et/ou des couples qui sont en désir de grossesse et qu'elle peut dès lors réorienter vers la PMA.

B) Les dépistages

Cette thématique regroupe les dépistages des IST, des hépatites et du VIH, les dépistages des cancers du sein et de l'utérus et les moyens mis en place par les femmes pour se protéger de ces derniers.

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
Les IST, les hépatites, le VIH	La première femme rencontrée a effectué un dépistage IST une unique fois du fait de démangeaisons. Dans son discours il apparaît qu'elle a par ailleurs connaissance de ces maladies. La seconde questionnée le faisait régulièrement dans son pays d'origine, c'est le cas également en France où elle le fait une fois par an. La dernière femme indique qu'elle faisait régulièrement des dépistages IST, hépatites, VIH dans son pays d'origine et en fait également ici. Elle ajoute avoir effectué un bilan global à son arrivée en France à l'OFII, ce qu'elle a très mal vécu. L'ensemble des femmes rencontrées ont effectué un dépistage IST, hépatites et VIH au minimum une fois dans leur parcours de vie. Deux en font régulièrement. La littérature fait apparaître que 65% des femmes	Concernant les professionnels, 94 % des interrogés peuvent aborder la question avec le public accueilli. Ils sont 35% à la poser de manière systématique et 71 % disent pouvoir proposer un bilan global. 6% ne parlent pas de cette thématique. Par ailleurs une orientation peut avoir lieu pour 41% des professionnels vers des professionnels médicaux. A propos de la proportion de prescriptions, 6% indiquent en faire beaucoup et 12% de manière plus ponctuelle. Pour 18 % des professionnels un des objectifs principaux de ce dépistage est que les femmes aient l'information, qu'elles comprennent l'intérêt de celui-ci. 18% des professionnels témoignent par ailleurs de difficultés autour de la thématique, notamment à l'aborder pour les femmes avec enfants, à savoir ce qui a été fait avant, principalement en matière

	<p>n'ont jamais subies de test de dépistage VIH (30), ce qui n'est pas le cas sur cet échantillon.</p>	<p>de vaccins, mais aussi de savoir comment orienter à la suite d'un résultat positif pour une personne en absence de droits CPAM ouverts.</p> <p>Pour ce qui est des résultats, 6% parlent de résultats régulièrement positifs, 18% de beaucoup d'hépatites B et 6% ajoutent de nombreuses hépatites C. Santé Publique France va en ce sens en indiquant que certaines populations en situation de migration ont plus de risque d'être porteur de l'hépatite B que celles nées en France. Cela est particulièrement valable pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, pour lesquelles le taux d'hépatites B est de 5,3% (52), alors qu'il est de 0,65% en France métropolitaine (53). Dès lors 35% professionnels indiquent en ré échanger avec la patiente à la suite d'un résultat positif. Afin de les prendre en soin, les interrogés ont pu proposer des temps en collectif, notamment un groupe d'éducation thérapeutique « femmes et VIH » mais aussi un groupe animé par AIDES. 12 % témoignent d'une plus-value du collectif en complément d'un accompagnement individuel.</p>
<p>Les cancers du sein et de l'utérus</p>	<p>Une des trois femmes interrogées ne s'est jamais fait dépister concernant le cancer du sein et/ou de l'utérus. Une seconde indique l'avoir déjà fait pour le cancer du sein et la troisième l'a effectué pour les deux. Cette dernière met en avant la difficulté de penser à un suivi, à la prévention quand elle a d'autres priorités en tête comme le titre de séjour. Ce témoignage en rappelle un autre qui indique ces mêmes difficultés en lien avec la contraception. Dès lors cela pourrait correspondre à ce qui peut être décrit par les professionnels et par la littérature. En effet il est indiqué que l'accès à la SS peut passer derrière d'autres problématiques (27).</p> <p>Par ailleurs une des femmes enquêtées atteste avoir effectué des frottis⁴⁵ mais en parallèle indique également ne pas s'être faite dépistée du cancer du col de l'utérus. Cette incohérence questionne tant la compréhension des questions posées dans le cadre de ce projet que la compréhension de l'acte de frottis en lui-même. Il faut noter qu'aucune des femmes rencontrées n'a 50 ans, soit l'âge pour être intégrée au dépistage organisé du cancer du sein (54).</p>	<p>59 % des professionnels répondant abordent la question du dépistage du cancer du sein et utérus : 41 % le font régulièrement dont 6% en systématique et 18% de manière plus ponctuelle. De plus, 24% indiquent réorienter vers d'autres professionnels et 18% n'abordent pas la question. Parmi ceux qui n'en parlent pas, 50% ne sont pas professionnels de santé. Par ailleurs, le fait de prendre le temps d'expliquer ce qu'est un rendez-vous gynéco, un dépistage ressort dans 12% des discours. Un interviewé ajoute pouvoir être en difficulté dans ce cadre, quand la patiente n'a pas de droits CPAM ouverts.</p>

⁴⁵ Test de dépistage du cancer du col de l'utérus

La protection contre le cancer du col de l'utérus, les IST, les hépatites et le VIH

La première femme interviewée indique ne pas utiliser de protection pour prévenir ces maladies. La seconde et la troisième en ont déjà utilisé un préservatif lorsqu'elles ont eu un nouveau partenaire. Concernant la vaccination, deux femmes indiquent avoir été vaccinées à leur arrivée en France mais ne savent pas/plus contre quelle maladie. La dernière femme n'a pas été vaccinée au regard de la santé sexuelle.

C) La vie affective et sexuelle

Cette thématique regroupe la toilette intime, la vie relationnelle et le point de vue des professionnels sur le plaisir.

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
La toilette intime	Aucune des femmes n'utilise de techniques de toilette intime apprises dans son pays. Les techniques de toilette intime pour rétrécir le vagin et stimuler les sécrétions vaginales prennent origine en Afrique subsaharienne, d'où viennent 2 des 3 femmes rencontrées. Parmi elles seule une a pu apprendre certaines de ces pratiques mais qu'elle n'utilise pas.	71 % des professionnels indiquent pouvoir aborder la thématique de la toilette intime. Parmi eux, 29% évoquent ces questions-là en lien avec des pratiques, tel que le « dry sex », qui peuvent favoriser les infections. Ces techniques sont également rapportées dans la littérature (28). De plus 6% l'abordent systématiquement dans les entretiens, 12% peuvent en échanger en lien avec la grossesse et 24 % relativement aux mycoses et aux infections génitales à répétition. 6% indiquent également pouvoir intervenir sur l'hygiène, l'intimité en groupe. Par ailleurs une relation de confiance est nécessaire avant d'aborder le sujet pour 6% des interrogés. 29 % n'évoquent pas la thématique notamment par manque de temps. Parmi ceux qui ne l'évoquent pas, 80% de ceux qui ne le font pas ne sont pas des professionnels de santé.
	100% des femmes rencontrées trouvent agréable les baisers, le fait d'embrasser. Cette thématique a été introduite à la suite de la rencontre avec une bénévole de l'association des mains qui se questionnait sur le côté agréable de cette habitude « française ». Il apparaît donc, au sein de cet échantillon, que le baiser est source de plaisir. Concernant les attentes dans la relation, une femme indique qu'avant elle attendait beaucoup d'une	Il est déjà arrivé à 71% d'entre eux, au moins à une reprise, de parler de vie relationnelle. Parmi eux 29 % peuvent poser la question dont 6% de manière systématique et 18% l'abordent quand cela vient dans l'entretien. 6% entre eux ajoutent avoir besoin de créer un lien de confiance avant d'échanger autour de cette thématique. Par ailleurs 6% des interviewés indiquent en

<p>La vie relationnelle</p>	<p>relation mais que depuis qu'elle a été déçue de son mari, elle n'attend plus grand-chose. Elle ne lui fait plus confiance. Pour une autre c'est difficile de répondre, elle indique par ailleurs lors des échanges l'existence de « <i>conseils qui viennent de la famille, des parents. On doit être soumise et obéissante à nos hommes parce qu'il y a des droits que l'homme doit donner pour demander notre main</i> ». Il ressort du discours de la deuxième femme que la satisfaction du conjoint est primordiale. Un lien peut être ici effectué avec certaines pratiques de toilette intime évoquées précédemment où là aussi le plaisir du conjoint est recherché au détriment de celui de la femme. La dernière femme déclare qu'il est compliqué de construire quelque chose avec la personne, quelqu'un qui la comprenne.</p> <p>Au contraire concernant les problèmes de couples, la première femme rencontrée témoigne que son mari souhaite des relations sexuelles tous les jours, ce qui n'est pas son cas. Monsieur peut donc se « <i>fâcher</i> » mais « <i>quand c'est non, c'est non</i> ». A l'inverse dans ce témoignage le souhait de satisfaire son conjoint n'apparaît pas, Madame écoutant ses envies. La seconde femme n'indique pas de problèmes de couples et la dernière n'est pas en couple.</p>	<p>parler en fonction du ressenti et 6% en lien avec le moral. Une personne complète qu'il lui est possible de faire un accompagnement en individuel ainsi qu'en collectif et 29 % des professionnels témoignent du fait qu'il leur est déjà arrivé d'orienter les femmes si besoin dans ce cadre. 18 % ne l'abordent pas, 6% par manque de temps et 12% indiquent qu'ils aimeraient le faire. 6% ajoutent que ce n'est pas une problématique prioritaire.</p>
------------------------------------	---	--

Le plaisir

12 professionnels ont répondu à cette thématique lors de l'entretien. Parmi eux, 58 % peuvent l'aborder en entretien, dont 8% de façon systématique et ce afin de contrebalancer avec le négatif de l'entretien. Au sein de ces 58%, 8% ont pu ajouter que cette question n'est pas prioritaire, pouvant passer derrière d'autres thématiques, 25% indiquent par ailleurs ne pas le faire assez et aimeraient le faire de façon plus systématique. De plus 8% des interviewés orientent si besoin, 33% ne parlent pas de la question du plaisir, notamment par manque de temps mais aussi par manque de réponses à apporter, et 8% peuvent en échanger si la personne évoque une difficulté en ce sens. 8% des professionnels ajoutent « *curieusement on en parle beaucoup plus avec les hommes qu'avec les femmes en médecine générale, ce qui n'est pas normal* » et 8 % auraient besoin de formations. 8% des professionnels rappellent par ailleurs qu'une vigilance peut être faite, « *souvent les femmes immigrées trouvent normal d'avoir mal, que ça soit l'homme qui choisisse quand ils ont un rapport* ».

Le plaisir dans la définition de la SS a une place centrale, s'inscrivant au cœur de l'approche positive⁴⁶. Celle-ci aspire à des expériences idéales au lieu de se concentrer uniquement sur la prévention des expériences négatives. Dès lors il apparaît essentiel pour déterminer l'état de SS d'une personne de pouvoir échanger notamment sur cette thématique et sur les aspects positifs de cette dernière. Une vigilance doit avoir lieu en ce sens, les femmes en situation de migration trouvant régulièrement normal de souffrir et que ça soit l'homme qui choisisse le moment du rapport, selon les discours des professionnels interrogés. De la même manière une analogie peut être effectuée avec les pratiques de toilette intime mais aussi avec la vie relationnelle où le plaisir du conjoint, homme, est également central.

D) Les violences sexuelles

Cette thématique regroupe une cartographie des violences par les professionnels, les rapports non consentis, l'excision et la prostitution.

Une cartographie des violences par les professionnels

53 % des professionnels ont abordé les lieux majoritaires où ont pu avoir lieu les violences sexuelles pour les femmes en situation de migration. Pour 89 % d'entre eux, elles ont eu lieu au pays sous la forme de violences conjugales (22%), policières (11%), de mariage forcé (55%), de viols (33%) et de mutilations sexuelles (44%). Par ailleurs 67% indiquent des violences sur le trajet migratoire sous la forme de viols et de prostitution. Enfin selon 33%, les violences peuvent avoir eu lieu en France, contre un hébergement, sous la forme d'un viol et/ou par un conjoint violent. Dès lors l'enquête PARCOURS met en avant le fait qu'au moins 30% des infections VIH ont lieu sur le territoire français et 15% des femmes ayant été contaminées par le VIH après leur arrivée ont déclaré des violences sexuelles en France (21). Cette étude rappelle la prévalence des violences en France.

71 % des professionnels ont évoqué la fréquence de la thématique. Parmi eux 67 % indiquent être régulièrement confrontés à cette problématique et aux réponses positives des femmes « *il y a au moins la moitié des femmes, voire plus* » ; « *c'est mon quotidien je dirais (...) c'est rare quand il n'y en a pas* ». 25% des interviewés peuvent être confrontés à cette thématique mais ponctuellement et 8 % n'ont pas connaissance de violence sexuelle

⁴⁶ Annexe 6 : La santé sexuelle, historique et définitions

dans ses accompagnements. Dès lors si un parallèle est effectué avec les professionnels qui indiquent poser la question des violences de manière systématique au public rencontré, il apparaît que 88% d'entre eux rencontrent fréquemment des femmes victimes de violence sexuelle⁴⁷. Pour 59% des professionnels rencontrés, la relation de confiance est primordiale avant de poser ce type de question, notamment pour s'assurer de la continuité du suivi de la femme. Ainsi la confiance peut apparaître comme un levier dans le questionnement autour de cette problématique. Enfin 29% des questionnés relèvent des rapports qui peuvent être différents à la violence, ce qui rappelle les témoignages dans la thématique du plaisir.

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
Les rapports non consentis	Deux femmes rencontrées témoignent de rapports non consentis plusieurs fois dans leur vie. La première femme indique qu'elle a pu vivre cette situation adulte et adolescente, avec son conjoint actuel ainsi qu'avec son ancien copain, en France mais aussi dans son pays d'origine. Une autre femme témoigne longuement de violences conjugales arrivées avec un homme rencontré à son arrivé en France et qui est le père de sa fille. Madame a réussi à s'enfuir. Elle indique « <i>à un moment j'avais abandonné, je me suis dit : « il peut me tuer ce n'est pas grave », mais enceinte j'avais deux vies en moi...</i> ». Madame ajoute ne pas avoir souhaité porter plainte par peur mais que Monsieur a été poursuivi par le procureur, il a été jugé et été condamné à 3 mois avec sursis. Elle complète avoir été très déçue de cette condamnation. Par ailleurs la questionnée indique avoir vécu également des viols lorsqu'elle était enfant par un proche au Sénégal.	65% des professionnels répondants disent pouvoir se sentir à l'aise, totalement ou en partie, face à la thématique des violences sexuelles : 18 % savent vers qui s'adresser, 6 % peuvent l'évoquer quand la personne en a parlé et 29 % que leur expérience leur est d'une grande aide. Au contraire 94 % des professionnels abordent le fait que ce type d'accompagnement puisse être difficile, voire très difficile : 31 % indiquent que ce n'est pas une thématique facile à évoquer ni des prises en charge faciles ; 12% que la situation administrative de la personne est un frein supplémentaire à sa prise en charge ; 6% évoquent la peur de passer à côté ; 12 % le manque de place en hébergement ; 25 % la difficulté de rentrer chez soi avec ces situations et ce, pour 6%, en lien le risque d'épuisement professionnel ; 12 % indiquent ne pas savoir comment la personne reçoit les questions et le même nombre la difficulté de cette thématique en début de carrière ; en ce sens 37% des interrogés évoquent le manque de formation et 31 % la difficulté d'avoir des réponses à apporter. 12% ne posent pas la question notamment de peur de braquer la personne et ainsi d'interrompre le suivi. Ainsi 47 % des professionnels interrogés indiquent poser la question de façon systématique et 59 % ajoutent avoir besoin de créer une relation de confiance avant d'aborder la thématique, notamment afin de s'assurer de la continuité du suivi de la femme. De plus 29% des personnes relèvent des rapports à la violence qui peuvent être différents.

⁴⁷ Les 12% restants n'avaient pas souhaité évoquer la récurrence de cette thématique dans leurs accompagnements.

Deux des trois femmes rencontrées ont vécu des rapports non consentis. L'une d'entre elles ne perçoit pas cela comme une violence, ce qui corroborerait avec le discours de 29 % des professionnels qui indiquent un rapport qui peut être différent à la violence entre eux et les femmes en situation de migration. Par ailleurs les six témoignages de demande d'asile recueillis avec l'association ASTI font état de violences sexuelles de part des proches (père, oncles, mari). 50 % des récits évoquent un mariage forcé avec un homme beaucoup plus âgé qu'elles, pouvant notamment être l'auteur de ces viols. Dans ce cadre, la littérature indique que 30% des femmes en situation de migration sont concernées par la violence sexuelle (38). Les différents témoignages reçus font penser qu'elles sont beaucoup plus nombreuses même si le fait que ces témoignages écrits soient dans le cadre d'une demande d'asile, peut sur influencer ce chiffre.

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
L'excision	<p>Dans les discours des femmes rencontrées, une seule est excisée et témoigne d'un traumatisme. Cette femme ayant également été victime de viols, il apparaît ainsi, comme l'indique l'OMS (40), que l'excision est bien liée à d'autres violences.</p> <p>De plus lors de la rencontre avec l'association « Des-mats », un bénévole avait des questions pour une de ses amies. Dans ce cadre une orientation a été faite vers la maison des femmes Saint Denis pour une reconstruction. Lors de cet échange il a été impossible pour l'une des bénévoles de rester dans la pièce, la thématique étant trop sensible pour elle, faisant remonter trop d'émotions.</p> <p>Par ailleurs dans les six discours de femmes écrits dans le cadre de la demande d'asile, deux d'entre eux évoquent l'excision, pour elles-mêmes ou pour leur fille, avec des vécus traumatiques dont le décès de la sœur d'une d'elle.</p>	<p>88 % des professionnels rencontrés peuvent ou ont pu l'aborder. Ce n'est pas le cas pour 12%, notamment par manque de temps. Les personnes l'abordent suivant les situations, cultures (25%). La littérature met en effet en avant que « <i>l'excision serait pratiquée dans 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient et, dans une moindre mesure, dans certaines communautés en Asie (Malaisie, Indonésie, Irak, Inde, Pakistan), en Amérique du Sud (Colombie, Pérou) ainsi que parmi les communautés de la diaspora dans les pays où elle n'est pas traditionnellement pratiquée (Europe, Etats-Unis, Canada et Australie</i> » (56). Il apparaît ainsi qu'elle se pratique dans de nombreux pays.</p> <p>Par ailleurs 18% témoignent d'un besoin d'aide, de formation. Les répondants indiquent faire attention aux mots employés (18%) « <i>il faut faire attention à ce qu'on leur dit, elles ne sont pas toujours conscientes qu'elles ont été victimes d'une mutilation</i> » ; en parler dans le cadre de la demande d'asile (35%) ; à la suite d'un examen gynécologique (18%) mais aussi aborder la question de la reconstruction (23%). Un professionnel ajoute « <i>quand j'y repense, les femmes qui en parle, on sent que c'est vraiment un traumatisme qu'elles ont subi</i> » au contraire d'un autre qui témoigne que ce n'est pas toujours perçu comme une violence. Par ailleurs 24 % des professionnels ajoutent être conscients qu'il faut du temps et une manière de le dire aux femmes.</p>

<p style="text-align: center;">La prostitution</p>	<p>Au sein des femmes rencontrées, aucune d'elles n'a mis la prostitution en avant dans son témoignage. Dans les témoignages provenant de l'ATSI, 17% abordent la prostitution pour survivre financièrement</p>	<p>Pour les professionnels répondants, 71 % peuvent aborder la question dont 12 % de manière systématique et 18 % indiquent avoir besoin qu'une relation de confiance soit posée pour en échanger. 47 % posent la question en cas de doute, selon leur ressenti. Il apparaît dans les discours la difficulté de l'aborder quand les personnes ne souhaitent pas le faire (24%) mais aussi lorsque les personnes sont hébergées contre faveurs (6%). Ainsi 12% des interrogés disent poser la question de l'hébergement, est-ce contre faveurs sexuelles ? « <i>L'hébergement n'est que très rarement complètement gratuit</i> ». Au contraire, 18 % ne parlent pas de la prostitution avec les femmes accompagnées. 12 % des interviewés indiquent que la prostitution peut être minimisée par les femmes. Ils interrogent également les conséquences d'en parler avec un professionnel pour les femmes, potentiellement ses enfants, mais aussi pour leur hébergeur. 12% indiquent par ailleurs l'existence de réseaux de prostitution.</p>
---	---	--

E) Les démarches de soin

Cette thématique regroupe le déroulement des consultations selon les femmes en situation de migration rencontrées, l'accès de celles-ci aux structures, leurs besoins et attentes en SS d'après les professionnels (selon leur temps de présence et leur pays d'origine), les freins et les leviers à leurs prises en charge, l'interprétariat ainsi que les souhaits d'accompagnement perçus par les professionnels pour eux ainsi que pour les femmes.

Le déroulement des consultations

La première femme interrogée indique avoir une fois abordé la question de sa vie intime avec un gynécologue en Belgique mais aussi lors de ses accouchements. Elle n'a pas de suivi en cours en SS. Madame indique que la consultation gynécologique s'est bien passée, ce qui concorderait avec la thèse (41) dans laquelle il ressort que celles-ci sont dans l'ensemble bien vécues. Cependant elle complète « *je ne me suis pas sentie à l'aise. J'avais beaucoup honte, mais maintenant ça va mieux. Quand la dame m'a demandé comment s'est passé les premières fois les trucs comme ça je n'ai pas tout dit* ». Concernant la seconde femme rencontrée, elle a un suivi gynécologique en place. Celle-ci témoigne « *ce qui est gênant c'est quand ils font le frottis c'est un peu gênant, ça fait mal un peu* ». La dernière personne a rencontré des médecins ainsi que des gynécologues dans le cadre de sa SS. Elle a aujourd'hui un suivi gynécologique mais ajoute cependant des difficultés dans ce cadre du fait de son excision. « *Elle me dit : "mais vous êtes*

excisée !" mais avec de l'étonnement et du dédain. J'ai senti le "c'est quoi ça ?" alors que quand tu es excisée et que tu vis avec au Sénégal et tout ça, je ne me vois pas anormale en fait. (...) Mais je ne suis pas retournée la voir et je ne suis partie voir un gynécologue pendant 5 ans après, je ne pouvais pas ». Dès lors il apparaît ici un renoncement barrière⁴⁸ liée à l'interaction avec le professionnel. Madame s'est sentie anormale ce qui a pu entraîner des craintes anticipées de rejet et amener à l'évitement de la sphère sanitaire mais aussi à une souffrance psychique (37). Il apparaît dans les textes que ces discriminations sont en effet l'un des obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins (3 ;15 ; 16 ; 17). Elles peuvent également agir de façon négative sur l'état de santé des populations en situation de migration (3). Un professionnel témoigne également en sens, *«j'étais choquée de la manière dont elle pouvait parler de ces personnes »*. Ainsi les trois femmes indiquent avoir pu se sentir gênées, pour différentes raisons, par cette consultation. La première a eu honte, la seconde a trouvé ça douloureux et la dernière a mal vécu la réaction de la gynécologue en lien avec son excision. Dès lors il ressort que cette consultation n'est pas toujours bien vécue par les femmes.

Par ailleurs en matière de prise en charge, la première femme rencontrée indique qu'elle ne s'est jamais sentie mal accueillie dans ses démarches en santé sexuelle, au contraire des deux autres. La seconde femme rencontrée atteste dès lors de difficultés dans ses démarches administratives, avec une assistante sociale, mais aussi dans ses démarches en emploi : *« Moi je me soigne pas du coup, je dois rester à la maison, elle me dit, pendant que moi je souffre, qu'il y a beaucoup de français aussi qui ne peuvent pas voir le médecin »*. Cela a également eu lieu dans ses démarches en santé, lors d'un de ses accouchements. Cependant Madame n'utilise pas le terme de discrimination et n'inclue pas cela comme un frein dans ses démarches en santé. Selon une étude, *« ces discriminations dans l'accès aux soins sont rapportées en majorité par les femmes, sans qu'elles le vivent comme tel, n'ayant pas de « légitimité à demander quoi que ce soit »* (15). Dès lors ce témoignage coïnciderait avec celui de la deuxième femme rencontrée. Ainsi parmi les femmes questionnées, 2 femmes sur 3 se sont senties mal accueillies dans leurs démarches de soin. Il apparaît que cela coïnciderait avec les chiffres donnés dans la littérature, une étude de 2011 indiquant que les $\frac{3}{4}$ des populations en situation de migration se sont sentis, au moins une fois, traitées ou regardées différemment.⁴⁹

⁴⁸ Annexe 5 : L'accès aux soins, la prise en charge des frais de santé

⁴⁹ Annexe 4 : L'état de santé des populations en situation de migration

	Du point de vue des femmes en situation de migration rencontrées	Du point de vue des professionnels interrogés
L'accès des femmes aux professionnels	<p>La première femme interrogée a connu un gynécologue en Belgique à l'aide des professionnels du foyer où elle était hébergée. La seconde a rencontré le gynécologue qui la suit actuellement du fait d'une fausse couche arrivée avant de partir et pour laquelle elle saignait beaucoup à son arrivée en France. La troisième a cherché des coordonnées sur internet. Les femmes ont eu accès aux professionnels de SS par différents moyens : par orientation, par le biais des urgences et à la suite de recherches personnelles.</p>	<p>94 % des professionnels mettent en avant l'orientation comme accès premier à la structure dans laquelle ils travaillent. En matière de métier, les orientations ont lieu par les professionnels de la santé et du social travaillant dans différentes structures. Dans la majorité des rencontres, ce sont les travailleurs sociaux qui sont à l'origine d'une orientation (62%) mais aussi les CADA (57%), où peuvent travailler les travailleurs sociaux, et la PMI (29%). Le lien fort entre santé, précarité et social est ainsi ici mis en exergue. Un professionnel ajoute en effet « <i>sinon quand elles sont depuis longtemps ici, elles peuvent être suivies par les services sociaux et c'est eux qui organisent le suivi en santé</i> ». Cette dépendance entre la santé, la précarité et le social apparaît également dans la littérature, une partie des obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins pour les personnes en situation de migration étant associés à ces derniers. C'est le cas d'une précarité juridique et sociale ainsi que des difficultés dans le droit mais aussi dans l'administratif (3 ;15 ; 16 ; 17).</p> <p>Par ailleurs pour 24 % le bouche à oreille peut également être une source d'orientation ainsi que les recherches personnelles de la personne (18%) par le biais de coordonnées sur internet ou du fait d'habiter dans le quartier. Il est également possible que l'orientation soit effectuée à la suite d'une rencontre avec les enfants pour un professionnel. Enfin 6% s'interrogent sur le fait que les femmes en situation de migration ne viennent pas dans sa structure.</p>

Les besoins et attentes des femmes en SS selon leur temps de présence et leur pays d'origine

Concernant l'impact de la durée de présence en France sur la santé des femmes en situation de migration, 82 % des professionnels ont répondu à cette question. 50 % d'entre eux indiquent que plus les femmes sont en France depuis longtemps, meilleure sera leur santé et ce en lien avec une meilleure connaissance du système de santé mais aussi avec un titre de séjour. Un professionnel ajoute que ce sont des consultations plus difficiles au début car les femmes n'ont pas l'habitude de faire des consultations en France et un autre qu'il est plus facile de communiquer au fur et à mesure avec la femme du fait de sa connaissance de la langue française. 43% abordent eux la notion de priorités différentes qui évoluent au fur et à mesure de leur temps de présence en France et se rapprochent de celles de la population née en France. Par ailleurs un interviewé témoigne qu'il y a moins de partenaires sexuels au fur et à mesure du temps de présence en France.

Au contraire, 29 % des personnes indiquent qu'elles ne savent pas trop, que c'est au cas par cas suivant les femmes et 14 % que les femmes s'adaptent très vite. Il apparaît ainsi que dans la majorité des discours des professionnels, le temps de présence en France est facilitateur et permet une meilleure santé des femmes, à la différence de la littérature qui indique que l'état de santé des populations en situation de migration est meilleur à leur arrivée que celui de la population née française et que celui-ci se dégrade rapidement (15).

Au regard de l'impact du pays d'origine, 82 % des professionnels ont abordé cette thématique. 93 % d'entre eux indiquent des différences culturelles selon les pays d'origine des femmes, et ce au niveau de l'excision, des rapports à la sexualité et à la santé sexuelle mais aussi à une potentielle vie en communauté. Par ailleurs 21 % des interviewés témoignent de schémas différents de migration selon les pays d'origine des femmes et 14 % de différences dans les relations hommes/femmes, de différences religieuses et de davantage de violences dans certains pays. Concernant l'impact du pays d'origine, il apparaît que la culture de chaque pays influe sur la femme et ainsi sur sa santé sexuelle. Ici un lien peut être effectué avec les pratiques de toilette intime tel que le « dry sex » qui se pratiquent uniquement dans certaines cultures ou les pratiques d'excision qui ont lieu dans certains pays. En outre, au cours des différentes rencontres, 41 % des professionnels ont indiqué que le public des femmes en situation de migration est un public sans spécificités, qu'ils font avec ces femmes tout comme avec les femmes d'origine française.

Les freins à une prise en charge en SS

Deux des femmes rencontrées sur trois ont témoigné de freins dans leurs démarches en SS. La première parle de la honte, de la pudeur, que c'est gênant. Elle ajoute également avoir ressenti le manque de place en hébergement lors de sa demande d'asile, conduisant à la laisser seule, à la rue, à 19 ans et sans parler la langue. La troisième interrogée évoque également différents points « *il y a le côté financier avec le changement de statut. Pour le gynécologue je ne suis pas allée parce qu'il y a eu ça mais quand t'es entre deux, même moi quand je me suis retrouvée sans emploi, tu ne vas pas te tourner sur la santé et tout ça. Je vais en priorité m'occuper de ma fille, les prises en charge c'est secondaire. C'est plus des questions autres qui nous préoccupent, parce que j'ai tendance à me dire que je n'aurais pas les moyens de le faire, peut-être à tort parce qu'il y a des choses qui sont prises en charge. C'est le cas aussi pour les personnes qui n'ont pas de titre de séjour. Et puis oui, les professionnels ont pu être un frein, en sachant que sur ces questions-là, j'ai un vécu qui est compliqué, sur tout ce qui est sexuel, à chaque fois c'est très très douloureux d'en parler* ».

Madame complète son témoignage en indiquant que sa connaissance des dispositifs français a été un frein à sa prise en charge en SS, tout comme le traitement qu'elle a reçu à son arrivée en France, duquel elle a été fortement déçue. De plus elle ajoute que le statut administratif est aussi un frein car il « *chamboule tout* ». Plus loin dans son témoignage Madame indique que la SS est taboue dans son pays d'origine, concernant les viols mais pas uniquement « *on ne parle pas de ça, de sexe, on ne parle pas de rapport sexuel, c'est pas des choses qu'on discute, sauf quand tu dois te marier. La nuit où tu dois te marier c'est le choc parce que tu entends ta mère, ta grand-mère, toutes les femmes réunies qui te parlent de choses crues que tu n'imaginai jamais et d'un seul coup on te balance tout ça. Mais avant c'est mal mal mal* ». Par ailleurs, le poids de la culture est présent dans l'ensemble des entretiens : la nécessité d'être vierge, le mariage forcé ; l'obligation culturelle de présenter son copain/conjoint à sa famille et ce soit elle qui décide s'il est bien ou non mais aussi la présence d'un choc culturel à l'arrivée en France. Deux femmes abordent également le poids de la religion « *si tu sors avec un garçon qui n'est pas muslim tu es une pute* » ; « *on n'a pas le droit par exemple de regarder des films pornographiques et des choses comme ça* ».

Concernant les 17 professionnels rencontrés, le tableau ci-joint résume les différents freins évoqués dans les discours. Seuls les types de freins revenant au minimum à deux reprises sont indiqués ici.

Les freins rencontrés par les femmes selon le point de vue des professionnels	Les freins des professionnels selon leur propre point de vue
29% abordent dans leur discours, le manque de connaissance des dispositifs, soins et des structures de soin.	41% indiquent le manque de formation des professionnels.
70% pointent la différence culturelle : « <i>beaucoup de femmes dans leur culture, de se regarder, de regarder leur sexe c'est compliqué et elles ne le font pas, c'est interdit</i> ». Ces différences de perceptions sont également présentes, comme vu précédemment, pour la contraception, l'IVG, les violences...	53% abordent la difficulté d'orienter vers un professionnel.
18% indiquent que la précarité financière ne permet pas de financer des soins, notamment un psychologue.	23% parlent du manque de moyens humains, notamment des psychologues.
29% pointent le fait d'avoir des enfants/d'être enceinte.	35% évoquent la difficulté d'orienter vers une structure d'hébergement.

23% abordent la précarité au niveau du logement/ de l'hébergement.	53% abordent les consultations chronophages.
12% témoignent de la méconnaissance des femmes de leur corps.	12% témoignent de la complexité du système de soin.
29% parlent du statut administratif : <i>« la personne peut avoir une sanction d'obligation de quitter le territoire et du coup ne va pas aller porter plainte parce qu'on va prendre son identité et du coup la renvoyer. Ces personnes-là n'ont pas du tout accès à cela. C'est la peur de tout perdre et de devoir quitter le pays ou de continuer à subir des violences là où elles sont ».</i>	29% relèvent le manque de questionnement des professionnels : <i>« souvent, on n'ose pas poser la question parce que si la personne dit « oui oui tout va bien » c'est super, mais si la personne dit « non j'ai un problème » on est démuné après, on ne sait pas quoi en faire. On a l'impression d'avoir ouvert la boîte de pandore et de ne pas pouvoir la refermer ».</i>
70% indiquent la barrière de la langue : <i>« un patient qui ne parle pas français en consultation, il y a presque une perte de chance ».</i>	23% indiquent les longs délais avant de prendre en charge les personnes.
18% parlent de la présence du conjoint : <i>« un conjoint qui ne laisse pas accès »</i>	
12% pointent la communauté.	
29% indiquent l'absence de prise en charge financière des soins.	
18% abordent la mobilité : <i>« donc après le problème c'est que parfois c'est des patientes très mobiles et qu'elles ne vont pas avoir un suivi répété au même endroit avec la même personne. » ; « le manque de mobilité vient amener un frein supplémentaire à cet accès aux soins ».</i>	
18% pointent la gêne, la honte.	
12% parlent de la religion : <i>« en fonction de la religion, ça peut être un sujet très tabou ».</i>	

De plus certains freins relatés par les professionnels sont présents tant du côté des femmes que du côté des professionnels. Tout d'abord il y a le fait que la SS puisse être un sujet tabou ce qui est rapporté pour 29 % des professionnels *« c'est assez tabou comme sujet que ça soit du côté du professionnel comme du patient »*. De plus le même pourcentage d'interrogés indique que la SS n'est soit pas toujours une problématique prioritaire *« je pense que des fois elles ont tellement de soucis autres dans leur vie que ce n'est pas la question principale » ; « parce qu'on peut se dire que ce n'est pas la priorité, que la priorité c'est la santé globale et que ça passe après »* (pour les professionnels).

Ainsi le manque de connaissance des dispositifs, des soins et des structures de soin sont évoquées par les professionnels, par les femmes et par la littérature. En ce sens, les professionnels indiquent que l'appréhension des structures et des dispositifs permettent « *qu'elles puissent nous repérer comme personnes ressources* ». Il est possible de mettre en lien cette thématique avec la complexité du système de soins, ce qui est également rapporté par différents professionnels mais aussi des auteurs : « *l'observation des organisations de soins montre que la complexité est d'une part liée aux caractéristiques médicales et sociales de l'usager et d'autre part en relation avec des modes d'organisations des politiques publiques et des plans d'aide* » (57) ; « *le droit des étrangers et le droit à l'assurance maladie évoluent régulièrement et se complexifient, ce qui demande une veille permanente* » (57). Par ailleurs la gêne, la pudeur, la honte sont également ressortis dans les discours des deux types d'interviewés, tout comme le statut administratif, la différence culturelle ou le poids de la religion. Ces dernières sont également mises en exergue dans la littérature (27).

De plus 29% des professionnels abordent l'absence de prise en charge financière des soins mais aussi la présence d'enfants comme pouvant freiner les soins. Il peut être possible de mettre en lien cette dernière raison avec une de celles évoquées par les différents public rencontrés, le fait que la SS ne soit pas toujours une priorité comme l'évoque la littérature (27), ici passant après les enfants. Enfin, les attitudes des professionnels peuvent influencer négativement la prise en charge des femmes en situation de migration en SS, tant du fait d'un manque de questionnement que du fait de discriminations. Cette thématique s'inscrit dans la littérature, un guide pour lutter contre les discriminations ayant été créé par Migrations Santé Alsace : « *Vers plus d'égalité en santé - GUIDE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ* » (58). Ces discriminations ont des effets sur la santé des personnes en situation des migrations, leur état de santé ayant tendance à diminuer du fait du traitement qui leur est réservé par la société où ils arrivent (15). Ainsi ces différents témoignages coïncident avec la littérature, mettent en avant les mêmes grands freins à la prise en charge des femmes en situation de migration : « *leur précarité juridique et sociale, la méconnaissance des droits, les difficultés administratives, la barrière linguistique, le coût des traitements mais aussi les discriminations sont les obstacles principaux à l'accès et à la continuité des soins* » (3 ;15 ; 16 ; 17).

Les leviers à une prise en charge en SS

De la même manière, ci-dessous un tableau regroupant les leviers évoqués par les professionnels. Seuls les types de leviers revenant au minimum à deux reprises sont indiqués ici.

Les leviers rencontrés par les femmes selon le point de vue des professionnels	Les leviers des professionnels selon leur propre point de vue
23% abordent le fait que les femmes soient entourées : « <i>Le fait d'être en groupe peut être facilitateur. Le groupe ça peut être une voisine, quelqu'un d'autre qui connaît les dispositifs, le système français. Ça va être facilitant. Il y a quand même un certain nombre de situations où les femmes arrivent en disant « il y a une telle, une voisine, une amie, une copine qui m'a parlé de ça »</i> ».	41% témoignent du partenariat entre professionnels : « <i>c'est important d'échanger, de se rencontrer pour pouvoir voir quelle réponse peut être apportée par chacun et de faire une interconnaissance. Ça aide à passer le relai, ce qui peut être compliqué.</i> » ; « <i>ça pourrait être par des documents, des trucs qui pourraient regrouper les structures : sur telle thématique il y a telle association avec tel numéro</i> » ; mais aussi « <i>mettre en place une mise en réseau. Ça serait bien s'il existait un centre ressource ou je ne sais pas, quelqu'un qui pourrait rassembler les différentes structures qui existent sur la ville</i> ».
12 % relèvent la nécessité que les besoins primaires des femmes soient satisfaits.	18% témoignent du fait de prendre le temps d'expliquer la prise en charge.
12% parlent de l'intégration.	35% pointent la relation de confiance.
24 % abordent l'interprétariat, la traduction. Des outils peuvent être facilitants tel que « <i>des sites comme ZANZU parce qu'il y a des images et il y a de la traduction écrite et orale, Google image, Google traduction</i> » mais aussi du site du RLG, de TraLELHo, Traducmed, de la traduction des supports dans la langue maternelle de la femme ainsi que des ateliers d'apprentissage de langue.	12% abordent le fait que les questions soient posées de manière systématique, un professionnel évoque l'existence d'un questionnaire de santé à faire passer à l'ensemble des patients.
6 % indiquent un livret récapitulant la vaccination : « <i>un livret où sont toutes les infos, qu'elles puissent avoir avec elles parce que ça éviterait des redites. On ne sait pas, et les vaccins surtout, c'est vraiment compliqué, ce qui a été fait ou pas</i> ».	47% relèvent la formation des professionnels.
	18% indiquent la disponibilité, la bienveillance.

Au cœur des discours des professionnels, différents outils sont mis en avant pouvant faciliter la prise en charge des femmes en situation de migration tel qu'un violentomètre dans le but d'évaluer les violences « *on a aussi une échelle que l'on montre, quelque fois il y a des patientes où l'on voit que ça va poser question. On a une échelle de violence avec des petites phrases, où elles vont pouvoir repérer à quel niveau de violence elles peuvent être* ». Un professionnel évoque également une affiche dans la salle d'attente « *ici on peut parler de sexualité* », ça pourrait les mettre plus à l'aise en se disant que si elles ont un problème elles peuvent en parler ici ».

Ainsi les freins et les leviers à une prise en charge en SS des femmes en situation de migration, présents dans les discours des différents publics, sont complémentaires. De plus ils reflètent le point de vue de la littérature.

L'interprétariat

Une des deux femmes rencontrées pouvant être concernées par l'interprétariat, la troisième parlant français, y a eu l'accès lors de consultations, ce qu'elle a apprécié. Ce témoignage reflète ceux d'un groupe de personnes en situation de migration (59) qui indiquent que « *c'est très important d'avoir un interprète et d'être en confiance avec lui. On ne se sent pas abandonné et pas tout seul grâce à l'interprète.* »

Concernant les modalités d'accès à l'interprétariat, 82 % des professionnels utilisent le téléphone et 41% le présentiel, notamment pour 18 % par la liste des professionnels parlant la langue dans la structure. Les professionnels interrogés valorisent l'interprétariat par téléphone, permettant notamment l'anonymat. Cet avantage ressort également dans la littérature⁵⁰ mais est contrebalancé par la problématique du coût des entretiens téléphoniques, la lenteur des entretiens et le risque de mécompréhension du fait du téléphone. Ces interprétariats ont lieu avec le RLG et ISM interprétariat. Ils ont un coût financier différents mais il est nécessaire de prendre rendez-vous avant l'entretien pour le RLG ce qui n'est pas le cas pour la plateforme. Pour 24 %, il est demandé par leur direction d'utiliser l'interprétariat au minimum. Dès lors certains professionnels essaient de limiter au maximum leur présence tout en accompagnant du mieux possible les femmes en situation de migration. « *Parfois, ce qui m'est arrivé de*

⁵⁰ Annexe 18 : Avantage et inconvénients des différents types d'interprètes

faire, c'est de faire une grande consultation avec un interprète où on évoque plein de choses. Je parle de l'examen gynéco sans le réaliser (parce qu'on n'a pas le temps) mais par contre je profite de la présence de l'interprète pour m'assurer de la compréhension de la personne et après je revois la personne dans un second temps pour l'examen ».

10 professionnels ont abordé la question de la présence d'un interprète lors d'une consultation. Dès lors pour 70% sa présence peut gêner, totalement ou en partie. Cela peut s'expliquer par le fait que l'interprète soit du sexe masculin pour 40 % ; que « *ça reste des sujets compliqués et donc on n'est pas toujours sûrs que ça soit traduit de la même façon qu'on voulait le faire passer. Avec quel tact les questions sont posées ?* » ; qu'une relation triangulaire soit mise en place ; que ça dépende de la relation entre l'interprète et la personne en situation de migration ; que « *l'interprétariat en présentiel c'est un peu compliqué, parce que finalement ils se connaissent par communauté et donc ça posait la question de la confidentialité* » ; qu'il peut y avoir des problématiques de lignes par téléphone mais aussi que du fait de la thématique intime, il peut y avoir des réticences du côté des femmes en début d'entretien. Au contraire 100% des questionnés indiquent que la présence d'interprète ne gêne pas et ce totalement ou en partie.

12 professionnels ont évoqué l'absence d'interprète lors d'une consultation. Dès lors pour 83 % elle peut gêner, totalement ou en partie. En effet selon 33% le compagnon traducteur peut faire barrage mais aussi interpréter les questions et l'information ne va pas arriver jusqu'à la patiente ; lorsqu'un enfant est utilisé comme traducteur les professionnels ne peuvent pas aborder certains thèmes ; « *ça peut entraîner des malentendus, des incompréhensions, donc il faut parfois revenir sur ce qu'on a pu penser, ça peut être source d'erreurs* » ; « *c'est plus long, c'est plus fastidieux pour essayer de se comprendre* » ; 17 % abordent également la problématique de la confidentialité. A contrario pour 17 % l'absence d'interprète ne gêne pas, totalement ou en partie : « *si c'est une personne que la femme connaît, souvent elle est intime avec cette dernière. Je n'ai pas l'impression que sa présence perturbe trop la consultation en général* ».

Les souhaits d'accompagnements des professionnels en SS

82 % des interviewés rencontrés ont fait ressortir de leur discours des besoins pour eux en tant que professionnels et 53 % des besoins pour les femmes en situation de migration, dans le but de prendre en charge le mieux possible ces dernières.

Souhaits d'accompagnements à la prise en charge en SS des femmes en situation de migration selon les professionnels de leur côté	Souhaits d'accompagnements du côté des femmes à leur prise en SS selon les professionnels
50 % pointent la supervision, les temps d'analyse de pratique.	22 % souhaiteraient davantage de possibilité de RDV avec des psychologues pris en charge financièrement mais aussi la possibilité d'en avoir un au sein de la structure.
7 % indiquent l'interprétariat.	22% aimeraient une réponse plus fluide concernant l'hébergement.
7% souhaiteraient la présence d'un temps médical au sein des CADA.	22 % témoignent d'une envie de temps collectifs autour de la thématique de la SS.
50 % relèvent les formations.	33% abordent une prise en charge « globale » et spécifique de ce public.
50% témoignent d'une envie de favoriser le partenariat afin notamment de savoir vers qui orienter.	22% pointent une réponse judiciaire plus fluide « <i>ça m'interroge toujours beaucoup sur qu'est-ce qu'on peut faire par rapport aux violences sexuelles subies sur le parcours de migration, parce qu'il y a un espèce de vide autour de la réponse apportée</i> » ; « <i>éviter de les faire passer au commissariat quand il y a un viol, que nous puissions demander une réquisition et qu'elles ne transitent pas. J'aimerais améliorer leur parcours pour éviter qu'elles puissent à différents niveaux redire leur histoire, se refaire violence, subir la violence à redire les choses</i> ».
21 % abordent l'envie d'avoir davantage de moyens.	

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. Regards croisés sur les données recueillies

Au regard des résultats recueillis il apparaît que trois thématiques se dégagent, l'accessibilité aux soins, la prise en charge ainsi que la violence. Chacune d'elles est composée de plusieurs sous thématiques.

A) L'accessibilité aux soins

Cette partie est composée de trois sous thématiques : la connaissance de la part des femmes de l'offre de service ; le lien entre promotion de la santé et accès aux soins ; la connaissance du public par les professionnels.

La connaissance de part des femmes du système de soin de l'offre de service

Les résultats ont permis de faire ressortir l'importance, dans la prise en charge des femmes en situation de migration, de leur connaissance des soins et du système de soin. En effet le témoignage d'une des femmes rencontrées peut questionner sur la compréhension de la prise en charge financière des soins, lorsque celle-ci évoque ne pas se soigner et prioriser sa fille en l'absence d'emploi et de ressources. Selon Caroline Deprés cela constitue un « renoncement barrière »⁵¹, lié à la situation financière, mais ici il est possible que ce renoncement soit davantage lié à de la méconnaissance de la part du public. Il apparaît que le fait qu'un professionnel ou qu'un bénévole, du secteur de la santé ou du social, puisse prendre le temps d'expliquer cette prise en charge financière permettrait une meilleure connaissance et ainsi d'éviter que cela constitue un frein aux soins. Il est ainsi également nécessaire que les professionnels se connaissent entre eux⁵². Cet exemple reflète dès lors la jonction entre le secteur de la santé et celui du social, une absence d'emploi, de ressources ou de prise en charge financière des soins pouvant limiter une prise en charge. Un parallèle peut en effet ici être effectué avec le non-recours aux droits, notamment en santé. En 2018, entre 32% et 44% des personnes potentiellement éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire ne recouraient pas à cette aide et 53% à 67% pour l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS).

⁵¹ Annexe 5 : L'accès aux soins, la prise en charge des frais de santé

⁵² Voir la 4.1.C) La prise en charge

Dans ce cadre également, le manque d'information et la non-connaissance des droits apparaît très clairement étant la raison, pour 44%, de ce non-recours (60).

Le lien entre promotion de la santé et accès aux soins

En plus de la connaissance des soins et du système de soins par les femmes en situation de migration, sa compréhension apparaît également essentielle afin de favoriser une prise en charge de qualité ainsi que l'empowerment du public. Pour ce faire l'interprétariat peut être une porte d'entrée. Les professionnels interrogés témoignent en effet de l'intérêt de l'interprétariat et ce particulièrement par téléphone. Cependant chaque type d'interprétariat possède ses avantages et inconvénients, il est ainsi nécessaire pour les professionnels de les adapter selon les envies et besoins du public accompagné. Par exemple le fait que l'interprétariat soit effectué par un professionnel en visioconférence, ce qui n'est pas ressorti dans les différents exposés, apparaît avoir de nombreux avantages au regard des contraintes, ce qui peut être une piste de réponse lorsque les entretiens sont planifiés. Au vu des différentes rencontres, il apparaît que l'interprétariat est une réelle plus-value dans l'entretien. Or, plus de 70% des professionnels indiquent que la barrière de la langue peut entraver la prise en charge des femmes en situation de migration, ce qui n'apparaît pas dans le discours des intéressées. Cela peut ainsi questionner la prépondérance de la thématique.

La connaissance du public par les professionnels

Au regard des renoncements barrière précédemment développés, il apparaît que le renoncement lié aux interactions avec les professionnels peut également freiner l'accessibilité à la SS. Dès lors des discriminations par les professionnels envers les personnes en situation de migration apparaissent dans les différents témoignages, tant dans celui d'une des femmes de la part de son gynécologue que dans celui d'un travailleur social du CADA. Dans ce cadre il est possible que ces pratiques discriminantes viennent d'un manque de formation de la part des professionnels ; au vu des conséquences que peuvent engendrer ces discriminations, soit un renoncement aux soins, il s'avère essentiel que les professionnels puissent être formés sur différentes thématiques tel qu'ici l'excision et l'interculturalité. Il apparaît en effet, pour la majorité des professionnels interrogés, un manque et un besoin de formation, ce qui pourrait notamment permettre de lutter contre ces inégalités.

B) La prise en charge

Cette partie est composée de quatre sous thématiques : l'orientation du public liée à l'interconnaissance et à la coordination des professionnels, des temps réflexifs : supervision, formation, analyse de pratique, le lien entre promotion de la santé et prise en charge et une individualisation des parcours.

L'orientation du public liée à l'interconnaissance et à la coordination des professionnels

En termes d'orientation du public des femmes en situation de migration, il ressort qu'actuellement les travailleurs sociaux peuvent être des interlocuteurs privilégiés, centraux dans la prise en charge en santé. Cependant pour ceux interrogés au sein du CADA, ce positionnement peut leur prendre beaucoup de temps et ils peuvent ne pas se sentir réellement à leur place. Dès lors il est possible de se questionner sur les raisons de ces témoignages. Selon la santé en action (61), l'un des aspects du problème réside dans la difficulté à se coordonner avec les professionnels de santé. Ainsi il apparaît que l'une des difficultés majeures de la prise en charge des personnes se situe dans le lien entre les professionnels, thématique mise en avant par l'ensemble des interviewés. L'interconnaissance de chacun et le partenariat semblent ainsi essentiels pour améliorer la prise en charge en santé, et notamment en SS, des femmes en situation de migration. En effet le travail social étant à la jonction de l'action sociale et de la santé publique, le fait de poursuivre ce travail « *en synergie avec les professionnels de santé* », peut permettre d'aller plus loin, « *dans une optique d'amélioration de la santé globale des populations* » (61).

Des temps réflexifs : supervision, formation, analyse de pratique

Les professionnels rencontrés ont pu mettre en avant un besoin de temps pour permettre une prise de recul sur les situations rencontrées. Ainsi plusieurs pistes sont mises en exergue dans les discours tel que la formation ou la supervision.

Il ressort en effet, sur la thématique de la toilette intime mais également sur celles du plaisir et des violences dont l'excision, que des formations peuvent permettre une mise en questionnement de ces questions et ainsi faire évoluer les pratiques. En effet sur cette première, 71 % des professionnels n'abordent pas la question des techniques de toilette intime, tel que le « *dry sex* ». Ainsi, ont-ils connaissance de ce type de pratiques ? Sur la thématique des violences, les professionnels témoignent de rapports difficiles, de difficultés à l'aborder. De plus, 35% d'entre eux indiquent que leur expérience leur est d'une grande aide. Dès lors il apparaît que la formation pourrait permettre

de soutenir et enrichir ce processus d'expérience. Celle-ci pourrait également accompagner les 31% de répondants qui indiquent que ce n'est pas facile d'avoir du soutien dans ce domaine, tout comme les 12% qui ne savent pas comment la personne peut recevoir ce type de questions et les 12% qui ne posent pas la question notamment de peur de braquer la personne et ainsi d'interrompre le suivi. Dès lors acquérir ces connaissances pourrait faciliter le fait d'aborder cette thématique. Un professionnel témoigne en ce sens « *après, c'est toujours difficile mais je pense qu'un professionnel qui n'est pas à l'aise, ne va pas en parler, ne va pas le repérer* ». Concernant plus spécifiquement l'excision, pour 18% des professionnels interrogés, une formation peut être intéressante, permettant de mettre en lumière certains aspects de l'excision. Au sein de ce pourcentage, il pourrait également être possible d'ajouter les 12 % qui ne posent pas la question. En effet il pourrait être possible de s'interroger sur la raison pour laquelle ils ne posent pas la question, est-ce parce qu'ils n'ont pas de réponses à apporter ?

Par ailleurs 25% des professionnels questionnés énoncent une difficulté à rentrer chez soi après avoir pris en charge et accompagné ces situations de femmes en situation de migration confrontées à de la violence. De plus, le fait qu'à la suite de l'échange dans le cadre de ce projet, 24% des professionnels puisse indiquer, sur différentes thématiques, « *je n'y ai pas pensé jusque-là mais en en parlant avec vous je me dis que ce serait important* », prouve que prendre du temps peut permettre une prise de recul dans l'accompagnement. Il pourrait ainsi dans ce cadre être pertinent de proposer de la supervision⁵³ ou de l'analyse de pratique⁵⁴ afin que les professionnels puissent avoir un espace de parole. Dès lors cela pourrait permettre qu'ils puissent se questionner et ainsi puissent potentiellement faire évoluer leurs pratiques, mais aussi prévenir l'épuisement professionnel. Ce dernier point apparaît essentiel, pouvant avoir des conséquences sur le professionnel mais aussi par ricochets sur le patient : agressivité, de soins « médiocres » mais aussi un risque de maltraitance (62).

Le lien entre promotion de la santé et prise en charge

A propos de la prise en charge en contraception, il apparaît que certains professionnels peuvent favoriser l'implant pour les femmes en situation de migration, notamment pour celles en situation de précarité. Dès lors deux des trois femmes rencontrées témoignent avoir eu un implant contraceptif au cours de leur vie. Elles indiquent avoir choisi ce moyen de contraception. Or il peut être possible

⁵³ « *Ses objectifs sont l'amélioration des compétences professionnelles, des conditions de travail, de l'ambiance qui y règne, de l'organisation des diverses tâches à accomplir et enfin des prestations offertes* ». (55)

⁵⁴ Elle est « *principalement centrée sur l'accompagnement de l'utilisateur* » (55)

de se demander si cela était réellement leur choix, les professionnels l'ont-ils favorisé ? Cette pratique apparaît comme discriminante au regard de la loi. En effet la loi Neuwirth « *a ouvert aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information* » (63). Il apparaît dès lors essentiel que toutes puissent avoir accès à la contraception mais également à l'information la concernant, une information claire et de qualité afin de favoriser la littératie en santé. Pour le public des femmes en situation de migration, il ressort des différents discours qu'elles peuvent faire passer la thématique de la contraception derrière d'autres problématiques. La place du professionnel est ainsi d'informer sur les moyens existants, de prendre en compte la temporalité de la personne mais également de favoriser son empowerment. Il en est de même sur la thématique de l'IVG, les interrogés ayant pu témoigner de freins, dus à la culture, à la religion mais également du fait de la transmission d'informations de manière informelle. Dès lors dans ce cadre aussi, l'explicitation par les professionnels de l'IVG apparaît essentielle, afin de limiter les fausses croyances et la transmission de ces dernières.

De plus différentes incohérences sont ressorties des discours, tant du côté de la femme qui indique ne pas s'être fait dépister du cancer du col de l'utérus mais effectuer régulièrement des frottis que du côté des femmes qui se sont fait vacciner mais ne savent pas contre quelles maladies. Cela met en avant une mécompréhension de la démarche de dépistage et de vaccination et questionne l'explication qui leur a été faite. Les professionnels se sont-ils assurés de la compréhension des femmes ? La barrière de la langue a-t-elle influé dans l'appréhension de la thématique ? Si c'est le cas, ici aussi l'interprétariat, en plus de permettre une accessibilité aux soins, peut aussi favoriser une « bonne » prise en charge. Concernant la vaccination, il est également possible que les femmes se soient laissées faire afin de pouvoir rentrer en France mais aussi qu'elles aient oublié la maladie contre laquelle elles ont été vaccinées. Par ailleurs il apparaît dans le discours des professionnels que la prévention peut passer après d'autres thématiques. Il est ainsi nécessaire qu'ils puissent mettre en avant cette dernière en expliquant au public l'intérêt de celle-ci. Cette démarche peut permettre de favoriser la compréhension et ainsi l'empowerment des femmes.

Ainsi, il ressort dans les discours des professionnels que le fait de prendre le temps, d'être disponible, d'expliquer la prise en charge est un porteur. Cela permet de favoriser la création d'une relation de confiance avec la patiente, ce que les professionnels pointent comme facilitant une prise en charge, notamment pour aborder des thématiques sensibles. Par ailleurs les professionnels perçoivent que le fait que les femmes soient entourées, qu'elles aient un réseau, soient intégrées soit facilitateur à leur prise en charge en SS. Il apparaît ainsi intéressant de pouvoir proposer des accompagnements

collectifs au sein des structures afin de favoriser ce partage de savoirs, la promotion de la santé favorisant l'accessibilité ainsi que la prise en charge des femmes en situation de migration.

Une individualisation des parcours

Au regard du dépistage, la littérature et les professionnels ont pu mettre en évidence une prévalence des hépatites B chez les personnes en situation de migration, notamment originaires d'Afrique Subsaharienne. En ce sens les professionnels se doivent d'avoir une vigilance particulière. Cependant l'enquête PARCOURS rappelle qu'il est essentiel de ne pas généraliser. En effet concernant le VIH par exemple, du fait de la proportion de femmes contaminées par ce virus après leur arrivée en France, il est fondamental de passer « *d'une stratégie de dépistage à une stratégie globale de prévention et de santé sexuelle* » (21). Il est ainsi important de proposer des dépistages mais ces derniers doivent être contextualisés, compris par les intéressés et s'inscrire dans un cadre de prévention et de promotion de la santé. Ainsi il est essentiel de ne pas faire de généralités, chaque parcours étant propre du fait du vécu et de l'histoire de chacun : « *c'est aussi extrêmement variable d'une personne à l'autre. La prise en charge va être totalement différente selon l'histoire et le parcours des unes et des autres* ».

Par ailleurs 41% des interrogés rappellent qu'il est possible d'accompagner ce public comme toutes les autres femmes, qu'il est nécessaire d'avoir ces mêmes vigilances au regard des violences, des dépistages, de la santé reproductive ainsi que de la vie affective et sexuelle. En tant que professionnel il est ainsi nécessaire de prendre en compte l'interculturalité de la personne tout en l'accompagnant comme l'ensemble du public.

C) Les violences

Cette thématique est apparue de manière prédominante dans les différents entretiens. Nous la déclinons sous trois points : Une thématique sensible, un questionnement en systématique, une poursuite du travail engagé sur les réponses sociales, juridiques, sanitaires aux violences.

Une thématique sensible

Les différents témoignages font apparaître l'aspect « sensible » de la thématique. Cet aspect ressort notamment concernant l'excision, les femmes rencontrées témoignant d'un traumatisme encore présent. En tant que professionnel il est dès lors essentiel de poser les bons mots, de permettre à la

femme d'avoir un espace de parole pour échanger et pouvoir potentiellement lui proposer un accompagnement adapté à ses envies et à ses besoins. Il est également important que les professionnels puissent être vigilants dans l'accompagnement des femmes provenant de pays où l'excision est pratiquée couramment mais aussi pour celles qui viennent de pays où l'excision est pratiquée plus ponctuellement. Au regard de la prostitution, parmi les femmes interviewées, aucune d'elle ne mentionne cette pratique. Cependant, les professionnels indiquant que cette pratique pouvant être minimisée par les femmes, il est possible qu'elles ne se soient effectivement pas prostituées mais il est aussi possible qu'elles n'aient pas souhaité en échanger ou qu'elles n'aient pas perçu cela comme de la prostitution, notamment dans le cadre d'hébergement contre faveurs sexuelles. Dans ce dernier cadre il est envisageable de s'interroger sur les conséquences du fait d'en échanger avec un professionnel sur les femmes mais aussi potentiellement leurs enfants et/ou leur hébergeur. Elles peuvent particulièrement risquer de se retrouver à la rue et ainsi préférer garder le silence⁵⁵. Il apparaît ainsi essentiel que les professionnels et les femmes puissent avoir une définition commune de la prostitution afin qu'elles puissent être accompagnées au mieux. Concernant les professionnels, 70% peuvent évoquer la prostitution mais ils peuvent se sentir en difficulté pour le faire. Aucun professionnel ne pose la question de façon systématique lors de son accompagnement et 18 % ne l'abordent pas. Ici une formation pourrait également être intéressante afin d'accompagner les professionnels dans la prise en charge de cette thématique.

Un questionnement en systématique

Lors de la cartographie des violences, les professionnels témoignent d'une grande majorité des violences au pays. Or, l'enquête PARCOURS met en avant de nombreuses violences après l'arrivée des femmes en France. Il est ainsi nécessaire, en tant que professionnel, d'être vigilant sur ce type de violence et d'effectuer de la prévention en ce sens. Pour ce faire, et pour une meilleure détection, il pourrait être possible de poser la question de façon systématique à l'ensemble des personnes rencontrées. Il serait par ailleurs essentiel de développer, de définir la notion même de « violence ». Il ressort effectivement des entretiens sur les thématiques de la vie affectives ou des violences qu'il peut être « normal » pour les femmes de souffrir, « *d'être obéissante à nos hommes* ». Ainsi pour les professionnels, s'assurer d'avoir une définition commune des termes avec les patients, apparaît

⁵⁵ Notamment en lien avec la saturation des structures d'hébergement évoquée par les professionnels ainsi que par les femmes interrogées.

essentiel. Des outils sont disponibles pour ce faire, tel que le violentomètre⁵⁶ ou la roue des violences (64).

Une poursuite du travail engagé sur les réponses sociales, juridiques, sanitaires aux violences

En lien avec le témoignage de la dernière femme, il apparaît essentiel de continuer à travailler sur les réponses apportées aux violences. Aujourd'hui la réponse pénale est croissante, notamment à la suite du Grenelle des violences conjugales de 2019 (65). Dans ce cadre, le ministre de la Santé et des Solidarités a instruit une demande auprès des ARS relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire (66). Par la suite les ARS ont mis en place un appel à projets en 2021 sur les dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences (67 ; 68). Ces derniers précisent une vigilance auprès du public en situation de migration, comme en île de France ou en Bretagne : « *les projets portant une attention particulière à la prise en charge de certaines populations faisant face à davantage de violence et/ou désavantagées dans leur accès aux ressources en cas de situation de violence seront valorisés. Il peut s'agir par exemple de mesures permettant d'assurer la bonne inclusion dans le dispositif de femmes handicapées, de femmes migrantes, de femmes sans domicile, de femmes transgenres, etc* » (68). Ainsi au regard de la promotion et de la prévention de la santé il apparaît qu'il est nécessaire de veiller à prévenir mais aussi à sanctionner ces violences.

4.2 Perspectives

A partir des constats effectués, de l'analyse de ces derniers, des expériences positives qui ont été relatées et dans le cadre du PRSS, plusieurs perspectives ont été élaborées en faveur de la prise en charge en SS des femmes en situation de migration en Bretagne.

Elaborées dans le cadre d'un stage, elles devront, si elles venaient à être retenues, même partiellement, être retravaillées, précisées avec les différents acteurs concernés.

⁵⁶ Annexe 17 : Outil de prévention des violences : le violentomètre

A) L'accessibilité

● Renforcer le pouvoir d'agir des femmes en situation de migration

Les rencontres, tant du côté des professionnels que des femmes, ont mis en évidence la complexité du système de soins et de leur prise en charge financière. Dès lors l'objectif est de favoriser la littératie en santé et ainsi l'empowerment du public. Pour ce faire, il pourrait être possible d'utiliser « les livrets de santé bilingue », outil de liaison entre les personnes en situation de migration et les professionnels de la santé et du social (70). Disponibles en 15 langues, ils peuvent être distribués gratuitement par les professionnels et abordent l'accès aux soins et à la prévention, la santé mais aussi des informations utiles tel que le rôle de l'assistant de service social.

● Promouvoir le lien entre le public et la structure

Afin de faciliter la connaissance et la compréhension du système de soin par les personnes en situation de migration, il pourrait être intéressant d'utiliser des pairs médiateurs en santé. En Allemagne « *des migrants à un niveau avancé d'intégration sociale diffusent dans leurs communautés les connaissances en matière de santé, qu'ils ont acquises grâce à la formation MiMi et qui contribuent à réduire les obstacles à l'accès aux services de santé. L'expertise des médiateurs ne se limite pas à la santé : elle inclut un large éventail d'informations sur la santé et sur les systèmes de soins de santé afin de motiver d'autres migrants à adopter des comportements sains et à utiliser des services de santé appropriés* » (3). Dans ce cadre quatre axes d'intervention principaux de la médication en santé sont mis en avant dont l'accès aux droits et aux soins, la prévention et la promotion de la santé et la rencontre avec de nouveaux publics (69). Ainsi l'objectif est également de favoriser l'empowerment des femmes en situation de migration.

B) La prise en charge

● Contribuer au partenariat au sein des professionnels des secteurs de la santé et du social

Tout d'abord il est essentiel de valoriser et de faire connaître, auprès des professionnels, des dispositifs de coordination régionaux existants tel que le DATASAM.⁵⁷ Ce dernier peut en effet

⁵⁷Le dispositif régional a un rôle d'appui aux professionnels de santé et du social afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes par :

permettre un échange de savoirs, favoriser le croisement des connaissances et la transversalité des compétences. De plus il pourrait être possible et intéressant de créer des outils tel qu'un livret synthétisant les acteurs existants en SS sur le territoire afin qu'ils puissent savoir vers qui orienter et ainsi favoriser le maillage territorial.

● Favoriser la promotion de la santé

Il ressort des entretiens que le fait que les femmes soient entourées, par des proches, des pairs, des connaissances, de la famille, peut favoriser la promotion de la santé, une « bonne » SS et une prise en charge par les professionnels. Pour ce faire il pourrait être profitable de proposer des temps d'accompagnements en collectif au sein des structures afin de promouvoir les liens entre les femmes et ainsi les échanges. Afin de favoriser l'empowerment, il est également essentiel que les professionnels puissent prendre le temps, être disponible pour le public accompagné. Cela concerne notamment l'explication sur la gratuité des soins, sur l'ensemble des moyens de contraception ou sur le système de soins, afin de favoriser une compréhension et une relation de confiance indispensable à une prise en charge de qualité.⁵⁸

● Promouvoir l'implication des femmes dans la démocratie sanitaire

Il apparaît qu'en France «*il y a un cruel manque de concertation* »⁵⁹, à différencier de l'information envers le public. Pour favoriser cette concertation et ainsi la démocratie en santé, il faut s'appuyer sur un volet de promotion et prévention de la santé.⁶⁰ Pour ce faire il pourrait notamment être possible de favoriser des groupes de travail et ce en allant vers les populations afin qu'ils puissent témoigner de leurs besoins et avis. A cet effet, un médiateur en santé pourrait également ici être présent.

-
- La diffusion d'outils pratiques (imagiers, fiches traduites, protocoles médicaux.),
 - Des formations ou soirées d'informations sur la santé des migrants organisées en Bretagne (Accès aux soins des migrants primo-arrivants, Santé mentale, Interculturalité...)
 - Le développement du recours à l'interprétariat médico-social professionnel au sein des structures sanitaires et sociales de la région,
 - Le développement et l'animation de réseaux de professionnels (rencontres entre professionnels et institutions autour des parcours de soins, de l'accès aux droits de santé...). (71)

⁵⁸ « En premier lieu, il est important d'initier une relation de confiance, et ce «naturellement ». La santé sexuelle peut être abordée lors d'un premier entretien médical et de nombreuses personnes sont en réalité prêtes à aborder ces sujets dès la première consultation » (72)

⁵⁹ Webinaire le 27/05/21 par SOS HEPATITE

⁶⁰ Ibid

- **Favoriser l'interprétariat au sein des structures**

Il ressort dans le projet que l'interprétariat est facilitant pour une prise en charge de personnes allophones, mais apparaît limité dans différentes structures. Il est ainsi essentiel de le favoriser un maximum tout en s'assurant que celui-ci soit formé à la SS afin qu'il puisse être à l'aise dans l'accompagnement et ne modifie pas les questions du professionnel ou les réponses des personnes. Lorsque sa présence n'est pas faisable, ou pas dans toutes les consultations, il peut être possible d'utiliser des outils tels que ZANZU (73), le site du RLG (74), TraLELHo (75) ou Traducmed (76) mais aussi d'effectuer une grande consultation explicative et revoir dans un second temps la personne pour effectuer l'examen.

- **Prendre en compte les enseignements de ce travail**

Les résultats de ce projet étant communiqués le 07 septembre aux professionnels, il apparaît dès lors intéressant qu'à la suite de cet échange, les enseignements de ce travail puissent être prises en compte notamment au sein du groupe « migrant » du PRSS Bretagne.

C) Les violences

- **Harmoniser les pratiques des professionnels**

Il apparaît dans les entretiens que les pratiques peuvent être variées, notamment dans les questionnements en systématique ou non, ce qui peut jouer sur l'évocation de certaines thématiques par les femmes, dont celle des violences. Il pourrait ainsi être possible, afin de favoriser l'égalité des droits et des chances, de constituer « un questionnaire de santé » à disposition de tout professionnel prenant nouvellement en charge une personne, migrante ou non, ajustable selon les missions de chacun. Cet outil aurait pour but de favoriser que les professionnels puissent se sentir à l'aise à questionner de manière systématique mais aussi que le public identifie le lieu comme un espace où un accompagnement est possible sur différentes thématiques, telle que celle des violences : « *le repérage des violences peut se faire devant des signes cliniques visibles, mais en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique* » (77). Il est cependant essentiel, en plus de poser les questions, que les professionnels et les personnes accompagnées puissent avoir la même définition des termes. Pour ce faire, le violentomètre pourrait soutenir ces pratiques, tout comme le cercle des violences.

Par ailleurs certains professionnels indiquent pouvoir se sentir en difficulté, non légitimes et témoignent d'un besoin de formations. Ainsi il pourrait être pertinent de leur en proposer, adaptables suivant les besoins de chacun. Elles pourraient être sur les violences mais également sur d'autres thématiques tel que la transculturalité⁶¹, sur l'accueil de publics spécifiques. A la suite de ces formations des labels pourraient être proposés, à l'instar du réseau des médecins et professionnels de santé Gay-friendly LGBT (79). Par la suite il apparaît essentiel de communiquer sur la constitution de ce réseau afin qu'il puisse être utile aux professionnels orientant et au public. Il reste cependant essentiel de rappeler qu'il est possible aux professionnels de recevoir la parole des femmes sans donner de réponse immédiate, l'écoute pouvant être une réponse adaptée suivant les situations.

- **Proposer des temps de supervision, d'analyse de pratique pour les professionnels**

Il se dégage que ces derniers peuvent être en difficulté pour rentrer chez eux à la suite d'accompagnements sur des thématiques sensibles et/ou difficiles tel que la violence. Dès lors un temps d'échanges peut permettre un espace de parole et ainsi prévenir l'épuisement professionnel.

- **Veiller à la prise en compte des femmes en situation de migration dans le cadre des mesures du Grenelle 2019 contre les violences conjugales**

Dans ce travail la thématique de la violence est apparue très distinctement. Dès lors, il vient confirmer l'importance du Grenelle de la violence et des mesures qui en découlent. Dans ces dernières il est nécessaire que les dispositifs puissent accueillir les femmes en situation de migration mais également qu'elles puissent y trouver leur place.

V. CONCLUSION

Ce mémoire avait pour ambition de faire un état des lieux de la santé sexuelle des femmes en situation de migration, ce public apparaissant comme spécifique au regard de la SNSS. Dès lors il ressort des entretiens que les femmes en situation de migration peuvent avoir des spécificités, la barrière de la langue notamment ou être davantage sujettes à des situations de violence. En ce sens

⁶¹ Transculturalité : Reconnaissance de la diversité et de l'autre comme individu. Enrichissement de l'identité de tous par métissage et par les apports individuels. Inclusion des communautés et des individus par la mise en commun des différentes compétences. A l'interstice entre multi culturalité et interculturalité. (78)

une fiche « *repères pour votre pratique* » a été créée pour les professionnels afin d'aborder la SS avec les personnes en situation de migration.⁶² Il apparaît ainsi essentiel, en tant que professionnel, de l'aborder avec les femmes en situation de migration mais pas uniquement. En effet il est nécessaire de rester vigilant pour l'ensemble du public, féminin comme masculin, autochtone ou non, sur les thématiques de SS, tout en prenant en compte la transculturalité. Ainsi il est nécessaire de favoriser la prise en charge des femmes en situation de migration dans le droit commun. Lorsque cela est compliqué, il peut être possible de s'appuyer sur des dispositifs existants tel qu'aller-vers (80) ou des organismes spécifiques tel que le RLG ou la PASS. La santé sexuelle est donc une thématique qui s'inscrit dans la santé globale et qui « *devrait être abordé chez toutes les personnes qui consultent* » (72). Elle s'inscrit pleinement dans la promotion et la prévention de la santé, il est par conséquent essentiel dans ce cadre de favoriser l'empowerment du public.

Ce travail m'a permis d'acquérir plusieurs compétences. Tout d'abord des apprentissages théoriques, la SS et les femmes en situation de migration étant des sujets que je connaissais peu. De plus je suis sortie grandie en matière de mise en œuvre de projet et de lien avec les professionnels, interrogés et partenaires ainsi qu'avec le public rencontré. Effectuer des entretiens a été riche, me permettant de mettre en parallèle les informations théoriques et le vécu des personnes concernées ou des professionnels. J'ai ainsi pu apprendre beaucoup mais également permis aux professionnels de se questionner sur cette thématique particulière. Dans le cadre de ce projet, ma formation d'assistant de service social a été un atout, notamment lors des rencontres, dans la gestion des émotions des femmes. Ce travail sera utile dans l'exercice de ma future pratique professionnelle et intensifie mon souhait de travailler dans la santé publique. Par ailleurs il a renforcé une envie, déjà présente du fait de ma formation initiale, de mettre en avant le public dans les dispositifs ou actions existantes. Cela pourrait être effectué par le biais de l'empowerment ainsi que par la promotion de la santé, afin que les concernés puissent s'y inscrire et qu'ils soient en accords avec les réalités de terrain.

⁶² Il apparaît notamment la possibilité de parler de la SS sur des temps spécifiques comme lors d'un dépistage, d'une consultation, d'une vaccination ou d'un suivi de grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017–2030*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
2. ARS Bretagne. (2018). *Plan Régional Santé Sexuelle Bretagne 2018–2022*. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/plan-regional-sante-sexuelle-2018-2022#:~:text=L'ARS%20Bretagne%20publie%20le,concertation%20avec%20les%20acteurs%20r%C3%A9gionaux>.
3. Emmanuelle Hamel, Arnaud Veïsse, & Laurence Kotobi. (2021, mars). Migrants en situation de vulnérabilité et santé. *La santé en action*, 455.
4. Haut Conseil de la Santé Publique (2016). Rapport : *Santé sexuelle et reproductive*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550> pages 48-49
5. *Définitions réfugiés et migrants* (2017, 4 octobre). ONU. <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
6. *L'essentiel sur. . . les immigrés et les étrangers* | Insee. (2021, 7 avril). INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
7. *Les immigrés en Bretagne : des profils qui se diversifient fortement - Insee Analyses Bretagne - 19*. (2015, 12 mai). INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285796>
8. Migrants en situation vulnérable : leur accès aux soins correspond-il à leurs besoins de santé ? (2019, 27 février). *Revue Médicale Suisse*, 640. Sophie Durieux-Paillard, Yves-Laurent Jackson ; volume 15. 478-481 <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-640/migrants-en-situation-vulnerable-leur-acces-aux-soins-correspond-il-a-leurs-besoins-de-sante>
9. *Social Determinants of Migrant Health*. (2017, 9 mars). International Organization for Migration. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
10. Santé et service sociaux Québec. (2011). *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
11. Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 250(7), pages 56 à 60.
12. Vignier, N. (2019). Profil de santé des migrants en France. *La Revue du praticien*. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/profils-de-sante-des-migrants-en-france>
13. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport : La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. (1998). <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15>
14. Marie DELATTE – BALLAND. (2012). *Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés*. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_DELATTE BALLAND MARIE.pdf

15. Cagnet, M., Hamel, C., & Moisy, M. (2012). Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), 11-34. <https://doi.org/10.4000/remi.5863>
16. Olivier Lefebvre, & Didier Maille. (2019). Accès aux droits, accès aux soins : quels obstacles pour les migrants ? Un écart important entre droits et pratiques. *larevuedupraticien*. Published. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/acces-aux-droits-acces-aux-soins-quels-obstacles-pour-les-migrants>
17. Médecins du Monde. (2017). *OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DANS LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE*. <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/MDM-RAPPORT-OBSERVATOIRE-2018-BD.pdf>
18. Sophie Durieux-Paillard, & Yves-Laurent Jackson. (2019). Migrants en situation vulnérable : leur accès aux soins correspond-il à leurs besoins de santé ? *Revue Médicale Suisse*, 15(640), 478-481. <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-640/Migrants-en-situation-vulnerable-leur-acces-aux-soins-correspond-il-a-leurs-besoins-de-sante#B3>
19. Diome, F. (2005). *Le ventre de L'Atlantique (French Edition)* (LGF éd.). Librairie Générale Française (Le Livre de Poche).
20. Julie Pannetier. (2017). *Santé sexuelle chez les migrants Résultats de l'enquête ANRS-PARCOURS*. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/2017bordeaux-migrants/2017bordeaux-gpvspilf-pannetier-parcours-vulnerabilite-sexuelle.pdf>
21. COREVIH PARIS EST, & CRIPS Ile de France. (2018, juillet). *SANTÉ ET VULNÉRABILITÉS SEXUELLES CHEZ LES MIGRANT.E.S.* <http://www.corevihest.fr/ckfinder/userfiles/files/Commissions%20Corevih%20IDF%20Est/Migrants/Sant%C3%A9%20et%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9s%20sexuelles%20chez%20les%20migrant-e-s.pdf>
22. *Aide médicale de l'État et soins urgents*. (2019, novembre). ameli.fr | Assuré. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>
23. *L'accès aux soins -Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France*. (2021, 15 mars). Ministère de l'intérieur. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/L-acces-aux-soins#:~:text=Les%20demandeurs%20d'asile%20peuvent%20b%C3%A9n%C3%A9ficier%20de%20la%20protection%20universelle,ininterrompue%20sur%20le%20territoire%20fran%C3%A7aise>
24. *La santé sexuelle et reproductive*. (2019). Médecins du Monde. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/sante-sexuelle-et-reproductive-ssr>
25. World Health Organization. (2015, 22 avril). *OMS | Santé sexuelle*. WHO. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
26. Joelle Mignot, & Thierry Troussier. (2017). *Santé sexuelle et droits humains, un enjeu pour l'humanité*. SOLAL.

27. Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That" : Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 836-845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>
28. IKAMBERE. (2016, décembre). *Pratiques à risque et santé sexuelle chez les femmes migrantes subsaharienne*. <https://ikambere.com/images/ressources/livre-pratiques-sx-ikambere.pdf>
29. Bellamine Rim. (2019, juillet). *La santé sexuelle des femmes migrantes au Canada*. https://www.researchgate.net/publication/341105769_La_sante_sexuelle_des_femmes_migrantes_au_Canada_Memoire_M1
30. Gagnon, A. J., Merry, L., Bocking, J., Rosenberg, E., & Oxman-Martinez, J. (2010). South Asian migrant women and HIV/STIs: Knowledge, attitudes and practices and the role of sexual power. *Health & Place*, 16(1), 10-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19747873/>
31. Anne Cellier. (2018). *Déterminants de recours ou de non-recours à la contraception chez les migrantes en situation de précarité sociale : étude qualitative en Loire Atlantique et Vendée*. <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=085e80ef-db3c-41d9-89ba-b19577b3bccb>
32. Poncet, L. C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y. C., & Chen, C. Y. (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France : Relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(6), 468-479. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24219595/>
33. Flávia Bulegon Pilecco, & Agnès Guillaume. (2017). Recours à l'avortement : changements autour de la migration. *PARCOURS*, 314-326. https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-314.htm?try_download=1
34. Abdi A. Gele, Fathia K. Musse, Mary Shrestha, & Samera Qureshi. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo : A qualitative stud. *PLOS ONE*. Published. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0229916>
35. Stéphanie Barré, Marc Massetti, Henri Leleu, Nathalie Catajar, & Frédéric de Bels. (2016). CARACTÉRISATION DES FEMMES NE RÉALISANT PAS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS PAR FROTTIS CERVICO-UTÉRIN EN FRANCE. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. Published. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3_3.pdf
36. Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes. (2017, mai). *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité*. <https://174000550.pdf>
37. Formation stress minoritaire Eric Maniscalco ENIPS 2017
38. Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, & Equipe Dsafhir. (2019). Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. Published. https://www.researchgate.net/publication/345603209_Andro_A_Scodellaro_C_Eberhard_M_Gelly_M_et_l'equipe_Dsafhir_2019_Parcours_migratoire_violences_declarees_et_sante_percue_des_femmes_migrantes_hebergees_en_hotel_en_Ile-de-France_Enquete_Dsafhir_Bull_E

39. WHO. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region - No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. FEMMES, *EXCISION ET EXIL -Quel accompagnement thérapeutique possible ?* (2016).
<https://gams.be/wp-content/uploads/2016/05/Femmes-excision-et-exil-GAMS-Belgique.pdf>
41. Liza Simon. (2021, avril). *Vécu et attentes de la consultation gynécologique chez les patientes migrantes primoarrivantes en Bretagne*. Université Bretagne Loire.
42. COREVIH Bretagne.
<http://www.corevih-bretagne.fr/presentation-du-corevih-bretagne/?p=10>
43. *Un socle de valeurs pour porter l'action – Le réseau Louis Guilloux*. Réseau Louis Guilloux. <https://rlg35.org/index.php/qui-sommes-nous/valeurs-et-missions/>
44. *LOI n° 2001–588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. (2001). Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631>
45. *Education à la sexualité en milieu scolaire | Planningfamilial-npdc*. (2011). Le planning familial Nord-Pas-De-Calais. [https://www.planningfamilial-npdc.org/nos-actions/leducation-a-la-sexualite-en-milieu-scolaire#:~:text=L'%C3%A9ducation%20%C3%A0%20la%20sexualit%C3%A9,d'%C3%A2ge%20homog%C3%A8ne%20%C2%BB%20\(article](https://www.planningfamilial-npdc.org/nos-actions/leducation-a-la-sexualite-en-milieu-scolaire#:~:text=L'%C3%A9ducation%20%C3%A0%20la%20sexualit%C3%A9,d'%C3%A2ge%20homog%C3%A8ne%20%C2%BB%20(article)
46. Katia Rouff. (2013). *L'émancipation par l'empowerment*. *Lien Social*. Published.
<https://www.lien-social.com/L-emancipation-par-l-empowerment>
47. Planète Publique. (2011). *La santé communautaire (fiche 5)*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
48. *ASTI de Saint Brieuc* –. (2021, 18 juin). Fasti. <https://www.fasti.org/ASTI-de-Saint-Brieuc>
49. Gallopel-Morvan, K., Nguyen-Thanh, V., Arwidson, P., & Hastings, G. (2019). *Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement (Vademecum-pro) (French Edition)*. EHESP.
50. Atay, H. (2018, 10 octobre). *Quand l'avortement est « haram » : les femmes aux prises avec la jurisprudence islamique*. The Conversation. <https://theconversation.com/quand-lavortement-est-haram-les-femmes-aux-prises-avec-la-jurisprudence-islamique-104584>
51. Vie publique.fr. (2020, 30 septembre). *Interruptions volontaires de grossesse : un pic en 2019*. [https://www.vie-publique.fr/en-bref/276411-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-france-un-pic-en-2019#:~:text=La%20France%20a%20enregistr%C3%A9%20232,autre%2Dmer%20\(DROM\)](https://www.vie-publique.fr/en-bref/276411-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-france-un-pic-en-2019#:~:text=La%20France%20a%20enregistr%C3%A9%20232,autre%2Dmer%20(DROM)).

52. S. *L'hépatite B chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France. État des lieux et étude de leur perception de la maladie.* Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/documents/these-memoire/l-hepatite-b-chez-les-migrants-originares-d-afrique-subaharienne-vivant-en-france.-etat-des-lieux-et-etude-de-leur-perception-de-la-maladie>
53. *Prévalence des hépatites B.* Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/articles/prevalence-de-l-hepatite-b>
54. Institut National Du Cancer. *Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister.* <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
55. Le Portail de l'Analyse des pratiques. (2021, 18 mai). *La Supervision d'équipes - Le Portail de l'Analyse des Pratiques.* <https://www.analysedespratiques.com/interventions-en-supervision-d-equipes/>
56. *Où l'excision est-elle pratiquée ? | Excision, parlons-en !* <https://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/quest-ce-que-lexcision/ou-lexcision-est-elle-pratiquée/>
57. PMB Group. *La complexité dans le parcours de soins REGARDS CROISÉS ENTRE SOIGNANTS, JURISTE ET PHILOSOPHE* (2019. Catalogue en ligne. Centre de Ressources Documentaires du GHT NOVO. *La revue de gériatrie - ISSN : 0397-7927 (Vol. 44 n°2, février 2019) pp. 89-92* https://crd.ght-novo.fr/index.php?lvl=notice_display&id=24575
58. *Vers plus d'égalité en santé - GUIDE DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.* (2019, avril). https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2019/05/GUIDE_VERS-PLUS-D-EGALITE-EN-SANTE_WEB_INTERACTIF.pdf
59. *SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANTS : QU'EN DISENT-ILS ?* Respect 73. <https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2021/06/RECUEIL-16-PAGES-final.pdf>
60. Vie publique.fr. (2020, 16 juin). Comment lutter contre le non-recours aux prestations sociales ? Consulté à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/en-bref/274497-comment-lutter-contre-le-non-recours-aux-prestations-sociales>
61. Dossier Intervenants du social et promotion de la santé des populations. (2016). *LA SANTÉ EN ACTION*, (435).
62. Margot Phaneuf. (2013, février). L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie. Consulté à l'adresse <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/LZ%CC%8Cpuisement-professionnel-perdr-e-son-A%CC%83%C2%A2me-pour-gagner-sa-vie.pdf>

63. Ministère De La Santé, De La Jeunesse Et Des Sports, & INEPS. (2007). *LA MEILLEURE CONTRACEPTION C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT*. Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf
64. Ministère Chargé De L'égalité Entre Les Femmes Et Les Hommes. (2020, 5 janvier). De nouveaux outils pour réagir face aux violences. Consulté à l'adresse <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/de-nouveaux-outils-pour-reagir-face-aux-violences/>
65. Ministère Chargé De L'égalité Entre Les Femmes Et Les Hommes. (2020, 25 novembre). COMMUNIQUÉ | Bilan du Grenelle des violences conjugales – 25.11.2020. Consulté à l'adresse <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/communique-bilan-du-grenelle-des-violences-conjugales-25-11-2020/>
66. Ministère Des Solidarités Et De La Santé. (2020). INSTRUCTION N° DGOS/R3/2020/201 du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire. Consulté à l'adresse <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2021-04/instruction%20DGOS%20%20violences%20femmes%20nov%202020.pdf>
67. ARS Bretagne. (2021, 20 mai). Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences. Consulté à l'adresse <https://www.bretagne.ars.sante.fr/dispositifs-dedies-la-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-violences-1>
68. ARS Ile De France. (2021, avril). DISPOSITIFS DEDIES A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES. Consulté à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/75590/download#:~:text=Le%20dispositif%20d%C3%A9di%C3%A9%20de%20prise,charge%20sp%C3%A9cifique%20%C3%A0%20destination%20des>
69. HAS. (2017, octobre). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve...pdf
70. « *Les livrets de santé bilingues* », *outils de liaison entre migrants et professionnels de la santé ou du social*. (2021). Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>
71. *Dispositif DATASAM – Le réseau Louis Guilloux*. DATASAM. <https://rlg35.org/index.php/datasam/>
72. Santé Publique France. (2021, juillet). *Aborder la sexualité et la santé sexuelle avec les personnes migrantes*. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/aborder-la-sexualite-et-la-sante-sexuelle-avec-les-personnes-migrantes>
73. *Accueil | Zanzu*. ZANZU. <https://www.zanzu.de/fr/>

74. *RLG - Imagier urgence gynécologiques*. (2019). http://rlg35.org/wp-content/uploads/2019/11/imagier_urgences_gyneco_rlg-2.pdf
75. *TraLELHo*. TraLELHo. <https://www.tralelho.fr/>
76. *Traducmed, outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants*. Traducmed. <http://www.traducmed.fr/>
77. Mélanie Pelizzari, Gilles Lazimi, & Gladys Ibanez. (2013). Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. *Cliniques méditerranéennes*, 88, 69-78. <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2013-2-page-69.htm>
78. Université De Genève, The Swiss Society For Public Health, & Swiss School Of Public Health. (2016). *Approche transculturelle dans la prévention et les soins de santé des réfugiés : constats – défis – perspectives*. Conférence Suisse de Santé Publique 2016 : « Les réfugiés et personnes déplacées – un défi pour le système de santé suisse » Session parallèle 6. 15 novembre 2016, Union Postale Universelle, Berne. https://organizers-congress.org/custom/media/SPH16/Downloads/Kabengele_161115_Public_Health_ApprocheTransculturelle-Atelier6b.pdf
79. *Réseau des médecins et professionnels de santé Gay-friendly LGBT*. medecin-gay-friendly. <https://www.medecin-gay-friendly.fr/>
80. Solidarité Santé. (2020). Note de cadrage de la formation « aller vers ». Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf
81. *Qu'est ce qu'un migrant ?* (2021, 25 juin). La Cimade. <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>
82. *Définitions*. (2017, 4 octobre). Réfugiés et migrants. <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
83. *Qui est un migrant?* (2019, 28 juin). Organisation internationale pour les migrations. <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
84. Vie publique.fr. (2020, 8 juillet). *Les catégories de migrants*. <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/271045-les-categories-de-migrants-refugies-etudiants-sans-papiers>
85. AmnestyFrance. *Comprendre ce que veut dire « migrant »*. <https://www.amnesty.fr/focus/migrant>
86. UNHCR- L'agence des nations unies pour les réfugiées. (2018). *RÉFUGIÉS, DEMANDEURS D'ASILE ET MIGRANTS – QUELLES DIFFÉRENCES?* https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2018/05/CH_Karten_CH_Franzoesisch_WEB.pdf
87. Abimbola, A. (2021, 13 juin). *MIGRANTS, IMMIGRANTS ET IMMIGRES*. Club de Mediapart. <https://blogs.mediapart.fr/634664/blog/180117/migrants-immigrants-et-immigres>

88. L'Europe face au choc des migrations. (2019, mai). *Questions internationales*, 97. <https://fr.calameo.com/read/0062429498956815efb38>
89. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France- site internet du ministère - Statistiques publiées en juin 2020. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Archives/Statistiques-publiees-en-juin-2020>
90. *Social Determinants of Migrant Health*. (2017, 9 mars). International Organization for Migration. <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>
91. *Constitution*. OMS. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
92. Bernard Pellegrini. (2005). La portée structurante des droits fondamentaux. *VST - Vie sociale et traitements*. Published. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2005-2-page-137.htm>
93. *PROMOTION DE LA SANTE- CHARTE D'OTTAWA*. OMS. Page 1 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
94. La santé en France Rapport général - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville- Haut Comité de la santé publique novembre 1994
95. World Health Organization. (2013, 3 mai). *OMS / Déterminants sociaux de la santé*. OMS. https://www.who.int/social_determinants/fr/
96. *Déterminants de la santé*. PromoSanté. <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>
97. Margaret Whitehead, & Göran Dahlgren. *European strategies for tackling social inequities in health : Levelling up Part 2*. World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
98. INEPS. (2010). Réduire les inégalités sociales en santé. *Dossier santé en action*. Published. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/INPES_Reducire_les_inegalites_sociales_en_sante.pdf
99. *Accès aux droits et aux soins des migrants et exilés en France*. Médecins du monde. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/migrants>
100. *Qu'est-ce que l'aide médicale de l'Etat (AME)*. service-public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
101. Inspection générale des finances, & Inspection Générale Des Affaires Sociales. (2019, octobre). *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>
102. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. (2019, novembre). *Questions d'économie de la santé*.

Published. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

103. *GISTI - Sans-papiers - Aide médicale État*. (2004). GISTI. <https://www.gisti.org/doc/publications/2004/sans-papiers/ame.html>

104. *Avis du CCNE santé des migrants et exigence éthique | Comité Consultatif National d'Éthique*. (2017, 16 octobre). Comité Consultatif National d'Éthique. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-du-ccne-sante-des-migrants-et-exigence-ethique>

105. *LES REFUS DE SOINS OPPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C, DE L'ACS ET DE L'AME Rapport remis au Premier ministre mars 2014*. (2014). Le défenseur des droits. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf

106. *Protection universelle maladie*. AMELI. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

107. *Protection universelle maladie (Puma) : précisions sur les conditions de régularité de séjour*. CLEISS. <https://www.cleiss.fr/actu/2017/1703-puma.html>

108. *30 décembre 2019 : Délai de carence de trois mois pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie pour les demandeurs d'asile majeurs*. (2020, 20 janvier). Info droits étrangers. <http://www.info-droits-etrangers.org/30-decembre-2019-delai-de-carence-de-trois-mois-louverture-droits-a-lassurance-maladie-demandeurs-dasile-majeurs/#:%7E:text=Suite%20%C3%A0%20l'adoption%20du,avant%20de%20pouvoir%20y%20pr%C3%A9tendre>

109. Depres Caroline, S. *Les différentes figures du renoncement aux soins*. Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-differentes-figures-du-renoncement-aux-soins-La Santé de l'homme, 2012, n°. 422, p. 44-46>

110. Alain Giami. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues*, 56-60. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-7-page-56.htm>

111. *Les clés du succès pour des services sensibles aux jeunes : Adopter une approche positive de la sexualité*. IPPF. https://www.ippf.org/sites/default/files/sex_positivity_fr_web.pdf

112. LA SANTÉ SEXUELLE, CE DROIT FONDAMENTAL ET MALMENÉ. (2018). *Maux d'exil*. Published. <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/06/Maux-dexil-n%C2%B058-La-sant%C3%A9-sexuelle-ce-droit-fondamental-et-malmen%C3%A9.pdf>

113. Joelle Mignot, & Thierry Troussier. (2017). *Santé sexuelle et droits humains, un enjeu pour l'humanité*. SOLAL.

114. *La santé des plus pauvres*. (2007, octobre). INSEE PREMIERE. Thibaut de Saint Pol, division Conditions de vie des ménages <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00278899/document>

115. Christelle Hamel, Cris Beauchemin, & Patrick Simon. (2010). *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats* (N° 168). INED.
<https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/trajectoires-et-origines-enquete-sur-la-diversite-des-populations-en-france-premiers-resultats/>
116. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. (2010). Haut Conseil de la Santé Publique.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
117. *Outil de prévention des violences Le Violentomètre | Centre Hubertine Auclert*. Centre Hubertine Auclert. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/outil-de-prevention-des-violences-le-violentometre>
118. Bonnes pratiques en Réduction des risques -Eurotox ASBL | Observatoire socio-Épidémiologique alcool-drogues - LIVRET THEMATIQUE N°4 | Décembre 2016 page 50

ANNEXES

Annexe 1 : Les « migrants », des définitions

La Cimade⁶³, l'ONU, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), Amnesty internationale ; United Nations High Commissioner for Refugees ont pu proposer leurs définitions du terme « migrant » :

→ **La Cimade** : « *Toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays* » (81). Or, comment définir « d'importants liens sociaux ? »

→ **ONU selon la définition des Nations Unies** : « *Toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer. Cependant, il est courant d'y inclure certaines catégories de migrants de courte durée, tels que les travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent à l'époque des semis ou des récoltes* » (82). Cela fait apparaître la notion de temps : « pendant plus d'une année », qui n'est pas présente dans les autres définitions.

→ **Organisation Internationale pour les Migrations** : « *Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants ; les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définis, comme les migrants objets d'un trafic illicite ; ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux* » (83). La notion de changement de région au sein du pays apparaît, ce qui n'était pas visible dans les autres définitions. Ainsi par exemple une personne qui déménage de la Bretagne à la Normandie est ainsi considérée selon cette définition comme personne en situation de migration. Vie Publique (84) reprend cette définition.

⁶³ Association de solidarité active et de soutien politique aux migrants, aux réfugiés et aux déplacés, aux demandeurs d'asile et aux étrangers en situation irrégulière

→ **Amnesty International** « Une personne peut être conduite à se déplacer en dehors de son pays pour différentes raisons : exercer un emploi ou le rechercher, rejoindre des membres de sa famille... Pour les personnes contraintes de quitter le lieu de leur résidence, on parlera de réfugié si elles doivent franchir une frontière internationale, de personnes déplacées internes si la personne demeure dans son propre pays » (85). Cette définition fait d'avantage apparaître les causes de déplacement.

→ **United Nations High Commissioner for Refugees** : « Les migrants quittent leur pays pour améliorer leurs conditions de vie ou pour des raisons familiales. Ils peuvent en principe retourner dans leur pays à tout moment. Cela n'exclut pas qu'ils puissent avoir besoin d'aide humanitaire » (86).

Une comparaison des définitions permet de faire apparaître des différences notables au sein de ces dernières. Pour certaines, une personne en situation de migration doit avoir acquis d'importants liens sociaux avec le pays d'origine pour être considéré comme tel. Pour d'autres, elle doit être sur le territoire depuis plus d'un an ; d'autres encore exposent le fait qu'une personne qui change de région est considéré comme une personne en situation de migration. Dès lors, la question du temps et de l'espace apparaît comme centrale dans ces questionnements.

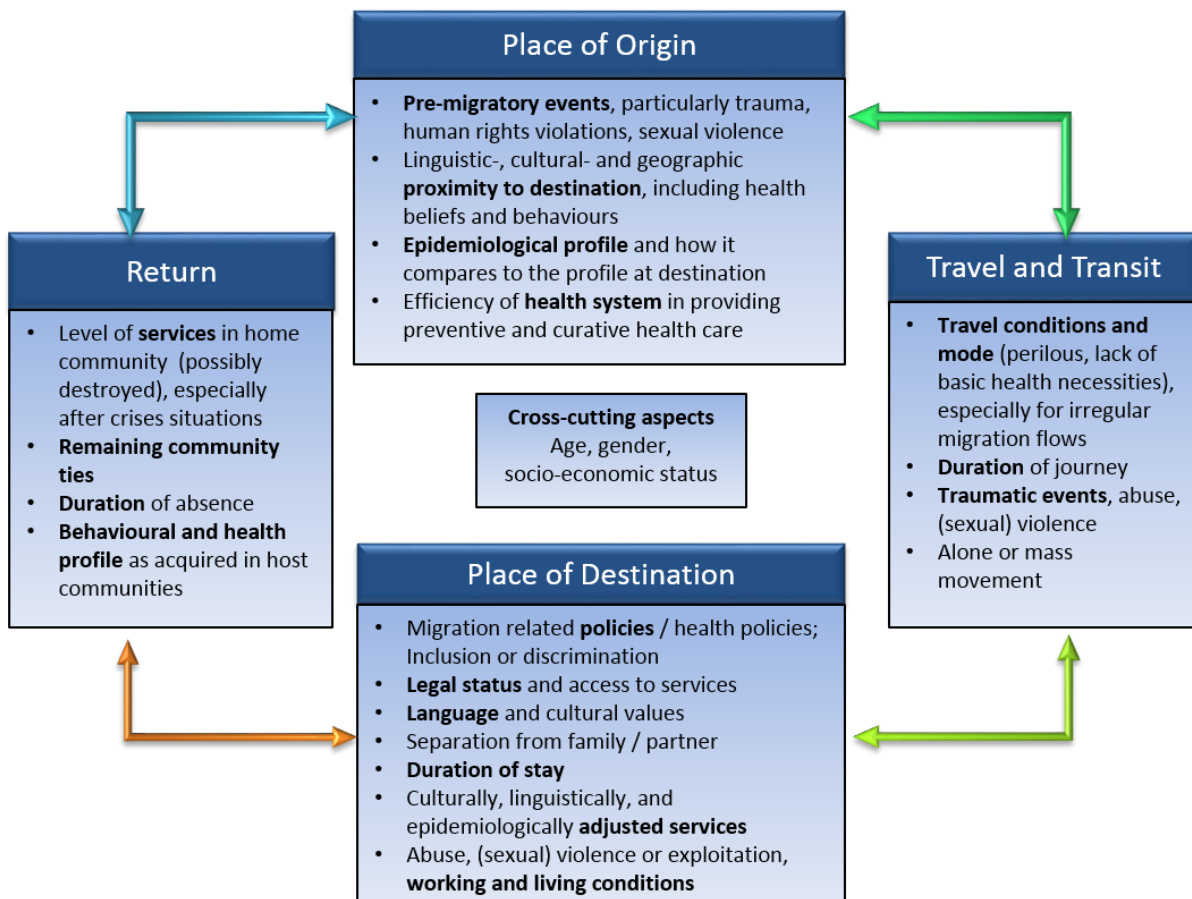
La Cimade ajoute que « le terme "migrant" doit être utilisé avec précaution ». En effet, « il n'est dénué ni d'idéologie, ni d'ambiguïté » (81). Pour l'association, il arrive ce que terme soit utilisé pour effectuer un « tri » entre les individus qui quittent leur pays d'origine d'après les raisons supposées de leur départ : « Les "migrants" feraient ce choix pour des raisons économiques, quand les réfugiés ou les demandeurs d'asile y seraient forcés pour des motifs politiques. Or, les contraintes économiques et politiques se confondent souvent, et la distinction entre différentes catégories de "migrants" est généralement arbitraire » (81). Par ailleurs, la notion de migration met l'accent sur le mouvement des populations. « Migrer ce n'est pas immigrer. Migrer c'est se déplacer alors qu'immigrer signifie « venir dans un pays pour s'y établir » (87).

Au sein de ce terme controversé, la question des « catégories » de populations en situation de migration l'est tout autant. Les statistiques de l'OIM considèrent sept catégories de personnes « migrantes » : « les travailleurs », « les étudiants », « les réfugiés », « les migrants irréguliers », « les femmes et enfants migrants » ainsi que « les migrants environnementaux » (88). Cependant le droit français lui en distingue cinq, suivant les « motifs d'admission au séjour » : motif économique, motif familial, motif étudiant, motif divers et motif humanitaire. Ils sont par la suite divisés en plusieurs sous-catégories (89). Ainsi, la dénomination « migrant » « relève d'avantage de la science politique, et

démographique, voire sociologique, que juridique. Aucun état ni organisation telle que l'union européenne n'autorise l'entrée et/ou le séjour sur son territoire à des personnes du seul fait qu'elles appartiennent à cette catégorie très générale. C'est donc l'appartenance à une catégorie beaucoup plus spécifique qui peut conférer une autorisation d'entrée et/ou de séjour » (88). Dans ce travail, les statuts administratifs seront pris en considération uniquement dans le but de les mettre en lien avec une potentielle ouverture de droits en santé. En effet, la nature et la durée de la protection maladie des personnes en situation de migration sont directement corrélées à une potentielle régularité de séjour au regard du droit français (16).

Annexe 2 : Le processus de migration et ses effets en santé

La santé des populations en situation de migration est façonnée par les expériences dans le pays d'origine, pendant le transit, dans le lieu de destination et, dans certains cas, lors du retour au lieu d'origine (90).



Annexe 3 : La notion de santé et ses déterminants sociaux

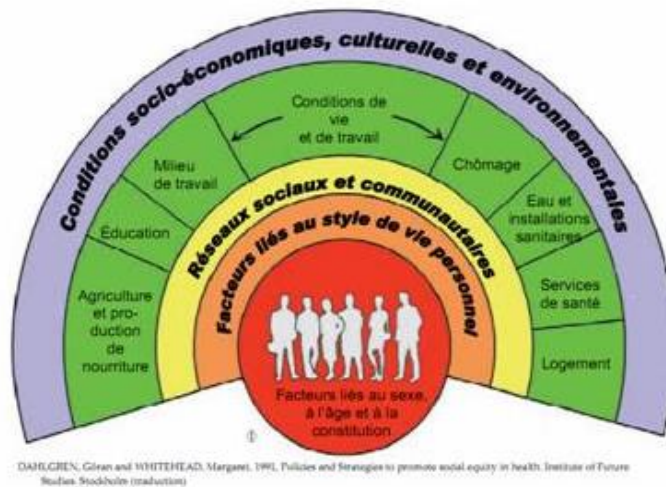
L'OMS définit dans sa constitution la notion de santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (91). L'organisme complète en indiquant que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux⁶⁴ de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (92). La conférence d'OTTAWA ajoute que la santé est la mesure dans laquelle la personne ou le groupe « *doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* » (93). Il est ainsi possible de percevoir la santé comme un processus devant être maintenu et développé. Pour G. Canguilhem, philosophe et docteur, cette définition de la santé renvoie au « *ressentir* », qu'il nomme « *la vérité du corps* ». Pour lui cette dernière est « *éminemment subjective et variable suivant l'époque, le lieu, le sexe, la catégorie sociale, l'âge* » (94).

L'OMS indique par ailleurs qu'il existe des déterminants sociaux de la santé qui 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* » (95). Ils dépendent « *des choix politiques, de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local* » (95). Selon l'agence de la santé publique du Canada, ce sont des « *facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés* » (96). Ils interagissent entre eux et occasionnent des conditions de vie qui se répercutent sur la santé. G. Dahlgren et M. Whitehead en 1993 distinguent plusieurs types de déterminants sociaux de santé qu'ils classent en 5 strates imbriquées les unes dans les autres (97) :

- Les facteurs individuels liés au sexe, à l'âge et à la constitution
- Les facteurs liés au style de vie personnel
- Les réseaux sociaux et communautaires
- Les conditions de vie et de travail

⁶⁴ Les droits fondamentaux sont « *inhérents et nécessaires au respect de la dignité de la personne humaine, donc au fondement de l'universalité du genre humain et de la démocratie* » (92)

- Les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales



Dès lors, plus une personne possède de « déterminants positifs », meilleures sont ses chances d'être en bonne santé. L'OMS rappelle que les « *déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde* » (95).

Les inégalités sociales de santé réfèrent à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Dès lors, la notion de « gradient social » a été développée pour décrire le phénomène par lequel les populations en haut de la pyramide sociale sont en meilleure santé que ceux en dessous d'eux et ainsi de suite jusqu'au socle de la pyramide (98).

Par conséquent la santé est une notion centrale dans la vie quotidienne, vaste et relative. Elle a une dimension collective, sociale, politique, économique... (59) Du fait de l'existence de déterminants sociaux de santé, une dimension inégalitaire est présente.

Annexe 4 : L'état de santé des populations en situation de migration

Tout d'abord, les équipes de médecins du monde observent que l'état de santé des personnes migrantes se dégrade, en lien avec des parcours migratoires difficiles auxquels s'additionne des conditions d'accueil compliquées en France, ce qui impacte leur santé (99). En effet, la situation d'irrégularité au regard du droit français peut avoir une influence négative : « *ces situations de risques, de vulnérabilité, de surexposition au danger et aux carences ont des conséquences durables sur leur santé aux différents âges de la vie* » (15). De plus, la sortie de la précarité administrative ne rime pas systématiquement avec des conditions de vie acceptable notamment en termes de logement (15).

Par ailleurs, un lien est présent entre discriminations, racisme et inégalités de santé. Les discriminations sont « *le déni d'un droit, une injustice et constituent, en ce sens, une violence. Cette violence sera d'autant plus forte que l'expérience est répétée dans différents domaines de la vie courante et s'accompagne de propos stigmatisant et de micro-agressions (propos racistes, stigmatisant dans l'espace public et dans les interactions du quotidien...)* » (58). Si les effets peuvent être différents selon les individus et leur environnement plus ou moins protecteur, force est de constater que les discriminations et le racisme ont fréquemment un impact sur la personne, l'invitant à « *rester à sa place* » ce qui peut entraîner une perte de confiance en elle et en son image mais aussi une augmentation de l'anxiété, du stress et pouvant aller jusqu'à des symptômes dépressifs et un retournement de la violence contre soi (15;58). Une étude de 2011 fait apparaître que les $\frac{3}{4}$ des populations en situation de migration se sont sentis, au moins une fois, traités ou regardés différemment. Ces situations ont lieu dans différents cadres dont dans la sphère sanitaire (15). Ainsi, les personnes en situation de migration feraient preuve de « *fainéantise* », le corps médical mettant en doute leurs symptômes et leurs propos. Ces discriminations dans l'accès aux soins sont rapportées en majorité par les femmes, sans qu'elles le vivent comme tel, n'ayant pas de « *légitimité à demander quoi que ce soit* » (15). De plus, la barrière de la langue peut également être un frein à un accès à la santé et conduire à des refus, des retards de soins mais aussi compliquer la pose et l'annonce d'un diagnostic, l'explication d'un traitement et l'expression de la plainte pour le patient (58). Dès lors, cela peut entraver les soins et la qualité du lien avec les professionnels. Par conséquent, « *le recours à un interprète est souvent indispensable pour lever les barrières linguistiques et aussi socioculturelles* » (3). Lors de groupes de paroles en Savoie où étaient présents des personnes en situation de migration, ils ont pu en effet mettre en avant que « *On nous porte moins d'importance parce qu'on ne parle pas en français* » ; « *Nous sommes soignés directement, mais nous ne comprenons pas ce que nous avons* ». L'interprétariat apparaît ainsi essentiel.

Annexe 5 : L'accès aux soins, la prise en charge des frais de santé

L'AME est un dispositif « *permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources* » (100). La personne doit vivre en France depuis plus de 3 mois, ne pas avoir de titre de séjour ni en avoir fait la demande, ainsi qu'avoir des ressources financières en deçà d'un certain plafond. L'AME est accordée pour un an et renouvelable. Elle permet une prise en charge à 100% des frais médicaux et hospitaliers, sans avance de frais (100). Or, ce dispositif différencie les personnes en situation de séjour irrégulier des autres assurés. En effet, les bénéficiaires de l'AME « *ne sont pas affiliés à l'assurance maladie, n'ont pas de carte vitale et ont accès à un panier de soin réduit (les examens périodiques de santé, les cures thermales, les actes techniques, les examens de biologie médicale et les médicaments spécifiques à l'assistance médicale à la procréation, les médicaments "à faible service médical rendu" sont exclus du dispositif de l'AME)* » (58). Il faut par ailleurs noter que la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME peut être très complète et mêler besoins de soins, d'interprétariat, d'accompagnement social et de connaissance en droit des étrangers (58).

Fin 2018, 318 106 étrangers en situation irrégulière bénéficiaient de l'AME. Ce nombre est stable depuis 2015 (101). Il est ainsi possible de se demander si toutes les personnes en situation de migration qui pourraient y prétendre en bénéficient ? L'enquête « premiers pas » de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) effectuée en 2019 laisse apparaître que « *seules 51% des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME* » (102). L'accès à l'AME est fortement et positivement lié à la durée de séjour sur le territoire français. Par ailleurs, nombreuses sont les personnes qui déclarent un mauvais état de santé et qui ne sont pas couvertes, ce qui peut laisser penser que le recours à l'AME n'est pas guidé par les besoins (3). Il est ainsi possible que les personnes ne recourent pas à leurs droits car elles n'ont pas connaissance de ce dispositif. « *Les résultats suggèrent que la plupart des migrants ont peu de connaissances de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir d'un dispositif complexe. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME* » (3). L'enquête laisse également apparaître le côté complexe du dispositif, c'est notamment le cas concernant la demande administrative ; la personne devant justifier de ses revenus et de son domicile sur les 12 derniers mois. Si elle ne possède pas ces documents, elle doit effectuer une déclaration sur l'honneur. Or, le Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés rappelle que ces dernières ont tendance à être remises en cause (103). Cela fait apparaître la difficulté des personnes « sans-papiers » à justifier d'une situation stable en France. Par ailleurs ces personnes,

du fait de leur statut (dépourvus de titre de séjour en règle), peuvent ne pas souhaiter demander l'AME afin de ne pas porter l'attention sur leur situation administrative, afin de se rendre « invisible ». Ainsi, « *pour n'être pas reconduites à la frontière, elles placent au second plan leurs difficultés de santé par rapport à leur projet migratoire, ce qui pose des questions de santé publique non résolues* » (104). Le défenseur des droits souligne dans un rapport de 2014 que « *le manque d'information, l'incompréhension du dispositif, la complexité des démarches, la peur de la stigmatisation et le contrôle effectué par les administrations contribuent (...) à ce que les bénéficiaires ne sollicitent pas leur affiliation à ces dispositifs* » (105).

Concernant la PUMa, la caisse primaire d'assurance maladie indique que « *toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie* » (106). Peut s'ajouter à ce dispositif la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), une aide aux dépenses de santé pour les personnes qui ont de faibles ressources. Dès lors, les personnes « migrantes » en situation régulière vis-à-vis de la législation des séjours et ne relevant pas d'un régime de sécurité sociale d'un autre pays peuvent bénéficier de la PUMa (107). Pour ce faire, les demandeurs doivent fournir un justificatif démontrant qu'ils habitent en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, ou qu'ils sont : « *Personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou stagiaire en France ; Bénéficiaires de prestations familiales ou sociales ; Personnes reconnues réfugiées ou enregistrées en qualité de demandeur d'asile disposant du droit de se maintenir sur le territoire ; Personnes de retour en France après avoir accompli un volontariat international à l'étranger, Membres de la famille qui rejoignent ou accompagnent pour s'installer en France un assuré qui y séjourne* » (107). Il faut noter que la réforme de la PUMa a permis de pérenniser les droits des personnes en situation de migration. En effet, elle permet de maintenir leurs protection maladie pendant l'année suivant la fin de la validité du titre de séjour. Dès lors, cela permet à certains patients en séjour « irrégulier », de pouvoir continuer à bénéficier de la PUMa (16). Cependant il faut également noter qu'un délai de carence de 3 mois est présent avant de pouvoir y prétendre, ce qui créé un vide au regard des droits sécurité sociale (108).

A propos de l'accès aux droits, médecins du monde indique que « *20,7 % des étrangers reçus dans nos centres de soins, résidant en France depuis au moins 1 an, n'avaient pas de couverture maladie* » (99). L'ONG ajoute qu'en matière d'accès aux droits en santé, « *le manque criant d'informations adaptées et les pratiques de certaines caisses de sécurité sociale, en marge de la réglementation, compliquent l'accès à la santé des exilés et génèrent renoncements et retards de recours aux soins* » (99). Selon Caroline Deprés (109), le renoncement aux soins prend deux formes principales : le

renoncement-barrière, lorsque la personne se trouve dans un environnement de contrainte ne lui permettant pas d'accéder aux soins, et le renoncement-refus qui est l'expression d'un refus où le soin prescrit est perçu comme inutile. Dans le cas du renoncement barrière, on distingue : les renoncements liés à la situation financière, ceux liés aux interactions avec les professionnels et les ceux en lien à l'organisation et à la répartition de l'offre. Pour exemple, le renoncement lié à la situation financière conduit à un écart d'espérance de vie de 13 ans entre les Hommes les plus aisés et les plus modestes (58). Le renoncement refus est lui un acte individuel où la personne exprime un choix, celui de s'impliquer ou non dans les soins (109). Dès lors, le renoncement aux soins est une question complexe qui n'incombe pas uniquement à l'individu mais aussi à son environnement (109).

Annexe 6 : La santé sexuelle, historique et définitions

L'apparition de la notion de SS est un évènement majeur. En effet, en 1974 c'est la première fois qu'une organisation internationale dissocie officiellement l'activité sexuelle de la reproduction, mettent en avant la question du bien-être et de l'épanouissement personnel (110). Lors de cette conférence, l'OMS définit pour la première fois la SS comme « *l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST* » (110). Cette définition s'inscrit dans la continuité de celle de la santé énoncée par l'OMS : la SS n'est pas uniquement l'absence de traitements ou de maladies. Cette première définition de la SS permet à la sexualité de s'affilier au champ de la santé.

En 2000, l'OMS a proposé une nouvelle définition de la SS, la définissant comme : « *l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus* » (110). Cette définition reste ancrée dans celle de la santé par l'OMS ainsi que dans l'idée du bien-être. Cependant, elle ouvre à la question de la liberté, de la responsabilité individuelle.

Enfin la définition actuelle de la SS a été développée en 2002 par l'OMS. Elle reprend les définitions de 1974 et de 2000 en apportant la notion de plaisir mais aussi d'absence de risque, de coercition, de discrimination ou de violence. Par ailleurs, elle reprend la question de « l'approche positive », présente dans la définition de 1974. Selon la fédération internationale pour la planification familiale, une approche positive de la sexualité, dit positivisme sexuel, s'affilie à une attitude dans laquelle la sexualité est perçue comme un paramètre qui améliore la qualité de la vie et apporte satisfaction et bonheur. Elle ajoute que ces approches « *s'efforcent de parvenir à des expériences idéales, plutôt que de s'attacher exclusivement à empêcher des expériences négatives. Dans le même temps, les approches sexuelles positives reconnaissent les inquiétudes et risques divers associés à la sexualité et y répondent, sans pour autant renforcer la peur, la honte ou le tabou qui entourent la sexualité des jeunes et l'inégalité entre les genres* » (111). Pour déterminer l'état de SS d'une personne ou d'une

population, il est nécessaire de « *mesurer les aspects positifs et négatifs de la santé sexuelle dans des domaines variés, comme la santé reproductive, l'accès aux services de santé, la satisfaction sexuelle, les violences sexuelles, les disparités de genre ou les comportements sexuels* ». ⁶⁵

Comède ajoute que parler de la SS « *c'est faire reconnaître que la sexualité est un aspect central de la personne humaine et qu'au-delà des facteurs biologiques elle se vit par la pensée, par des désirs, des croyances, des comportements et des relations. Toutes ces dimensions interagissent et doivent être prises en compte pour préserver, améliorer ou recouvrer une bonne santé sexuelle* » (112). La SS doit être considérée comme un droit pour tous, au même titre que les droits sexuels. Selon l'OMS, ces derniers font partie intégrante de la personne. Ils « *incluent le droit de tous d'accéder, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence, à la meilleure santé possible en matière de sexualité, y compris l'accès à des services de santé sexuelle et génésique, à chercher, à recevoir et à diffuser des informations en matière de sexualité, à l'éducation sexuelle, au respect de l'intégrité de leur corps, à choisir leur partenaire, à décider d'avoir une vie sexuelle active ou non, à des rapports sexuels librement consentis, à un mariage librement consenti, à décider d'avoir ou non des enfants et à choisir le moment de leur naissance, à rechercher une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable. L'exercice responsable des droits humains veut que toute personne se doit de respecter les droits d'autrui* » (113).

En SS, tout comme en santé, il existe des déterminants. Selon la SNSS 2017-2030, ils sont au nombre de trois : individuels ; communautaires ; structurels et contextuels.

- Les déterminants individuels de la SS incluent « *les stratégies intégrant systématiquement les dimensions physiques/biologiques, les caractéristiques socioéconomiques, les compétences sociales/émotionnelles/relationnelles/ mentales* ».

- Les déterminants communautaires de la SS comporte « *les stratégies intégrant les influences et les impacts directs sur l'individu des milieux : famille, ami.e.s, communauté locale, scolaire, travail et hébergement* ».

- Les déterminants structurels et contextuels de la SS comprennent « *d'une part, les systèmes éducatifs, de santé et socio-sanitaires, l'aménagement du territoire, les médias et techniques de communication et, d'autre part, les contextes politiques, législatifs, économiques, démographiques, socioculturels et culturels* » (1).

⁶⁵ Enquête de C. Metusela et al publiée en 2017 concernant des femmes originaires d'Afghanistan, d'Irak, de Somalie, du Soudan du sud, du Soudan, d'Inde, du Sri Lanka et de l'Amérique du Sud. (27)

Les fondateurs de la chaire UNESCO laissent apparaître une autre catégorisation des déterminants de SS, qu'ils les classent en 4 groupes :

- Les déterminants socio-économiques et politiques, tel que les classes sociales. Elles divisent les individus en fonction de leur origine, leur éducation, leurs revenus... Ces déterminants ont des incidences sur les vulnérabilités aux inégalités. En effet, *« plus la position socio-économique est basse, plus l'état de santé se détériore et l'espérance de vie diminue »*.

- Les déterminants culturels. Certaines cultures ont des coutumes qui peuvent avoir des effets néfastes reconnus sur la SS, tel que les mutilations : *« un certain nombre de ces coutumes s'exercent dans l'ignorance des méfaits dont elles sont la cause »*.

- Les déterminants liés aux inégalités de genre. Dès lors, *« le déséquilibre du pouvoir entre hommes et femmes peut ne plus permettre aux femmes d'exercer un contrôle sur leur santé »*. De plus, ces inégalités peuvent conduire dans certaines cultures, en raison de la place assignée aux femmes, à une absence d'éducation et d'information sexuelle. Il peut dès lors leur être plus difficile d'adopter des comportements visant à une bonne SS. Par ailleurs, l'état de santé des personnes peut renforcer ces inégalités (tel que le handicap).

- Les déterminants liés aux inégalités du système de santé. En effet, les établissements de santé ne sont pas disponibles et accessibles pour tous, et ce au regard de leur localisation mais aussi du coût des soins. *« Il a été montré que la gratuité favorisait de façon spectaculaire l'accès aux services de santé. Sur le plan de la santé sexuelle, il est aussi très important que ces centres soient acceptables, c'est-à-dire conformes aux usages et coutumes locaux, pour ne pas mettre de frein à leur utilisation »* (113).

Ainsi, les déterminants influent grandement sur l'état de santé sexuel des populations. Un exemple permet d'illustrer les déterminants « socio-économiques » autrement dit « individuels ». Il apparaît que les personnes en situation de pauvreté sont moins nombreuses à recourir à des pratiques de dépistage et de prévention. Cela concerne particulièrement les tests de dépistage du VIH, les mammographies et les frottis gynécologiques. Ainsi une personne ayant de faibles revenus a 1,7 fois plus de risques de ne jamais avoir effectué de test de dépistage du VIH qu'une personne avec des revenus supérieurs. Pour la question des mammographies, 34% des femmes de 40 ans et plus appartenant à une catégorie socio-professionnelle modeste n'ont jamais réalisé de mammographie contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans. Il en est de même pour le frottis gynécologique où 12 % des femmes entre 20 et 70 ans, appartenant à un ménage modeste n'en ont jamais réalisé contre 6% dans le reste de la population (114).

Annexe 7 : Témoignages de femmes dans le cadre de la demande d'asile

Témoignage numéro 1 :

1/4

Je m'appelle _____ et je suis née le _____ 1991, à _____ en province de Cuanza Sul, dans le sud de l'Angola. Je ne connais pas l'identité de mes parents, mais je crois me souvenir que ma mère se prénomme Marie. Je sais que nous sommes plusieurs enfants et que je suis la seule à être née handicapée. Je pense que si je n'ai jamais vécu avec le reste de la famille, c'est parce que mes parents avaient honte de moi, à cause de mon handicap.

Je vivais seule dans une cabane abandonnée à côté de la maison familiale. Mon père me voyait comme un monstre. Ce sont les sœurs de ma mère qui venaient me nourrir et s'occuper de moi. Je n'ai pas vraiment de souvenirs de cette période. Je ne suis jamais allée à l'école, je n'ai connu que cette cabane.

Un jour en 1999, alors que j'avais 8 ans, j'ai pris le bus avec ma mère. Arrivées à LUANDA, elle m'a laissée sur un trottoir en me disant « *reste-là, tu n'es pas ma fille, tu es la honte de la famille* », puis elle est partie, me laissant seule. En marchant dans les rues j'ai vu une église et j'y suis entrée. Il s'agissait de l'église « _____ », une église de réveil dans le quartier _____. Le pasteur de cette église m'a permis d'y rester, ce qui m'évitait de souffrir dans les rues où je devais beaucoup marcher pour trouver de quoi manger ou pour dormir. J'y restais le plus souvent possible. J'ai vécu de cette façon pendant 2 ans jusqu'au jour où est arrivé un couple qui a changé ma vie.

Il s'agissait de _____, un chef militaire des FAA – Forces Aériennes Angolaises - et de sa femme _____, une secrétaire, qui venaient régulièrement prier à l'église. Ils habitaient _____. Sachant que le couple ne pouvait pas avoir d'enfant, le pasteur _____ leur a proposé de me prendre en charge, espérant qu'il accepterait. Il avait raison car Monsieur _____ et sa femme ont accepté. Je me suis dit que ma vie allait enfin s'améliorer, que j'allais pouvoir aller à l'école.

Ils ont fait toutes les démarches et m'ont adoptée légalement. D'ailleurs, je porte leurs noms.

Malheureusement, dès mon arrivée dans ce nouveau foyer, j'ai dû accepter de faire tous les travaux ménagers et tout ce que l'on exigeait de moi : la vaisselle, le linge, la cuisine. Je ne pouvais pas en vouloir au pasteur _____ qui avait cru bien faire en me trouvant une famille, car je suis certaine qu'il pensait que j'y serai heureuse, que je serai bien nourrie et que je serai scolarisée. Il ne pouvait pas imaginer ce qui se passait dans la maison. J'y restais recluse, je n'allais pas à l'école, car je n'avais pas le droit de sortir. Je ne quittais la maison qu'avec mes parents adoptifs et seulement pour aller à l'église. À cause de leur travail, ils étaient souvent absents et je ne les voyais pas beaucoup. Quand j'avais du temps libre, je n'avais pas d'autre choix que de rester dans ma chambre. Finalement, je vivais comme une esclave. J'étais prisonnière, à la merci de ce couple qui se disaient mes « parents ».

En public, mon père se présentait comme un homme affectueux, ce qui était loin d'être le cas quand la porte était fermée à la maison. Par contre, ma mère a toujours été une femme bienveillante à mon égard. Je crois qu'elle m'aimait bien. Quand je devais travailler, je souffrais à cause de mon infirmité et de mon état de santé. J'avais

beaucoup de douleurs mais personne ne s'en souciait.

En 2010, à cause d'un événement familial, ma mère a dû s'absenter une semaine. Je suis restée seule avec mon père à la maison. Le jour du départ de ma mère, tout s'est passé comme d'habitude : j'ai préparé les repas, lavé le linge, nettoyé la maison puis je suis allée me coucher. Dans la nuit, alors que je dormais, mon père est entré dans ma chambre avec une arme. Surprise, j'ai eu très peur et j'ai voulu crier, mais il m'en a empêché en mettant sa main sur ma bouche. Il m'a menacée avec son pistolet et m'a crié méchamment que je n'étais pas sa fille, puis il m'a violée. C'était mon premier rapport sexuel et il était très brutal. J'ai ressenti beaucoup de douleurs et j'ai beaucoup saigné. Avant de quitter la pièce, il m'a interdit d'en parler. Il a précisé qu'il pouvait me chasser de sa maison quand il le voulait et qu'il n'hésiterait pas à me tuer s'il le voulait.

Encore à l'heure actuelle, je me demande comment cela a pu arriver car pendant les onze ans de vie familiale, je n'ai jamais eu de problèmes. Il m'était impossible d'imaginer qu'une telle chose puisse arriver car jamais il n'avait eu un regard ou un geste déplacé à mon égard. Il est vrai que c'était un homme qui consommait parfois beaucoup d'alcool et il est possible que ce soir-là, il en ait abusé.

J'étais complètement dévastée. Je restais prostrée dans ma chambre. Je pleurais tout le temps. A l'intérieur de moi-même, j'étais en grande détresse. Tout se mélangeait dans ma tête : ma mère m'avait abandonnée et pour ce couple, je n'étais qu'une esclave. Après ce viol, j'aurais aimé disparaître pour toujours. C'était trop de souffrance.

Une fois de plus, j'ai dû subir son manque d'humanité. En effet, trouvant que j'étais trop renfermée, il m'a de nouveau menacée car il ne voulait surtout pas que sa femme remarque mon changement de comportement. Il a exigé que je reprenne le travail comme s'il ne s'était rien passé. J'ai fait de mon mieux mais au bout d'environ un mois, j'ai commencé à me sentir mal. J'avais des nausées et j'étais très fatiguée. Voyant cela, ma mère s'est inquiétée et elle a décidé de me faire voir par un médecin à l'hôpital. Mon père a alors insisté, et encore insisté pour m'accompagner. Il s'est arrangé pour que ce soit lui qui m'accompagne. Ma mère avait fini par céder devant son insistance.

Après la consultation, le diagnostic de grossesse a été confirmé. J'ai compris pourquoi il tenait tellement à ce que ce soit lui qui m'accompagne. En sortant de l'hôpital, il a exigé que j'ingère un médicament. Ayant perdu toute confiance en lui, j'ai pensé que ce médicament pourrait me faire perdre mon bébé, voire me tuer. J'ai dit à mon père que j'allais prendre le médicament quand nous serions à la maison, ce que je n'ai pas fait.

Quand nous sommes rentrés, la vie a repris son cours. Un mois plus tard, mon père m'a redonné le même médicament, mais évidemment, je ne l'ai pas pris non plus. À partir de ce moment, j'ai commencé à me sentir sérieusement en danger.

À trois mois de grossesse, j'ai décidé de fuir et je me suis réfugiée au seul endroit où je pouvais aller, chez le pasteur. Quand je suis arrivée à l'église, je lui ai tout raconté et lui ai demandé si je pouvais rester. Il était triste et désolé pour moi. Il a

accepté de me garder.

Malheureusement, mes parents me cherchaient, mais ils avaient chacun leur raison : ma mère s'inquiétait pour moi, tandis que mon père ne voulait pas que l'histoire s'ébruite. Il ne voulait pas perdre sa femme et avait peur pour sa notoriété de militaire. Une première fois, ils sont venus tous les deux voir le pasteur pour me récupérer car eux aussi, savaient que je n'avais nulle part où aller en dehors de l'église puisque je ne connaissais rien d'autre.

À ma demande, le pasteur leur a répondu que je n'étais pas là. Ma mère s'est contentée de cette réponse mais mon père lui, est revenu plusieurs fois seul. La réponse du pasteur restait la même : il disait ne pas m'avoir croisée.

est née le 2011 et même après sa naissance, mon père a continué de venir menacer le pasteur. Ses menaces se faisaient de plus en plus violentes et déterminées.

Par précaution, quand a eu entre 3 ou 4 ans, le pasteur a demandé au pasteur de l'église de me cacher.

Le Pasteur était toujours menacé par mon père. Un jour, celui-ci a payé un homme pour obliger le pasteur à dire où j'étais cachée. Le pasteur a eu peur des menaces et il a dû dire où j'étais, il n'avait pas le choix. Quand mon père a su où je me trouvais, il a menti en disant qu'il ne nous ferait rien.

Pendant un mois, il ne s'est rien passé. Malheureusement cela n'a pas duré. Des hommes ont commencé à me chercher. Ils montraient une photo de moi et demandaient aux gens s'ils pouvaient dire où j'étais. Comme le pasteur le pasteur répondait que je n'étais pas là quand on l'interrogeait.

Connaissant des prêtres missionnaires originaires d'Europe, et invités en Angola, il leur a parlé de nous, et de moi, de notre histoire. Il leur a demandé de nous aider car il ne pouvait pas nous garder sans s'exposer et nous exposer à des représailles. Il était évident que mon père ne lâcherait pas prise.

Un jour, le pasteur m'a expliqué que nous allions partir pour l'étranger, mais il ne m'en a pas dit plus. Je ne savais pas ce qui m'attendait.

L'un des prêtres européens est venu me chercher un matin. Comme il me l'a demandé, je lui ai donné les documents d'identité en ma possession, ceux et les miens, pour faire des passeports. Plus tard, il nous a emmené pour laisser les empreintes, puis il m'a demandé d'attendre que l'on revienne me chercher.

Quelques jours plus tard, Le Pasteur est venu me dire que tout était en ordre et que j'allais voyager le jour même, 11 mars 2017. Il était à peu près 22 heures. Le prêtre, un autre homme et le pasteur sont venus en voiture et nous sommes allés jusqu'à l'aéroport sans le pasteur qui lui, est resté à l'église.

Avec le prêtre, et moi sommes montés en avion. C'est le prêtre qui parlait et montrait les passeports et les papiers. Moi, je n'ai jamais vu aucun papier. Nous avons dormi dans l'avion.

. Pour manger, j'allais aux « restos du cœur », mais cela me faisait souffrir car il me fallait beaucoup marcher et porter des sacs lourds. C'est compliqué pour moi, vu mon handicap. J'ai parlé avec une infirmière . Elle m'a aidée à obtenir une prise en charge à la . une association gérant des logements à . Le lendemain matin nous avons atterri en Europe avant de prendre un nouveau vol. Quand nous avons atterri pour la seconde fois, nous avons pris un taxi aussitôt sortis de l'aéroport. Nous nous sommes arrêtés pour prendre du jus d'orange et un petit-déjeuner. J'étais complètement désorientée. Je ne savais ni quelle heure il était ni où nous nous trouvions. Le prêtre m'a demandé d'attendre car il devait chercher un autre taxi pour nous emmener chez lui.

Nous avons attendu longtemps, mais il ne revenait pas. J'étais inquiète, je me demandais ce que nous allions devenir et moi, dans cette ville où je ne connaissais rien, personne. Finalement, des gens qui ont vu que nous ne bougions pas, sont venus nous demander ce que nous faisons là mais je ne savais pas quoi répondre : je ne comprenais pas le français et je ne parlais que portugais. Un homme noir, qui parlait lingala, a appelé un autre homme pour parler avec moi, en portugais. Il m'a expliqué que j'étais en France et m'a demandé comment j'étais arrivée jusqu'ici. J'ai commencé à lui expliquer. Une femme noire s'est approchée. Ils ont parlé un peu et elle lui a dit qu'elle pouvait m'aider mais qu'elle habitait en province. La femme m'a demandé si je voulais bien la suivre. J'ai accepté, je n'avais pas vraiment le choix, et puis j'étais contente que quelqu'un me vienne en aide.

Nous avons pris le train pour . C'est elle qui a payé le billet de train pour et moi. À la gare de , elle nous a laissées à car c'est là où les immigrés sans famille se trouvent. Elle m'a dit « *Courage, ici on va prendre soin de vous* ». et moi sommes restés là-bas jusque 8h le matin, puis nous avons été prises en charge par , qui nous a proposé un hébergement en hôtel à environ 30 km de . a pris rendez-vous pour moi avec l'hôpital afin que je sois suivie médicalement. Un peu plus tard, une dame m'a accompagnée jusqu'à la préfecture de Rennes en 2017, où une employée a pris mes empreintes. Quand on m'a dit qu'elles existaient au Portugal, j'ai compris que j'avais fait le changement d'avion au Portugal.

Je ne peux retourner vivre en Angola où j'ai tellement souffert. Mon père, qui je le rappelle est chef militaire dans les FAA, ne me laissera pas vivre en paix.

De plus, je n'ai aucune attache en Angola où ma famille naturelle m'a rejetée. Je n'ai jamais été soignée, jamais soulagée et je n'ai jamais été scolarisée.

Ma fille doit connaître autre chose que la vie qu'elle a dû subir jusqu'à présent.

Je demande asile à la France et la protection des autorités françaises.

Je demande à être entendue en portugais.

Témoignage numéro 2 :

Je m'appelle _____ . Je suis née le _____ 1965, et suis donc actuellement âgée de 50 ans. Je suis l'aînée d'une famille de six enfants. Sans formation particulière, mon père travaillait là où il trouvait de l'ouvrage et ma mère était ménagère. J'ai grandi rue _____ à KINSHASA, jusqu'à l'âge de 18 ans.

C'est à cette époque que j'ai rencontré _____
C'était en 1983, et nous nous sommes mariés coutumièrement en 1984. Nous nous sommes installés à _____ et nous avons eu ensemble quatre enfants. Il était électricien et moi je faisais un peu de commerce de vêtements (friperie).

En 1998, nous avons divorcé. Angolais, il est retourné vivre en ANGOLA avec les enfants. Mes parents ont refusé de me voir partir vivre avec lui, et je suis restée à KINSHASA. Pour survivre, il ne me restait que ma petite activité commerciale. Je vendais au grand-marché.

En 2010, j'ai rencontré _____ . Amoureux l'un de l'autre, nous nous sommes très vite installés ensemble à _____ . Au début tout allait bien, mais petit à petit, il a fait voir sa vraie nature. Deux ans après notre rencontre, je vivais un véritable enfer. Il est devenu violent. Quand je rentrais du marché, il n'acceptait pas que j'aie pris ma douche qu'après m'avoir contrôlée pour s'assurer que je n'avais pas couché avec un autre homme. Il me frappait sans cesse. Quand il buvait le zodo et fumait le chanvre, c'était encore pire. Il me violait et me sodomisait. Si j'avais le malheur de me plaindre, de lui dire que j'avais mal, il me frappait encore. Une fois, il m'a même cassé le bras. Chaque fois que je rentrais du marché ou dès que lui rentrait de quelque part, j'étais terrorisée à l'idée de ce que je risquais de vivre.

Tant que j'ai pu, je l'ai caché à mon entourage, car j'avais honte. Je ne pouvais raconter à personne ce que je vivais sexuellement car ce sont des choses qui ne se font pas. La religion ne tolère pas ce genre de comportements. _____ lui ne se sentait même pas en défaut, il ne venait pas à l'église. Il faisait partie de la secte messianique.

Un jour, en juillet 2013, il m'a sérieusement blessée à la tête. Je suis allée me réfugier chez mes parents. Ils étaient très en colère contre moi, ils m'ont dit que je n'avais qu'à le quitter, qu'ils en avaient marre de me le dire. J'ai essayé de leur expliquer que je ne demandais pas mieux, mais que je ne pouvais pas lui échapper. Il me cherchera toujours pour me ramener à la maison et continuer de me faire vivre cet enfer. Il a si souvent menacé de me retrouver pour me tuer si je partais ou si j'allais me plaindre à l'extérieur ! Mais mes parents ne voulaient rien entendre. Pour eux, si je le voulais je pouvais partir, mais ils ne se rendent pas compte. Je ne demande pas mieux que de sortir de cette situation invivable, mais sans rien, ni personne pour m'aider, fuir pour aller où ? Et qu'est-ce que je deviens s'il me retrouve ?

Mes parents m'ont dit qu'ils allaient m'aider mais qu'après, ils ne voulaient plus entendre parler de tout ça. Ils sont allés porter plainte pour moi à la police. Ils ont expliqué aux policiers ce qui se passait à la maison, que j'avais trop peur pour venir moi-même porter plainte, et ont demandé à la police d'arrêter Daouda pour qu'il me laisse tranquille. Il a été convoqué et entendu par la police et pendant ce temps, mes parents m'ont installée à l'hôtel, me disant que là, il ne pouvait pas me trouver, mais que je devais maintenant me débrouiller seule.

Je suis restée à l'hôtel une dizaine de jours. J'étais en paix, j'ai repris espoir, mais mes parents m'ont abandonnée à mon sort. Je n'avais pas d'argent, je n'avais rien, ni personne. Tout ce qui m'appartenait était dans cette maison, et j'ai pensé qu'après avoir été entendu par la police, il se tiendrait tranquille. N'ayant pas le choix, je suis rentrée à la maison.

Après cela, il est resté calme un moment, mais il s'est mis en tête de m'interdire d'aller à l'église. Il voulait que je le suive aux cultes messianistes. J'ai refusé et il a recommencé à me menacer. Il a dit qu'il ne voulait pas entendre que j'étais allée à l'église, que ce n'était pas ma place.

Le (date), sans raison particulière, il est parti en me disant qu'il serait absent plusieurs jours, cela arrivait de temps à autres. J'en ai profité pour aller à l'église, mais quand je suis rentrée il était à la maison. Il avait bu et il m'a demandé d'où je venais. J'avais peur mais aussi j'étais en colère. Je lui ai répondu que je rentrais de l'église. Il a crié sur moi, m'a insulté comme il avait habitude de le faire, puis il est sorti. Je suis allée me coucher. Je me suis endormie, mais il m'a réveillée. Il m'a violée une fois de plus, puis il a recommencé à m'insulter, m'a craché dessus. Il avait bu et fumé, il m'a

traînée de « sale pétasse » de « pute ». J'étais humiliée et je suis restée là à pleurer. Il m'était impossible de dormir, de rester calmer et petit à petit, la colère est de nouveau montée en moi. Tôt le lendemain matin, je suis allée chercher des lames de rasoir que j'avais toujours dans mon sac. Elles me servaient pour diminuer mes sourcils. Je me suis dit que la prochaine fois qu'il m'attaquerait, je me défendrais, mais cette fois, la colère ne me quittait plus. Finalement, je suis allée près du lit où il dormait. Je l'ai appelé, il s'est retourné vers moi pour voir ce que je voulais et je lui ai tailladé le visage avec ma lame de rasoir. Il s'est mis à saigner. En voulant venir vers moi, il est tombé et il mettait du sang partout. Je pense qu'il est tombé à cause de l'alcool. Il s'est mis à m'insulter et à m'insulter. Il a dit qu'il pouvait me tuer s'il en avait envie, que personne ne viendrait à mon secours, que personne ne ferait rien pour moi. Il s'est décidé à partir à l'hôpital, et pendant ce temps, j'ai rapidement fait une valise et j'ai quitté la maison, car je savais qu'il ne resterait pas longtemps à l'hôpital. Je suis allée chez l'oncle de ma mère. Je ne pouvais pas rester là très longtemps, je devais trouver une solution. Si je restais là, _____ allait finir par me retrouver. J'ai décidé d'aller en Angola retrouver mon fils et son père espérant qu'il me vienne en aide. Cinq jours plus tard, le _____ 2014, je suis allée à _____ me renseigner et le soir-même, je revenais pour ne pas rater le départ en bus à 19 heures. Je suis restée quinze jours à la frontière angolaise en attendant de pouvoir rejoindre la capitale. Dès mon arrivée à _____, j'ai appelé ma belle-sœur et je lui ai raconté ce qui m'était arrivé et pourquoi j'étais là. Elle m'a dit de rester chez elle, au calme pour l'instant et que l'on s'occuperait de savoir ce que je ferai, plus tard.

Témoignage numéro 3 :

1

Je m'appelle _____ née le _____ 1984 à _____ au Kenya et je n'ai qu'un grand frère. Mon père était fermier et ma mère, tout en étant ménagère, l'aidait à travailler. Nous vivions dans la ville de _____. Je n'ai fait que l'école primaire car il n'y avait pas assez d'argent pour que je continue ma scolarité. Mon frère a été privilégié. Je suis restée chez mes parents jusqu'à l'âge de 21 ans.

Un jour alors que j'allais chercher de l'eau, le frère de mon père, _____ m'a suivi et m'a violée. Je n'ai rien pu faire. Mon oncle était un homme considéré comme un sage dans notre ville. Quand des familles avaient des conflits ou des litiges, elles venaient s'adresser à lui pour tenter de les résoudre. Si j'avais raconté cela, personne ne m'aurait cru, et même si mes parents l'avaient cru, ils n'auraient rien fait par peur du scandale. Avec le temps, ma mère s'est rendue compte que j'étais enceinte. Elle m'a demandé qui était le père. Comme mon oncle m'avait menacée, je ne voulais rien dire, mais devant l'insistance de ma mère, j'ai fini par lui dire la vérité.

Dans notre tradition, ce genre de choses ne peut arriver, car les gens pensent que cela amène le malheur, la mort. De plus j'étais enceinte avant le mariage, ce qui est aussi mal accepté.

Pour éviter que le scandale n'éclate, ma mère a décidé de me bannir. Elle m'a envoyé chez une tante à elle, _____ dans un petit village, le temps de ma grossesse, afin que j'accouche hors de notre ville.

J'ai accouché d'un petit garçon _____, le _____ 2006. La tante de ma mère n'était pas gentille avec moi et mon fils. Elle ne donnait que très peu à manger et n'acceptait pas que je vive dans la maison. Elle aussi, comme les gens de la famille pensait que j'allais lui apporter le malheur, la malédiction. Elle a juste accepté que je vive avec l'enfant dans une petite cabane à côté de la maison. Afin de pouvoir manger, j'ai cherché du travail pour trouver de quoi manger et nourrir mon fils. Je faisais du ménage chez les familles qui avaient besoin de moi.

Un jour en rentrant de ma journée de travail, j'ai trouvé la porte fermée. J'étais à la rue, avec l'enfant.

Je suis allée chez une dame, Madame _____, chez qui je faisais le ménage. J'allais très souvent chez elle, elle avait une grande maison, elle ne manquait pas d'argent, elle était commerçante. J'ai pensé que cette dame accepterait de m'aider. En effet, elle a accepté. En échange du ménage gratuit que je faisais pour elle, elle nous nourrissait mon fils et moi. C'était un couple sans enfant. Son mari vivait à _____ car il y avait un contrat de travail. Je vivais sans problème chez cette dame, elle était gentille avec moi. Par exemple, quand j'allais faire des courses pour elle, s'il restait de la monnaie, elle me proposait de la garder. Mais quand le contrat de son mari _____ s'est terminé, il est rentré à la maison.

Au début, tout allait bien, mais au bout d'un certain temps, chaque fois que madame _____ s'absentait, son mari commençait à vouloir coucher avec moi, pour que lui fasse des enfants, car il n'arrivait pas à en avoir avec sa femme. C'est une pratique assez courante chez nous, mais moi, je ne pouvais pas accepter cela, car elle avait été très gentille avec moi, et je ne voulais pas la trahir. J'ai décidé de rentrer chez mes parents quoi qu'il arrive. Mon fils avait alors un peu plus d'un an. Ma mère était contente de me revoir, mais quand,

mon père a vu que j'avais un enfant, il m'a demandé à qui était ce petit. Je lui ai répondu que c'était mon bébé. Mon père m'a dit que ce n'était pas possible, que je ne pouvais pas disparaître comme cela pendant plus d'une année et revenir avec un enfant sans être mariée, sans homme.

Très en colère, mon père a quitté la maison. Il est revenu deux jours plus tard avec un homme âgé d'une soixantaine d'années ou peut-être plus. Mon père voulait que je sois sa femme, mais il avait déjà trois femmes et beaucoup d'enfants. Je serai la quatrième. Il a dit à mon père qu'il acceptait pour sauver l'honneur et que le malheur soit lavé, mais il a exigé que je sois excisée. Il voulait être sûr que je ne cherche pas un autre homme, car j'étais jeune et lui âgé. Sur le moment, je n'avais pas le choix et pour gagner du temps, j'ai accepté.

Dès que j'ai pu, je suis partie. J'ai quitté très tôt le matin sans rien prendre de mes affaires, et je suis allée me réfugier chez la fille d'une voisine, . qui vivait à . C'est une ville très touristique, très passante, où vivent beaucoup d'étrangers. La vie y est chère, et elle m'a expliqué que le meilleur moyen de gagner de l'argent, c'était de se prostituer. Elle m'a emmenée dans un hôtel où je me suis prostituée comme elle, mais je n'arrivais pas à trouver assez de clients car j'avais trop de mal à faire cela. J'ai cherché un autre travail et tout en continuant de me prostituer, j'étais serveuse dans un bar, le . n'était pas contente car elle trouvait que je ne contribuais pas assez à notre vie commune.

J'ai repris contact avec ma mère et je lui expliqué pourquoi j'étais là et ce que j'y faisais, pourquoi j'avais quitté. Je lui ai expliqué que je ne pouvais pas accepter la proposition de mon père. J'ai confié mon fils à ma mère et je lui envoyais un peu d'argent chaque que je le pouvais. Pendant ce temps, je continuais de me prostituer et d'être serveuse. Un jour, un couple qui était de passage s'est arrêté dans le bar et j'ai entendu dire que ce couple aidait ceux qui le souhaitaient à quitter le pays contre de l'argent. Je suis allée les voir. La dame s'appelait ., elle était du pays mais son mari était du . Elle m'a dit qu'elle acceptait contre 7000 euros. Je n'avais pas cette somme. J'ai continué de travailler jusqu'à ce que j'atteigne cette somme et j'ai recontacté la dame, car le couple s'arrêtait de temps à autres au ' . Elle m'a dit d'être prête une semaine plus tard. Elle m'a expliqué que nous serions douze personnes à partir en même temps.

Nous sommes partis le 2018. À chaque frontière, nous descendions pour traverser et nous étions attendus de l'autre côté. C'était quelque chose de bien organisé. Arrivés au Soudan, nous avons dû rester un moment avant de pouvoir aller plus loin. Cela a duré environ trois semaines. Nous sommes allés jusqu'en Libye où nous attendait le mari d'. Il nous emmené à Tunis.

À partir de là, il nous a demandé où nous voulions aller. Je lui ai répondu que je voulais juste vivre en paix. Il a divisé le groupe. De là, j'ai voyagé dans un container de bateau. Finalement nous avons débarqué dans une ville, mais je ne savais pas où j'étais. Dans le bateau il y avait un africain qui parlait anglais et il m'a expliqué qu'on était en France et que là chacun devait se débrouiller. Je l'ai suivi. Nous avons pris le train et changé deux fois de direction. À une gare il m'a dit de rester là et de chercher quelqu'un pour m'aider. J'étais à .

Témoignage numéro 4 :

2

homme, alors je suis retournée à S avec N que je ne pouvais pas laisser puisque je la nourrissais.

Durant 4 jours, il m'a enfermée sans me nourrir, mais dans la nuit du 5ème jour, que j'ai réussi à échapper à sa surveillance et j'ai fui avec mes enfants.

Je me suis réfugiée chez ma mère avant de retourner à C, avec mon bébé. Je ne pouvais absolument pas emmener C avec moi, car je réussissais à peine à subvenir à mes besoins et il n'y avait personne pour s'occuper d'elle à D. Je ne pouvais pas la laisser seule, j'étais obligée de la laisser à S.

De nouveau, il est revenu chercher l'enfant chez ma mère et j'ai dû retourner une nouvelle fois à S, parce que je ne pouvais pas laisser mes enfants à cet homme abominable.

Cette fois-là, il m'a frappée, mais j'ai réussi à reprendre ma fille.

Quand Coumba a eu environ 5 ans, je me suis rendue compte qu'un homme abusait d'elle. Elle pleurait quand je la lavais et était abîmée, mais je n'ai rien pu faire contre cela.

Je ne pouvais demander d'aide à personne, et je ne savais pas qui abusait d'elle. Je ne pouvais pas non plus la prendre avec moi, par manque de place et de moyens.

Pendant 8 ans, j'ai travaillé comme domestique pour nourrir mes enfants, et j'ai dû faire de nombreux trajets entre D et S pour ne pas laisser ma fille aux mains de M.

Pendant ce temps, celui-ci avait pris une nouvelle femme sans même se marier.

De mon côté, j'avais retrouvé J qui avait quitté S pour faire ses études à D. Nous nous voyions en secret à cause de notre différence de religion, et le 2013 notre fille est venue au monde, alors que je nourrissais encore N au sein.

Ce n'est que quand M est née que M. a cessé de s'en prendre à C.

En 2018, nous avons décidé de nous marier. Il m'a donné la dot (200€), et je suis allée à S pour voir mon frère.

J'espérais qu'il ait pitié de moi et fasse preuve de compassion, car maintenant tout le monde savait que M. me maltraitait et j'avais toujours dit que je ne pouvais pas y retourner, car cela aurait mal fini.

J'ai expliqué que le père de l'enfant était J et que nous voulions nous marier, mais mon frère a refusé qu'elle porte un nom chrétien et que je me marie. C'est pour cela qu'elle s'appelle M.

La tension est montée. Ma mère a menacé de se suicider si je faisais une telle chose et mon frère s'est mis à me frapper encore et encore. J'ai crié aussi et excédée, je lui ai mal parlé. Il m'a arraché le lobe de l'oreille.

Je n'avais personne pour m'aider et je ne pouvais même pas aller porter plainte puisque mon frère était policier, et j'avais aussi très peur de lui.

La coutume veut que puisqu'il a payé la dot, j'appartiens à M. quoi qu'il arrive. C'est pour cela que ma famille ne voulait pas que je me marie avec J.

Me sachant maltraitée, on me laissait tranquille quand je refusais de retourner chez l'homme à qui j'avais été mariée de force, mais en réalité, je n'ai aucune possibilité d'échapper à cet homme.

Je n'avais plus aucune solution, j'ai quitté S avec l'argent de la dot. J'ai rejoint le Maroc en passant par la Mauritanie, le Mali, le Niger, et l'Algérie. Le passage entre l'Algérie et le Maroc a été compliqué, car la frontière est bien gardée. Je n'étais pas seule et dans la journée pour ne pas être repérée, nous creusions un trou dans le sable pour y rester cachés.

Arrivée au Maroc, j'ai appelé un ami sénégalais, dont la femme vivait au Maroc. C'est elle qui m'a hébergée le temps que je suis restée au Maroc, de 2018 à mon départ pour l'Italie.

J'ai réussi à quitter le Maroc grâce à des amis qui voulaient traverser en zodiac. J'ai gardé le zodiac et en échange, j'ai pu traverser avec eux.

En Espagne, la Croix-Rouge m'a donné 25€ et je me suis arrangée avec des personnes que je connaissais qui étaient déjà en France. J'ai rejoint la France par laclacar.
Actuellement, C , ma grande fille est désormais à D chez une amie à moi, pour étudier. Les deux petites sont chez ma sœur à D qui souffre un peu moins maintenant que ses enfants ont grandi. Ils ont actuellement entre 15 et 24 ans et peuvent l'aider financièrement.

Je n'ai pas eu de nouvelles de J

J'ai de temps en temps des nouvelles de ma mère et de mes filles.

Je ne peux retourner vivre au Sénégal. Si je rentre, ma famille va m'obliger à retourner vivre avec M. et celui-ci finira par me tuer.

Si je tente de retrouver J pour vivre avec lui, c'est mon frère qui voudra me tuer parce que la famille ne peut accepter que je vive avec un chrétien, alors que je suis déjà mariée à un musulman.

Mon frère s'en est déjà pris à moi, il m'a arraché l'oreille et je sais de quoi il est capable. Il peut me tuer si je ne lui obéis pas.

Je ne peux espérer aucun soutien de qui que ce soit. Je n'ai aucun avenir possible au pays. C'est la raison pour laquelle je demande asile à la France.

Témoignage numéro 5 :

1

Je m'appelle _____ et je suis née le _____ 1991 à _____ dans la banlieue
Bien que née en Côte d'Ivoire, je suis de nationalité Burkinabè car mes parents, originaires du
Burkina, se sont installés à _____ après leur mariage. Malgré que nous soyons de confession
musulmane, mon père n'a eu qu'une seule épouse.

Je suis l'aînée d'une famille de 5 filles et 1 garçon. Mon père était cuisinier et ma mère ménagère.
Quand j'avais 8 ans, nous sommes allés vivre au Burkina _____ parce que mon père était malade
et voulait se faire soigner de façon traditionnelle. Je suis allée à l'école de 8 ans à 11 ans.

Un jour, quand j'avais 15 ans, mon père m'a dit que j'allais me marier avec Monsieur
_____, un homme de 50 ans. Je lui ai dit que je ne voulais pas mais il m'a répondu que ce mariage
était prévu depuis que j'avais 10 ans et que j'étais obligée. J'en ai parlé à ma mère qui m'a dit qu'on
ne pouvait rien faire pour empêcher cela.

Le mariage a eu lieu 2 mois plus tard. Quand je suis arrivée chez mon mari, il avait déjà 2 femmes
plus âgées, l'une avait 4 enfants et l'autre 6. Elles n'étaient pas contentes de me voir et n'étaient pas
gentilles avec moi. Comme j'étais la dernière arrivée, elles m'ont obligée à préparer les repas et à
m'occuper du linge de toute la famille.

Dès le premier soir, mon mari a voulu avoir des rapports sexuels et, comme je refusais, il m'a
frappée et prise de force. Ensuite, il me frappait chaque fois qu'il voulait avoir des rapports sexuels.
J'avais des blessures suite à ses coups.

Mon père venait souvent me voir et je lui en parlais. A chaque fois il me faisait la même réponse :
que c'était parce que je ne voulais pas rester avec mon mari qu'il me frappait. J'ai dit à mon père que
je voulais quitter cette homme violent, mais il me répondait que ce n'était pas possible et qu'il ne
pouvait rien faire pour moi. Il m'a expliqué que ma mère venait du village de _____ comme mon
mari, et que, comme elle s'était mariée avec lui, il devait une de ses filles à un homme de ce village.
Je suis l'aînée donc c'est moi qui aie été promise.

Ma fille _____ est née le _____ 2011. Mon père est décédé en 2018. Suite à ce décès, Monsieur
_____ a décidé de faire exciser notre fille. Ayant moi-même vécue cela à l'âge de 10 ans, j'en
garde encore des souffrances physiques et des traumatismes. J'ai beaucoup souffert lors de l'excision
et ma petite sœur _____ en est décédée le même jour d'avoir perdu trop de sang. Pour ne pas que
nous puissions bouger, une femme était assise sur nous pendant que l'autre pratiquait l'opération
sans anesthésie.

Mon mari avait prévu la date de l'excision et m'a dit que je devais me préparer et apprêter ma fille.
Je voulais la protéger et lui éviter la souffrance et les conséquences pour toute sa vie, et même peut
être la mort suite à l'excision. C'est là que j'ai pris la décision de quitter cet homme.

Sachant que ma famille m'aurait toujours ramenée à mon mari, puisqu'il avait payé la dot et que
désormais, selon la tradition, je lui appartenais et non plus à ma famille qui, quoiqu'il arrive, ne
pouvait pas s'y opposer, ma seule solution était de quitter le pays.

J'ai expliqué tout cela à ma mère et à mes sœurs. Elles ont réussi à rassembler un peu d'argent
qu'elles m'ont donné. C'est tout ce qu'elles pouvaient faire pour nous.

Le soir du _____ 2019, j'ai réussi à quitter la maison avec ma fille que je prénommiais
en souvenir de ma grand-mère, de religion chrétienne, qui l'avait toujours appelée ainsi plutôt que
_____. La naissance de notre fille n'a pas été déclarée par son père. Elle n'a donc aucun document
de naissance.

Nous avons gagné le Mali (*par camion ?...*). Nous sommes restées un mois à J'y ai travaillé comme ménagère pour subvenir à nos besoins (*comment a-t-elle trouvé ce travail ?...*). Nous étions hébergées.

Nous avons gagné l'Algérie (*par camion ?...*), dans le but d'aller au Maroc ou j'espérais que nous pourrions vivre. Nous sommes restées 2 mois en Algérie (*dans quelle ville ?... de quoi vivaient elles ? Où habitaient-elles ?*).

Puis nous sommes arrivées au Maroc (*où ? Comment?*). Pendant presque 2 ans, j'ai travaillé comme ménagère à (*Comment a-t-elle trouvé ce travail ?... Où habitaient elles ?*). Ma fille restait toujours avec moi

Un jour j'ai reçu un appel téléphonique de Monsieur qui avait harcelé ma mère jusqu'à ce qu'elle lui donne mon numéro. Il a menacé de venir nous chercher et je pense sincèrement qu'il en aurait été capable. En effet, le chemin que nous avons suivi pour arriver jusqu'au Maroc était une route régulièrement utilisée par les personnes qui tentent de gagner l'Europe. Il n'aurait pas eu de difficulté à venir jusque-là.

J'ai décidé de gagner l'Europe mais je n'ai rien dit à ma mère. Je savais qu'elle n'aurait pas voulu que je traverse la mer.

Nous avons traversé grâce à un passeur avec son bateau Zodiac. Nous étions 32 femmes, hommes et enfants entassés sur le bateau. Nous avons dérivé durant 4 jours, transis de froid car nous étions mouillés et avec seulement de l'eau et du pain pour nous nourrir. est restée assise sur mes genoux durant tout ce temps et j'avais les jambes très enflées. Puis nous avons été récupérés par un bateau de la Croix Rouge et conduit à Tenerife où nous sommes arrivés le 2021.

Avec les autres passagers, nous avons été emprisonnées durant 3 jours sans nourriture. était épuisée et malade à cause du roulis subi sur le bateau durant 4 jours.

Puis on nous a remis à la Croix Rouge. Rachelle et moi sommes restées 1 mois à Tenerife puis on nous a envoyées en Espagne avant de nous faire gagner la France. (*où et comment vivaient elles à Tenerife ? Comment sont-elles arrivées à Teruel puis en France ? ...*)

Je ne peux retourner au Burkina car je n'ai aucune autre possibilité que d'aller vivre chez mon mari, qui me battait et abusait de moi et qui, n'ayant pas accepté mon départ et m'ayant menacée, risque de me tuer.

La tradition veut qu'en cas de séparation, les enfants appartiennent au père. Si je rentre au pays, Rachelle ne pourra pas rester avec moi. Il la prendra Rachelle puisqu'il en est le père et pourra lui faire subir ce qu'il veut.

Je ne veux pas que ma fille subisse ce que j'ai vécu. Je ne veux pas qu'elle soit excisée, ni mariée de force.

C'est la raison pour laquelle je demande asile à la France et la protection des autorités françaises.

Témoignage numéro 6 :

Mon histoire commence en 2000 quand j'ai eu mon CAP (ESF). J'avais 15 ans, je suis allée au village en vacances rester auprès de mes parents. Un vendredi, jour du marché dans mon village (M), ma mère m'a laissée à la maison avec mon père. J'étais à la cuisine et mon père ne se sentait pas bien. Il était couché dans sa chambre quand tout à coup il m'a appelé dans sa chambre pour lui apporter son tabac et son vin (blanc). Dès que je suis entrée, il m'a demandé qui d'autre était là. J'ai dit « personne ». C'est là qu'il m'a fermé la bouche, a fermé la porte et là mon père m'a violée. J'ai eu tellement mal, je pleurais mais plus je pleurais, plus il le faisait avec violence au point où je saignais, je n'arrivais pas à croire ce qui m'arrivait.

Quand je suis sortie de sa chambre, il m'a menacée de ne rien dire. Je n'arrive pas à croire que c'est mon père qui le faisait car malgré son alcoolisme, mon père était devant moi un père presque parfait. Je suis allée dans ma chambre me coucher. Quand ma mère est revenue autour de 13h, elle est venue me trouver dans ma chambre et m'a demandé pourquoi j'étais couchée. Je lui ai tout simplement dit que j'avais mal au bas-ventre. Malgré tout ça, elle a commencé à m'insulter en me demandant de vite me lever et d'aller cuisiner. Je suis allée.

Quelques jours plus tard, mon père l'a refait et c'est là que j'ai décidé de parler à ma demi-sœur paternelle, D...., c'est la seule personne qui m'écoutait sans me juger parce qu'on s'entendait trop. Je suis allée à la rivière avec elle et en chemin j'ai décidé de tout lui dire, et je lui ai dit. À ma grande surprise, elle m'annonce que notre père et notre oncle l'ancien colonel E.... couchaient avec elle depuis fort longtemps. Là, je me suis dit au moins une personne qui sait ce que je traverse. De là, je lui ai dit qu'il fallait qu'on aille à la gendarmerie du village. Elle m'a dit que de toute façon personne ne peut croire. Tout le monde les respecte au village et que le colonel E.... T.... avait trop d'argent et en plus, c'est l'ami du Président de la république et c'est mon père qui le soigne parce qu'il est marabout et c'est nous qui faisons la force de leurs rituels. Le soir venu, nous sommes tous en train de manger quand je parle à vive voix que « Demain, je pars à la gendarmerie ».

Mon père et ma mère me regardent et me demandent ce que je pars faire. C'est là que je réponds « Vous verrez demain ». Quand on a fini de manger, mon père est venu me trouver sur la véranda et s'est mis à me frapper. Quand ma mère demande ce qui ne va pas, mon père commence à gronder en disant à ma mère qu'il m'avait vu avec un garçon, dehors, etc. Ma mère m'a bastonnée car son mari était trop parfait et elle n'acceptait pas le fait que j'ai pu avoir une relation avec un homme.

La rentrée scolaire recommence, mon père ne m'inscrit pas sous prétexte que mon internat coûtait cher et que j'avais déjà mon diplôme et que je devais rester ici, au village pour aider ma mère et pour qu'il m'éduque et m'éloigne des hommes. Ma mère a trouvé que c'était une bonne idée, et là je ne peux plus rien dire et faire, je suis restée.

Mon père a continué son travail (vils, tortures, blessures). C'est le 20 novembre 2000 que mon père a encore abusé de moi et là, je n'ai plus revu mes règles, donc j'étais enceinte de mon papa. Je me suis renfermée sur moi. La seule personne à qui j'ai dit était ma sœur consanguine. Elle m'a tellement soutenue que c'est 2 mois après que j'ai dit à mon père. Il m'a dit que si j'ouvrais ma bouche, il me tue et que l'eau chaude qu'il m'avait versé sur la cuisse était un début (En effet, je garde d'innombrables marques sur le corps) et là, il a appelé ma mère en grondant, en disant ceci « Viens voir la pute que tu as élevée, une prostituée » et s'est mis à gronder ma mère « ta fille est enceinte ». Ma mère ne m'a pas laissé le temps de m'expliquer, elle s'est jetée sur moi et m'a frappée de toutes ses forces

Annexe 8 : La santé des femmes en situation de migration

Selon l'enquête de 2008 « trajectoires et origines » (115) de l'INED et l'INSEE, certains lieux de naissances augmentent les risques de déclarer un état de santé altéré. En effet « *la mauvaise santé des migrants s'explique d'abord par leurs conditions de vie socioéconomiques, actuelles et passées* » (15). En liant les lieux de naissances aux conditions de vie en France, il apparaît que pour presque toutes les origines, hormis les pays de l'Union européenne, les DOM ou l'Afrique subsaharienne, les femmes en situation de migration déclarent plus régulièrement une santé altérée que celles, à âge égal, de la population majoritaire. C'est notamment le cas de la Turquie où le risque est 2,9 fois plus important. D'autre part, l'âge a pour effet de dégrader l'état de santé des femmes, plus rapidement que pour les hommes. Ainsi dans cette étude, l'âge avancé est le facteur qui apparaît le plus déterminant d'une santé altérée chez les femmes, suivi d'un revenu insuffisant, puis de l'absence ou d'une faible qualification. L'enquête met en effet en avant que le niveau de qualification influe grandement sur l'état de santé des femmes : « *le niveau de diplôme est fortement corrélé aux positions sociales dans l'emploi et qu'il influe très fortement sur la compréhension des messages de prévention et sur les relations avec les médecins* » (15). Pareillement, le niveau scolaire va tenir un rôle dans le statut social de la personne, le soutien social et le sentiment de contrôle. Ainsi, une femme sans diplôme a un risque de déclarer une santé altérée 3,3 fois supérieur à une femme ayant au moins le baccalauréat⁶⁶ et une mortalité multipliée par 2,5 (116). Par ailleurs le fait d'avoir un logement précaire, d'être chômeur ou inactif et d'être discriminé ont également un fort impact négatif sur la santé des femmes en situation de migration.

Il apparaît donc que les inégalités de santé sont liées aux inégalités économiques et aux discriminations « raciales », mais aussi aux inégalités de genre. Les femmes sont les plus pauvres au sein de l'ensemble des catégories socio-professionnelles et sont également d'avantage discriminées. Pour les 2/3 des personnes interrogées dans le cadre de la suite de l'enquête (15), le statut de femme est un frein dans la sphère sanitaire.

⁶⁶ Ibid paragraphe 10

Annexe 9 : Profil des femmes en situation de migration répondantes à l'entretien

Entretiens	1	2	3
Age	32 ans	40 ans	40 ans
Temps de présence en France	11 ans	16 ans	12 ans
Religion	Musulmane	Catholique	/
Pays d'origine	Macédoine	Angola	Sénégal
Situation relationnelle	Couple	Couple	Célibataire
Entourage en France	« Oui mais on ne parle pas de ça » (sous-entendu de santé sexuelle)	« Oui j'ai des amis qui sont devenus comme de la famille. Pour moi c'est plus de la famille que des amis »	« J'ai des frères ici. J'ai 3 frères, un à Nancy, un à Toulon, et un à Paris. Le dernier vient de temps en temps nous voir. J'ai une cousine qui se trouve du côté de Guingamp que je vois pour les fêtes. Amicalement, je peux dire que j'ai beaucoup d'amis actuellement » et très impliquée dans le quartier.
Logement	« On est logés par ASTI dans une maison, mais la maison est très abimée et ils ne veulent plus qu'on y habite parce qu'elle est en très mauvaise état. ASTI cherche une autre maison pour nous. »	Locataire	Locataire
Emploi et ressources	« Non. Avec mon mari on n'a pas de ressources, on va chercher au restau du cœur. ATSI nous aide aussi pour avoir des vêtements. »	« Oui, dans l'agro-alimentaire mais je suis cuisinière de métier et technicienne du froid de métier. »	« Je travaille dans le sport depuis toujours »
Statut administratif	« Non rien pour l'instant. On n'a pas de papier, rien du tout. La demande d'asile c'est terminé, c'était en 2010. »	« Là je suis résidente, je suis venue comme demandeur d'asile. Je vais bientôt être française » (demande en cours d'instauration).	« Je suis résidente depuis 10 ans, on me demande de déposer la nationalité mais... ça ne va pas forcément changer grand-chose en terme de dispositif et tout ça. »
Enfant(s)	Oui 5 et je viens de découvrir que je suis enceinte d'un 6ème. J'ai 3 garçons et 2 filles. Le premier à 9 ans et demi et le dernier va avoir 4 ans. Ils sont tous en France avec moi.	« Oui, ils ont 13 ans, 12 ans et 7 ans. Ils sont nés ici et vivent ici. »	Oui, une fille de 7 ans et demi en garde alternée

Annexe 10 : Grille d'entretien pour les femmes en situation de migration

Bonjour,

Je suis en stage à l'Agence Régionale de Santé et je m'intéresse à la santé sexuelle des femmes arrivées en France à l'âge adulte, dans le but d'améliorer potentiellement la prise en charge. Je demande à des femmes comme vous de me donner votre avis sur ces questions. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui m'intéresse c'est votre expérience, ce que vous en pensez. Nous allons aussi échanger sur les structures qui peuvent vous accompagner.

L'idée ici ce n'est pas d'échanger sur votre sexualité (ce qui se passe dans votre lit) mais sur votre santé affective et sexuelle. J'ai une grille d'entretien qui me permet de guider nos échanges.

Tous ces échanges resteront secrets (anonymes et confidentiels). Tout ce qui est échangé ici reste ici. C'est également important que chacun se respecte, respecte l'autre et sa parole. Par ailleurs les questions peuvent être intimes, n'hésitez pas à ne pas répondre si vous ne le souhaitez pas.

Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre entretien pour que je puisse le réécouter. Je peux arrêter l'enregistrement dès que vous le souhaitez.

Tout d'abord, merci d'être là, comment allez-vous ?

Profil de l'interviewée :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre prénom ?
3. Depuis combien de temps vivez-vous en France ?
4. De quel pays êtes-vous originaire ?

Situation sociale et administrative :

5. Etes-vous en couple/ célibataire/ ou autre ?
6. Vous sentez-vous entourée en France (amis, famille...) ?
7. Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?
8. Avez-vous un emploi ? Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous ? Si non avez-vous des ressources ?
9. Quel statut administratif avez-vous en France demandeur d'asile, réfugié, sans papier, regroupement familial, étudiant, ou autre ?

Santé reproductive :

10. Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ? Vivent-ils en France ou au pays ?
11. Si vous ne souhaitez pas ou plus avoir d'enfant, utilisez-vous un moyen pour ne pas être enceinte ? Lequel ?
12. Si vous utilisez, ou avez utilisé, l'un d'eux, vous êtes-vous sentie en difficulté pour l'obtenir ? Si oui laquelle/lesquelles ?

13. Vous est-il arrivé au cours de votre vie d'avorter ? En France ou à l'étranger ? Avez-vous été accompagnée dans cette démarche par des professionnels ? Comment cela s'est passé ? Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ?

IST (Syphilis, gonococcie, Chlamydiae, HPV), Hépatite B et C et VIH :

Là on va parler des infections sexuellement transmissibles, des hépatites et du sida. Ces maladies peuvent se voir quand ça coule dans la culotte, ça gratte, ça pique, ça brûle, avec des petits boutons, avec d'autres choses mais aussi il peut ne pas y avoir de symptômes.

14. Avez-vous déjà fait un / des dépistage(s) pour cela ? Si oui en France ou à l'étranger ?
Dans quel type de structure l'avez-vous fait ?
Comment cela s'est passé ?
Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ?
Si on vous a dépisté une maladie nécessitant un suivi, un suivi est-il actuellement en place ?
Si non pourquoi ?
15. Il existe d'autre type de dépistage, avez-vous été dépisté pour autre chose ?
16. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé quelque chose pour vous protéger de ces maladies ? Si oui quoi ?
17. Avez-vous déjà été vaccinées ? Contre quelle(s) maladie(s) ?

Vie affective et/ou sexuelle :

18. Comment décririez-vous vos relations intimes ?
19. Avez-vous rencontré votre conjoint/conjointe en France ?
20. Si vous en avez, quels sont les grands problèmes de votre couple ?
21. Quelles sont les grandes satisfactions de votre couple ?
22. Que pensez-vous des baisers ?

Violences :

23. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ? (sexe oral, pénétration, caresses, attouchements) ?
Cela s'est passé quand vous étiez enfant, adolescente, adulte ?
Cela s'est passé en France, au pays, pendant l'arrivée en France ?
Vous arrive-t-il d'y repenser ?
L'avez-vous dit à quelqu'un ? A qui ?
Si vous l'avez dit à un professionnel, auriez-vous souhaité que cet échange se passe différemment ?
Avez-vous porté plainte ?
24. Avez-vous été, ou connaissez-vous quelqu'un qui a été excisée ?
Quel est votre vécu par rapport à cela ?
En avez-vous déjà parlé avec un professionnel ?
Auriez-vous souhaité que cet échange se passe différemment ?
25. Vous est-t-il déjà arrivé d'avoir des relations sexuelles pour diverses raisons comme pour de l'argent, un logement, une sécurité ou autre ?

En avez-vous parlé avec un professionnel ?
Auriez-vous souhaité que cet échange se passe différemment ?

Représentations de la santé :

26. Avez-vous déjà parlé de votre vie intime avec un.e professionnel.le a qui ? comme un gynécologue, un médecin, un infirmier...
En France et/ou dans un autre pays ?
27. Si c'est le cas en France, comment avez-vous eu connaissance de l'existence de ce professionnel ? (Bouche à oreilles, orientation sociale...)
28. Comment cela s'est déroulé ?
Attendiez-vous que ça se passe différemment ?
Les termes vous ont-ils choqués ? et les gestes ?
Vous êtes-vous senti à l'aise pour parler, pour être examinée ?
Avez-vous réussi à dire ce que vous vouliez ?
29. Vous est-il déjà arrivé qu'un interprète soit présent lors de ces rencontres ?
Sa présence vous a-t-elle gênée/manquée ?
En quoi ?
30. Utilisez-vous des techniques, que vous avez apprises dans votre pays, lors de votre toilette intime ?
Si oui lesquelles ?

Démarche de soin :

31. Vous êtes-vous déjà sentie mal accueillie dans vos démarches en santé sexuelle ?
32. Il y a-t-il d'autres choses qui vous ont pu vous freiner dans vos démarches en santé sexuelle psychologiquement ou dans les faits ? Qu'est-ce qui vous a empêché d'en parler ?

Merci d'avoir répondu à mes questions, est-ce que vous voulez ajouter autre chose ? Cela vous a-t-il convenu ? Avez-vous été à l'aise ?

Annexe 11 : Flyer « Structures en santé sexuelle » en version française et anglaise

Projet de Mamon. Le Roy dans le cadre d'un stage à l'ARS Bretagne 2021

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :
Avortement, contraception, dépistage, conseil conjugal

22 : Dinan, Guingamp, Lamballe, Lannion, Loudéac, Paimpol, Rostrenen, Saint-Brieuc (02 96 62 62 22)

29 : Brest, Carhaix, Châteaulin, Concarneau, Crozon, Douarnenez, Landerneau, Landivisiau, Lesneven, Morlaix, Pont-L'Abbé, Quimper (02 98 76 25 20), Quimperlé

35 : Bain-de-Bretagne, Combourg, Dol-de-Bretagne, Fougères, Janzé, Monfort-sur-Meu, Redon, Rennes (02 99 02 48 88), Saint-Aubin-d'Aubigné, Saint-Étienne-en-Coglès, Saint-Malo, Vitré

56 : Auray, Lorient, Noyal-Pontivy, Ploermel, Vannes (02 97 01 41 91)


Le numéro national anonyme et gratuit "Sexualités, contraception, IVG"
0 800 08 11 11

Mutilations génitales

- Rennes : service gynécologie du CHU de Rennes
02 99 26 71 21
- Brest : service de gynécologie du CHRU
02 98 22 34 43

Planning familial : Avortement, contraception, dépistage, violences, sexualités

22 : Saint-Brieuc 02 96 78 97 05
29 : Brest, Concarneau, Douarnenez, Morlaix 07 68 57 20 91
35 : Rennes, Saint-Malo 02 99 31 54 22
56 : Questembert 07 83 60 77 83



Structures en santé sexuelle

Dépistage, Vaccination, Violences sexuelles, Santé reproductive
Où s'adresser en Bretagne ?

Gratuites*, accessibles, confidentielles, à proximité

*Hormis concernant les mutilations génitales et les prises en charges libérales, prises en charge par la sécurité sociale

Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des IST (CeGIDD)
Contraception, dépistage, violences, vaccination

22

- Dinan : Centre hospitalier René Pleven - 02.99.21.27.57
- Saint-Brieuc : Centre hospitalier Yves Le Foll - 02.96.01.72.99

29

- Brest : CHRU Hôpital de La Cavale Blanche - 0 800 08 13 29
- Morlaix : Centre hospitalier des pays de Morlaix - 02.98.62.38.06
- Quimper : Hôpital de Laënnec - 02.98.52.62.90

35

- Rennes : CHU Hôpital Pontchaillou - 02.99.28.43.02
- Saint-Malo : Centre hospitalier - 02.99.21.27.57

56

- Lorient : Centre Médico-Social-Quai de Rohan- 02.97.84.42.41
- Noyal Pontivy : Centre hospitalier du centre Bretagne - 02 97 06 76 20
- Vannes : Centre hospitalier Bretagne Atlantique- hôpital Chubert- 02.97.01.99.55

Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté (SAFED)
Rennes 7 rue Kléber - 02 99 02 35 35

Protection Maternelle et Infantile (PMI) : (en consultation ou à domicile) présent dans les Centres Départemental d'Action Sociale (ou dans les Centres Médico-sociaux pour le 56) suivi de grossesse, contraception

22 : 02 96 60 86 86
29 : 02 98 76 22 02
35 : 02 99 02 35 35
56 : 02 97 54 80 00

Il en a toujours un à proximité

Centres d'information sur le droit des femmes et des familles (CDIFF) :
Violences, accès aux droits, vie familiale et soutien à la parentalité, santé et sexualité

Présence de permanences dans différentes villes

22 : 02 96 78 47 82
29 : 02 98 44 97 47
35 : 02 99 30 80 89
56 : 02 97 63 52 36

Ainsi que **les professionnels de santé libéraux :** médecins traitants, sages-femmes, gynécologues

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :

Abortion, contraception, screening, marriage counselling

22 : Dinan, Guingamp, Lamballe, Lannion, Loudéac, Paimpol, Rostrenen, Saint-Brieuc (02 96 62 62 22)

29 : Brest, Carhaix, Châteaulin, Concarneau, Crozon, Douarnenez, Landerneau, Landivisiau, Lesneven, Morlaix, Pont-L'Abbé, Quimper (02 98 76 25 20), Quimperlé

35 : Bain-de-Bretagne, Combourg, Dol-de-Bretagne, Fougères, Janzé, Monfort-sur-Meu, Redon, Rennes (02 99 02 48 88), Saint-Aubin-d'Aubigné, Saint-Étienne-en-Coglès, Saint-Malo, Vitré

56 : Auray, Lorient, Noyal-Pontivy, Ploermel, Vannes (02 97 01 41 91)

The national anonymous and toll free number "Sexuality, contraception, abortion" 0 800 08 11 11

Genital mutilation

- Rennes : gynecology department of the CHU of Rennes 02 99 26 71 21
- Brest : gynecology department of the CHRU 02 98 22 34 43

Family planning center : Abortion, contraception, screening, violence, sexualities

22 : Saint-Brieuc 02 96 78 97 05

29 : Brest, Concarneau, Douarnenez, Morlaix 07 68 57 20 91

35 : Rennes, Saint-Malo 02 99 31 54 22

56 : Questembert 07 83 60 77 83



Structures in sexual health

Screening, Vaccination, Sexual violence, Reproductive health, Where to go in Brittany ?

Free*, accessible, confidential, nearby

*Except for genital mutilation and liberal care, which is covered by social security

Centres gratuits d'information, screening and diagnosis of HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections (CeGIDD)

Abortion, screening, violences, vaccination

22

- Dinan : Hospital center René Pleven - 02.99.21.27.57
- Saint-Brieuc : Hospital center Yves Le Foll - 02.96.01.72.99

29

- Brest : CHRU Hospital "La Cavale Blanche" - 0 800 08 13 29
- Morlaix : Hospital center "des pays de Morlaix" - 02.98.62.38.06
- Quimper : Hospital de Laënnec - 02.98.52.62.90

35

- Rennes : CHU Hospital Pontchaillou - 02.99.28.43.02
- Saint-Malo : Hospital center - 02.99.21.27.57

56

- Lorient : Medical and Social Centers Quai de Rohan- 02.97.84.42.41
- Noyal Pontivy : Hospital center "du centre Bretagne" - 02 97 06 76 20
- Vannes : Hospital center "Bretagne Atlantique"- hôpital Chubert- 02.97.01.99.55

Service d'accompagnement des femmes enceintes en difficulté (SAFED) : Support for pregnant women in difficulty

Rennes 7 rue Kléber - 02 99 02 35 35

Protection Maternelle et Infantile (PMI) : (in consultation or at home)

present in each department's SocialWork Center, pregnancy follow-up, contraception

22 : 02 96 60 86 86

29 : 02 98 76 22 02

35 : 02 99 02 35 35

56 : 02 97 54 80 00

There is always one nearby

Centres d'information sur le droit des femmes et des familles (CDIFF) :

Violence, access to rights, family life and support for parenthood, health and sexuality

Presence of offices located in different cities

22 : 02 96 78 47 82

29 : 02 98 44 97 47

35 : 02 99 30 80 89

56 : 02 97 63 52 36

As well as **private practice health professionals** : attending physicians, midwives, gynecologists

Annexe 12 : Questionnaire du Réseau Louis Guilloux

Objectifs du questionnaire :

Repérer les pratiques et les besoins des professionnels des secteurs de santé et du social en Bretagne en terme de :

- formations
- ressources
- orientations

...concernant l'accompagnement qu'ils et elles peuvent offrir autour des violences sexuelles et conjugales et la santé sexuelle aux personnes concernées, en particulier aux personnes en situation de migration.

- 1) Evaluer leurs possibilités de repérages, de conseil et d'orientation de situations de vécu violent actuel ou passé
- 2) Faire l'état des lieux des ressources et partenaires utilisés pour l'accompagnement en Bretagne
- 3) Mettre en avant les éventuelles difficultés spécifiques dans l'accompagnement des personnes migrantes primo-arrivantes autour des questions de violences et de santé sexuelle

1) Vos informations

Votre profession :

Cliquez ici pour taper du texte.

Votre structure :

Cliquez ici pour taper du texte.

Votre ville :

Cliquez ici pour taper du texte.

Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle :

Cliquez ici pour taper du texte.

2) Dans votre pratique : Repérer, En parler, Orienter

Repérer : Dans ma pratique professionnelle je me sens en capacité de repérer lorsqu'une personne est...

- Note : Les situations de danger et de souffrance ne s'excluent pas : la distinction est faite ici de manière artificielle pour distinguer les pratiques des professionnel-le-s dans un contexte de violences vécues actuelles ou potentielles et dans un contexte de violences vécues passées

	En danger face à une situation de violences actuelles ou potentielles	En souffrance face à une situation de violences passées
Face à des violences sexuelles	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales : verbales	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales : psychologiques	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales : économique / administrative / sociale	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales : physiques	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales : sexuelles	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Violences sexistes et / ou sexuelles dans un cadre professionnel	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Violences sexistes et / ou sexuelles dans un cadre familial (hors couple)	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- Violences conjugales : on considère qu'elles peuvent être le fait d'un conjoint ou un ex-conjoint. Elles peuvent prendre différentes formes : Verbale (messages de mépris, d'intimidation ou des menaces d'agression physique, interdictions, du chantage, des ordres...), psychologique (regroupe tout ce qui concerne l'humiliation, attitudes de dévalorisation et humiliation), économique (forme particulière de violence psychologique qui consiste à retirer à la personne son autonomie et faire en sorte qu'elle ne puisse envisager la séparation), physique, ou encore sexuelle (harcèlement sexuel, exploitation sexuelle, viol conjugal...

Oui = Je me considère être capable de repérer tous les cas ou dans la plupart des cas de la situation en question

Parfois = Je me considère être capable de repérer la situation en question dans une partie des cas

Non = Je ne me considère pas ou très peu capable de pouvoir repérer la situation en question

Remarques : Cliquez ici pour taper du texte.

En parler :

Dans ma pratique professionnelle, je me sens en capacité d'aborder la question en consultation / entretien quand je souhaite interroger une situation de...

	Danger face à une situation de violences actuelles ou potentielles	Souffrance face à une situation de violences passées
Face à des violences sexuelles	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Violences sexistes et / ou sexuelles dans un cadre professionnel	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Violences sexistes et / ou sexuelles dans un cadre familial (hors couple)	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Remarques : Cliquez ici pour taper du texte.

Orienter :

Dans ma pratique professionnelle je me sens en capacité de conseiller et orienter une personne en situation de...

	Danger face à une situation de violences actuelles ou potentielles	Souffrance face à une situation de violences passées
Face à des violences sexuelles	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Face à des violences conjugales	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Violences sexistes et / ou sexuelles dans un cadre professionnel	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Violences sexistes et / ou sexuelles dans un cadre familial (hors couple)	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Remarques : Cliquez ici pour taper du texte.

Orientations :

Pour orienter les personnes en danger et / ou en souffrance face à des violences passées, actuelles ou potentielles...

	Pour orienter je me tourne vers	J'ai des difficultés car
Pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violences	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour obtenir de l'aide juridique	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour obtenir un certificat médical	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Permettre un suivi médical adapté	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour accéder à un hébergement en cas de besoin	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour accéder à un accompagnement social	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour accéder à un accompagnement psychologique	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour trouver du soutien social / associatif	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.

Pour trouver de l'aide alimentaire	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Pour obtenir de l'écoute	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.
Autres	Cliquez ici pour taper du texte.	

Remarques générales : Cliquez ici pour taper du texte.

4) Migration et accompagnement médico-social autour des violences et de la santé sexuelle

Merci de préciser si vous avez repéré des spécificités (facilités ou difficultés) d'accompagnement autour des thématiques des violences et de la santé sexuelle pour les personnes récemment arrivées en France, et lesquelles :

Cliquez ici pour taper du texte.

Remarques générales:

Cliquez ici pour taper du texte.

Merci de préciser si vous repérez une ou des formations dont vous auriez besoin sur cet thème dans votre pratique professionnelle :

Cliquez ici pour taper du texte.

Annexe 13 : Grille d'entretien pour les professionnels

On se rencontre aujourd'hui à l'occasion de mon stage de Master 2 prévention et promotion de la santé que je réalise à l'ARS Bretagne. Mon thème de stage, défini en lien avec le Pôle de coordination en santé sexuelle de l'association du Réseau Louis Guilloux mais également le COREVIH, porte sur la santé sexuelle des femmes en situation de migration. L'ARS Bretagne a inscrit cette thématique parmi ses priorités et l'a fait figurer dans le programme régional de santé sexuelle, établi avec ses partenaires. Dans ce cadre, mon projet de stage a vu le jour, dont l'objectif principal est d'améliorer si besoin la prise en charge en santé sexuelle des femmes en situation de migration arrivées à l'âge adulte en France.

Pour ce faire, je prévois de rencontrer des professionnels et des femmes. Vous avez répondu à un questionnaire du Réseau Louis Guilloux qui visait à repérer les pratiques et les besoins des professionnels concernant l'accompagnement des violences sexuelles et conjugales des personnes en situation de migration.

Je propose de commencer, si vous êtes d'accord, par des questions générales puis par approfondir vos réponses au questionnaire et enfin ouvrir sur d'autres thématiques en santé sexuelle le tout en regard des femmes en situation de migration.

Avant tout échange je tiens à rappeler que le traitement des réponses à cet entretien restera anonyme.

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?
2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?
3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Je vais revenir sur le questionnaire du Réseau Louis Guilloux et j'aimerais préciser que dans mes questions, accompagner inclut le fait de prendre en charge, d'orienter, de conseiller, de soutenir soit d'aider d'une manière ou d'une autre.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?
5. Comment vous sentez-vous **face** à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?
6. Comment vous sentez-vous pour **parler** avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées

? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

7. Comment vous sentez vous **pour conseiller et orienter** une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Si vous êtes d'accord je vais poursuivre l'entretien sur des thématiques autres que celle du questionnaire :

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?
9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?
10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?
11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?
12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?
13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?
14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?
15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?
16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?
18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?
20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?
21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?
22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?
23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?
24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ? (Le fait que les femmes soient entourées...)

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Annexe 14 : Tableau des professionnels répondants au questionnaire et à l'entretien

1	Médecin	PASS et association public spécifique
2	Sage-Femme Conseiller Conjugal et Familial	CPEF
3	Médecin	CPEF
4	Coordinateur	Association contre les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes
5	Sage-femme	Hôpital
6	Médecin	Généraliste et association public spécifique
7	Sexologue et infirmier	Hôpital
8	Assistant de service sociale	Hôpital
9	Psychologue	Planning familial
10	Sage-femme	Hôpital
11	Médecin	Centre de santé communautaire
12	Infirmier	CMP
13	Médecin	CPEF
14	Intervenant d'action sociale	CADA
15	Intervenant d'action sociale	CADA
16	Intervenant d'action sociale	CADA
17	Médecin	PMI/CPEF/maison des ados

Annexe 15 : Retranscription des entretiens des femmes rencontrées

Rencontre numéro 1 : Le 15/06/21, 38 minutes

Ante-scriptum : Avant l'entretien, la bénévole de l'ASTI m'avait indiqué que L. était enceinte. L. le lui avait dit en premier car elle n'avait pas assez d'argent pour s'acheter un test de grossesse.

Nous avons également pu, avec la bénévole de l'ASTI, rencontrer le mari de L. ainsi que deux de ses enfants. Lors de nos échanges Monsieur a pu dire en parlant de ses filles qu'il « Je veux choisir leur mari ». Par ailleurs pour informer de la grossesse de son épouse, Monsieur a indiqué "c'est une bonne chose et une très mauvaise chose en même temps ».

Profil de l'interviewée :

1. **Quel âge avez-vous ?** 32 ans
2. **Quel est votre prénom ?** L.
3. **Depuis combien de temps vivez-vous en France ?** Depuis 2010 (soit 11 ans)
4. **De quel pays êtes-vous originaire ?** De la macédoine

Situation sociale et administrative :

5. **Etes-vous en couple/ célibataire/ ou autre ?** En couple
6. **Vous sentez-vous entourée en France (amis, famille...) ?** Oui mais on ne parle pas de ça (sous-entendu de santé sexuelle). J'ai mon frère ici et ma belle-sœur. Je n'ai pas beaucoup d'amis, j'ai des connaissances mais surtout plus âgées. Je connais madame (bénévole de l'ASTI), Sœur . J'ai une copine africaine Y et on peut discuter de comment ça se passe chez l'une ou chez l'autre.
7. **Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?** On est logés par ASTI dans une maison (la maison est louée par ASTI à l'église. Elle est collée à une maison de repos qui est une ancienne abbaye où des sœurs vivent). Mais, la maison est très abîmée et ils ne veulent plus qu'on y habite parce qu'elle est en très mauvaise état. ASTI cherche une autre maison pour nous.
8. **Avez-vous un emploi ? Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous ? Si non avez-vous des ressources ?** Non. Avec mon mari on n'a pas de ressources, on va chercher au restau du cœur. Mon mari y est bénévole. ATSI nous aide aussi pour avoir des vêtements (qu'ils reçoivent de l'ADMR).
9. **Quel statut administratif avez-vous en France demandeur d'asile, réfugié, sans papier, regroupement familial, étudiant, ou autre ?** Non rien pour l'instant. On n'a pas de papier, rien du tout. La demande d'asile c'est terminé, c'était en 2010. En fait ma vie c'est un peu compliqué, en 2010 j'étais ici, en 2011 je suis partie en Belgique, en 2012 je suis revenue ici et en 2014 je suis repartie puis revenue. J'ai fait la Belgique, la Suisse, l'Allemagne et la France. J'ai beaucoup d'amis partout. En

Allemagne c'était bien, mon mari a commencé à travailler, mais j'étais en procédure Dublin et la France me cherchait donc je suis revenue ici pour faire la demande d'asile. La demande d'asile a été acceptée, c'était tout bien mais après il s'est passé des choses. Tout ce qui se passe maintenant c'est ma faute, un peu la mienne et un peu de mon mari. On est arrivé à st Etienne, notre statut de demandeur d'asile a été accepté, on nous a donné de l'argent, une maison. J'avais tout ça mais mon ami est parti en Allemagne pour "travailler", il travaillait bien (rires). Il avait une maitresse en fait moi je savais ça, il m'a dit que les muslims avaient le droit chez nous de prendre jusqu'à 4 femmes mais pour prendre 4 femmes il faut une maison, de l'argent et il faut que toutes les femmes soient pareilles (égalitaires). Lui n'avait pas d'argent, rien, il n'avait que la demande d'asile pour vivre. Il est parti là-bas. Ça va, mais moi je n'ai pas eu la tête comme maintenant. Maintenant ma tête a changé, si je retourne là-bas, je laisse mon mari en Allemagne, je reste avec mes enfants. Ils allaient à l'école, j'avais un peu de ressources j'avais la maison mais j'étais fâchée contre lui, je suis partie avec les enfants et suis venue ici. Je suis restée 6, 8 mois toute seule après il revient en disant " pardon, on a 5 enfants". Et comme ça maintenant il est bien. Ça fait 1 an à peu près qu'il est bien, il est changé, pour l'instant j'espère que ça va rester comme ça. Avant, je te dis la vérité, dans ma vie, quand j'ai eu 15 ans j'aimais quelqu'un beaucoup. Chez nous les macédoines mon père il est muslim, et il nous fait porter le voile, faire les prières, le ramadan. Les prières et le ramadan je fais tous les jours mais le voile je n'ai pas voulu, normalement il faut. J'étais amoureuse de quelqu'un qui était Kristijan (Catholique), c'est comme un français et un muslim. Je n'avais rien fait avec lui mais mon père pensait que j'avais fait quelque chose, mon père voulait me marier et moi je pensais qu'il voulait rester avec moi (l'amoureux). Lui il a eu 22 ans, moi 15 ans je suis partie avec lui. On est resté 2 mois ensemble mais après ce n'était pas bien, il avait des problèmes dans sa tête, il m'a quitté et je suis venue en France faire ma vie. Dans la demande d'asile j'ai rencontré mon mari. Je l'ai rencontré en France, à Lyon en 2010. En fait je suis venue avec une famille que je connaissais. A Lyon ils se sont occupés de cette famille avec leurs enfants mais moi ils m'ont laissé dans la rue. Après j'ai connu mon mari, il m'a dit qu'il allait m'aider. J'avais 19 ans mais je ne connaissais pas la langue, je l'ai dit à l'OFPRA mais ils se sont occupés uniquement de la famille avec laquelle je suis venue. Mon mari il a eu un hôtel avec sa maman à st Etienne et après il a parlé avec moi, il est très gentil, il a dit « vient chez moi et je vais t'amener quelque part ». J'ai eu peur parce qu'à Lyon il y a plein de gars albanais qui viennent. Moi j'étais jeune, j'ai eu peur qu'il se passe quelque chose. Je suis partie chez lui, il m'a présenté sa maman mais juste après il a fait des bêtises et il a été attrapé par la police. Il a été en prison pendant 6 mois. Je suis restée avec sa maman, sa maman me demandait si j'étais sa copine, qui j'étais pour lui. Moi je suis restée, j'avais trouvé une maison c'était pas grave, j'ai fait à manger, le ménage tous les jours. Elle a dit (sa mère) « c'est la femme de mon fils ». Quand il est revenu, sa mère m'a dit de rester, qu'il allait s'occuper de moi. En arrivant il m'a dit qu'il ne pouvait pas rester en France, qu'il devait partir en Belgique. Il m'a dit « si tu viens avec moi je vais t'aider sinon tu fais ta vie ». Moi je ne connaissais personne ici, je lui ai dit « tu sais quoi je viens avec toi en Belgique ». Quand je suis arrivée en Belgique j'ai été très malade, j'ai eu un cancer de l'oreille. Il m'a aidé beaucoup, je ne connaissais pas la langue. Il a dit qu'on devait se présenter comme une famille, mais on ne se connaissait pas. Après, quand j'allais mieux on est retourné en France, parce que je ne pouvais pas voyager avant en avion à cause de mon cancer. En France, la demande d'asile a marché, je n'avais pas de règle mais j'ai jamais pensé que je serais enceinte. 2010 je connais mon mari, 2012 je tombe enceinte d'Omer. Maintenant il a 9 ans et demi. Quand je suis tombée enceinte, je me suis dit que je suis tombée sur quelqu'un que j'aimais beaucoup, qu'il me comprend et qu'il m'a pris comme je suis. Chez nous si t'es pas vierge personne ne te prend, tu te retrouves avec quelqu'un de

plus âgé, de qui la femme est décédée. Mon père voulait me marier avec quelqu'un qui avait son âge même si j'avais 15 ans. Sinon il veut me virer de la maison. Mais moi j'ai dit, je ne fais rien avec les garçons. Si tu sors avec un garçon qui n'est pas musulman tu es une pute. En 2012, je pars chez le médecin pour avorter, il m'a expliqué comment il faut faire. Après une dame m'a dit que si j'avortais, jamais je ne pourrais avoir d'enfant. J'ai dit que j'allais le garder. On était amis (avec mon mari) mais à cause d'Omer, on est ensemble maintenant, jusqu'à maintenant. Mais, il y a 2 ans et demi, j'ai eu un problème avec lui, il m'a trompé avec quelqu'un en Allemagne, il voulait que je fasse comme si je ne savais rien mais moi je savais et je n'ai pas accepté ça. J'ai compris qu'il vaut mieux être toute seule avec ses enfants qu'avec quelqu'un qui te fait mal et après moi je suis venue ici. Lui il a fait sa vie pendant 1 an à gauche à droite, il a vu qu'il n'y avait rien, il est revenu ici. Maintenant ça va. Il s'est passé plein de choses dans ma vie.

Santé reproductive :

10. Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ? Vivent-ils en France ou au pays ? Oui 5 et je viens de découvrir que je suis enceinte d'un 6ème. J'ai 3 garçons et 2 filles. Le premier à 9 ans et demi et le dernier va avoir 4 ans. Ils sont tous en France avec moi.

11. Si vous ne souhaitez pas ou plus avoir d'enfant, utilisez-vous un moyen pour ne pas être enceinte ? Lequel ? Oui, il y a quelques temps j'ai mis un stérilet (montre son bras) mais après 3 ans, c'est fini. Le docteur m'a dit qu'il fallait en remettre un autre 3 mois après mais moi je ne suis pas allée au RDV. Je me disais je vais aller demain, je vais aller après demain, j'étais occupée. Maintenant j'ai fait un test (de grossesse) et j'espère que ce n'est pas bon mais je ne sais pas. J'ai un peu peur. J'ai pris beaucoup de poids et je ne sais pas si c'est à cause du stérilet ou pas. J'ai pris 25kg. Le stérilet je l'ai mis en Allemagne. Après ici je l'ai enlevé à l'hôpital.

12. Si vous utilisez, ou avez utilisé, l'un d'eux, vous êtes-vous sentie en difficulté pour l'obtenir ? Si oui laquelle/lesquelles ? Oui j'ai eu plus de règles et plus (+) mal au ventre. C'était facile de mettre le stérilet mais pas pour l'enlever parce qu'il était dans la graisse (montre son bras) mais on a réussi à l'enlever. En Allemagne j'ai demandé de le mettre après l'accouchement de mon fils D. , je ne voulais pas avoir d'autres enfants. C'était facile pour l'avoir. Je vais attendre quelques jours, je ne sais pas ce que je fais du bébé, si j'avorte ou pas.

13. Vous est-il arrivé au cours de votre vie d'avorter ? En France ou à l'étranger ? Avez-vous été accompagnée dans cette démarche par des professionnels ? Comment cela s'est passé ? Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ? Non, je n'ai jamais fait ça. Chez nous, dans l'islam c'est pas accepté. Si tu enlèves un enfant que tu as dans ton ventre, il peut se passer quelque chose avec les autres. Chez nous s'est dit ça. Pour l'instant je ne sais pas encore, je n'ai jamais fait ça mais je réfléchis. J'ai 5 enfants et ça fait beaucoup. Si moi ou mon mari on n'avait pu travailler, on aurait gardé un autre enfant.

IST (Syphilis, gonococcie, Chlamydiae, HPV), Hépatite B et C et VIH :

14. Avez-vous déjà fais un / des dépistage(s) pour cela ? Si oui en France ou à l'étranger ?

Ça m'est arrivé une fois en Allemagne, je suis partie au docteur de femmes (gynécologue), il m'a donné un truc à la pharmacie, un médicament (montre ses parties intimes). Mais je ne suis plus jamais été de nouveau.

Comment cela s'est passé ? Bien

Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ? Non

Si on vous a dépisté une maladie nécessitant un suivi, un suivi est-il actuellement en place ? Si non pourquoi ? /

15. Il existe d'autre type de dépistage, avez-vous été dépisté pour autre chose ? Non.

16. Utilisez-vous quelque chose pour vous protéger de ces maladies ? Si oui quoi ? Non

17. Avez-vous déjà été vaccinées ? Contre quelle(s) maladie(s) ? Oui, mais je ne sais pas contre quoi. Quand j'ai eu 25 ans, j'ai eu ça en Allemagne. Et aussi dans les pays pendant la demande d'asile, ils vaccinent. Je ne savais pas ce que c'était mais j'ai fait.

Vie affective et/ou sexuelle :

18. Qu'attendez-vous d'une relation ? Avant j'attendais beaucoup mais, depuis qu'il m'a trahis, pas beaucoup. Maintenant je ne fais pas beaucoup confiance, je reste vigilante. J'attends que mes enfants grandissent, fassent la vie, que mes enfants deviennent quelle que chose de bien. Chez nous, les hommes peuvent tout faire, être avec d'autres femmes mais les femmes non. Les autres personnes peuvent ramener des maladies, le sida. Mais moi je pense que ce n'est pas bon, ni pour les femmes, ni pour les hommes. Pour les Hommes c'est pas bon mais pour les femmes c'est encore pire. Quand on a des enfants, tu es maman ce n'est pas une bonne chose, tout le monde le sait (sous-entendu rapports sexuels). Je l'ai fait une ou deux fois avant avec la personne que j'aimais mais ce n'était pas pareil, c'était pas comme avec mon mari. Mon mari il me connaît bien. Avant je ne savais pas comment ça marche les choses mais maintenant j'ai appris beaucoup de choses. C'est des choses que tu ne peux pas faire avec tout le monde mais les hommes ne pensent pas ça...

19. Avez-vous rencontré votre conjoint/conjointe en France ? Déjà répondu. Il vient de la macédoine.

20. Si vous en avez, quels sont les grands problèmes de votre couple ? Non je ne pense pas... oui il y en a. Par exemple, mon mari il veut tous les jours ça (sous-entendu des relations sexuelles) mais pour moi une fois par semaine c'est bien. Ça me fatigue. J'en discute avec lui, avant quand on n'avait pas d'enfant c'était différent mais maintenant je suis fatiguée. Dès fois il comprend, mais dès fois il se fâche. Chez nous c'est comme ça. Quand j'ai dit non c'est non. Pour ça (montre son ventre) il a dit que c'était un accident mais je pense que les femmes font attention mais les hommes font moins attention. Ça fait 9 mois que j'ai enlevé le stérilet et la dernière fois que j'ai eu mes règles c'était du 30 avril

jusqu'au 5 mai. On ne met pas de préservatif, il enlève (technique du retrait). Il a dit oui oui je fais attention mais je pense qu'il n'a pas fait attention.

21. Quelles sont les grandes satisfactions de votre couple ? (Rires) Il y a pleins de choses (Rires). Quand tu es bien, tu trouves quelqu'un qui t'aime vraiment. Ça c'est l'amour je pense. Si tu n'es pas bien avec quelqu'un, tu peux rigoler toute la journée mais quand arrive ça (sous-entendu les relations sexuelles) tu vas oublier tout le reste et je pense que ça ça fait du bien.

22. Que pensez-vous des baisers ? C'est bien.

Violences :

23. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ? (sexe oral, pénétration, caresses, attouchements)? Non.

24. Avez-vous été, ou connaissez-vous quelqu'un qui a été excisée ?Oui. Je connais quelqu'un, c'est la belle fille de ma belle-sœur. Elle a eu 15 ans et c'est le mari de sa maman qui l'a forcé à le faire. Il n'a pas voulu le dire à sa maman, maintenant tout le monde sait. Chez nous, quand on se marie c'est avec la fête. Le mariage est payé avec l'argent, il y a une dote. Si la fille n'est pas vierge, le papa de la fille doit donner sa fille ou alors s'il a une autre fille il donne l'autre fille. Pendant le mariage, moi je n'ai pas eu ça parce que j'ai fui mais, il y a deux femmes qui restent à coté toi jusqu'à que tu fasses ta première fois et après elles montrent le sang, comme chez les gitans. Du coup dans l'histoire de la fille, ce n'était pas bon et ils ont dit c'est qui c'est qui et après il a dit que c'était le mari de sa maman, il l'a maltraitée il a fait plein de choses mais il ne faut pas le faire à sa maman. Il a donné un médicament à sa maman pour qu'elle dorme, pour faire des trucs avec la fille. Maintenant lui est condamné mais il n'est pas en prison. La fille est allée en psychiatrie et du coup personne ne la croit, inclus sa maman. Le mari de sa maman dit qu'elle l'a voulu, qu'il ne l'a pas forcé. Je connais une autre fille qui a eu ça, il y a des gens qui sont venus faire ça. Maintenant elle n'est pas à l'aise, quand elle sort. Elle a très peur.

25. Vous est-t-il déjà arrivé d'avoir des relations sexuelles pour diverses raisons comme pour de l'argent, un logement, une sécurité ou autre ? Non. Je suis venue avec la famille de ma tante, c'était la belle-sœur de ma tante avec son mari. Ils sont venus ici pour faire de la demande d'asile. On est venu en avion. Ma tante n'a pas d'enfants et pendant 1 an et demi je suis restée chez elle parce que mon papa m'a viré de la maison. Moi j'ai pris le garçon que je voulais. Ma tante m'a payé le voyage pour venir ici, ce n'était pas très cher. On m'a proposé quand j'ai fait la demande d'asile de me donner de l'argent pour rentrer mais jamais je ne fais ça, si je voulais rentrer oui mais pas avec de l'argent.

Question additionnelle : Tu es toujours en relation avec tes parents ? Non juste avec mon frère, le plus petit. Ma mère est décédée il y a 7 ans, j'ai mon frère ici. En fait je me suis mariée en Belgique avec mon mari. Mon frère s'est fait mal vers 14 ans, il conduisait un tracteur il a eu mal au pied, et chez nous si tu te fais mal il faut payer ou sinon la vie pour la vie. Donc son pied est resté comme ça. Mon père l'a amené ici en France pour se marier. Mon frère a connu la cousine de mon mari. Quand je suis arrivée en Bretagne, je connaissais mon frère. Mon grand frère il est comme mon père il fait les

prières, le chahada tout ça, nous aussi mon frère et moi mais pas comme lui. J'ai 2 frères. Mon père est remarié.

Représentations de la santé :

26. Avez-vous déjà parlé de votre vie intime avec un.e professionnel.le a qui ? En France et/ou dans un autre pays ? J'ai déjà vu un gynécologue en Belgique uniquement. Pas en France.

27. Si c'est le cas en France, comment avec vous eu connaissance de l'existence de ce professionnel ? (Bouche à oreilles, orientation sociale...)

J'avais connu le gynécologue parce que là-bas j'étais comme dans un foyer. Quand j'étais là-bas je faisais pipi ça piquait et voilà. Quand j'étais enceinte d'Omer aussi je suis partie chez le médecin. J'ai vu des sages-femmes à l'hôpital quand j'étais enceinte pour accoucher mais je ne les voyais pas souvent (pas de suivi de grossesse).

28. Comment cela s'est déroulé ? Le gynécologue ça s'était bien passé.

Attendiez-vous que ça se passe différemment ? Non

Les termes vous ont-ils choqués ? et les gestes ? Non

Vous êtes-vous senti à l'aise pour parler, pour être examinée ? Je ne me suis pas sentie à l'aise.

J'avais beaucoup honte, mais maintenant ça va mieux. Quand la dame (la gynécologue) m'a demandé comment s'est passé les premières fois les trucs comme ça je n'ai pas tout dit.

Avez-vous réussi à dire ce que vous vouliez ? Oui

29. Vous est-il déjà arrivé qu'un interprète soit présent lors de ces rencontres ? Non

Sa présence vous a-t-elle gênée/manquée ?

En quoi ?

30. Utilisez-vous des techniques, que vous avez apprises dans votre pays, lors de votre toilette intime ? Non. J'ai ma belle-sœur qui m'a dit qu'intima c'est bien, jusque-là je n'ai pas eu de problème.

Démarche de soin :

31. Vous êtes-vous déjà sentie mal accueillie dans vos démarches en santé sexuelle ? Non

32. Il y a-t-il d'autres choses qui vous ont pu vous freiner dans vos démarches en santé sexuelle psychologiquement ou dans les faits ? Qu'est-ce qui vous a empêché d'en parler ?

J'ai honte quand elle regarde, c'est gênant. Ce n'est pas très agréable, mais c'est leur travail et grâce à eux on accouche bien et il n'arrive pas de grande maladie. Chez nous, avant, les femmes accouchaient à la maison. Mon grand frère est arrivé à la maison, je préfère à l'hôpital. Tu sais le placenta, comment ils peuvent le sortir à la maison ? ça doit être difficile...

Merci d'avoir répondu à mes questions, est ce que vous voulez ajouter autre chose ? Est-ce que tu t'es sentie à l'aise ? Non ça va, je me suis sentie à l'aise.

Rencontre numéro 2 : Le 15/06/21, 40 minutes

Profil de l'interviewée :

1. **Quel âge avez-vous ?** 40 ans
2. **Quel est votre prénom ?** M.
3. **Depuis combien de temps vivez-vous en France ?** Depuis 2005 donc ça va faire 16 ans
4. **De quel pays êtes-vous originaire ?** Angola

Situation sociale et administrative :

5. **Etes-vous en couple/ célibataire/ ou autre ?** En couple, je suis venue avec lui en France pour des raisons politiques.
6. **Vous sentez-vous entourée en France (amis, famille...) ?** Oui j'ai des amis qui sont devenus comme de la famille. Pour moi c'est plus de la famille que des amis, par exemple Louise-Anne (bénévole de l'ASTI).
7. **Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?** Locataire
8. **Avez-vous un emploi ? Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous ? Si non avez-vous des ressources ?** Oui, dans l'agro-alimentaire mais je suis cuisinière de métier et technicienne du froid de métier. Le froid depuis 1998 et la cuisine j'ai eu le diplôme ici en 2016. C'est quelque chose la pâtisserie, la cuisine, la décoration que je faisais déjà avant. C'est quelque chose qu'on fait dans ma famille, c'est ma passion. Cuisiner c'est ma passion. C'est quelque chose qui est dans le sang parce que mon défunt père il était aussi chef cuisinier. J'ai grandi avec, c'est comme un héritage.
9. **Quel statut administratif avez-vous en France demandeur d'asile, réfugié, sans papier, regroupement familial, étudiant, ou autre ?** Là je suis résidente, je suis venue comme demandeur d'asile. Je vais bientôt être française (demande en cours d'instauration). On fait la demande pour mon mari aussi. Les enfants sont nés en France. Là mon premier fils James l'a eu à ses 13 ans (la nationalité française) parce qu'il est né ici. Ils ont né tous les 3 ici.

Santé reproductive :

10. **Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ? Vivent-ils en France ou au pays ?** Oui, ils ont 13 ans, 12 ans et 7 ans. Ils vivent ici.
11. **Si vous ne souhaitez pas ou plus avoir d'enfant, utilisez-vous un moyen pour ne pas être enceinte ? Lequel ?** Non. J'en ai utilisé un quand j'ai eu le 3^{ème} (enfant). J'avais mis un implant et je trouve qu'il me causait des soucis parce que ça m'a perturbé les cycles, il y a des moments où j'en avais beaucoup, et des moments où je n'avais rien. J'avais des sortes de glaires qui sentaient mauvais aussi. Je suis partie voir le médecin 1 an et demi après pour l'enlever. Depuis, je n'arrive pas à concevoir et pourtant tout va bien, j'ai fait des consultations mais je n'arrive pas. J'aimerais une petite sœur pour mes garçons. Depuis juin 2017 où j'ai enlevé l'implant jusqu'à aujourd'hui, je ne me protège pas mais je ne tombe pas enceinte.

12. Si vous utilisez, ou avez utilisé, l'un d'eux, vous êtes-vous sentie en difficulté pour l'obtenir ? Si oui laquelle/lesquelles ? Je n'ai pas eu de mal du tout à l'avoir. Je l'avais demandé histoire d'écouter les autres. On m'a dit "c'est bien, c'est bien" sauf que pour moi ce n'était pas le cas.

13. Vous est-il arrivé au cours de votre vie d'avorter ? En France ou à l'étranger ? Avez-vous été accompagnée dans cette démarche par des professionnels ? Comment cela s'est passé ? Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ? Non

IST (Syphilis, gonococcie, Chlamydiae, HPV), Hépatite B et C et VIH :

14. Avez-vous déjà fais un / des dépistage(s) pour cela ? Si oui en France ou à l'étranger ? Je ne sais pas comment on appelle cet examen mais oui. En Afrique, pour un bon suivi c'est bien de faire tout le temps un examen urinaire pour voir si tout va bien, et contrôler avec le gynécologue et tout. Ici aussi je l'ai fait, deux fois par an mais à un moment la gynécologue m'a dit que ce n'était pas obligé de le faire deux fois par an, je peux le faire une fois par an ou tous les deux ans. Je le fais une fois par an.
Comment cela s'est passé ? Bien

Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ? Ce qui est gênant c'est quand ils font le frottis c'est un peu gênant, ça fait mal un peu. Il y a aussi la consultation avec le gynécologue, c'est son métier mais c'est un peu gênant parce qu'il doit introduire les doigts pour voir, des fois c'est des trucs là (spéculum ?).

15. Il existe d'autre type de dépistage, avez-vous été dépisté pour autre chose ? Oui on a déjà palpé mes seins pour voir si je n'avais pas le cancer du sein.

16. Utilisez-vous quelque chose pour vous protéger de ces maladies ? Si oui quoi ? Oui ça m'est déjà arrivé d'utiliser un préservatif, plutôt quand on était jeune. La promesse c'était qu'allait se marier avant de faire un enfant. Le préservatif féminin je ne l'ai jamais utilisé.

17. Avez-vous déjà été vaccinées ? Contre quelle(s) maladie(s) ? Oui, pas contre les maladies pour ici (montre son bas du corps) mais pour le tétanos, le paludisme, la varicelle, la fièvre jaune...

Vie affective ou sexuelle :

18. Qu'attendez-vous d'une relation ? C'est difficile de répondre...

19. Avez-vous rencontré votre conjoint/conjointe en France ? déjà répondu

20. Si vous en avez, quels sont les grands problèmes de votre couple ? Non je n'ai pas de problèmes. Je suis heureuse.

21. Quelles sont les grandes satisfactions de votre couple ? C'est dur de répondre...

22. Que pensez-vous des baisers ? Normal, c'est bien

Violences :

23. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ? (sexe oral, pénétration, caresses, attouchements) ? Oui, ça fait partie de la vie, dès fois c'est moi, dès fois c'est le partenaire

(qui a envie de relations sexuelles). Il y a des moments où tu n'as pas envie mais après l'envie vient après.

Cela s'est passé quand vous étiez enfant, adolescente, adulte ? Quand j'étais enfant, je ne me rappelle pas. Adulte et adolescente, avec mon conjoint ou mon copain.

Cela s'est passé en France, au pays, pendant l'arrivée en France ? En France et au pays

L'avez-vous dit à quelqu'un ? A qui ? Par exemple, entre nous les filles, je peux dire : hier un tel m'a dérangé, je n'avais pas envie mais bon. Nous on nous a appris que le mariage traditionnel c'est ce qui est le plus important. Si la famille n'est pas d'accord avec le mariage, on ne part pas à l'église ni à la mairie. C'est important de passer d'abord par la famille. Après vous pouvez faire ce que vous voulez. On a aussi les conseils qui viennent de la famille, des parents. On doit être soumise et obéissante à nos hommes parce qu'il y a des droits que l'homme doit donner pour demander notre main. Ça peut être la finance mais aussi par exemple un père peut dire que pour avoir notre fille il faut nous ramener 24 bouteilles de bières. C'est la tradition, pour honorer la fille et les parents. Dès fois il y en a chez nous dont les parents peuvent par exemple ouvrir une canette de Fanta et ça sous-entend « tu m'autorises à boire un coup pour honorer que c'est vraiment l'homme que tu m'as amené ». Parce que, nous du fait de la religion, on dit qu'aujourd'hui je viens avec Antoine que ma famille a validé, demain je viens avec un autre à moins qu'il y ait vraiment un problème c'est difficile de changer de compagnon. Avant de se séparer, la famille s'assoie voir ce qui ne va pas, il y a toujours des conseils au lieu de briser comme ça. On a aussi les témoins de mariage qu'on appelle les parrains. Ils remplacent les parents pour pouvoir résoudre les problèmes qui sont dans les foyers. Si ce n'est pas au niveau des parrains, ça peut repartir vers les parents et la famille s'assoie pour conseiller. Je ne suis jamais allée voir les parrains. Dès fois c'est en individuel et dès fois c'est à deux, ça dépend. Si c'est moi qui me sens embêté, je vais toute seule. Chacun va donner son avis, ils sont comme des juges, ils cherchent toujours une solution pour que tout puisse aller mieux, pour remettre les compteurs à zéro, voir ce qui ne marche pas. Ici je trouve qu'il y a beaucoup de divorces. Chez nous, pour arriver au divorce c'est long, il y a les moyens toujours de pouvoir arranger, discuter pour pouvoir trouver une solution.

Du coup quand on choisit son mari, on honore déjà les parents. On autorise que mon père, ou le responsable de la famille, prenne un verre de jus au nom de notre couple et le boive. Ça veut dire que la famille est d'accord. Avec la religion, on connaît le pardon, la bible dit qu'il faut pardonner. Quand il y a quelque chose qui ne va pas, on retourne dans la bible, on pardonne. Quand on pardonne, on oublie. On est des serviteurs de Dieu. Mon mari et moi on a été élevés dans la parole de Dieu et c'est la même chose qu'aujourd'hui on transmet à nos enfants. On sait que faire ça s'est pécher, faire ça je n'aime pas donc on vit avec la crainte aussi de Dieu et des principes bibliques. Comme on est des chrétiens on suit l'exemple du christ. On n'a pas le droit par exemple de regarder des films pornographiques et des choses comme ça. On ne regarde pas ça, quand était des jeunes on pouvait en regarder mais avec le temps on a compris que c'était pas bien. Et on ne fait pas ce qui n'est pas bien.

Question additionnelle : Et avoir des relations sexuelles avant le mariage vous le faite potentiellement ? Avoir des relations sexuelles avant le mariage, à l'église ils disent que c'est péché, que ce n'est pas bien. Mais aujourd'hui, on trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'hommes qui vont venir te demander la main. Si on ne fait rien ça va être encore plus dur (sous-entendu des relations sexuelles). Si vous êtes déjà dans l'église, surtout que la personne sert déjà Dieu, un prédicateur, ou un attaché à l'église, c'est la conscience de la création et tout. En tout cas il faut vraiment se présenter à la famille avant, pour pouvoir être accepté avant. Etre présenté à la famille ça ne veut pas dire que directement on va se marier mais au moins, vous n'êtes pas dans la cachette, la famille sait que c'est lui. Faut faire une lettre, une demande d'engagement. Exemple, J. (premier fils), tombe amoureux d'une fille. Pour

ne pas qu'il parte avec la fille en cachette faire des bêtises, la fille va le dire à ses parents. Mais les parents peuvent dire non. Si par exemple l'homme ne travaille pas, il est encore à l'école moi je dirais non à James. Si jamais la fille tombe enceinte, qu'est-ce que tu vas donner à la fille ? Tu prends l'engagement avec une personne, tu dois te responsabiliser de cette personne, cette personne est sous ta responsabilité. C'est une façon de préparer la personne avant le mariage.

24. Avez-vous été, ou connaissez-vous quelqu'un qui a été excisée ? Non chez les chrétiens non.

25. Vous est-t-il déjà arrivé d'avoir des relations sexuelles pour diverses raisons comme pour de l'argent, un logement, une sécurité ou autre ? Non

Représentations de la santé :

26. Avez-vous déjà parlé de votre vie intime avec un.e professionnel.le à qui ? comme un gynécologue, un médecin, un infirmier... Déjà répondu

27. Si c'est le cas en France, comment avec vous eu connaissance de l'existence de ce professionnel ? (Bouche à oreilles, orientation sociale...) Pour le gynécologue, à mon arrivé en France j'avais une hémorragie parce que j'avais fait une fausse couche au pays. J'avais toujours l'hémorragie, ça coulait beaucoup, ça pouvait couler sur mes jambes. J'avais mal. Je ne me suis pas soignée avant d'arriver, les premiers soins étaient en France. Je suis arrivée le 25 et le 26 j'étais hospitalisée. Je suis restée 9 jours à l'hôpital. C'est là que j'ai connu mon gynécologue.

28. Comment cela s'est déroulé ? Bien, comme ça fait 16 ans que je le connais. Pour les 3 enfants c'est lui qui m'a suivi et c'est lui aussi qui m'a fait la césarienne des 3 enfants. Quand on se rencontre en dehors comme au magasin il me demande toujours comment vont les enfants, la famille.
Attendez-vous que ça se passe différemment ? Moi je trouve qu'il n'y a pas de soucis.

29. Vous est-il déjà arrivé qu'un interprète soit présent lors de ces rencontres ? Au début oui, quand je suis venue je ne savais pas parler français.
Sa présence vous a-t-elle gênée/manquée ? C'était bien parce que je n'étais pas capable de m'exprimer en français.

30. Utilisez-vous des techniques, que vous avez apprises dans votre pays, lors de votre toilette intime ? Je n'utilise rien de particulier.

Démarche de soin :

31. Vous êtes-vous déjà sentie mal accueillie dans vos démarches en santé sexuelle ? C'est plutôt dans les démarches administratives. Dieu merci on a toujours (la bénévole de l'ASTI) pour nous donner des coups de mains, mais il y a des démarches qui sont plus compliquées, comme pour voir l'assistante sociale et tout. Au début, j'avais une assistante sociale qui était bien mais elle est partie. Maintenant j'en ai une autre, mais je ne vais pas la voir parce que je sais que ça ne se passera pas bien. Quand une assistante sociale tu pars la voir pour une situation, même pas pour demander de l'aide financière, mais parce que j'ai du mal avec un dossier, elle a des propos, même pour la santé. Je lui demande si elle peut rentrer en contact avec la SECU pour qu'elle puisse libérer un dossier, elle me dit déjà que non. Moi je me soigne pas du coup, je dois rester à la maison, elle me dit, pendant que moi je souffre, qu'il y a beaucoup de français aussi qui ne peuvent pas voir le médecin. C'est une assistante sociale du secteur. Là par exemple je suis angoissée parce que j'ai une facture d'électricité qui est arrivée de 1500 euros, ce n'est même pas ce que je gagne en 1 mois. Faut que je prenne RDV avec

l'ASS mais je sais déjà que ça ne va pas marcher. J'avais demandé à la changer mais ça ne s'est pas fait. Je vais lui demander de payer en plusieurs fois la facture et elle va me répondre "il y a beaucoup de français qui souffrent". Je n'étais pas d'accord, je ne viens pas demander à avoir de l'argent, juste que tu appelles pour payer en deux fois. Moi je travaille, j'ai une fiche de paye, on me coupe aussi de l'argent pour payer ceux qui souffrent. Même au travail, on vit des situations comme ça. Il y a des postes où toi tu peux y aller et d'autres postes qui sont plus réservés pour les français. Ils ne vont pas dire comme ça mais tu vas voir vraiment que non, il y en a des privilégiés. Il peut aussi avoir des propos racistes et tout, mais les gens n'en parlent pas de peur de perdre leur travail. Il y en a qui ont perdu leur boulot parce qu'ils ne plaisaient pas à quelqu'un. Mon mari a été viré parce qu'il a demandé à faire pipi, il n'a pas le droit d'arrêter de travailler pour y aller à l'usine. Il faut y aller à un moment particulier ou alors il faut dire à tes collègues j'arrive je vais au toilette, mais lui il n'a pas le droit. Mais il n'y a pas que ça, parce que lui il est mécanicien de métier. Il a fait un stage à la casse, le 2eme chef a estimé qu'il était bien, qu'ils allaient l'embaucher. On lui a promis un poste, mais le jour où il est parti, on lui a dit « désolé on a pris une autre personne ». Pourtant c'est lui qui était là en stage et qui convenait bien. Depuis que nous sommes arrivées, on est à l'usine parce qu'il ne trouve pas de moyen de valider son diplôme. La même chose pour moi, j'avais vu qu'ils avaient besoin de femmes qui veulent se former donc je suis partie j'ai fait les tests et tout pour pouvoir valider mon diplôme de froid en France. Mon conseiller pôle emploi m'a aidé à chercher la formation. J'avais pris un RDV parce qu'il fallait que je fasse un stage, je suis partie les voir et dès qu'ils m'ont vus ils ont dit que non. Je suis partie dans un autre endroit, ils ont dit oui. Une semaine avant j'appelle pour demander mes horaires, ils ont dit désolé on a pris une autre personne.

Question additionnelle : et ça arrive en santé aussi ? ça arrive aussi, ça dépend de la personne, même si elle ne le montre pas comme ça. Je prends l'exemple de quand j'ai accouché du premier, il y a eu une sage-femme qui ne m'aimait pas. La nuit mon bébé pleurait et moi j'avais la césarienne, j'ai sonné et je lui ai dit que mon bébé pleurait beaucoup et que j'avais mal. Elle m'a dit qu'il a déjà eu son biberon, qu'elle ne pouvait rien faire. Pourtant pour les autres, ils prenaient le petit pour le rassurer et laisser les femmes se reposer. Mais à ce moment-là je ne savais pas vraiment m'exprimer en français.

32. Il y a-t-il d'autres choses qui vous ont pu vous freiner dans vos démarches en santé sexuelle psychologiquement ou dans les faits ? Non

Merci d'avoir répondu à mes questions, est ce que vous voulez ajouter autre chose, et est-ce que vous avez été à l'aise ? Non, ça été.

Rencontre numéro 3 : Le 24/06/21, 1h15 minutes

Profil de l'interviewée :

- 1. Quel âge avez-vous ?** 40 ans
- 2. Quel est votre prénom ?** B.
- 3. Depuis combien de temps vivez-vous en France ?** Je suis arrivée en France en 2009, à N. C'était une grande ville, c'était génial mais je préfère ici à R. J'ai suivi un homme, je me suis mariée avec lui et on est venu ici. Je suis arrivée en France pour faire mes études, faire le master que je voulais faire dans une grande école. Du coup je l'ai fait et puis j'ai rencontré quelqu'un, j'ai travaillé un petit peu et je suis partie de N. Je préfère ici parce que je me suis investie à R., à N. moins, parce que quand tu débarques en tant qu'étudiante en Master, t'as déjà le choc culturel. Le Sénégal, Dakar que j'ai quitté ce n'est pas du tout N., et puis en master 2, une grande école...Moi j'ai fait l'INSEPS à Dakar (Institut National Supérieur de l'Education Populaire et du Sport) et j'avais entamé ma dernière année de CAPES au Sénégal. Après la dernière année, je savais que je ne voulais pas faire ça comme travail donc je suis partie. J'ai fait un Master en management des organisations du sport. J'ai travaillé un peu dans l'évènementiel. C'était le début de beaucoup de choses.
- 4. De quel pays êtes-vous originaire ?** Déjà répondu

Situation sociale et administrative :

- 5. Etes-vous en couple/ célibataire/ ou autre ?** Je suis maman célibataire.
- 6. Vous sentez-vous entourée en France (amis, famille...) ?**

C'est difficile parce que je vais avoir tendance à replacer aujourd'hui celle que j'étais quand je suis arrivée, parce que je ne suis pas la même personne. Malgré le fait que, quand je suis arrivée, j'avais un niveau d'éducation qui était assez élevé et qui me permettait moi d'avoir des moyens et des possibilités, malgré tout c'était hyper compliqué quand je suis arrivée. Maintenant après quelques années, je comprends un peu comment tout s'organise et les dispositifs qui existent, comment s'est posé. Je sais qu'il y a beaucoup de choses qui sont mises en place un peu dans chaque situation, même si ce n'est pas le cas dans toutes, il y a des situations où les gens disent qu'ils ne connaissent pas et qu'il ne faut pas s'en occuper. C'est justement le cas pour les questions de sexualité des personnes immigrées. Déjà trouver une solution pour ces personnes-là et parler de sexualité, on le met à un autre niveau. On ne sait pas quoi en faire déjà des immigrés en règle générale. C'est difficile ici, déjà l'appellation « d'immigré » c'est péjoratif, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui viennent de là parce que ce n'est pas bien vu, ce n'est pas valorisant. Dans « immigré » tout de suite moi de ce que je ressens, mais de ce que les gens (montre son quartier) me disent, c'est quelqu'un qui vient chercher quelque chose, qui a besoin d'aide, qui est une charge.

Question additionnelle : est-ce que tu aurais une autre idée d'appellation ?

Il y a tellement d'appellation. Moi j'habite au Sénégal, il y a toujours eu des français, même là où j'ai grandi au fin fond du Sénégal à il y avait toujours des français qui étaient là. On peut dire un étranger, ce n'est pas forcément péjoratif, c'est quelqu'un qui vient d'autre part. Je viens d'un pays où l'étranger est une institution, c'est un roi. D'où que la personne vienne, dès qu'on sait que c'est quelqu'un qui vient d'ailleurs, il faut qu'on l'accueille. Au Sénégal, les maliens, il y en a plein. Ils sont installés, ils ont réussi à faire leur vie. Ma meilleure amie est malienne et sa famille vient du Mali. Ils sont installés là, ont construit leur famille, leur vie et les enfants ne connaissent même pas le Mali. Ils se sentent Sénégalais, ils parlent le Wolof, ils vivent Sénégalais. On n'est pas un pays riche, c'est pas riche du tout, c'est déjà galère pour les autres de trouver des boulots. Si je reste avec la réalité qui pourrait rejeter les étrangers ici, ce n'est pas un pays où on a des choses, mais les autres viennent s'installer, font leur beurre là-bas. Ma copine elle a 40 ans bientôt et elle n'a jamais connu son pays. J'ai eu ce clache-là ici. En plus j'ai une couleur très très foncée et systématiquement on me demande : tu viens d'où, t'es de quel pays, même maintenant c'est toujours le cas. Après c'est mon positionnement qui change, ce qui fait que les gens autour de moi sont obligés de suivre. Quand on me dit « tu viens d'où ? » Je réponds « de la Bretagne ». Je suis ici depuis je ne sais pas combien de temps, c'est difficile. Qu'est ce qui fait de ce que tu es ? C'est difficile... Quand les français partent, on les appelle des expatriés. Les français sont partout, même au fin fond du Sénégal. Ils sont venus pour travailler et pour exploiter mais aussi pour la culture. On ne les appelle pas des immigrés ou des trucs comme ça et partout on entend "les immigrés, qu'est ce qu'on en fait, où est ce qu'on les met ? Il faut fermer les frontières". Quand toi à la base tu es noire, tu ne te sens pas forcément bien au final. Après il faut entrer dans la société et vivre, il faut avoir du recul dans les choses sinon c'est compliqué, sinon on a tendance à se renfermer et à se dire : « je rentre chez moi, ça ne va pas être bien ici ». Pourtant moi je me suis fait ma place dans la société française. Je ne suis pas française mais je me sens française, c'est normal. J'ai une fille qui est à moitié Bretonne, je travaille ici, les questions d'ici me touchent, je suis partie du Sénégal il y a 12 ans et les réalités d'ici me touchent comme tous les français, j'ai la même vie qu'eux, les mêmes sujets, les mêmes préoccupations, pourquoi on me parlerait de Sénégal d'un seul coup ?

Question posée : Vous sentez-vous entourée en France (amis, famille...)?

J'ai des frères ici. J'ai 3 frères, un à Nancy, un à Toulon, et un à Paris. Le dernier vient de temps en temps nous voir. J'ai une cousine qui se trouve du côté de Guingamp que je vois pour les fêtes. Amicalement, je peux dire que j'ai beaucoup d'amis actuellement mais ce n'est que depuis quelques temps parce que pendant longtemps je suis restée bien bien bien seule. J'ai rencontré quelqu'un qui ne m'a pas aidé forcément, qui m'a isolé complètement, qui a profité de la situation. J'ai quitté complètement un endroit pour venir ici, t'as pas le temps de te faire des amis. J'ai commencé, parce que j'ai le contact assez facile, je vais assez facilement vers les gens, surtout quand tu travailles dans le milieu du sport, mais l'objectif de mon ancien mari c'était vraiment de m'isoler et il a réussi à bien bien m'isoler parce que je n'avais plus d'amis, même ma famille je n'avais particulièrement plus de contact. Je l'ai rencontré à N., il habitait en plein centre-ville vers la Gare de R. Dès qu'on s'est mis ensemble, il fallait déménager donc on est allé à 40km de R., dans une ferme où à 500 mètres de là il n'y avait personne, sans permis...J'étais dépendante complètement de lui vu qu'il m'emmenait et qu'il me ramenait. Quand il ne voulait pas, je dormais dans la salle où je travaillais mais il savait très bien ce qu'il faisait. Avec le recul j'ai compris que c'était son objectif, il ne voulait pas que j'aie travaillé. Et

de là-bas, pour aller trouver un bus, il y en a 2 dans la journée, il fallait marcher je ne sais pas combien de Km pour le trouver... Avec le recul tu comprends beaucoup de choses. Je suis restée longtemps avec lui, le temps de faire un enfant, de me marier. Je suis partie en catastrophe, c'est ma fille qui m'a sauvé la vie.

Question additionnelle : Il était violent ?

Ah oui, j'ai fini en foyer. C'est les gendarmes qui sont venus me chercher dans cet endroit-là sinon je mourrais.

Question additionnelle : C'est toi qui a appelé les gendarmes ?

J'avais compris qu'il ne fallait pas que je me sépare de mon téléphone. Quand tu n'as personne et que tu sais que personne ne viendra, que t'as pleuré, que tu as vu la mort plusieurs fois et qu'il joue avec toi comme un chat peut jouer avec une souris, qu'il t'étrangle, que tu t'évanouies, que tu te réveilles et que tu ne sais pas où tu es, tu sais que ton téléphone c'est le seul truc qui peut te sauver. Il faisait tout pour récupérer mon téléphone, c'est le seul truc que je ne laissais pas, je le gardais avec moi tout le temps, surtout quand j'étais enceinte. A un moment j'avais abandonné, je me suis dit : « il peut me tuer ce n'est pas grave », mais enceinte j'avais deux vies en moi...J'ai dû appeler les gendarmes un jour à 9 mois de grossesse pour qu'ils viennent me sauver.

Question additionnelle : C'était à un moment particulier, il n'était pas là ?

Non c'était une crise ! Il voulait me tuer, il voulait récupérer le téléphone coûte que coûte, j'ai refusé, il m'a poussé je suis tombée. Il est allé chercher des produits pour me les jeter dessus, de l'eau de javel, tout ce qu'il trouvait, il me crachait dessus, tout ça parce que je refusais de lui donner le téléphone. Je suis allée me changer et gardais quand même le téléphone. Il est venu de nouveau le récupérer, et il m'a dit « ton téléphone tu vas me le donner » parce qu'il sait que c'est le seul truc qui pouvait me sauver. Là où j'étais, personne n'entendait les cris, les pleurs, on était dans une maison en pleine campagne, il n'y avait rien autour, il n'y avait que des vaches. Donc il a essayé de le récupérer et moi j'ai réussi à m'enfuir quand il est allé chercher je ne sais plus une bouteille de quoi, j'ai pris un plaid et je l'ai posé sur moi, je suis partie dans la campagne dans les champs dans la nuit, je suis rentrée dans les bois. Il m'a cherché partout et il ne m'a pas trouvé, il m'a attendu devant la porte, il ne savait pas où me trouver. Moi, dès que je suis sortie je me suis cachée j'ai appelé les gendarmes (pleurs), ils sont venus au bout de 40 minutes. Je suis sortie de là avec juste un plaid sur le dos, enceinte de 9 mois avec de l'huile, de l'eau de javel, tout ce qu'il a renversé sur moi, le bras à moitié cassé (pleurs).

Réponse : C'est courageux d'être partie

Ça aurait été courageux de partir plus tôt, mais je ne reste plus sur des trucs comme ça... Parce que le jour de mon mariage, il a failli m'étrangler et je savais très bien...J'ai appelé parce que je ne savais pas à qui parler, j'ai regardé des numéros sur internet d'écoute et tout ça. J'ai discuté avec eux, mais quand tu appelles tu sais que ça ne va pas, tu sais que c'est pas normal, qu'il y a des choses. Mais tu leur parles et ils te disent "partez, ne restez pas là, partez." Pourtant je suis restée (pleurs)

Réponse : C'est difficile de sortir de tout ça...

C'est la seule personne que je connaissais, et je ne savais pas les dispositifs. Déjà il n'y en a pas beaucoup et il faut les connaître.

Réponse : Il faut les connaître et de ne connaître personne autour ça n'aide pas du tout non plus...

(Pleurs) Ah oui se sentir seule, ça je sais ce que c'est.

Réponse : En tout cas bravo d'être partie.

Oui...mais pourtant ça ne m'a pas aidé de mettre ma fille dans une situation compliquée. Elle a un père comme ça, il a la garde alternée et aujourd'hui il m'interdit de sortir du territoire avec ma fille pour aller voir ma famille. Il a la garde la moitié du temps. Le tribunal lui a autorisé de lui donner l'autorisation, ou pas, de sortir (pleurs) et il avait juré de me faire payer tout ça donc voilà. Il m'interdit de sortir avec elle. Avant ça il ne donnait pas ses papiers pour faire le passeport donc ma fille n'a pas de passeport et donc ne peut pas voyager.

Question additionnelle : Et ça se passe bien quand ils sont tous les deux ?

Non ! C'est compliqué parce que moi je sais qui il est et c'est une petite fille de 7 ans et demi qui voit son papa. En même temps je n'ai pas tout fait pour qu'ils ne se voient pas (pleurs). J'aurais pu parce que j'ai fini ma grossesse en allant du foyer jusqu'à l'hôpital avec les ambulances. Quand je suis rentrée à l'hôpital pour accoucher, on m'a dit que ce n'était pas à 4 heures du matin, moi toute seule de finir ma grossesse en foyer. Pendant des jours il ne savait pas où j'étais, sauf que pour l'accouchement quand on m'a dit que je devais faire une césarienne parce qu'elle ne venait pas, je me suis dit « si je meure qu'est ce qui se passe pour ma fille ? » Donc je l'ai appelé et il est revenu. Il y avait de l'emprise, c'était, quelques jours avant que je me sois enfuie. J'ai dû retourner après ma grossesse avec lui jusqu'aux 6 mois de ma fille, où j'ai réussi encore à m'enfuir

7. Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ? Locataire

8. Avez-vous un emploi ? Si oui, depuis combien de temps l'avez-vous ? Si non avez-vous des ressources ?

Je travaille dans le sport depuis toujours, j'ai travaillé aussi un peu dans l'évènementiel sportif. Le sport c'est mon monde et puis après ce n'est pas toujours le sport en soi, je suis revenue à l'éducation, à la promotion du sport (actuellement en poste).

9. Quel statut administratif avez-vous en France demandeur d'asile, réfugié, sans papier, regroupement familial, étudiant, ou autre ?

Je suis résidente depuis 10 ans, on me demande de déposer la nationalité mais... (rires), ça ne va pas forcément changer grand-chose en terme de dispositif et tout ça. Ça va me donner le droit de pouvoir voyager dans des pays plus facilement avec une nationalité française plutôt qu'avec mon passeport sénégalais, mais en soi... En termes de droit, à part d'aller voter, oh et de faire certains métiers ! Il y a des métiers que tu ne peux pas faire si tu n'es pas français, beaucoup ceux qui concernent la sécurité, l'armée, la police, la justice, tout ce qui tourne autour. L'armée, même pour être contractuel, il faut être français, notamment en tant que coach alors qu'ils ont besoin de monde. Educatrice spécialisé aussi dans tout ce qui jeune délinquant...

Santé reproductive :

10. Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ? Vivent-ils en France ou au pays ? Déjà répondu

11. Si vous ne souhaitez pas ou plus avoir d'enfant, utilisez-vous un moyen pour ne pas être enceinte ? Lequel ? Avant je n'en utilisais pas particulièrement mais j'ai des problèmes avec mon anémie, j'ai des règles abondantes donc forcément ma gynécologue m'a dit qu'il faut mettre des contraceptifs pour stopper ça, que ça m'aidera à arrêter de m'affaiblir, donc oui je prends la pilule.

12. Si vous utilisez, ou avez utilisé, l'un d'eux, vous êtes-vous sentie en difficulté pour l'obtenir ? Si oui laquelle/lesquelles ? Non non non c'est elle qui m'a proposé

13. Vous est-il arrivé au cours de votre vie d'avorter ? Non je n'ai jamais avorté, c'est la première fois que je suis tombée enceinte.

IST (Syphilis, gonococcie, Chlamydiae, HPV), Hépatite B et C et VIH :

14. Avez-vous déjà fais un / des dépistage(s) pour cela ? Si oui en France ou à l'étranger ?Oui j'en ai fait plusieurs fois en France et à Dakar.

Dans quel type de structure l'avez-vous fait ? Le dernier c'est avec mon médecin, et avant j'avais fait avec l'OFII. Quand je suis arrivée, j'avais passé une batterie de tests (rires). C'est une façon d'accueillir...Il y avait beaucoup de tests, il y avait des radios des poumons. J'ai passé une journée à faire ça je me souviens. Forcément quand je suis arrivée je n'avais pas mon carnet de vaccins, je sais que j'avais fait des vaccins mais je ne savais plus lesquels. J'ai refait tous mes vaccins au fur et à mesure.

Comment cela s'est passé ? Le médecin que j'ai actuellement est très bien, il m'explique très bien pourquoi on le fait, en fonction de moi ce que je lui présente, les problèmes que j'ai. Il y a toute une cohérence dans sa démarche.

Auriez-vous souhaité que ça se passe différemment ? Pour la batterie de tests en arrivant oui ! Je me suis sentie...C'est une population qu'il faut surveiller, qu'on ne peut pas mélanger tout de suite avec la population, qui risque de la contaminer. Toute cette batterie de tests, il faut qu'on soit un minimum à un certain niveau et surtout c'était avant qu'on te donne ta carte de séjour, parce que tu arrives avec un visa. Il faut obligatoirement que tu passes par-là. T'as le sentiment que si tu n'es pas apte, tu ne seras pas accepté. Je me disais si je ne suis pas apte, qu'est ce qui va se passer, qu'est ce qu'ils vont me dire ? Ils vont me renvoyer chez moi ? Si t'es malade, qu'est-ce qui va se passer ? Après je peux comprendre, mais je pense que ça se passe plus pour nous, parce qu'on vient d'Afrique et d'autres gens qui viennent d'autres pays ne le passe pas forcément alors qu'ils sont pourtant étrangers et pourraient faire couvrir des risques à la population. Il y a plein de gens qui viennent en vacances et qui en rentrant ne passent pas cette batterie de tests, donc la logique elle est où ? Je ne sais pas ! La preuve aujourd'hui, on est tous dans le covid, on en sort, mais s'est passé comment ? Alors oui ça vient de la Chine mais dans les autres pays c'est les français ou des personnes lambda qui ont voyagé beaucoup qui l'on

ramené. En Afrique c'était un français qui l'a amené là-bas... C'est ce truc-là surtout quand tu essayes de, comme on dit, ce que je ne t'aime pas, de t'assimiler, de t'intégrer. C'est bien beau, moi je suis là depuis longtemps et je ne vois pas à quoi je dois m'intégrer, montrez-moi le modèle, où est ce que je vais ? C'est quoi ? Politiquement ? Je ne sais pas il y a une idéologie ? Oui carrément je connais les valeurs de la France et les respecte carrément, je respecte la loi mais au-delà de ça on te demande plus en tant qu'étrangère et soit reconnaissante quand même ! (Rires) ça tu le sens beaucoup, c'est sous-entendu. Moi je travaille avec beaucoup de gens, après on voit bien que je ne me laisse pas faire mais pour d'autres personnes ça serait plus difficile. Quand je suis arrivée, j'étais plus naïve mais quand tout le temps on te renvoie à « t'es de quelle origine ? » qu'on te parle tout le temps « ah oui moi je suis allée faire de l'humanitaire au Sénégal, il y a les enfants qui mouraient... » Quand tu parles à quelqu'un, tu n'as pas à renvoyer à des choses comme ça (rires). En France aussi t'as des gens qui dorment dehors et qui crèvent de froid ; il y a des gens qui meurent chez eux et pendant longtemps on ne les trouve pas, mort de solitude. C'est choquant, ça ne se passe pas chez moi, c'est pire ici. C'est difficile dès fois, moi j'ai beaucoup de recul là-dessus.

15. Il existe d'autre type de dépistage, avez-vous été dépisté pour autre chose ?

Oui avec ma gynécologue ou le médecin, j'ai dû en faire. Pendant un certain temps, c'était compliqué, je ne l'ai pas fait. Mais là maintenant si, je suis suivie régulièrement. Je ne le faisais pas parce que j'avais beaucoup de choses à gérer, comme le titre de séjour. Il était valable 10 mois parce qu'avant les 1 an ça se termine, il fallait renouveler ça. Du coup, ça chamboulait tout sur des droits, même à l'université ils en peuvent plus, si tu travailles il n'a plus le droit de t'embaucher. Ça stoppe tout, tu deviens travailleuse illégale. C'est un truc qui chamboule tout et pour aller le déposer, tu prends ta journée mais tu peux aller courir. Là encore maintenant ils font des efforts, tu prends RDV. Avant tu passais ta journée, tu venais à 6 heures du matin, sous le froid. Dès fois il pleuvait et tu faisais la queue, ils ne prenaient que 100 personnes donc si t'es la 100ème personne il vaut mieux que tu ailles faire autre chose mais ils ne le disaient pas. Et ça, c'était pendant que les gens qui allaient instruire ton dossier étaient en train de dormir tranquillement chez eux, heureusement que les choses ont changé ! Moi j'étais choquée de me dire, on est en France, pays des droits de l'homme, on parle de beaucoup de choses, on donne beaucoup de leçon, quand tu vois le manque de respect pour l'être humain ici, surtout pour des choses comme ça, c'est la préfecture quand même ! En plus, je ne supporte pas trop le froid, je me les caillais mais je suis restée parce que si tu bougeais, quelqu'un prenait ta place. Je prenais 2 jours sans travailler pour m'occuper de ça. C'était hyper compliqué...C'est une déception aussi, parce que moi je ne suis pas venue ici parce que j'avais faim chez moi, je ne suis pas venue ici pour quémander. J'avais un avenir, chez moi je mangeais à ma faim. Quand tu vois ce traitement...Je suis venue pour des valeurs aussi, parce que c'est la liberté, je me disais qu'ici ça se passera mieux parce qu'on respectera mieux mes droits, je pourrai faire des choses, entendre, partager. Je ramène aussi une culture, une personne, une force mais on ne le voit pas ! J'apporte des choses, je ne viens pas prendre, je suis venue pour partager, apprendre aussi des choses et pour apporter des choses !

16. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé quelque chose pour vous protéger de ces maladies ?

Si oui quoi ? Il m'est arrivé d'en utiliser quand j'ai un partenaire oui mais là je n'en ai pas.

17. Avez-vous déjà été vaccinées ? Contre quelle(s) maladie(s) ? Déjà répondu

Vie affective ou sexuelle :

18. Qu'attendez-vous d'une relation ?

Grande question ! En fait t'essayes de construire quelque chose avec la personne, une vie, avec quelqu'un qui comprenne et qui partage des choses. Vous vous hissez tous les deux, vous avancez tous les deux dans les mêmes projets. Tu donnes de l'amour et tu en reçois. Autant affectivement que sexuellement.

19. Que pensez-vous des baisers ? Moi j'aime bien, avec forcément quelqu'un que j'aime bien.

Violences :

20. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels que vous ne vouliez pas ? Oui, avec mon ancien mari et avant aussi, j'ai vécu des viols enfant au Sénégal.

Vous arrive-t-il d'y repenser ? Pour moi, les deux sont liés. J'ai fait ce travail-là mais c'est arrivé ce viol-là plusieurs fois chez mes parents. C'est quelqu'un que mes parents ont accueillis chez eux.

Question additionnelle : Ce travail tu l'as fait seule ?

Quand les choses comme ça se passent au Sénégal, on n'en parle pas. Je n'en ai jamais parlé à ma mère. Quand t'as 5 ans, 6 ans 7 ans, et que ça se passe, tu ne comprends pas ce qui se passe, tu ne sais pas la réalité que c'est, mais que tu vois la réaction des gens, tu sais qu'il y a quelque chose de grave, que tu as eu mal, t'as saigné. On ne parle pas de ça, de sexe, on ne parle pas de rapport sexuels, c'est pas des choses qu'on discute, sauf quand tu dois te marier. La nuit où tu dois te marier c'est le choc parce que tu entends ta mère, ta grand-mère, toutes les femmes réunies qui te parlent de choses crues que tu n'imaginai jamais et d'un seul coup on te balance tout ça. Mais avant c'est mal mal mal. Quand tu te fais violer c'est un tabou, il ne faut pas en parler mais toi tu te sens sale, très seule, coupable, honteuse de beaucoup de choses. Pour un enfant se sentir tout ça sans comprendre...Il faut grandir avec ça...Quand je suis venue ici, ça m'a permis de devenir une autre personne. Le sport m'a sauvé de tout ça, parce que c'était le seul truc qui me permettait de sortir parce que quand c'est arrivé après quelques temps, je suis devenue presque muette, je ne parlais plus, je ne souriais plus...même à l'école j'étais toute seule, je n'avais pas de copains (Pleurs).

Question additionnelle : et tes parents ne se sont pas iniquités ?

Bah non tu penses ! Ce n'est pas des choses desquelles on discute, on ne remarque pas, si on m'a violée sous leur toit ce n'est pas pour rien... (Echanges avec un voisin car l'entretien a lieu en extérieur dans le parc près de chez B. , il prend des nouvelles de B. propose de passer la chercher demain matin pour aller courir)

Remarque additionnelle : T'es connue dans le quartier !

Oui je me suis impliquée, j'ai une place dans ce quartier. J'ai débarqué ici j'étais en miette, j'avais peur de tout. C'était soit je survivais, soit je me renfermais encore comme je l'ai été dans mon enfance. J'ai donc choisi de refuser et de vivre avec les autres, de m'ouvrir. Je n'avais pas de famille. J'ai compris que j'avais un enfant, qu'elle n'a pas de sœur ni de frère, si je m'enferme qu'est-ce que ça va devenir ? B. dans le quartier on sait qui c'est, je suis dans toutes les sauces. Moi personnellement j'ai pu me reconstruire en groupe. Il y a tout le temps du monde, dès que ça ne va pas j'ai du monde autour de moi. Là ça ne va pas (en arrêt) et tous les jours j'ai des personnes qui m'envoient un message pour demander comment ça va, comment j'ai dormi, quand je sors pareil, l'assistante sociale, il y a tout le temps un mot, un sourire, des personnes qui proposent de faire les courses. Même ma fille quand elle est partie hier encore j'ai quelqu'un qui m'appelle, un gars qui habite dans le quartier, qui me dit "je t'appelle, j'ai vu ta fille dans une voiture c'est normal ?" Je lui dis que oui, ça doit être sa belle-mère ou sa grand-mère et il me dit ah d'accord j'étais prêt à le courser. Je lui ai dit c'est gentil mais ça va aller. J'ai tout fait pour que ça se passe comme ça, je propose des activités tout le temps, j'essaye d'organiser, je suis dans tous les événements ici. Je travaille beaucoup dans le quartier, je parle facilement à tout le monde. Je fais des repas, je les partage avec le quartier, je fais des jeux dans le parc entre voisins pour passer du temps ensemble. Quand on organise des activités avec les familles, je sors les ballons, les filets, il y en a qui font du palet, du volet entre voisins. Pour moi ça m'apporte beaucoup parce que tu te retrouves toute seule, j'ai appris de mon passé. Ça va j'ai tout un groupe de filles prêtes à s'occuper de ma fille quand moi je ne peux pas, et inversement. Depuis que je suis en arrêt, c'est la maman de C. , la meilleure amie de ma fille, qui descend, qui la récupère, qui part avec elle et qui l'amène à l'école. Quand je me sens d'attaque, par exemple la maman de C. travaillait hier, je suis allée la récupérer et je n'ai pas récupéré ma fille, elle est partie avec sa grand-mère ce n'était pas ma garde.

Question additionnelle : Je repars sur les questions de violence dont on parlait tout à l'heure, tu l'as dit à un professionnel ? Pour mon ancien mari, je l'ai dit à un professionnel rien qu'aux gendarmes.

Tu as porté plainte ? Je n'ai pas porté plainte mais il a été poursuivi quand même par le procureur, il a été jugé et il a pris 3 mois avec sursis. J'ai découverts ce jour-là qu'il avait déjà une condamnation par le passé pour la même chose, il avait pris pareil. Donc moi je suis choquée... On parle beaucoup des violences conjugales et concrètement on est loin de résoudre ce problème-là parce que la réponse pénale est insuffisante. Il m'a complètement détruit, il a failli prendre ma vie, la vie de ma fille (pleurs), j'ai tout perdu, j'ai du tout reconstruire et j'ai des choses dans ma tête qui ne ressortiront jamais, des peurs, et encore aujourd'hui on lui donne la garde de ma fille, la possibilité de m'interdire de sortir du territoire alors que c'est quelqu'un qui a été condamné deux fois, qui n'a pas d'obligation de soin, et n'a pas fait un seul jour de prison par deux fois. Je n'ai pas osé porter plainte, parce que moi je retournais quand même, il fallait que je lui laisse ma fille, et il me menaçait de tuer ma fille, de me tuer et de tuer tout le monde. (pleurs)

Question additionnelle : Tu as peur quand il est tout seul avec ta fille qu'il lui fasse quelque chose ? Je sais qu'il va faire quelque chose. Là il est avec une autre femme, les tensions commencent à recommencer tout le temps, ma fille me le dit (pleurs). C'est hyper compliqué quand toi t'as fui pour ta vie avec ton enfant dans ton ventre, que tu es maintenant hors de portée pour cette personne, mais

que ta fille retourne toutes les semaines avec cette personne-là, et que l'institution, le tribunal, la justice aujourd'hui lui donne le droit alors qu'il l'a condamné pour l'agression et tout ce qu'il m'a fait. En fait moi quand je suis partie, je ne savais pas quoi faire, je suis retournée quand j'avais encore ma césarienne et que je n'étais pas remise. Pendant ce temps-là, il m'a séquestré avec sa mère (pleurs). Il savait que je suis partie une fois, que je suis revenue parce que je n'avais pas trop le choix et que j'allais repartir, mais il ne savait pas quand et comment.

Question additionnelle : Tu es repartie comment la deuxième fois, avec les gendarmes aussi ? Le temps que je sois séparée et que je termine ma grossesse, j'ai pu avoir mon permis et j'ai eu une voiture donc mon téléphone et la clef de ma voiture, je les gardaient tout le temps avec moi, collé sur ma poitrine (pleurs). Il fallait qu'il travaille alors j'ai attendu qu'il parte et je suis partie mais malgré cela j'étais obligée d'y aller le week-end parce qu'il avait sa garde le week-end et je refusais de laisser ma fille partir toute seule. Quand il a su que j'avais demandé le divorce, pour lui j'allais retourner encore, et quand il l'a su, il a pété un câble et il a dit "je vais tuer tout le monde" (pleurs)

Question additionnelle : Et tu as eu peur ? Quand je me couchais je prenais les couteaux et je me disais « il ne m'égorgera pas comme ça, il va devoir trouver une autre solution ». Je ne dors pas, je ne dors que d'un seul œil (pleurs). Comment veux-tu que toi tu laisses ton enfant partir alors que tu t'es sauvé et que tu avais tout ça ? Je retournais les week-end, je passais ma semaine en foyer et quand je rentrais les week-ends t'imagines bien, j'étais son défouloir, j'étais à portée (pleurs). Il te crache dessus, tout ça...Sa mère est là tout le temps, elle a toujours su, elle a toujours été avec son fils parce qu'elle sait qui il est. Elle va avoir 80 ans bientôt mais c'est elle qui vient toutes les semaines de Paimpol pour aller s'occuper de ma fille quand elle est chez son père. De toute façon quand ma fille était en maternelle tout ça, il disait "je ne la prendrai pas en garde alternée parce que je ne peux pas ». C'est quelqu'un qui n'est pas capable d'investir quelque chose comme ça, de s'occuper d'un enfant, c'est sa mère qui lui a dit : "quand c'est ta garde moi je viens m'occuper d'elle".

Question additionnelle : ça te rassure qu'elle soit là ? Oui et non parce qu'elle était là, elle a participé à me séquestrer, elle était là quand tout ça s'est passé et là elle a participé à monter son dossier, à lui payer l'avocat, à faire des témoignages. C'est quelqu'un qui n'est pas honnête. (Pleurs)

21. Avez-vous été, ou connaissez-vous quelqu'un qui a été excisée ?

Je suis excisée et c'est aujourd'hui ce qu'il a utilisé pour interdire ma fille de sortir du territoire. Il a été trouver une association qui s'occupe de ça, je ne sais pas comment il s'est débrouiller et cette association a déclaré que ma fille risquait de se faire exciser au Sénégal.

Quel est ton vécu par rapport à ça ?

(Pleurs) L'excision c'était entre deux viols... c'est ma grand-mère qui débarque un jour au village et qui dit "c'est le moment". J'étais petite, je vois qu'on embarque toutes les filles dans un village. Ma demi-sœur était là aussi, on va dans un endroit que je ne connais pas (pleurs), je n'avais pas ma mère. On t'amène dans la forêt, il a un endroit dans les bois où il y a une case et tout et des clôtures en pailles. T'entends les cris à mort des enfants et toi tu attends, tu ne sais pas ce que tu attends. Tu vois des gens qui saignent et qui crient mais qui crient à mort et tu te dis "mais qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qui va se passer pour moi et tout ? » et tout le monde pleure (pleurs), et la douleur, tu t'évanouies, on te

tient les jambes, on te tient le truc et voilà quelqu'un te coupe...J'ai cru que j'allais mourir, et après pendant je ne sais pas combien de temps, je n'ai même pas pu faire pipi parce que ça fait tellement mal, horriblement mal, que tu ne peux pas dormir dès fois, c'est horrible.

En avez-vous déjà parlé avec un professionnel ?

Avec le psychologue oui. J'en ai parlé mais j'ai tellement de trucs aussi que...(pleurs), il y a trop de choses...J'étais suivie à l'ASFAD et quand je suis sortie j'ai changé de psychologue et là encore. Ça m'est arrivé d'aller courir et en fait je me suis faite excisée dans un bois où c'était toujours humide donc ils faisaient du feu, et donc là dans le bois où je courais ça sentais comme ça et je me suis sentie terriblement mal. J'en ai parlé à ma psychologue qui m'a dit qu'on avait aussi une mémoire olfactive.

Auriez-vous souhaité que cet échange se passe différemment ? Non

22. Vous est-t-il déjà arrivé d'avoir des relations sexuelles pour diverses raisons comme pour de l'argent, un logement, une sécurité ou autre ?

Non, les relations c'étaient des fois par peur. Mais autrement non, j'ai la chance de ne pas en être arrivée à ce niveau-là. Si j'étais dans cette situation à un moment donné, ça pourrait bien m'arriver, je n'en sais rien du tout. J'ai déjà eu des relations pour que l'autre (son ex) ne me tabasse pas toute la nuit...

Représentations de la santé :

23. Avez-vous déjà parlé de votre vie intime avec un.e professionnel.le a qui ?

Oui avec des médecins, gynécologues... Mon médecin actuel ne sait pas par exemple que je suis excisée, il sait que je suis maman solo mais on a pas spécialement de discussion sur ma vie intime. Avec le gynécologue, celle que j'ai c'est une nouvelle. Pendant un moment j'ai eu du mal avec les gynécologues notamment quand je suis arrivée, parce que quand t'es excisée, t'es excisée. Au Sénégal ce n'est pas tout le monde, par exemple ma mère n'est pas excisée parce que c'est des ethnies qui font ça et ma mère bien qu'elle est de la même ethnie, elle n'est pas du même village, elle n'a pas subi. J'ai aussi une sœur qui ne l'a pas subie. Moi entre ma sœur et ma mère je suis la seule à l'avoir vécu, pas de bol...Ma mère n'a pas le vécu mais elle savait quand on m'a amené, elle n'a rien fait et de toute façon je sais qu'elle ne pouvait rien faire

24. Si c'est le cas en France, comment avec vous eu connaissance de l'existence de ce professionnel ?

J'ai dû chercher moi-même le gynécologue. Quand je suis arrivée, je n'avais pas de gynécologue mais au début de l'année scolaire, j'ai eu des douleurs très fortes au niveau du bas ventre et des crises horribles. J'étais en classe et du coup ils ont dû appeler les pompiers et je me suis retrouvée à l'hôpital. Ils ont cherché, finalement c'était des kystes ovariens et du coup ça été soigné mais il fallait faire un suivi, vérifier régulièrement. J'ai donc dû trouver un gynécologue sur internet et je suis allée le voir. C'est l'un des premiers trucs qui m'ont complètement chamboulé (pleurs) parce que tu vas chez un gynécologue déjà c'est pas évident, déjà mes premiers rapports sexuels c'est à 24 ans, tout ce qui est en rapport avec le sexe c'est très difficile...Déjà pour aller se dire : tu vas voir un gynécologue, c'était

hyper compliqué quand tu sais par où tu es passé...J'y vais, c'était une dame (pleurs) et la personne était surprise, j'ai vu sa réaction quand elle m'a regardé, quand elle m'a auscultée, elle était surprise. Elle me dit : "mais vous êtes excisée !" mais avec de l'étonnement et du dédain. J'ai senti le "c'est quoi ça ?" alors que quand tu es excisée et que tu vis avec au Sénégal et tout ça, je ne me vois pas anormale en fait. Je n'avais pas complétement oublié, mais je n'y pensais pas. Sa réaction est restée tout le temps et du coup elle m'a auscultée et tout ça, elle a juste posé la question, ne m'a pas parlé de ça derrière, il n'y a pas eu d'échanges là-dessus, juste l'étonnement et c'est tout. Forcément, ça reste dans ma tête je me dis qu'en fait je ne suis pas normale. C'est parti de là où j'ai eu du mal à voir un gynécologue et pendant très très longtemps je n'en ai pas vu. Je garde en tête que je suis anormale, que c'est une horreur.

Question additionnelle : tu penses que ça aurait été différent si elle avait continué la conversation ? Oui ! D'échanger dessus au moins, peut-être qu'il y aurait eu plus d'explication...parce j'essaye au maximum de comprendre, de saisir et d'avoir du recul sur les choses. Mais juste de l'étonnement, je me dis c'est quoi ? C'est "bande de sauvage", c'est "ah du dégoût", c'est "à la pauvre", je ne sais pas ! C'est normal on est en France et tout ça mais elle a dû au moins entendre parler de ça et c'est un professionnel donc je ne sais pas... C'est peut-être que dans leur formation il n'y a jamais eu d'échanges sur ça... Mais tu travailles dans un domaine qui est intime et très sensible. A part l'excision, il doit y avoir d'autres choses qui pour les gens peuvent avoir tendance à être sensibles. Déjà les gens ont tendance à ne pas être à l'aise à être là, pour être ausculté dans cette partie-là et s'il y a des trucs en plus ou qui manquent, la réaction du professionnel est quand même très importante. Si le professionnel réagit comme ça et qu'il travaille dans ce domaine-là, qu'est-ce que ça doit être des autres personnes ? Mais je ne suis pas retournée la voir et je ne suis partie voir un gynécologue pendant 5 ans après, je ne pouvais pas.

25. Utilisez-vous des techniques, que vous avez apprises dans votre pays, lors de votre toilette intime ? Ah ma mère m'avait apprise des techniques pour le toilettage avec de l'eau tiède et tout ça mais quand je suis venue ici, j'ai fait peut-être une fois mais c'est tout. Je ne le fais plus.

Démarche de soin :

26. Vous êtes-vous déjà sentie mal accueillie dans vos démarches en santé sexuelle ?

Oui, du coup c'est compliqué. Maintenant quand j'ai eu d'autres gynécos, à chaque fois avant que quelqu'un fasse quoi que ce soit, je prends le temps moi de communiquer avec la personne, je lui dis vous allez voir que je suis excisée, mais voilà. C'est moi qui fais le travail du coup ! Bizarrement le gynécologue qui m'en a le plus parlé, c'était un vieux monsieur qui m'a dit « écoute tu sais il y a des choses qui se font », on a parlé de ces sujets-là. Il m'a expliqué pour le clitoris, que c'est une ablation d'une partie, pour moi il y a une partie qui est resté et puis il y avait la possibilité de se faire opérer et il avait fait une lettre, m'avait donné les contacts pour les RDV qui se font au CHU avec les sages-femmes et tout, les infirmières. C'est le seul qui m'en a parlé. Il a pris sa retraite après, la gynécologue que j'ai eu pareil elle me n'a jamais parlé de ça.

Question additionnelle : T'en penses quoi toi de cette démarche, tu es intéressée ?

Je me renseigne, il a deux écoles, ceux qui sont pour et ceux qui sont contre. Moi oui j'aurais fait juste pour dire on m'a enlevé quelque chose, là c'est moi qui ait décidé de refaire, de ne pas laisser les choses comme ça. Mais, il faut se renseigner, savoir comment s'est pris en charge et c'est une intervention et ça va prendre du temps. Moi je fais un métier qui est physique et c'est beaucoup de barrières à prendre en compte, je suis seule avec ma fille... Sachant qu'en ce moment je n'ai pas de vie affective, est ce que c'est ma priorité ? Si je me fais opérer, j'ai lu des choses, que c'est très douloureux, qu'il faut minimum 1 mois pour commencer à cicatriser et il ne faut pas faire d'activités. Comment je vais faire ? Il faut bien nourrir ma fille, il faut bien vivre. J'ai aussi plein de problèmes avec les jugements mais peut être que quelque part c'est juste un prétexte de ma part pour ne pas le faire, peut être que je me dérobe, je ne sais pas. (Pleurs)

27. Il y a-t-il d'autres choses qui vous ont pu vous freiner dans vos démarches en santé sexuelle psychologiquement ou dans les faits ? Qu'est-ce qui vous a empêché d'en parler ?

Il y a le côté financier avec le changement de statut. Pour le gynécologue je ne suis pas allée parce qu'il y a eu ça mais quand t'es entre deux, même moi quand je me suis retrouvée sans emploi, tu ne vas pas te tourner sur la santé et tout ça. Je vais en priorité m'occuper de ma fille, les prises en charge c'est secondaire. C'est plus des questions autres qui nous préoccupent, parce que j'ai tendance à me dire que je n'aurais pas les moyens de le faire, peut-être à tort parce qu'il y a des choses qui sont prises en charge. C'est le cas aussi pour les personnes qui n'ont pas de titre de séjour. Et puis oui, les professionnels ont pu être un frein, en sachant que sur ces questions-là, j'ai un vécu qui est compliqué, sur tout ce qui est sexuel, à chaque fois c'est très très douloureux d'en parler (pleurs).

Merci d'avoir répondu à mes questions, est ce que vous voulez ajouter autre chose ? Non, désolée...(d'avoir pleuré)

Présentation du flyer : B. est très intéressée par la consultation en lien avec les mutilations génitales, me demande plus de renseignement et envisage d'appeler. Je lui indique qu'elle peut aussi les appeler pour prendre des renseignements. Elle remercie à plusieurs reprises pour cet entretien.

Annexe 16 : Retranscription des entretiens des professionnels rencontrés

Entretien numéro 1 : 33 minutes le 28 mai 2021

1. Quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je travaille dans deux structures. Tout d'abord dans une association public spécifique où je suis sur les appartements de coordination thérapeutique. C'est un accompagnement médico psycho social pour des personnes qui sont généralement à la rue et qui n'ont pas de possibilité d'hébergement, mais aussi qui ont des pathologies chroniques graves et qui ont besoin d'un accompagnement plus poussé.

Je travaille aussi à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital, où je suis beaucoup en lien avec l'association public spécifique. J'accueille des personnes qui n'ont pas de droits à la santé dont des personnes migrantes. C'est généralement des personnes qui viennent d'arriver ou dans des situations irrégulières et/ou dans des démarches.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Le PASS et l'accueil avec l'association public spécifique sont des dispositifs « tremplins » où il n'y a pas de suivi. Je vois les personnes au début, le temps que des droits soient ouverts et après elles basculent sur le droit commun. Les personnes sont vues une à deux fois puis orientées. A l'association public spécifique, on peut suivre les personnes plus longtemps notamment quand il y a besoin d'interprète mais je ne fais pas de réel suivi plus poussé.

Je travaille avec différentes structures comme le « relais centre-ville » qui est une structure de la sauvegarde à l'enfance pour des personnes qui sont à la rue. Ce sont les travailleurs sociaux qui vont les orienter vers nos dispositifs s'ils en voient le besoin. Il y a peu de contact direct des femmes avec nos structures. C'est par l'intermédiaire, soit d'infirmiers (qui sont sur des points santé), soit de travailleurs sociaux que l'orientation est faite. Il est également possible que les CADA orientent les femmes, tout comme des centres pour demandeurs d'asiles. C'est donc surtout des professionnels qui oriente les femmes vers nos dispositifs.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Pas spécialement. On évoque les violences sexuelles systématiquement pour les personnes migrantes, hommes comme femmes. Cependant, ce sont des personnes qui sont dans de grandes détresses et les questions de santé sexuelles ne sont pas toujours ce qu'on évoque en premier lieu. Après il peut toujours avoir des contextes actuels de violences, tel que l'hébergement contre faveurs sexuelles. C'est d'avantage cela qu'on va voir dans un premier temps.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Oui ça arrive assez souvent, il y en a régulièrement.

Ce sont des violences subies au pays ou ici. Il y a de tout : il y en a qui quittent le pays parce qu'il y a eu des violences conjugales, par des policiers ou autre ; il y en a également qui subissent des violences sur le trajet : en Lybie, au Maroc et il y en a qui subissent des violences en arrivant ici, parce qu'ils vont être hébergés et se faire violer régulièrement.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Ce n'est pas des prises en charge faciles à évoquer, surtout avec des personnes qui subissent des violences en France. Pour celles qui ont subi des violences avant d'arriver, il peut y avoir des stress post-traumatiques mais elles se sentent en sécurité une fois qu'elles sont ici. On va pouvoir les accompagner sur le plan psychologique et médical sur ces problématiques-là. Quand il y a des personnes qui sont actuellement en souffrance par rapport à des violences, elles ne le disent pas forcément. Elles peuvent être dans des situations où elles ont un hébergement et donc c'est difficile d'évoquer cela. Ce sont des personnes qui peuvent être sans papiers ou qui ont des obligations de quitter le territoire, on peut difficilement faire des signalements pour les mettre à l'abri et qui n'ont pas spécialement envie qu'on appelle le 115 pour qui il y a des réponses difficiles. Pour les personnes qui subissent actuellement des violences, ça peut être compliqué d'une part parce qu'elles ne vont pas le dire, et si déjà il y a des suspicions et qu'elles l'évoquent un peu, ça peut être difficile de les accompagner en fonction de leur situation administrative.

Je fais toutes les consultations PASS en binôme avec les assistants sociaux. Après, suivant la situation, on va se mettre en lien avec des psychologues notamment du Réseau Louis Guilloux ainsi que des structures d'hébergement pour la mise à l'abri de la personne (115, ASFAD).

Questionnaire : Se sent parfois en capacité de repérer quand une personne est en danger/ en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées pour les violences conjugales économiques/administratives/sociales ainsi que pour les violences sexuelles dans un cadre familial hors couple. Pour les violences sexuelles dans un cadre professionnel, se sent parfois en capacité quand les personnes sont en danger face à une situation de violence actuelle ou potentielle.

Précise : « : dans le cadre des consultations CMLG on pose je pense systématiquement la question ; après certaines fois les violences sont cachées et repérer d'autres signes évocateurs sont parfois difficiles..... je mets plutôt oui parce qu'on le recherche systématiquement mais on doit passer à côté régulièrement... »

« Pour les violences passées ça va pour ici c'est difficile quand elles sont en cours et qu'elles sont subies contre un bénéfice »

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Pas de difficulté pour l'aborder avec les personnes mais il y en a qui ne vont pas trop le dire, pour qui c'est compliqué. Effectivement on peut avoir des difficultés à l'évoquer notamment dans des situations de prostitutions pour lesquels les personnes ne vont pas nous le dire, et on a peu de moyens d'en savoir

plus. Cela dépend de la relation de confiance qu'on va voir avec la personne. En pratique on arrive à évoquer les violences en consultation.

Pour l'évoquer je le pose de façon assez simple et de manière systématique « pour quelles raisons vous avez fui votre pays ? », « est ce que vous avez subi des violences physiques, psychologiques ou sexuelles au pays ou sur le trajet ? », « est-ce que vous vous sentez en sécurité en France, à l'endroit où vous êtes ? »

Questionnaire précise : « moi je suis accompagné d'assistant sociaux alors c'est plus facile d'aborder la question !!

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Pour orienter j'ai plus d'infos que quand j'avais rempli le questionnaire. Je n'ai pas grand-chose de plus à ajouter.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en danger face à des violences sexuelles et conjugales. Se sent parfois en capacité d'orienter pour les violences sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple

Ne sait pas quelle asso pour orienter vers de l'aide juridique, ni pour trouver du soutien social / associatif

Précise : « situation très différentes selon la situation urgente agression en cours ou passée..... selon le désir de la personne et son consentement vers l'orientation..... pas simple tout ça ! »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui je les accompagne. Je questionne systématiquement s'il y a des désirs de grossesse et s'il y a des moyens de contraception. Ces questions font partie de la consultation pour les femmes en âge de procréer.

Soit il y a des choses comme la pilule qu'on peut prescrire en cabinet (en pratique on le fait peu souvent) sinon j'oriente au planning familial pour un stérilet ou un implant par exemple. Pour les femmes migrantes arrivées depuis peu il y a aussi la question des IST, on a des préservatifs à dispositions et on l'évoque systématiquement. On peut également en donner si besoin.

C'est plutôt moi qui aborde la question c'est très rare que ça soit dans le sens inverse. Il y a assez fréquemment des personnes qui viennent en couple et qui ont des désirs de grossesse. Je peux orienter vers la PMA.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Non par ce que je ne fais pas trop de suivi mais j'oriente vers d'autres professionnels. Vu qu'on est dépendant de l'hôpital, on oriente vers les sages-femmes de l'hôpital en gynéco.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

On oriente au centre IVG de l'hôpital, à côté de l'association public spécifique. Il vaut mieux qu'il y ait un accompagnement dédié et spécialisé.

C'est assez rare, 3 ou 4 fois depuis le début de l'année 2021.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Systématiquement, tous les patients qu'on voit en première consultation on leur propose un bilan global notamment pour les sérologies. C'est des consultations qui sont compliquées parce qu'il y a beaucoup beaucoup de choses à évoquer. On évoque ces questions et on précise de se protéger. En fonction des résultats (il y a pas mal d'hépatite B notamment) on fait une deuxième consultation pour faire le point en rendant les résultats.

Si le résultat est positif, on annonce avec des interprètes et de la même façon on continue les bilans et on oriente vers des spécialistes (hépatologues ou infectiologues).

12. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non parce que les consultations sont longues, compliquées et denses (3/4 d'heures, une heure). On aborde déjà les violences, les préventions sérologies, les maladies dont les traitements chroniques. Nous on les voit au tout début et donc ce n'est pas forcément l'idée de la consultation. Je pense que c'est pertinent de l'aborder quand on a déjà une relation de confiance mise en place.

13. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça dépend des problèmes. S'il y a des mycoses ou des plaintes particulières on peut l'aborder mais pas de façon systématique.

14. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Pas de façon systématique, cela peut venir dans le discours dans le cadre des violences subies. La question n'est pas posée directement. Je peux orienter vers un médecin gynécologue de l'hôpital sud qui est spécialisé là-dedans notamment dans la reconstruction, le docteur Harlicot.

On va plus « utiliser » cela pour le mettre dans les certificats médicaux pour appuyer leurs demandes administratives comme leurs demandes d'asile, dans le but d'authentifier les violences subies.

15. Abordez-vous facilement la question de la prostitution ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Non je ne parle pas directement de prostitution, c'est une autre question qui est compliquée. Moi je demande s'ils se sentent en sécurité ici, comment ils se sentent au niveau sexuel, s'il y a des violences subies et très souvent je pense que c'est masqué. Je n'ai en effet eu qu'un ou deux cas, mais je pense qu'il y en a nettement plus. Les personnes ne vont pas considérer cela comme de la prostitution mais plutôt de l'hébergement contre faveurs sexuelles ou des choses analogues.

Questionnaire : Ajoute « question sur les réseaux de prostitutions très difficile à discuter / femme—hébergées contre « faveurs » et hommes aussi d'ailleurs... très très compliqué d'obtenir ces infos. »

16. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui on fait des dépistages systématiques, proposé dans la sérologie.

17. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Je suis médecin généraliste et mon travail c'est de poser ces questions-là, de voir s'il y a une problématique et d'orienter par la suite si besoin (planning, centre IVG, hôpital pour les questions d'excision...) donc je n'ai pas besoin d'approfondir cela. Le travail est axé sur le questionnement, de réussir à faire sortir ces choses-là et d'orienter. Il y aurait beaucoup de choses à approfondir sinon, on ne peut pas être spécialisé dans tout. Si on arrive à faire sortir ces problématiques c'est déjà très intéressant.

18. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Présence d'un interprète systématique si la personne ne parle pas la langue.

Ça fait 1 an de demi que je travaille là-bas et ça fait 1 an qu'il n'y a pas d'interprète en présentiel, uniquement par téléphone. Je n'ai pas l'impression que sa présence gêne, au contraire, sauf une ou deux situations où il y a eu un interprète homme et que sa présence a pu être « gênante ». Le genre de la personne peut influencer, notamment du fait que les relations hommes-femmes dans d'autres pays ne sont pas les mêmes. Pour moi mon statut « d'homme » peut aussi influencer dans les consultations. Quand je sens que c'est le cas, j'oriente vers une collègue.

19. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui. Pour les personnes qui arrivent, la question des violences et de la contraception est abordée et moins celles des relations affectives, du plaisir. De plus les entretiens des personnes qui viennent

d'arriver peuvent être plus difficiles parce qu'elles n'ont pas l'habitude de faire des consultations en France.

20. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Oui c'est sûr, après je ne sais pas de quelle manière. En fonction des pays il n'y a pas la même façon de l'aborder, il y a aussi plein de représentations différentes des pays où il y a des excisions, d'autres où il n'y en a pas. Par ailleurs les relations hommes-femmes ne sont pas du tout les mêmes dans tous les pays.

Les questions sont abordées en tant que professionnel de la même façon, mais on va plus avoir de problématiques d'excision pour l'Afrique subsaharienne et d'autres problématiques dans certains pays tel que des problématiques d'infectiologie hépatite en Afrique. Il y a aussi des schémas différents de migration : il peut y avoir plus de femmes seules qui viennent d'Afrique que c'est le cas pour d'autres pays tel que l'Afghanistan par exemple. Concernant les violences il y en a partout.

21. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Oui, j'ai travaillé un an et demi en Afrique en tant que médecin et je suis régulièrement formé au sein de l'association public spécifique par des formations pour l'interprétariat ou par celles des psychologues. A l'association public spécifique, on se forme tour à tour dans toutes nos spécialités, les uns les autres. C'est important.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : aucune

22. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Il y a des freins en lien avec la langue. Dès lors il est possible d'orienter vers l'hôpital parce qu'il y a un interprète mais il n'y a pas autant de possibilité d'orientation que pour les personnes qui maîtrisent la langue française. C'est notamment le cas pour la prise en charge psychiatrique, qui peut être compliquée. Il y a aussi des freins en lien avec le statut administratif : pour les personnes en situation irrégulière, ça peut être compliqué d'aller au 115. Ils peuvent préférer rester chez des gens même s'ils sont harcelés.

23. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en soin de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

La première chose s'est d'évoquer systématiquement la question de façon assez simple, quel que soit la situation de la personne (seule, pays d'origine...) en disant qu'on la pose à tout le monde. On précise également qu'on a des accompagnements et qu'on peut proposer des choses, qu'il ne faut pas hésiter à en parler.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non non c'est très bien

Entretien numéro 2 : 38 minutes le 31/05/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis sage-femme et j'ai une formation de conseillère familiale et conjugale. Je travaille au centre de planification du CDAS (au conseil départemental) depuis octobre 2019 et avant j'étais sage-femme de PMI (pendant 19 ans) et sage-femme hospitalière (14 ans).

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Au centre de planification on voit quelques femmes migrantes mais ce n'est pas non plus énorme. Quand elles viennent c'est plus pour la contraception.

Le CPEF c'est plutôt pour les femmes jusqu'à 25 ans ou en situation de vulnérabilité. Elles sont orientées par un assistant de service social, par une puéricultrice suite à une naissance par exemple (surtout puéricultrice de PMI) ou par la mission locale. Soit par un partenaire social.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

C'est une question qu'on pose aux nouvelles patientes. « Avez-vous un partenaire ? » On demande toujours si ça se passe bien avec ce partenaire. On pose également systématiquement la question des violences, si elles ont déjà subi de la violence qu'elle soit physique, sexuelle ou psychologique.

Les personnes viennent surtout pour des questions de contraception, mais ça peut aussi être pour des tests de grossesse ou des dépistages.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Je ne peux pas dire qu'il y en ait plus chez les femmes migrantes que dans la population générale comme on en voit pas beaucoup (de femmes migrantes). Par contre oui on a beaucoup de femmes qui évoquent des antécédents de violences mais pas particulièrement plus les femmes migrantes. Souvent c'est dans leur pays qu'elles ont pu subir de la violence sexuelle comme des mariages forcés. On a eu plusieurs de jeunes filles au CPEF avec un antécédent de mariage forcé et donc de viol.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

C'est des situations parfois difficiles, on apprend à prendre du recul sur les situations. Là on a mis en place de la supervision mais c'est tout nouveau. On a eu une séance le trimestre dernier (1 séance par trimestre de 2h). Il est dit qu'il est fortement conseillé d'avoir de la supervision mais là on a le temps de voir que 2 situations.

Quand on les rencontre en général elles en ont déjà parlé et donc sont déjà suivies par rapport aux violences. Si elles ne sont pas suivies, on propose un accompagnement par un psychologue. Ça peut être par le CDAS. On a deux psychologues pour lesquels on peut orienter des personnes, s'il y a des disponibilités, sinon peut orienter vers l'extérieur tel que les CMP. On peut aussi leur donner les coordonnées des associations qui font de l'écoute téléphonique (soit par mail, soit par Skype, soit par SMS) et on parle aussi du CIDFF.

Questionnaire : ajoute « je pense avoir la capacité de repérer dans la plupart des cas une violence ou un antécédent de violence mais cela ne veut pas dire que je vais repérer 100% des cas car parfois la patiente ne donne accès à rien »

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Ça arrive que je sois en difficulté. Ce n'est pas toujours facile lors d'un RDV parce que ce sont des femmes qu'on ne revoit pas toujours. Sur un RDV ce n'est pas forcément évident d'aborder ce sujet-là. Des fois, elles n'ont pas envie d'en parler et des fois on se demande jusqu'où aller. Il y a également la barrière de la langue, ce qui ne vas pas aider, et puis la culture aussi. Il y a des personnes qui en parle facilement et d'autres pas. Pour celles qui en parle facilement, finalement il n'y a pas de difficulté, la difficulté ça va être avec celles qui n'ont pas envie d'en parler ou sont gênés. Ça ne va pas être toujours facile.

Quand on voit la personne pour la première fois, on fait un dossier médical s'il doit y avoir une prescription de contraception. Comme c'est un médicament, on est obligé de connaître les antécédents de la personne. Dans notre questionnaire sur les antécédents, il y a un volet « antécédents de violence », c'est donc en faisant le dossier médical qu'on va poser la question (Dossier HORUS). Avant, la question n'était pas posée systématiquement. Depuis que je suis là, on a décidé avec le médecin de la poser de façon systématique. On annonce que c'est une question que l'on pose à tout le monde. Plus tard dans notre dossier médical, on demande s'il y a un partenaire ou une partenaire. Pour le coup la question c'est aussi « comment ça se passe avec votre partenaire », « est ce que ça se passe bien » ? Si on a un oui franc, on ne va pas aller au-delà mais si c'est un petit oui ça peut partir de là. Certaines vont pouvoir nous dire aussi que c'est compliqué ce qui est une porte d'entrée.

On a beaucoup de jeunes femmes qui n'en ont jamais parlé avant à personne concernant tout type de violence. Comme on parle de l'intimité c'est sans doute plus facile. Aussi, elles ne nous connaissent pas ce qui peut permettre de libérer la parole.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

C'est pareil, il arrive que je me sente en difficulté. Dès fois on aimerait bien que la patiente ait un accompagnement et un suivi mais elle n'en a pas envie. La difficulté est plutôt là, d'amener la patiente à être accompagnée et suivie parce qu'on sait que peut-être s'il n'y a pas d'accompagnement ou de

suivi elle peut avoir des difficultés sexuelles toute sa vie (douleurs pendant les rapports sexuels) et c'est pas ce biais là qu'on va aussi pouvoir aller chercher un peu plus loin et qu'on va pouvoir aborder les antécédents de violence sexuelle. Ce n'est pas que les migrantes, c'est toutes les femmes. Et pour le coup parler des difficultés qu'on a subies quand on était enfant, ce n'est pas toujours évident. Beaucoup n'ont pas envie d'en reparler, ont envie d'oublier ça, n'ont pas envie de porter plainte, de remuer ce qui a fait mal. La difficulté est là, d'arriver à convaincre la personne que peut-être ça serait bien d'être suivie, de porter plainte. Après, il arrive que ça murisse, si on est plusieurs à le dire, et quelques mois ou quelques années plus tard, elles se sentiront prêtes. On ne peut pas obliger les personnes à se faire soigner si elles ne le veulent pas ou si elles ne se sentent pas prêtes. Ce qui est important c'est de faire passer le message et donner des adresses, des liens. Après il y a aussi le problème pécuniaire, parce qu'avoir un suivi psychologique ça coûte de l'argent. C'est vrai qu'on a les CMP, mais ils sont chargés de travail et souvent c'est long en terme de délai. Les personnes sont d'abord reçues par un ou une infirmière qui les voient et après ça peut être compliqué, il faut qu'ils en parlent en équipe si ça vaut le coup d'accompagner la personne. Ça prend du temps avant que la personne soit vue par un psychologue. Après les psychologues qu'on a ici (2 au sein du conseil départemental), ils n'ont pas non plus beaucoup de créneaux. Ça manque et ça nous met en difficulté parce que dès fois on va soulever un problème mais finalement en solution on a pas grand-chose. C'est plus ça la difficulté.

Questionnaire : indique que pour l'orientation pour permettre un suivi médical adapté : « Difficultés actuellement pour les femmes qui n'ont pas déjà un médecin traitant car beaucoup de médecin ne prennent pas de nouveaux patients. »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui. Souvent les personnes migrantes sont orientées par quelqu'un. Elles ne connaissent pas spécialement les CPEF.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Pas du tout ici, s'il y a un test de grossesse positif ensuite on va orienter. Ça peut être le tout début d'un suivi, avant de trouver un partenaire pour orienter la personne.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui. Nous on ne pratique pas d'IVG mais on reçoit des femmes qui viennent pour des tests et celui-ci peut être positif ou qui ont fait un test à la maison et qui viennent pour un entretien pour savoir où s'orienter. Oui ça on en voit régulièrement, que ça soit migrante ou pas. Derrière, on oriente si besoin. Pour les femmes migrantes on ne fait pas de distinction avec les autres en terme de proportion pour laquelle la thématique est abordée.

S'il y a un test positif, (parce qu'on va parler d'IVG uniquement s'il y a un test positif), on va demander à toute femme si elle a réfléchi et si elle veut poursuivre, ou pas, sa grossesse. La question est abordée toutes les semaines.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Oui on fait beaucoup de prescription de dépistage pour toute personne, qu'elle soit migrante ou pas. Concernant le VIH, je n'ai jamais vu ici de test positif, parce que finalement c'est celui-là qui va poser le plus de problème, notamment en terme d'annonce de résultat. Pour le reste il y a des traitements en général. On a un médecin au CPEF. Elle appelle la patiente ou la revoit par la suite pour la prescription du traitement.

Toute femme qui vient pour une demande de contraception, on va proposer des dépistages de manière systématique. On ne fait pas faire pas de différence qu'elle soit migrante ou pas, ce qui va faire la différence c'est peut-être la barrière de la langue, ce qui peut nous mettre en difficulté, mais sinon on va procéder de la même manière.

12. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui, c'est déjà arrivé que j'ai des entretiens pour des problèmes de couples. J'ai en tête une migrante qui venait d'un pays d'Afrique et qui s'est mariée à un français pas très longtemps après son arrivée. Elle a eu rapidement un bébé avec ce monsieur, ce qui n'était pas prévu. Elle avait déjà un ou deux enfants en Afrique. Souvent, elles ont déjà des enfants dans leur pays pour les africaines en tout cas, c'est quasiment toutes celles que j'ai vu quand j'étais sage-femme de PMI. Là cette dame avait des problèmes de couples du fait de la différence de culture. Ils n'avaient pas la même vision de l'éducation de l'enfant, de la vie de couple... Je l'ai vu deux fois et je devais la voir avec monsieur la 2eme fois mais finalement il n'est pas venu mais elle a réussi à lui en parler, à changer un peu sa manière de faire pour comprendre un peu mieux ses réactions à lui et c'était reparti sur des meilleures bases par le biais de la communication.

13. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui souvent quand on a des femmes migrantes parce que on sait qu'il y a souvent une toilette intime qui n'est pas toujours adaptée. Ça peut-être notamment dans l'excès avec des douches intra vaginales et finalement qui vont fragiliser les muqueuses et donner des risques d'infections. On l'aborde aussi avec des femmes non migrantes mais qui ont des parents qui ont été migrants à un moment ou à un autre et qui ont reçu cette éducation là au niveau de la toilette.

Pas de gêne pour l'aborder. Je pense que c'est plus facile pour nous parce qu'on parle de l'intimité, on dit « je vais vous poser des questions qui sont en lien avec l'intimité, ce n'est pas par curiosité c'est parce qu'on a besoin de savoir et d'évaluer s'il y a un risque ou pas », on demande aussi toujours s'il y a des signes d'infection ou quelque chose. Si c'est quelqu'un qui n'a jamais eu d'enfant par exemple, on va aborder l'anatomie. Par ce biais, on va aborder la flore vaginale normale et de là on va aborder l'intimité et l'hygiène intime. C'est comme ça en général que je procède. Ou ça peut-être par le biais des règles. On va parler de l'hygiène pendant les règles et on va arriver sur l'hygiène hors période menstruelle.

14. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui, c'est déjà arrivé qu'on ait des jeunes filles qui ait été excisées. On a eu dernièrement une jeune fille et sa mère, qui ont été orientées par l'assistante sociale. La jeune fille avait été excisée donc je lui ai donné RDV avec le médecin mais il s'est avéré qu'elle avait déjà eu un RDV pour ça et il y avait un suivi gynéco qui était prévu. Cette situation a eu lieu à cause du problème de la langue.

15. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Alors c'est déjà arrivé aussi, c'est peut-être le sujet un peu plus difficile à aborder. C'est vrai que parfois on y songe, quand on a des patientes qui ont des conduites à risque avec des partenaires différents, ça nous arrive d'y songer.

Si on a un doute, on essaye de trouver les mots face à la personne pour aborder la question. On essaye de s'adapter face à la personne, de ne pas toujours utiliser les mêmes termes. Ce n'est pas toujours abordé de la même façon. Dès fois c'est au cours de la conversation où j'ai une porte ouverte pour en parler. Et si ce n'est pas ce jour-là ça peut-être la fois d'après. C'est vrai que ce n'est pas évident et qu'elles ne sont pas obligé de nous dire la vérité. Lors d'un premier RDV c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Si on est trop, déjà je trouve qu'on pose beaucoup de questions, et si on est trop intrusive peut-être que la personne ne voudra pas revenir non plus. On voit bien que pour les violences, parfois elles nous ont dévoilé de lourds secrets qu'elles gardaient depuis longtemps. Elles nous déposent leur sac à dos, elles se sont allégées d'un poids mais après on ne les revoit plus, parce qu'elles se sentent peut-être mal à l'aise par rapport à ça ou alors pas prête à en dire plus.

Question additionnelle : Et vous les recontactez ?

Si c'est une personne majeure c'est au cas par cas. En général si on a reprogrammé un RDV, et qu'elle ne vient pas en général on l'appelle et si elle ne répond pas, on laisse un texto en disant « vous aviez RDV vous n'êtes pas venue, merci de nous rappeler si vous souhaitez prendre un autre RDV ». Après les personnes ne sont pas obligées de venir nous voir. Si elles sont mineures, on est encore plus vigilante.

16. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Si c'est une femme de plus de 25 ans oui, on fait des examens gynéco, frottis. On n'en fait pas énormément parce que ce n'est pas la majorité de notre population mais ça peut nous arriver oui avec examen des seins aussi.

17. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Ce que j'aimerais bien c'est qu'il y ait plus de possibilités de RDV pour les femmes avec des psychologues. Un ou une psychologue pour la PMI et le centre de planification ça serait super, ça manque plus plus.

La supervision on verra ce que ça donne, deux heures ça ne me semble pas beaucoup (5 professionnels par groupe).

18. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

On a accès à une plateforme d'un interprétariat. Ici je n'ai pas eu trop l'occasion mais en tant que sage-femme de PMI j'ai utilisé beaucoup cette plateforme. Parce que souvent le suivi gynéco est fait à l'hôpital c'est pour ça qu'on en voit moins. J'ai utilisé souvent cette plateforme parce que il m'est arrivé que la femme soit avec son interprète, qu'il soit son compagnon ou autre, et on se rend bien compte que tout n'est pas traduit ou l'homme accapare la parole. On a cette possibilité-là d'avoir accès à une plateforme. C'est par téléphone, on choisit la langue que l'on veut. Après on utilise Google traduction, Google image et sur la sexualité le site « zanzu ». Sur ce site on peut choisir les langues (12 langues possibles), on peut lire ou écouter. Il y a aussi des images sur le corps, l'anatomie, la sexualité : « mon corps en mot et en image ». C'est très très bien fait, il y a les explications, il y a les images, il y a l'anatomie, l'hygiène, la sexualité.

J'ai plus, avec les femmes enceintes, l'expérience d'un interprète. Donc dans ces temps on n'aborde pas vraiment la sexualité.

Quand il n'y a pas d'interprète on arrive à se débrouiller avec Google traduction et Google image. Oui ça peut manquer, l'entretien est moins sain.

19. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

C'est un sujet un peu tabou pour certaines cultures, ça dépend de la religion. En fonction de la religion, ça peut être un sujet très tabou. Je pense que ça peut étonner qu'on pose ce genre de question. Après je ne sais pas si ça les étonne moins au fil du temps depuis lequel les personnes sont en France.

20. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?

Oui, ça dépend aussi de l'éducation, de la culture de la religion.

21. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non pas pour les personnes migrantes

Questionnaire : formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle :
oui

22. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

La langue, la disponibilité parce que parfois elles ont plusieurs enfants et personne pour les garder, le compagnon, le sujet un peu tabou. Je me souviens d'une personne des pays de l'est, c'était pour elle le genre de chose dont on ne parle pas, on ne va pas parler de sa vie intime comme ça. La culture, la religion sont aussi des freins.

Questionnaire : Précise une difficulté de « langue quand la personne ne parle pas français, le manque de place dans les structures d'accueil surtout pour personnes en situation irrégulières pour mise à l'abris »

23. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Des sites comme ZANZU parce qu'il y a des images et il y a de la traduction écrite et orale. Au CPEF, vu qu'on parle de contraception, d'intimité, on va parler de l'anatomie, ça peut être plus facile pour nous que pour un médecin généraliste d'aborder la santé sexuelle. On peut aussi prendre le temps de revoir la personne si elle demandeuse.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Non pas particulièrement

Entretien numéro 3 : 27 minutes le 01/06/2021

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis médecin au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) qui se situe au CDAS. La structure dépend directement du conseil départemental à la différence de certains autres centres qui sont basés dans des centres hospitaliers. Il faut savoir que les services de planification sont intégralement financés par le conseil départemental et que ça peut être mis en place de deux manières : soit en régie directe comme celui où je travaille où on est salarié du département, soit en régie indirecte.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Régulièrement je ne dirais pas ça mais de temps en temps, occasionnellement plutôt. Celles qu'on reçoit sont souvent des mineures adressées via l'ASE, en général par l'infirmière qui s'occupe des foyers de l'ASE. Quand elles ne sont pas mineures, elles sont très souvent adressées par les services sociaux du CDAS ou éventuellement par le CCAS mais ponctuellement.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

C'est le nœud de notre pratique, on en parle systématiquement. Le plus souvent les femmes prennent RDV pour des questions de contraception. Ça peut être aussi pour des dépistages, les IST et puis des fois pour des femmes migrantes ça peut être pour un suivi gynéco.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Celles qui subissent des violences sexuelles et qui sont en situation de migration, le plus souvent ce sont des violences qu'elles ont déjà vécues et pas forcément des violences qu'elles vivent au moment où on les voit. Après on accompagne toutes les femmes et pas spécialement les migrantes sur ce type de problème et donc, comme toutes les autres patientes, c'est une question que l'on pose systématiquement et malheureusement comme pour toutes les autres patientes, on a des réponses positives plutôt assez fréquentes. Quasiment 1/3 de nos patientes en CPEF ont un vécu ou vivent actuellement des violences sexuelles. Je n'ai pas de chiffre en tête pour spécifiquement les populations migrantes. De toute manière les migrantes que l'on voit nous, elles ont excessivement souvent un vécu de violence sexuelle, que ça soit excision ou violence sexuelle au cours de leur parcours d'arrivée ou des violences type mariage forcé.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

On n'est pas tellement accompagné par notre structure je trouve, sur ce type de prise en charge. Nous on a un instauré le questionnement systématique, pas spécialement pour les migrantes mais pour tout le monde, depuis maintenant 2/3 ans. C'était un choix de ma part que j'ai soumis à l'équipe mais personne ne nous a réellement ni informé, ni formé, ni donné des injections particulières sur ce type de prise en charge. Par contre c'est sûr qu'en posant cette question-là, on se retrouve évidemment à gérer les réponses et on s'est toutes un peu formé sur le tard. Je suis la responsable pas hiératique mais technique de l'équipe sur les questions de planification des sages-femmes de PMI qui pratiquent de la planification au conseil départemental. Comme c'est une question que je voulais qu'on pose de manière systématique, j'ai mis en place, par ce que je trouvais qu'on n'était justement pas soutenues sur ces questions-là, une procédure de prise en charge des patientes victimes de violence sexuelle dans nos centres et du coup j'ai aussi formé les sages-femmes sur ces questions-là.

La procédure est variable suivant si la jeune est mineure ou pas, si c'est le cas on est dans de la protection de l'enfance. Si la jeune est majeure, c'est très variable en fonction d'où elle en est dans son parcours et dans ses éventuels souhaits de démarches, porter plainte ou pas. Nous on les incite toujours à faire des démarches et à porter plainte. On leur propose aussi toujours un accompagnement psychologique. Il n'a pas lieu dans notre centre mais on oriente. Après c'est hyper variable d'une femme à l'autre. Souvent elles ne sont pas prêtes au moment où on commence à les voir pour amorcer des démarches, dans la mesure où on est très souvent les premières personnes à qui elles confient cet éventuel vécu. Je parle de la population générale, pas uniquement des migrantes. Après pour les migrantes, on est souvent dans autre chose parce que si ce sont des violences qu'elles ont vécu dans leur pays, bien souvent on n'a pas de recourt à notre niveau. Pour les migrantes, il est possible qu'on leur ait posé d'avantage la question à leur arrivée parce que justement les structures qui les reçoivent ont cette vigilance particulière. Pour la population tout venant, dans un parcours classique, personne ne pose cette question de manière systématique.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité de repérer quand une personne est en danger/ en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées pour les violences sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Ajoute : « Malgré le questionnement systématique lors des consultations sur des violences actuelles ou passées, ces violences restent parfois non révélées par les patientes »

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

C'est un peu la même réponse, c'est l'expérience qui nous fait être de plus en plus à l'aise sur ces questions-là. Je n'ai pas de formations spécifique sur cela, c'est l'expérience qui m'a fait me former toute seule et évidemment être de plus en plus à l'aise, parce que plus on en parle plus on est à l'aise sur la question.

C'est toujours intéressant de se former c'est certain.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

On oriente en sachant que ce n'est pas toujours une prise en charge adaptée je trouve parce qu'on n'a finalement pas tellement de structures. En tout cas, qui ne répondent pas forcément toujours aux besoins immédiats de la personne. On peut orienter vers le CIDFF, vers AGORA. Je trouve que ça n'apporte pas toujours les réponses que l'on souhaiterait. Il faudrait plus de prises en charge, plus d'accompagnements. Il faudrait une prise en charge complètement globale, que nous on n'est pas en capacité d'apporter et du coup on a l'impression d'être des petits bouts. Chacun fait son petit morceau mais il n'y a pas toujours de lien entre tout ça. En plus pour les femmes migrantes, c'est un problème parmi tellement d'autres qu'il faudrait une prise en charge beaucoup plus globale sur tout ça et ces problèmes-là rentrent aussi dans le reste. Ce n'est pas toujours idéal. Pareil sur le plan de l'accompagnement psychologique. Pour l'instant on a encore a possibilité d'orienter vers les psychologues du CDAS mais je ne suis pas sûre que cette possibilité perdure dans le temps et ce n'est pas toujours simple. En ville c'est cher, au CMP c'est long. Ce n'est pas si facile que ça d'orienter les gens vers un suivi psychologique en fait. Tant pour trouver à qui orienter que pour le cout financier que ça représente si on oriente potentiellement en libéral où de tout façon nos publics n'ont absolument pas les moyens de financer ce type d'accompagnement.

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui comme tous nos publics. En CPEF, l'accompagnement sur toutes les questions de contraception est vraiment une des prises en charge centrale.

Souvent les femmes viennent nous voir pour ça, on l'aborde systématiquement. Et si elles ne demandent pas, on va poser la question puisqu'on reçoit des femmes quasiment toujours en âge de procréer et donc c'est une question qui va venir sur le tapis.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Non uniquement un suivi gynéco. Pour le suivi de grossesse, on va être sur des prises en charge hyper ponctuelle de début de grossesse, dans des situations souvent sociales particulières ou des grossesses de découverte tardive. Ça peut être aussi pour des personnes qui n'ont pas de prise en charge sécurité sociale. Dans ces cas-là parfois les services sociaux nous les adresse. On fait le premier examen médical et les premiers bilans puis on passe le relais assez rapidement vers les centres hospitaliers.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui les patientes peuvent venir nous voir pour ce type de demande aussi. On ne pratique pas l'IVG. Les IVG sur le département sont uniquement réalisées en centres IVG (qui n'a pas le même

financement : IVG financement par l'Etat et la planification par le département) et en libéral. Dans d'autres départements, des CPEF pratiquent l'IVG médicamenteuse. Dans la mesure où on a dans toutes nos structures une conseillère conjugale et familiale, on peut tout à fait recevoir ce type de demande et ensuite on oriente vers un centre IVG si besoin.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

On propose systématiquement les dépistages de toutes les IST à toutes les personnes qui viennent nous voir en consultation, qu'elles soient migrantes ou pas. Souvent les migrantes ont déjà eu dans leur parcours d'arrivée ces dépistages.

Quand le résultat est positif, on oriente ensuite vers les services médicaux hospitaliers en général.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui tout à fait, on fait l'examen gynéco classique, on fait les frottis et on prescrit les mammos au besoin si la personne est dans la classe d'âge concernée.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui, moi personnellement moins que la conseillère conjugale mais oui on a toujours une prise en charge au moment de la consultation un peu globale, où on va poser pas mal de questions. Si je sens qu'il y a besoin de ce côté-là, j'oriente vers la conseillère du service.

14. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui assez fréquemment parce qu'on sait que souvent ce sont des populations qui ont une gestion, de par leur culture, particulière sur ces questions-là. La question n'est pas posée de façon systématique mais très très facilement.

15. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

En fonction de l'origine, pas pour toutes les patientes qui viennent nous voir en consultation mais pour les migrantes, oui facilement on va poser la question de manière hyper simple.

16. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

On ne l'aborde pas de manière systématique. C'est une question que l'on s'est posé mais ça ne nous paraissait pas si facile que ça. Après quand on aborde la question des violences sexuelles, des fois on perçoit quelque chose, on va se poser la question de la prostitution. Donc après, si on le moindre

doute, on va formuler assez simplement ce type de questionnement mais pas de manière systématique pour le moment parce que parmi nos patientes il y en a qui seraient choquées qu'on leur pose cette question-là.

17. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

C'est toujours intéressant d'avoir des formations spécifiques, après c'est hyper large le terme « migrantes », ça peut-être être davantage en fonction de l'endroit d'où viennent les personnes. Si on connaît un peu la culture c'est vrai que ça peut nous aider dans notre accompagnement. Ça peut aussi être des formations sur des thématiques comme l'excision. Là aujourd'hui c'est de l'auto formation.

18. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

On a la possibilité d'avoir accès à un système de traduction par téléphone mais en général les femmes sont accompagnées par quelqu'un qui fait l'interprète. C'est toujours moins facile de ne pas parler la même langue et qu'il y ait une tierce personne. Si c'est une personne que la femme connaît, souvent elle est intime avec cette dernière. Je n'ai pas l'impression que sa présence perturbe trop la consultation en général. Pour les interprètes par téléphone, c'est pareil. C'est moins facile mais malgré tout ça se gère quand même. C'est différent, le téléphone permet de garder l'anonymat.

19. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui je pense. Après c'est pareil, tout dépend d'où elles viennent et quel est leur parcours, leur histoire mais nous on voit souvent des jeunes et en fait elles s'adaptent assez rapidement à l'environnement d'ici. Elles arrivent, elles sont complètement larguées je pense. Puis on les suit, un an ou deux et on voit qu'elles se sont bien adaptées en général y compris sur cette question de sexualité, à l'environnement français. Ça va assez vite. Moi je suis toujours assez étonnée, elles ont une capacité d'adaptation impressionnante généralement.

Plus elles sont en France depuis longtemps, plus elles connaissent les manières de faire d'ici donc elles savent plus comment gérer, se prendre en charge. Elles ont compris le fonctionnement du système on va dire.

20. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Oui parce que selon les cultures, elles ont pas du tout le même vécu dans leur pays d'origine. La culture influe sur cette thématique de la sexualité. C'est aussi extrêmement variable d'une personne à l'autre. Ce n'est pas la même chose une jeune mineure arrivée en France, mariée de force dans son pays, qui se retrouve ici dans un foyer de l'ASE ; qu'une femme mariée, qui est ici avec son mari. Ça

n'a rien à voir. La prise en charge va être totalement différente selon l'histoire et le parcours des unes et des autres. Elles n'ont pas toutes vécues la même chose.

21. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non du tout je n'en ai jamais eu

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

22. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Ce n'est jamais une question simple, c'est une question qui relève de l'intime. Je ne suis pas sûre qu'elles aient toutes envie d'aborder ces questions-là, je pense que des fois elles ont tellement de soucis autres dans leur vie que ce n'est pas la question principale. Malgré tout, ça en est une vraie aussi, donc je pense que c'est important de s'en occuper. Après selon les cultures, il y a des filles qui vont être extrêmement gênées de discuter de ces questions-là.

Questionnaire : Précise « manque d'accès aux services médicaux ; Vigilance sur les situations à risque de prostitution ou de violences sexuelles +++ »

23. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Ce qu'il faut c'est de les mettre en confiance, qu'on ait un rapport de confiance avec elles, qu'on réussisse à rentrer dans leur intimité sans être trop intrusive pour les accompagner au mieux. Mais il faut quand même qu'elles restent maitresses de ce qui leur arrive et de les accompagner dans tout ça.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Non je n'ai pas d'idée spécifique comme ça, mais oui des formations sur ces questions-là je pense que c'est toujours intéressant.

Il y a la question de l'excision où il y a des choses qui se mettent en place un peu sur le département mais je n'ai jamais eu d'information directement sur tout ça et ça ça m'intéresserait.

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis la coordinatrice d'une association contre les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes. On a différentes activités mais l'une de nos principales est l'accueil de femmes victimes de violences au sein du couple et de femmes victimes de violences sexuelles. On fait également beaucoup de prévention de ces violences sexistes et sexuelles par des interventions dans les établissements scolaires, par des temps forts à destination du grand public, principalement autour du 8 mars et du 25 novembre mais également en organisant des temps de sensibilisation, voir de formations avec des élus, des professionnels.

L'association est composée d'une cinquantaine de salariés permanents, de beaucoup de salariés en insertion et de jeunes en service civique, c'est une grosse asso. En revanche, espace femme est un petit service, on est trois salariées permanentes, une personne en service civique la moitié de l'année et sinon ce sont des bénévoles (2 bénévoles très actifs et d'autres bénévoles plus ponctuels).

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Non pas énormément. Il y en a quelques-unes parmi les femmes qu'on peut accompagner mais c'est une ou deux par an sur plus d'une centaine de victimes. Pour les deux que j'ai pu être amenée à rencontrer, ou avec qui j'ai échangé par téléphone, il y en a une qui était en hébergement d'urgence donc on a dû lui donner les coordonnées d'espace femme là-bas, ils ont fait un lien ; et l'autre c'est une demandeuse d'asile hébergée dans une asso qui fait de l'hébergement d'urgence. Ce qu'elle m'a expliqué, parce que je l'ai eu trois fois au téléphone en avril, c'est qu'elle était à son arrivée sur le territoire français hébergée par quelqu'un qui lui a fait subir des violences sexuelles en échange de l'hébergement et c'est comme ça qu'elle s'est retrouvée il y a plus d'un an hébergée dans l'asso. Elle a été orientée vers nous par les pros ou bénévoles de cette asso. Il y a aussi une asso qui m'appelle ponctuellement sur des situations, c'est « solidarité pays de rance ». Je dis « je » mais je ne suis pas la seule à espace femme mais c'est moi qui accompagne les victimes. Mes collègues peuvent les accueillir mais dans l'accompagnement c'est moi parce que je suis la seule à être formée spécifiquement, mais je ne peux pas faire sans mes collègues. L'autre jour j'ai été appelée par un bénévole de "solidarité pays de rance" et c'était par rapport à la situation d'une femme comorienne. Il cherchait un logement ou un hébergement où elle serait un minium autonome parce que elle était hébergée dans des familles de bénévoles mais il y a des choses qui posaient questions, ça n'était pas clair par rapport au comportement d'un hébergeur. Après, elle affirme qu'il n'y a pas de harcèlement ou de demande de la part de cet homme mais il y avait quand même des suspicions par rapport à ça. Les rares femmes migrantes qu'il sont orientées vers chez nous, il peut avoir des questions autour de ce qui se passe pour elles en termes de probables violences sexuelles. A chaque fois la question s'est posée.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Oui, on est vraiment repéré comme un accueil pour femmes victimes de violences conjugale au sein du couple et comme un accueil de victimes de violences sexuelles. Si la personne est orientée vers nous parce

qu'il y a dénonciation de violences sexuelles ou suspicions etc, à un moment à un autre ça va être abordé. Nous on est vraiment sur la lutte contre les violences faites aux femmes.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ? (Répondu plus haut)

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Je me sens à l'aise. Par contre c'est vrai qu'il y a le risque de l'épuisement professionnel. D'ailleurs je suis salariée de l'association 3 jours par semaine et par ailleurs j'ai une activité indépendante. Je suis sociologue avec une spécialisation lutte contre les violences faites aux femmes, rapports sociaux de sexe et tout ça. C'est un choix de ma part de ne pas être à temps plein sur ce poste parce que je pense que ça peut être très compliqué, voire problématique en terme de santé mentale et de bien-être au sens large, d'entendre toute la semaine des récits de violence.

On accueille peu de femmes migrantes ici. En revanche, j'ai été bénévole dans l'accompagnement des MNA. J'en ai rencontré plusieurs et je suis toujours en lien avec une jeune fille ivoirienne qui est arrivée il y a plusieurs années sur St Brieuc. J'ai bien conscience de ce que risque toute personne qui entreprend un voyage vers l'Europe. Ces risques sont plus importants pour les jeunes et particulièrement les jeunes femmes.

Il faut se protéger absolument, l'épuisement professionnel est un vrai risque. Je ne suis pas accompagnée, c'est un grand sujet. J'avais mes entretiens pro avec mon directeur il y a deux semaines et c'est exactement ce que je lui ai dit. Je le redis à chaque fois. Il faut absolument trouver les moyens de mettre en place, peut-être pas une supervision parce que ça serait spécifiquement pour moi, mais un temps d'analyse de pratique peut-être. Moi je le fais de manière informelle. Quand on a des réunions d'équipe ou à certains moments quand une situation pose problème, j'informe mes collègues (parce qu'elles sont susceptibles d'avoir la personne en ligne ou de l'accueillir si elle se présente spontanément et que moi je ne suis pas disponible) mais il m'arrive très souvent de leur dire : « là j'ai besoin d'en parler avec vous parce que là c'est compliqué ». On le fait de manière informelle mais on n'a pas de vrai temps d'analyse de pratique avec une intervention extérieure et ça c'est un vrai manque.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Je me sens bien, d'autant moins en difficulté qu'on n'a pas les moyens d'avoir un recul sur notre pratique, alors moi je ne me gêne pas pour en parler. (Rires) Si j'ai une difficulté ou je suis débordée par une

situation, je vais très facilement en parler (sans évidemment déroger à la règle du secret professionnel) notamment dans les réunions de coordination avec les autres chefs de service de l'asso.

J'aborde la question des violences de manière systématique. On a cette chance d'être un service ouvert à tout le monde en termes de professionnels et on ne se cache pas d'être par ailleurs des militantes, d'être du côté des victimes. C'est un accueil inconditionnel là-dessus donc il n'y a pas de souci pour aborder plein de questions. En plus, moi ça fait 30 ans que je travaille sur ces questions-là donc je suis à l'aise avec ça. Je pose la question systématiquement à toutes les femmes, pas uniquement les femmes migrantes, depuis un an et demi parce que c'est en lien avec une recherche que j'essaye de mener dans le cadre de mon travail de sociologue. Il y a en effet un lien de causalité très important entre violences conjugales et passage à l'acte suicidaire qui n'est pas du tout étudié ou très mal. Du coup j'essaye d'alerter sur ce sujet-là : il y a tout autant de femmes qui mettent fin à leurs jours à cause des violences qu'elles subissent, que de femmes qui sont tuées par leur conjoint ou ex conjoint, voire plus. En fait du coup je pose systématiquement la question : est-ce que vous avez déjà eu des idées suicidaires ou vous avez déjà tenté de mettre fin à vos jours à cause des violences que vous subissiez ou que vous subissez ? Et ce n'est pas compliqué, ça fait partie des batteries de questions. Sur les violences sexuelles et la santé sexuelle, si la femme migrante s'exprime mal en français, ça va être plus long d'arriver à ce type de questionnement mais les questions sont posées. Après les femmes elles répondent ce qu'elles veulent. Il n'a pas de tabou sur ces thèmes.

Il y a un bon partenariat sur le territoire de l'agglomération, donc très souvent les victimes qu'on oriente vers nous sont adressés par des partenaires. C'est assez rare que les victimes aient trouvées nos coordonnées sur internet ou qu'elles aient appelées le 3919 et qu'ils aient réorientés vers nous. Ça arrive mais peu. Après il y a aussi le bouche à oreilles parce que l'association au niveau local et national sont des services qui sont connus. Ça existe depuis 2004.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Je suis formée, j'ai l'habitude, je fais ça depuis très longtemps.

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Non. Ça peut être évoqué mais en général on réoriente vers le centre de planification ou le planning familial. Après on peut tout à fait aborder ces questions-là mais ça ne se pose pas ou très peu.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

On ne fait pas de suivi de grossesse. On peut être amené à rencontrer des femmes enceintes victime de violence mais ne fait pas de suivi. En revanche on essaye actuellement de mettre en place une permanence de la PMI au sein de nos locaux, de manière à ce que les femmes qui n'ont pas de mode de garde ou qui ont du mal à se séparer de leur enfant, puissent venir. Elles peuvent venir soit pour avoir des entretiens avec moi, soit pour venir au groupe de parole que j'anime deux fois par mois. Pendant ce temps leur enfant serait pris en charge par deux puéricultrices de la PMI. Ça permettrait de faire du lien avec ce service notamment en terme de suivi de l'enfant. C'est un projet qu'on a depuis fin 2019. Certaines femmes

viennent en effet avec leur enfant en consultation mais ça me pose problème d'avoir des récits de violences devant un enfant tel qu'il soit.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui ça peut arriver aussi mais ce n'est pas souvent. Vu qu'on est un service avec des militantes sur ces questions-là c'est pareil, c'est clair. On va facilement faire des liens avec l'hôpital ou le centre de planification, vers ceux et celles qui sont en capacité d'accompagner les femmes.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Ça peut arriver, je pense notamment à des cas de violences sexuelles où je peux être amenée à poser la question. C'est le cas par exemple d'une victime de viol pour laquelle dans le cadre de sa prise en charge je peux poser la question. Ça peut aussi être le cas avec des femmes victimes de violences qui découvrent, après avoir quitté leur conjoint ou en étant toujours avec leur conjoint, qu'en fait il a été infidèle. Donc ça peut être un sujet abordé, mais c'est dans des situations bien précises. Sur ces questions-là, on aborde leur droit à disposer de leur corps et c'est complètement dans les thématiques de droit des femmes et de féminisme dont on traite. Donc pour nous il n'y a pas non plus de difficultés là-dessus. L'idée c'est de donner des infos et surtout que les femmes aient les ressources. Après elles s'en saisissent ou pas.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça moins, mais c'est lié au fait que les femmes qui viennent vers nous vont parler des violences pas spécialement de ces choses-là. Il est possible qu'on en parle mais c'est moins en lien avec les thématiques pour lesquelles le service existe en tant que tel.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? (Problèmes de couples...) Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui. Ce sont des femmes qui demandent un RDV avec moi ou qui se présentent spontanément, et en général si elles demandent un RDV c'est qu'on leur a parlé de nous, qu'elles savent qu'on traite des violences. Ça va être la porte d'entrée à l'échange. Il se fait en entretien individuel ou en groupe de parole. Les groupes de parole c'est pour les femmes que j'accompagne depuis un certain temps et qui sont en demande de collectif. L'essentiel de l'entretien se fait quand même en individuel.

14. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non pas vraiment mais parce que ça ne se présente pas. Après nous on a un partenariat avec « bulles solidaires ». C'est une asso qui récolte des protections périodiques, des produits d'hygiène féminine etc. Donc là on a reçu un stock et justement l'idée ça va être d'en mettre à disposition notamment dans notre boutique solidaire ou dans mon bureau donc oui il est possible que je sois éventuellement susceptible d'en parler mais ce n'est pas notre porte d'entrée.

15. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui ça peut arriver d'autant que ça fait vraiment parti des violences.

Ça dépend vraiment du contexte. Ça a pu être abordé avec des femmes d'origine étrangère mais ce n'est pas une question que je vais poser sauf si le ou la partenaire qui oriente vers moi m'en parle.

16. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Oui pareil parce que nous on considère que c'est une violence faite aux femmes.

Ce n'est pas de manière systématique dans le sens où c'est juste si j'ai une suspicion par rapport à ça, ou parce que ça m'est dit par le ou la partenaire qui oriente. Je suis formée là-dessus donc je peux l'aborder assez facilement mais comme ça ne se présente pas souvent je l'aborde peu voire pas.

17. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Soutenu différemment c'est une évidence.

On aimerait avoir plus de moyens pour faire davantage pour les femmes ça c'est sûr, du temps de travail en plus, des moyens financiers pour proposer plus d'activités, d'accompagnements.

18. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Ça n'a pas n'a pas été nécessaire jusqu'à présent parce que moi encore une fois j'accueille peu de femmes d'origine étrangère mais en plus je parle anglais couramment. Actuellement j'accompagne une dame assez âgée qui ne parle pas du tout français mais du coup on parle anglais. Sinon ça peut m'arriver un tout petit peu d'échanger avec des femmes migrantes en anglais mais celles qu'on a reçu, notamment les deux dont je vous parlais depuis le début 2021, sont d'Afrique Subsaharienne et elles parlent français. Moi je si pouvais parler d'avantage anglais je serais ravie.

19. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui. Je pense que la culture française est dans toutes les infrastructures qui peuvent être proposées en terme de prise en charge de la santé sexuelle. Du coup, à un moment une femme qui est là depuis longtemps aura peut-être plus facilement certains reflexes notamment en termes de consultation gynécologique etc. Je pense que ça joue mais je n'ai pas fait d'étude sur le sujet, c'est juste que je constate que c'est quand même plus facile quand on connaît les ressources en France.

20. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?

Oui, justement avec les femmes qui ont été victimes d'excision, il va y avoir une difficulté à en parler pour la plupart. C'est vrai qu'elles peuvent venir de tous les pays, parce que l'excision se pratique partout, mais forcément le pays d'origine va avoir une incidence sur le rapport à ces questions d'intimité, de sexualité.

Plus ça sera complexe d'en parler dans le pays d'origine, plus ça sera complexe d'en parler ici à l'arrivée. Le pays d'origine influe notamment en fonction des biais culturels, des tabous.

21. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Sur tout ce qui est excision, j'ai fait une formation spécifique à Paris au GAMS centrée sur l'abolition des mutilations sexuelles. Ça m'avait bien retournée d'ailleurs, parce qu'à l'époque je n'avais pas du tout l'expérience que j'ai aujourd'hui. Sinon sur les violences sexuelles, j'ai fait des formations du collectif féministe contre le viol auprès de médecins légistes etc. Dès que j'avais l'occasion d'assister à des formations, des conférences j'y allais donc oui j'en ai fait un certain nombre.

J'ai essayé dans la mesure du possible d'assister à des rencontres de réseaux. La dernière c'était il y a quelques années sur St Brieuc, sur la santé des personnes migrantes au sens large. J'ai essayé d'assister à pas mal de trucs mais je n'ai pas de formation spécifique sur la santé des personnes migrantes, c'est plus dès que j'ai l'occasion, que je suis disponible surtout, que j'essaie d'assister à des temps. C'est important de se former.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

22. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Oui il y a le manque de moyen humain, financier, le manque de formation aussi des professionnels sur le plan culture d'origine, interculturalité etc. Il y a aussi le manque de formation sur la santé sexuelle en général aussi parce que souvent les professionnels ne sont pas à l'aise pour aborder certaines questions. Il y a tout ça donc bien sûr qu'il y a des freins. Chez les femmes la culture est un frein.

23. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Le bon partenariat, la formation des professionnels c'est une évidence, mais c'est comme ça dans toute prise en charge de personne, quelle que soit la problématique de celle-ci.

Pour les femmes, le réseau dans lequel elles sont est facilitateur. Plus elles connaîtront des gens, des personnes ressources et plus ça sera facile pour elle d'aller demander de l'aide.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis sage-femme et donc je travaille à l'hôpital. L'hôpital fait actuellement 2500 accouchements par an. On a une population migrante assez importante. On a une grosse communauté turque. Les nationalités évoluent en fonction des années et des mois. On a eu beaucoup de femmes Comoriennes, Mahoraises à un moment, à un autre moment c'était plutôt des femmes d'Afrique Subsaharienne, ça peut aussi être des pays de l'est. C'est par période, c'est hyper varié et c'est vrai que du coup les thématiques ne sont pas les mêmes non plus.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Je travaille aux urgences gynéco, en salle d'accouchement et en maternité. Je ne fais pas tout ce qui est suivi de grossesse. Aux urgences gynéco les femmes sont parfois adressées par leur structures d'hébergement. Par exemple quand elles viennent d'arriver, les professionnels sont parfois un peu en panique dans les CADA en se disant : une femme enceinte qui vient d'arriver, elle a voyagé pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, il faut qu'elle aille vite à l'hôpital faire le point. Parfois ils nous les déposaient comme ça aux urgences gynéco. Ça a un peu changé parce qu'on a réussi à travailler ça avec eux et ils ont compris que c'était mieux d'organiser et de prendre des RDV pour qu'elles puissent avoir un suivi comme une femme née en France, un truc bien organisé. C'est vrai qu'aux urgences on est pas capable de tout faire, on fait un premier point et on est obligé de les re-convoquer derrière donc ce n'est pas forcément très utile. Après autrement on essaye de travailler la communication entre nos services, notamment avec le centre de vaccination international. Il prend en charge les populations migrantes, fait le point avec eux sur leur état de santé, la vaccination et tout ça. Il y avait une mauvaise communication entre eux et nous, ils nous adressaient facilement les patientes enceintes mais l'inverse n'était pas vrai, nous on pensait pas forcément à leur adresser les femmes migrantes enceintes. Il y avait un petit travail de communication a effectué, mais c'est en court donc ça devrait être mieux.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Oui. Moi je les vois dans le cadre d'une grossesse après ça peut être dans le cadre de la gynécologie mais je ne fais pas de suivi gynécologique. La plupart des femmes migrantes n'ont jamais eu de frottis de leur vie par exemple, il faut absolument penser à faire le point là-dessus, sur le cancer du sein comme pour toute femme de plus de 25 ans. Et puis sur les IST évidemment.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Honnêtement je pense qu'on passe à côté de plein de choses. Si on parle des mutilations sexuelles par exemple, je pense qu'on est mal formé malheureusement à ça et que les premiers grades de mutilations sexuelles souvent on ne les repère pas bien. Etonnamment on les voit nues ces femmes et c'est la zone pour laquelle on travaille. Quand c'est juste une clitoridectomie, si le personnel n'est pas formé à ça et si on est pas attentif à ça, ça ne se voit pas forcément au premier coup d'œil. Du coup je pense qu'il y en a plein qui

passer à l'as. Le questionnement n'est pas forcément fait non plus, je pense par méconnaissance des professionnels aussi parce qu'on sait pas toujours quels sont les pays à risque et on y pense pas tout le temps. Là-dessus il y a un gros travail à faire, déjà interroger la patiente et être attentif, tout en sachant qu'il faut faire attention à ce qu'on leur dit, elles ne sont pas toujours conscientes qu'elles ont été victimes d'une mutilation. Il ne faut pas forcément l'annoncer comme ça de but en blanc parce que pour elles, c'est peut-être un corps parfaitement normal comme le corps de leur mère, leur cousine. Il faut faire attention à ce qui est dit et annoncé. Et après ce qui est violence intraconjugales ou même prostitution, je pense que ce n'est pas beaucoup abordé malheureusement. Il y a des femmes qui vont l'aborder spontanément, vont raconter leur parcours migratoire par exemple et vont nous dire que la grossesse est issue d'un viol pendant le trajet. Parfois on est averti, mais je pense que dans la majorité des cas on ne le sait pas et on ne fait pas bien notre boulot parce qu'on ne pose pas la question non plus, par peur de la réponse qu'on va recevoir parce que c'est la peur d'avoir une réponse positive : « oui je suis victime de violence » et du coup en retour le professionnel se dire qu'est-ce que je dois faire ?

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Si c'est actuel je vais avoir tendance à essayer d'hospitaliser la personne pour protection, faire une hospitalisation sous un prétexte bidon pour un motif physique pour essayer de faire jouer tous les intervenants qui pourraient aider cette patiente : travailleurs sociaux, centres d'hébergement si besoin, la PMI, les médecins légistes. Pour être sûre que la patiente soit protégée momentanément dans la structure hospitalière et comme ça on peut faire la boucle avec tous les professionnels qui peuvent l'aider. Si c'est passé, à part jouer sur le côté psychologique on ne pourra peut-être pas faire grand-chose. Là ça serait de l'orienter vers le centre de vaccination internationale, parce que eux ils ont accès avec l'unité médico-psychiatrique à des consultations spécialisées pour les stress post traumatique et ils ont des facilités pour la traduction. Parce que le problème est aussi là, parfois il y a la barrière de la langue qui rend impossible tout travail si on n'a pas les traducteurs formés. Pour ça s'est un peu compliqué, Google traduction c'est pas terrible dans ces cas-là. Pour les violences futures, je sais qu'il faut être hyper attentif quand c'est des petites filles qui vont naître parce que malheureusement pour les mutilations sexuelles ou pour les violences sexuelles quand leur mère a été victime elles sont à risque aussi.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité de repérer quand une personne est en danger/ en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées pour les violences sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, physiques et sexuelles). Et ne se sent pas en capacité pour les violences économiques/administratives/sociales et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Alors honnêtement s'il n'y a pas la barrière de la langue, j'essaye de m'isoler avec la patiente parce que si elle est accompagnée, on sait pas forcément avec qui, ce qu'elle va oser dire devant cette personne et cette

personne peut être le conjoint auteur de violences aussi par exemple. Toujours essayer de trouver un prétexte pour la voir seule et essayer d'en discuter avec elle à ce moment-là pour établir un lien de confiance. Après le problème c'est que je n'ai pas de suivi, je vois les patientes une fois peut être deux. Ça ne sera pas moi leur référent, ce n'est pas forcément avec moi que ça va être le plus facile de nouer un lien de confiance, après au moins j'aurais évoqué les choses et peut-être provoqué un déclic. Elle saura qu'elle peut être suivie et recevoir de l'aide. J'aurais pu l'adresser ou lui donner les coordonnées des personnes ressources en qui elle pourra avoir totalement confiance et qui pourront l'accompagner. Quand il y a la barrière de la langue c'est plus compliqué. Aux urgences c'est des consultations qui ne sont pas programmées donc la traduction avec des organismes spécialisés dont le RLG, (on a un partenariat avec eux pour la traduction) ça fonctionne bien quand c'est de la consultation programmée et qu'il y a des RDV mais moi aux urgences ou lors d'un accouchement je ne peux pas en bénéficier. Après il y a aussi des applications qui sont pas mal faites sur le téléphone mais c'est plus limité.

Pour l'orientation auprès de mes collègues de l'hôpital, si une personne m'a indiqué être victime de violence, je le note dans son dossier de grossesse. On est obligé parce qu'il y a un risque pour la patiente et son enfant à naître. On va être hyper attentif à tout ça pendant la grossesse et après l'accouchement pendant son séjour à la maternité parce qu'il faut qu'on les laisse sortir tous les deux en étant sûr qu'ils soient en sécurité.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'en parler quand une personne est en danger/ en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées pour les violences sexuelles, conjugales et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Pas forcément assez formée. Je pense qu'il y a plein d'asso locale qu'on ne connaît pas. Après, on fait le lien avec les ASS de l'hôpital, la PMI qui eux je pense connaissent mieux les personnes ressources mais nous à notre niveau on est souvent limité à ça. Il y a aussi la psychologue ou l'unité mobile de psychiatrie, le centre de vaccination international. Ces derniers ont aussi je pense beaucoup de personnes ressources à qui on ne penserait pas forcément.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en danger/ en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées pour les violences sexuelles dans un cadre professionnel. Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en souffrance face à une situation de violence passées pour les violences conjugales.

Précise concernant l'orientation, pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violences: « Je ne connais pas bien tous les intervenants, aidants potentiels »

Précise concernant l'orientation, pour accéder à un hébergement en cas de besoin : « Il est quasi impossible d'obtenir un hébergement pour le jour même. Si enfants à la maison, la femme va vouloir rentrer chez elle et se met éventuellement à nouveau en danger »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

La contraception en général est évoquée pendant les consultations de suivi de grossesse, plutôt en fin de grossesse. C'est une première approche pour permettre aux femmes de réfléchir sur leur fin de grossesse, sur ce qu'elles souhaiteraient. Et puis on ré-aborde le sujet après l'accouchement, pendant le séjour en maternité. Certaines femmes savent déjà exactement ce qu'elles veulent et avec d'autres on ré-évoque un peu tous les moyens possibles pour elles. En général elles sortent de la maternité avec une prescription de contraceptif. C'est vrai que pour les femmes en situation de vulnérabilité, migrantes ou déficientes intellectuellement, soit toutes les personnes qui sont à risque de ne pas être revue parce qu'elles vont arrêter leur suivi, on essaye de leur mettre un moyen de contraception dès la maternité. Souvent le truc le plus facile c'est l'implant, on peut le poser tout de suite après l'accouchement et il est efficace pendant 3 ans. Comme ça elles n'auront pas à penser à ça. Après culturellement parlant parfois la contraception c'est pas non plus accepté facilement. Souvent quand on parle de contraception certaines femmes me disent : c'est mon mari qui va décider. Parfois c'est un peu compliqué pour nous de faire passer le message et que ça soit une décision qui vienne d'elles. Parfois c'est quasi impossible, surtout quand on utilise le père comme traducteur auprès de sa femme, on se rend compte sur ce sujet-là que la traduction n'est pas faite. On dit 10 phrases et lui traduit deux mots et dit : « non non elle ne veut pas de contraception ». On sait très bien qu'il n'a pas du tout traduit tout ce qu'on venait de dire. D'où l'importance aussi d'avoir accès à des traducteurs neutres.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Si elles sont hébergées, en général les structures d'hébergement les adressent au centre de vaccination international. Ils ont le réflexe pour tout migrant primo arrivant. Quand ils découvrent des grossesses là-bas (au centre de vaccination international), ils nous les adressent après pour les suivis de grossesse. Ça c'est assez facile, sinon il y en a un certain nombre qui sont hébergés par des compatriotes et elles arrivent plutôt par le biais des urgences parce que c'est du bouche à oreille, ou alors par les services sociaux qui nous les adressent.

A partir du moment où elles sont enceintes, on va leur prendre des RDV pour leur suivi de grossesse. Après les RDV ils sont plus ou moins honorés, les gens ne viennent pas forcément, à cause des problématiques de transport, le choc culturel. Elles n'adhèrent pas forcément au suivi de grossesse tel qu'il est fait ici. Elles peuvent aussi avoir d'autres problématiques de logement, financier, d'autres enfants à garder et donc pas dispo pour venir, il y a plein de choses qui font qu'elles n'ont pas un suivi de grossesse très régulier mais en tout cas les RDV sont posés.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Je ne vais pas pouvoir beaucoup te répondre parce que en fait pour les IVG ça va être vu au centre de vaccination international. Si elles sont en tout début de grossesse c'est eux qui vont aborder ce sujet-là, elles sont vu sinon au planning familial pour ça. Ce n'est pas géré du tout aux urgences.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Si leur première consultation est faite au centre de vaccination international c'est vu là-bas. Si elles arrivent aux urgences et qu'elles n'ont jamais été vu, ça va être fait aux urgences parce que les hépatites et le VIH font partie du bilan qu'on fait systématiquement à toute femme enceinte, peu importe qui est leur premier intervenant, que ça soit les urgences gynéco, les consultations de grossesse ou le centre de vaccination on va tous le faire. Le centre de vaccination international peut aussi faire le point sur d'autres maladies que l'on ne connaît pas ou auxquelles on ne pense pas, tel que la tuberculose. C'est donc important de leur envoyer les patientes qu'ils n'ont jamais vu.

Quand le résultat est positif, il y a une annonce qui est faite à la patiente. On lui donne un RDV de consultation au cours duquel on va lui annoncer le diagnostic et elle va être suivie conjointement à sa grossesse. Il y a aussi le service d'hématologie et d'infectiologie qui prend le relais pour ce qui est traitement. Ça va être un travail en binôme.

C'est régulier que les résultats soient positifs, notamment chez les femmes d'Afrique Subsaharienne c'est assez fréquent. Parfois il y a aussi quand c'est des couples binationaux par exemple avec une femme d'origine Subsaharienne et un conjoint qui est français. On a déjà eu plusieurs fois le cas, où la patiente ne voulait pas annoncer le résultat à son conjoint. Donc là il y a toute la problématique de la mise en danger d'autrui, c'est un peu compliqué à gérer. Il y a un tout un travail de discussion, lui faire comprendre les risques.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui quand elles sont en début de grossesse, on fait en systématique une palpation mammaire et un frottis après ça peut être fait uniquement au premier trimestre. Si elles arrivent et qu'elles sont plus avancées dans leur grossesse, c'est plus compliqué parce qu'on ne fait pas de frottis, ça fait saigner le col de l'utérus, donc il faudra attendre la fin de la grossesse pour pouvoir le faire. Le risque c'est qu'après l'accouchement on ne les revoit pas forcément parce qu'elles ne vont pas toujours continuer à se faire suivre. Il y aura malheureusement des pertues de vue. Pour la palpation mammaire c'est pareil, sur une grossesse avancée il y a de la masse graisseuse en plus sur les seins du coup c'est pas très fiable. Si elles sont vues en début de grossesse ou avant d'être enceinte ça va être fait. Sachant que j'ai appris il n'y a pas longtemps qu'il faut faire attention parce que les patientes qui n'ont pas de prise en charge sociale, il ne faut pas leur faire de frottis tant qu'à ce niveau-là ça n'a pas été débloqué. Autrement, elles vont recevoir la facture parce que ce n'est pas pris en charge par la PASS, et en général elles sont pas capables de payer. Donc tant que la prise en charge au niveau de la couverture de santé n'est pas actée, il faut décaler un peu le frottis sinon elles vont être embêtées au niveau du remboursement.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Pas de façon systématique mais c'est en fonction de mon ressenti, ce que la patiente va me dire ou si je la trouve très renfermée sur elle. J'avoue-je ne le fais pas en systématique, ce n'est pas bien, je pense que pour n'importe qui, migrante ou pas, il faut poser la question.

14. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui on leur en parle aussi, tout bêtement parce qu'on fait des analyses d'urine tous les mois chez la femme enceinte et qu'avant de faire cette analyse, il faut faire une toilette intime. Du coup c'est des choses qui sont évoquées assez facilement.

15. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

J'en ai déjà parlé avec des patientes pour qui c'était noté dans le dossier, et du coup je voulais aborder avec elle la possibilité de reconstruction. Au moment de l'accouchement, ça peut être l'occasion (notamment si c'est une césarienne programmée, comme on sait qu'il y va avoir une anesthésie) de faire de la reconstruction. Le problème c'est que la reconstruction ça ne se fait pas dans n'importe quel hôpital, je ne sais pas si à Rennes ils le font, mais à Nantes oui. Le problème ça va être ça aussi que c'est des patients qui ne vont pas avoir forcément la possibilité d'aller accoucher dans ces hôpitaux lointains alors qu'elles habitent ici, pour bénéficier d'une reconstruction le jour de leur accouchement. C'est un peu compliqué pour elles, c'est rare qu'on puisse profiter d'une naissance pour en même temps faire des reconstructions. C'est compliqué en lien avec le transport mais aussi l'hébergement sur place.

16. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Oui, pas avec toutes non plus mais ça m'est déjà arrivé en maternité. C'est pareil c'était plutôt un ressenti, une patiente qui était assez renfermée, qui ne nous regardait jamais quand on parlait et elle pleurait beaucoup. En fait elle habitait chez des compatriotes et à un moment elle nous a dit que les gens chez qui elle était n'étaient pas gentils et donc on a tout fait pour mettre en place un logement en urgence pour qu'elle ait son propre hébergement. Au départ elle était contente finalement elle ne voulait plus y aller. C'était assez compliqué. Ce n'était peut-être pas de la prostitution mais je me demandais si elle n'était pas un peu exploitée comme esclave ou bonne à tout faire chez ses compatriotes. Du coup j'ai abordé la question avec elle, elle me n'a jamais dit ouvertement oui. En tout cas j'avais un peu incisé là-dessus mais je n'aborde pas en systématique non plus la question.

17. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Moi j'aurais beaucoup aimé justement pouvoir prendre plus en charge ces populations-là. C'était un peu ma demande. J'aurais bien aimé faire les consultations PASS pour qu'elles puissent avoir un référent et qu'il y ait une relation de confiance qui s'instaure. Parce que quand elles viennent aux urgences, si la première fois que le je les voit, elles sont en début de travail, sont douloureuses et ce n'est pas forcément le moment où ça va être facile de se confier et de raconter les choses, l'accouchement c'est pareil. Je ne suis pas forcément au bon moment de leur vie pour pouvoir aborder des sujets comme ça et pour instaurer une relation de confiance sur du long terme. C'est un sujet qui me passionne, j'aurais bien aimé pouvoir

faire un peu de consultations de grossesse notamment dans le cadre de la PASS. Pour l'instant ça ne se fait pas.

Sinon j'essaye de me former notamment avec le RLG, pour pouvoir leur apporter le meilleur suivi possible. J'ai fait un DU de médecine tropicale à Rennes, j'ai appris plein de chose là-dessus. J'ai soif d'apprendre encore sur le sujet.

Pour accompagner différemment, ça serait pour moi d'avoir un autre mode d'exercice à l'hôpital. Honnêtement en consultation t'as du temps devant toi, alors qu'aux urgences ça va être beaucoup plus compliqué. Tu pars au plus urgent, au plus rapide et tu vas les orienter vers les bons référents mais ce n'est pas forcément toi qui va pouvoir les accompagner. A part les adresser tu n'as pas le temps de pouvoir faire beaucoup plus.

18. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

On a une liste de personnel de l'hôpital qui se sont portés volontaire pour être interprète, après les langues sont limitées. On peut avoir recourt à eux et sinon j'ai beaucoup de collègues qui utilisent Google traduction. Moi en faisant mon DU de médecine tropicale avec le RLG, ils nous avaient parlé de d'autres logiciels, ou sites comme tradumed, tralho qui sont plus fiables médicalement parlant. J'essaye d'utiliser ça maintenant. Souvent elles sont accompagnées d'un proche ou d'une connaissance qui traduit et ce n'est pas forcément bien. La présence d'un interprète manque. Je n'ai jamais fait avec un interprète par téléphone ou en face.

19. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui sûrement parce que je pense que à leur arrivée il y a tellement de choses à gérer. Il y a un déracinement, elles ont plein de choses à encaisser, à digérer, une nouvelle culture à laquelle s'habituer, des problèmes financiers. Elles sont submergées par tant de nouveautés. Je ne suis pas sûre que leur santé sexuelle soit vraiment leur priorité alors qu'au fur et à mesure, plus elles sont là depuis longtemps, plus je pense que leurs besoins se rapprochent de la population française d'origine.

20. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?

Oui, parce que c'est pareil il y a leur culture qui va jouer et on a pas du tout la même notion de l'intimité en fonction de la culture d'origine. Donc oui c'est évident que ça joue.

21. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ? Déjà répondu plus haut

Questionnaire : formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

22. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Pour moi les freins ça va être déjà la formation du personnel, le fait de les questionner ou pas sur le sujet. Après il va avoir aussi les freins culturels, de traduction et le fait d'établir une relation de confiance. C'est

assez tabou comme sujet que ça soit du côté du professionnel comme du patient. Je pense que s'il y a des consultations répétées avec une même personne, le stress des deux côtés va diminuer et du coup on peut aborder des choses beaucoup plus poussées et beaucoup plus intimes. Donc après le problème c'est que parfois c'est des patientes très mobiles et qu'elles ne vont pas avoir un suivi répété au même endroit avec la même personne. Ce n'est pas l'idéal pour ce genre de sujet.

Questionnaire : Précise : « Grosse problématique de temps lorsque l'on reçoit une patiente victime de violence. Aborder tout le côté médical, social, judiciaire, contacter les différents intervenants, la mettre en sécurité...Souvent fait aux urgences gynéco avec 1 temps parfois limité en fonction de l'afflux de patientes »

Précise : « Barrière de la langue, Absence de droits sociaux, de logement, Confrontation médecine occidentale- leurs croyances, leur médecine, 1er examen gynécologique pour beaucoup de migrantes primo arrivantes, quel vécu pour elles ???, Mutilations sexuelles féminines pas forcément connues, pas vues comme "anormales", Explications +++sur le secret médical, gratuité des soins,... »

23. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

C'est un peu le parallèle c'est problèmes. Si le personnel est bien formé, il va être plus à l'aise et je pense que quand on est à l'aise ça va mettre plus à l'aise le patient qui va répondre plus facilement. S'il y a un suivi régulier, il y a une relation de confiance et c'est aussi un facteur facilitateur pour moi. Du côté des femmes si elles ont de la famille ou des compatriotes sur lesquels elles peuvent compter et qui peuvent leur raconter un petit peu elles comment elles ont été suivies, les avantages que ça peut avoir, ça peut les mettre en confiance aussi et peut être moins stressées par la prise en charge médicale occidentale.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Là comme ça non ça ne me vient pas.

Entretien numéro 6 : 44 minutes le 08/06/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis principalement médecin généraliste. Je suis installée en collaboration dans un cabinet de groupe, on est 6. Je travaille aussi une demi-journée par semaine dans une association public spécifique, c'est des demi-journées où on est salarié là-bas.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Oui. Où je suis installée, c'est un peu la "banlieue chic" donc il y a une grande différence entre les patients que je prends en charge. Il y a pas mal de patients migrants au cabinet parce qu'on n'est pas loin du centre COALLIA qui est un CADA et puis aussi parce que les patients qui peuvent se débrouiller en ville, les patients de Louis Guilloux, souvent on me les adresse quand il y a besoin d'un médecin traitant.

Par le réseau Louis Guilloux et parce que je pense que je suis un peu fléchée au niveau du CADA, parce qu'on est le centre médical à côté. Je pense que mes collègues n'étaient pas forcément passionnés par la prise en charge des migrants donc moi j'ai dit que je voulais bien m'en charger. Je ne prends plus de nouveaux patients en ce moment, à part les patients migrants parce que je sais que sinon ils n'auront personne d'autre dans le coin. En ce moment je n'ai pas énormément d'afflux, j'ai eu un moment où j'avais beaucoup de nouveaux patients migrants il y a un an et là il y en a quand même moins.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

C'est surtout en consultation gynécologique en fait, au niveau des consultations Louis Guilloux, qu'on est amené à voir des patientes en bilan. Dans un bilan, de toute façon, on parlera des antécédents gynécologiques donc souvent ça peut être une porte. J'aborde toujours la question des violences au pays ou sur le trajet migratoire donc souvent c'est là aussi qu'on peut avoir des infos et puis j'aborde, en fonction des antécédents gynécologiques, la question de la contraception, du désir de grossesse. Souvent on l'évoque comme ça.

Je n'en ai pas eu énormément de patientes qui venaient directement du CADA au cabinet que je n'avais pas vu à l'association public spécifique, donc souvent ce sont des personnes qui avaient déjà été suivies à l'association. De toute façon, pour tout nouveau patient je vais reprendre les antécédents et arriver aux antécédents gynécologiques, je vais toujours poser question de la contraception et globalement je pense des violences. C'est dans ma pratique quotidienne.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Régulièrement c'est peut-être un peu fort mais ça m'arrive oui. Ce n'est pas facile de déterminer à quelle fréquence. On reçoit quand même plus de migrants hommes que de migrants femmes, même si on en a de plus en plus. Là dans les situations que j'ai en tête, ce sont des femmes qui ont subies des violences pendant le trajet migratoire ou au pays. Il y a aussi les mutilations sexuelles et puis là j'ai en tête des conjoints violents sur le sol français.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

J'ai surtout peur de passer à côté en fait parce que même si on pose la question, parfois les femmes ne souhaitent pas forcément en parler. Souvent, on arrive quand même à sentir qu'il y a quelque chose qui cloche et si ce n'est pas le moment, j'y reviens dans d'autres consultations. Mais, c'est pareil, si c'est une patiente que je vois pour un bilan et que je ne vais peut-être pas suivre, ça sera moins simple d'y revenir. Sinon je me sens assez à l'aise mais, un peu comme pour les enfants battus, on sait qu'il y en a une forte proportion et qu'on doit passer à côté de certains et ça c'est gênant. Sinon une fois que je sens qu'il y a quelque chose après je suis plutôt à l'aise pour en parler.

Sur des questions un peu classiques. C'est vrai que j'ai plus l'habitude de poser la question pour des femmes migrantes parce qu'on sait qu'il y a plus de risques. Finalement, on pourrait le faire avec toute nouvelle patiente. La question des violences, je la pose systématiquement donc quand on me donne un oui général j'essaye de creuser un peu, est ce que c'est des violences physiques, psychologiques ou sexuelles. Tout en leur expliquant que c'est pas du tout un récit comme ils ont pu faire et refaire au niveau de l'OFPPRA, c'est vraiment sur le plan médical. Souvent j'aborde aussi le point psychologique, du moral, de l'appétit, du sommeil pour repérer des choses et quand je sens qu'il y a des petits dissonnements, j'essaye de creuser un peu pour voir d'où ça peut venir et notamment lié à de la violence. Il y a aussi la question des consultations gynécologiques, parce que tous les médecins à l'association public spécifique ne font pas de consultations gynécologiques, donc parfois je suis amenée à voir des patientes que pour de la gynéco et donc quand je fais le point sur les antécédents gynécologiques, sur la contraception c'est l'occasion de faire un petit peu le point sur ça.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger face à des violences actuelles ou potentielles qu'elles soient conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Pour parler avec elles, moi, c'est quelque chose avec lequel je suis assez à l'aise. Après même sans en discuter, c'est souvent des situations complexes sur le plan de l'accompagnement vers qui orienter, notamment au niveau social. On a la chance à l'association d'être bien entourés, on a toujours deux médecins sur l'asso qui connaissent très bien les différentes solutions, on peut très bien en parler avec eux et finalement au fur et à mesure où on prend des patients qui nécessitent leur aide, on commence à mémoriser un petit peu les différents intervenants et c'est plus sur la suite.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'en parler quand une personne est en danger face à une situation de violences actuelles ou potentielles pour les violences conjugales et sexuelles dans un cadre familial hors couple

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

C'est un peu moins simple. Là je pense que c'est quand même l'association qui m'a beaucoup aidée. On a quelques formations continues et quelques informations locales, mais c'est vraiment grâce à mon activité là-bas que j'ai pu prendre des liens notamment avec le Safed et d'autres association pour femmes victimes de violences. Maintenant je suis un peu plus rodée. Je sais un peu plus vers qui les orienter. J'aurais eu tendance à une époque à donner les coordonnées, souvent c'est quand même ce que je fais, mais là par exemple c'est une patiente très jeune enceinte de 16 ans qui a des violences par son conjoint. Elle n'est pas très investie dans son suivi donc sa prise en charge peut être complexe, et l'immaturation fait que ça a été un peu compliqué de l'orienter. Ici, on a pris le temps avec les autres médecins de prendre les rendez-vous pour elle, sauf que ça on a le temps de le faire à l'association, en médecine générale c'est beaucoup plus compliqué.

Un autre exemple, une patiente qui est avec un nouveau conjoint avec qui elle est arrivée en France parce que la famille ne reconnaissait pas leur mise en couple. Elle avait déjà deux filles. Lors de nos consultations, j'ai senti qu'il y avait quelque chose. Quand je lui posais la question, elle se fermait complètement mais j'ai laissé une porte ouverte. Par la suite, il y a eu une mise à l'abri, je l'ai orientée vers le SAFED et j'ai fait une demande d'hébergement d'urgence pour qu'elle et ses deux filles soient mises à l'abri.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter quand une personne est en danger face à une situation de violences actuelles ou potentielles pour les violences sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Ajoute concernant l'orientation, pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violence : « Difficulté pour les autres situations (hors femmes enceintes) »

Ajoute concernant l'orientation, pour obtenir un certificat médical : « difficulté dans les délais pour la médecine légale »

Ajoute concernant l'orientation, pour permettre un suivi médical adapté : « difficulté dans la disponibilité des acteurs (CMP, Staff CMLG et psychiatre) »

Ajoute concernant l'orientation, pour accéder à un hébergement si besoin : « difficultés surtout pour les familles et non les femmes seules victimes »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Globalement je pose toujours les questions des grossesses et de si elles sont en couple. Si elles sont en couple, je pose la question de la contraception et souvent ça me permet de mettre en évidence des contradictions. Par exemple, si elles me disent « bah non il y a pas du tout de désir de grossesse » et qu'il n'y a pas de contraception ça permet de les informer du risque. Je leur explique un peu tout ce qui est possible en terme de contraception et puis j'informe aussi sur les maladies sexuellement transmissibles pour celles qui sont n'ont pas de contraception et qui ne sont pas en couple, avec des informations sur l'usage des préservatifs. J'ajoute que si jamais elles sont en couple et qu'elles souhaiteraient arrêter l'usage du préservatif, je conseille toujours de pouvoir demander à leur conjoint et de faire pour elle-même, un bilan des MST et de discuter d'une contraception.

Assez rarement ce sont les femmes qui en parlent d'elles-mêmes ou alors quand c'est le cas, je ne les suis pas et elles m'ont été adressées pour une consultation gynécologique. Mais il peut y avoir des

barrières. Déjà sur le côté sociétal où elles n'ont pas l'habitude de la contraception et puis il peut aussi y avoir une méconnaissance de la contraception.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui alors pour les femmes migrantes c'est plutôt à l'association, j'ai suivi uniquement une patiente migrante enceinte au cabinet. Ça peut avoir lieu dans la continuité d'un accompagnement ou ça peut être aussi des femmes qui viennent d'arriver en France à qui on découvre une grossesse. Dans ce dernier cas, on lui met préférentiellement un professionnel qui fait de la gynécologie parce qu'on est quelques-unes à faire de la gynécologie à l'association. Le suivi peut aussi avoir lieu suite à une réorientation par mes collègues. Il y a également des suivis à l'hôpital si jamais ce n'est pas faisable par nous, notamment pour les patientes francophones parce qu'on a des difficultés pour voir tout le monde et on essaye de réguler comme ça si besoin. En effet, les suivis sont chronophages et il faut réussir à avoir de la place tous les mois.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui, il y a d'ailleurs une interne qui a fait sa thèse sur les IVG chez les migrantes, ou qui est en train de la faire, en lien avec l'association. En fait moi systématiquement quand les femmes viennent voir pour une grossesse je vais demander si la grossesse était bien désirée.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Nous à l'asso, et même en cabinet, systématiquement on les remet en RDV quand on prescrit un bilan, on les remet en RDV « remise de résultat » pour pouvoir en discuter avec elle et leur expliquer. En pratique, je n'ai pas encore eu de découverte de VIH mais quand ça arrive à l'association, on les oriente vers un médecin qui y est infectiologue. Pour les hépatites B, à chaque fois on explique la pathologie, comment éviter que ça se transmette et notamment l'utilisation de préservatif. Puis, on fait un bilan biologique de deuxième temps avec une échographie et on oriente vers une consultation avec un hépatologue et pareil avec l'hépatite C. Si on a des facteurs de risques comme des changements fréquents de partenaires, beaucoup de partenaires ou s'il y a eu des violences sexuelles durant le trajet, très facilement on peut rajouter à ce bilan de base, le dépistage des MST avec syphilis et chlamydia et gonocoque en autoprélèvement. Tous les patients qu'on voit en bilan au centre médical de l'association public spécifique, on leur prescrit cette prise de sang et après on ajuste en fonction des facteurs de risques.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Quand je fais une consultation gynécologique, une patiente que je vois pour un bilan à l'association public spécifique, il y a plein de choses à voir. On fait le point en fonction des facteurs de risques et si besoin je rajoute des choses. Puis on se revoit et souvent au 2eme RDV ou au 3eme, on fait une consultation gynécologique. Après, il y a aussi les patientes qui viennent pour une consultation

gynécologique parce que le médecin ne fait pas de gynécologie et puis il y a mes patients au cabinet pour lesquels je fais le suivi classique (1 examen par an). Une consultation gynécologique c'est tension, palpation des seins, le poids. On aborde aussi la contraception et à partir de 25 ans on commence à faire les frottis. Avant les 25 ans, s'il y a eu des rapports sexuels, on peut commencer à proposer un examen gynécologique. S'il y a des symptômes, on le propose forcément. Sinon on essaye de montrer un peu en quoi ça consiste pour démystifier un peu les choses auprès des jeunes filles. On prend aussi les antécédents familiaux (cancer) mais aussi les migraines, si elle est fumeuse et si elle a d'autres maladies.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Alors soit elles l'abordent un peu spontanément, soit on peut le sentir. Je demande aussi souvent s'il n'y a pas des douleurs pendant les rapports et ça peut faire le lien. Sinon c'est surtout, et je le fais assez systématiquement, la question du moral qui arrive à un moment dans la consultation. S'il y a un souci, on creuse un peu. Souvent si on me dit que le moral ça va pas, j'essaye de creuser si elles ont envie d'en discuter. Souvent on aborde comme ça l'entourage et le couple.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Pas trop, ça j'avoue que non

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça, ça vient souvent quand il y a des mycoses à répétition ou qu'il y a des signes fonctionnels pour lesquels on a fait un prélèvement qui est normal. En effet, les mycoses à répétition peuvent notamment être le fruit d'un sur-lavage.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Alors ça m'est arrivé, surtout quand on parle du parcours migratoire, de pourquoi elles ont quitté leur pays, ça peut venir spontanément comme ça, dans le cadre des violences au pays. Sinon, c'est vrai que je ne vais pas poser la question systématiquement, en tout cas je cible les patientes auxquelles je peux demander en fonction de la culture. J'aurais plus de tendance à rechercher ça chez des patientes originaires d'Afrique subsahariennes. Ça m'est déjà arrivé aussi, lors de la consultations gynéco, de le constater et donc d'en discuter à ce moment-là.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Non. Ça m'est arrivé uniquement une fois avec une patiente migrante que je suis au cabinet. Elle avait été adressée par le réseau Louis Guilloux et suivie à Vannes auparavant. Les travailleurs sociaux parlaient d'une relation particulière avec son conjoint, j'avais donc essayé de rechercher un peu les choses. Elle a été aussi vue par une autre collègue du cabinet qui était persuadée que c'était son mac. J'avais essayé d'aller plus loin mais elle n'a jamais voulu en échanger. Après, ma collègue

en était persuadée sur des motifs subjectifs mais moi je n'étais pas du tout sûre que ça soit le cas. La dame me disait que ce n'était pas le cas, que tout allait bien.

Sinon, grâce à l'association, maintenant je demande quand les femmes sont logées chez des compatriotes s'il n'y a pas une contrepartie au logement. Pour les femmes migrantes qui ont de nouveaux compagnons en France je le demande aussi assez facilement. Je ne l'aborde pas du tout systématiquement, ça dépend de mon ressenti. C'est de la prostitution sans que ça soit de la prostitution « travailleuse du sexe dans la rue ».

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Je pense que là le fait de répondre à votre questionnaire, ça permet de mettre un peu en relief sur ce que je pourrais faire mieux et notamment la question en systématique que ça soit prostitution ou plaisir. C'est vrai que je demande s'il y a des douleurs pendant les rapports, ça pourrait être l'occasion. Et ce, avec toutes les patientes, même celles de métropole.

Finalement le fait de travailler à l'association me permet d'avoir un soutien suffisant. Je serais uniquement en ville, clairement c'est insuffisant. On n'a pas beaucoup de formation, d'aide, de lien ou de mail qui aborde ces questions. La difficulté c'est notamment vers qui se tourner, vers qui orienter les femmes. Il faut vraiment s'y intéresser pour savoir.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Oui, à l'association public spécifique systématiquement. Avant c'était beaucoup de présentiel, maintenant c'est plutôt par téléphone avec le covid. C'est des interprètes avec lesquels on a l'habitude de travailler donc même par téléphone, c'est très fluide. Par contre en médecine générale non. Ça c'est un autre souci. Je pense notamment à la patiente dont je vous parlais tout à l'heure, pour laquelle on a un doute avec son conjoint. Au début, elle disait qu'elle ne pouvait pas du tout parler français (même si je pense qu'elle se débrouillait quand même pas mal) et son conjoint prenait énormément de place, il parlait 5 langues et était toujours là comme interprète et ça c'était compliqué. Là maintenant elle parle mieux français. De toute façon, je fais toujours sortir l'accompagnant au moment de l'examen. Ça me permet d'avoir une excuse, en disant que c'est de la pudeur, mais finalement c'est surtout un moyen de me retrouver seule avec la femme et de pouvoir poser des questions plus précises. Ça au niveau de l'interprétariat, ça peut aussi être un problème. C'est notamment le cas si ce sont des hommes et parfois même par téléphone, elles refusent que l'examen gynécologique soit fait. Systématiquement lors de l'examen, quand les interprètes étaient en présentiel, la question est toujours posée quel que soit le genre de l'interprète, si ça gêne qu'ils restent ou non. Quand ils restent, ils se tournent vers la fenêtre. Par téléphone, la problématique se pose surtout pour les hommes interprètes. Sinon, ça ne pose pas trop de soucis que les femmes restent en ligne. Ça m'est déjà arrivé que la femme demande à l'interprète de sortir et moi je demande juste à

l'interprète de rester le temps que j'explique à la femme comment se déroulera l'examen, pour qu'après on puisse s'en occuper sans l'interprète.

Quand il n'y a pas d'interprète sa présence manque clairement. Sur l'examen, on se débrouille mais sur l'interrogatoire ça manque. Après, maintenant il y a plein de petits moyens comme Google traduction avec l'enregistrement micro, mais clairement c'est compliqué sans interprète. Si la patiente ne parle ni anglais ni espagnol c'est limité. Un patient qui ne parle pas français en consultation, il y a presque une perte de chance, on va devoir rester très basique alors qu'on aurait pu vouloir lui poser plein de questions pour le soigner au mieux. Donc c'est surtout le fait qu'on passe à côté de certaines choses, et encore plus dans ces thématiques où il y a beaucoup de discussions. Ça c'est ce qui peut être un peu différent pour les patients allophones. Ça peut être des consultations chronophages, il y a beaucoup de choses à dire et il faut que ça soit traduit donc ça prend le double de temps. Nous on a la chance d'avoir des interprètes qu'on connaît et on sait qu'ils traduisent exactement ce qu'on dit, mais ça reste des sujets compliqués et donc on n'est pas toujours sûrs que ça soit traduit de la même façon qu'on voulait le faire passer. Avec quel tact les questions sont posées ? Et ça ce n'est pas toujours simple. Les interprètes de l'asso nous disent assez facilement quand il y a des choses qu'on trouve curieux, ils peuvent nous expliquer que c'est "parce qu'on dit comme ça là-bas".

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui parce que je pense qu'il y a la connaissance du système de santé, mais aussi qu'avec un environnement stable, peut être un titre de séjour, un médecin traitant, les choses seront plus simples. Elles vont pouvoir faire confiance à quelqu'un. Ça sera aussi peut-être plus facile de communiquer en terme de connaissance de la langue. Il y a également le fait que pour les femmes récemment arrivées, on va plus facilement chercher à connaître leur parcours, les raisons qui les ont conduites à partir dont les violences et notamment sur le parcours. On va aussi aborder les questions de prostitution pour le logement. Et puis peut être aussi, elles deviennent patientes moins à risque quand elles sont stables. Il y a peut-être aussi moins de partenaires sexuels. Ça reste des généralités mais souvent ça se recoupe bien.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Oui je pense. On sait que des patientes d'Afrique subsaharienne ou passées par la Lybie, dans 4 cas sur 5 il y aura eu des violences notamment sexuelles en Lybie, et pour les hommes aussi d'ailleurs. Ça, ça influe. Il y a aussi la question de l'excision suivant le pays d'origine. On a également plus de violences dans les pays d'Europe de l'est, souvent les motifs de migration rapportés dans ces pays-là, ce sont des menaces, des violences, pas forcément par le gouvernement mais plus dans la sphère privée familiale et amicale.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non pas vraiment, l'asso propose de petites formations notamment sur les violences sexuelles mais courtes, d'une journée. Après j'essaye d'aller à ces formations-là. Il y a aussi des formations annuelles par l'asso sur la migration. On en apprend pas mal. J'essaye de me tenir informée comme ça.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle :
oui

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Oui, l'accès à la consultation, à quelqu'un en qui elles aient confiance. Quand on subit des violences, il arrive qu'on ne se rende pas forcément compte que ce n'est pas normal, donc on en parle pas. Le médecin peut aussi ne pas dépister ça, ça dépend aussi si le médecin en face est à l'aise ou non, s'il pose les questions ou non.

Pour les femmes, il y a le logement, stable ou pas stable. Je pense notamment aux changements de CADA, avec les changements de villes, et donc de suivis. Il y a aussi le problème de rupture de droits et d'accès aux droits, parce que qu'on voit des patients en médecine générale qui n'ont pas de droit ouverts, on les réoriente vers l'association public spécifique parce qu'on ne peut pas les prendre en charge. Mais là bas, on ne pourra faire que quelques bilans de base au centre d'examen de santé, il y a plein de choses auxquelles on ne pourra pas avoir accès, notamment les tests de chlamydia, gonocoque. Ils ne sont pas pris en charge. Il y a aussi le problème actuel des patients déboutés au niveau de l'asile et qui ont une CMU sur le papier qui va jusqu'à telle date. Finalement, 2, 3 mois après être déboutés, ils n'ont plus de CMU alors qu'ils pensaient avoir des droits ouverts et ça complique la prise en charge en santé. Nous on ne sait pas, donc on n'est pas réglé après une consultation et on prescrit des examens qu'ils ne peuvent pas faire. Après, dans le cadre d'urgences, on a toujours possibilité de passer par la PASS pour prescrire des choses. Mais ça c'est pareil, moi je suis de plus en plus au courant du fonctionnement de la PASS parce que je travaille à l'asso, mais la plupart de mes collègues médecins généralistes ne sont pas du tout à l'aise avec ça et donc pas de droit pas de droit, ils ne savent pas trop quoi en faire.

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Oui, de poser facilement les questions sur les violences au pays, sur le parcours, sur les MST, parce qu'on sait que c'est un public vulnérable.

Pour les femmes, quand elles sont en CADA, on les oriente facilement vers le RLG pour un bilan de santé. C'est facilitateur. Aussi, qu'elles puissent rencontrer des travailleurs sociaux avec lesquels il y a un lien de confiance, peut aider. Cela peut permettre qu'elles puissent dire des choses et que par derrière ils puissent alarmer.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis infirmière et sexologue. J'ai fait le DU de sexo à la fac de Toulouse. Je suis en poste à l'hôpital, au niveau de la consultation de maladies infectieuses et je m'occupe notamment du CEGIDD. On fait aussi de la vaccination, notamment hépatites B et papillomavirus. J'interviens aussi dans des fonctions purement sexo sur une consultation, qui a un an et demi maintenant, spécifique sur l'accueil et la prise en charge des femmes ayant subies des mutilations sexuelles.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Alors oui sur la population qu'on peut voir au centre de dépistage. Sur la population en maladies infectieuses aussi puisqu'avec notre file active VIH on a beaucoup de femmes migrantes et puis sur les MSF oui, uniquement des migrantes.

Ça dépend de quelle casquette j'ai et à quel endroit. Par rapport à la consultation de maladies infectieuses, dans la file active des personnes touchées par le VIH, elles arrivent souvent là adressées par un médecin traitant. On a aussi un organisme qui propose des soins gratuits pour les personnes précaires qui n'ont pas d'accès aux soins. Ça peut aussi être par le bouche à oreilles parce qu'elles sont organisées en réseau. Sinon, pour ce qui est dépistage et vaccination, elles peuvent aussi arriver par les associations et structures de demandeurs d'asile, par le CLAT (centre de lutte anti-tuberculose) avec qui on travaille pas mal, par des foyers d'accueil, des centres d'accueil et d'orientation, les CADA etc.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Oui, ça dépend aussi d'où je travaille. Quand elles viennent pour de la vaccination pure, on n'a pas le temps de faire de la santé sexuelle. Quand c'est du dépistage première intention, si bien sûr. On balaye un peu s'il y a des partenaires. Je demande systématiquement, lors de mes entretiens de dépistage, s'il y a des situations de violence sexuelle ou s'il a des situations de prostitution. Mais c'est vrai que ça reste succinct. Parfois, il y a la barrière de la langue qui n'est pas toujours simple non plus. Maintenant c'est vrai que pour la consultation maladie infectieuse, pour les femmes touchées par le VIH c'est pas non plus abordé de façon systématique, c'est dans la consultation au fil de l'eau. Elles viennent voir le médecin, elles nous voient après, on fait le bilan. Avec certaines oui on peut l'aborder, mais c'est un peu au cas par cas. Par contre effectivement sur les mutilations sexuelles, mon rôle c'est vraiment de parler de leur sexualité parce que c'est pour ça qu'elles viennent.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Oui, sur les consultations de mutilation sexuelle les situations de violence sont systématiques. Elles ne sont peut-être pas en situation de violence au moment où l'on les voit, mais dans leur parcours elles relatent toujours de la violence : la violence de la mutilation, de l'excision. Souvent, il peut aussi y

avoir eu un mariage forcé avec des viols, des violences conjugales. Après, sur le parcours de migration, ce n'est pas rare qu'il y ait eu des viols ou de la prostitution.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes migrantes confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

On fait avec les ressources perso qu'on a, mais on n'a pas été forcément formé à ça, même mon diplôme de sexologie ça ne m'a pas préparé à recevoir toute cette violence. J'essaye d'être empathique. Généralement ça me bouleverse quand je ressors d'entretien comme ça. On sait que ça existe parce qu'on a tous vu des reportages, lu des articles, mais avoir en face de soi une femme qui vous raconte toute son histoire et ses violences c'est assez terrible.

Ce n'est pas toujours simple. Il faut déjà être à l'aise avec le sujet pour en parler donc il faut être formé, la formation des professionnels c'est la base vraiment. Il faut aussi être disponible, parce qu'on sait comment c'est la vie d'un service à l'hôpital, il y a le téléphone qui sonne, il y a 15 personnes en même temps, etc. C'est aussi possible que ce jour-là, on ne soit pas forcément disponible pour poser la question (parce qu'on sait que ça va prendre du temps), pour recevoir la réponse (parce qu'on sait que ça être difficile), donc il y a des fois où on n'a pas la disponibilité parce que c'est noyé dans l'urgence de ce qu'on a à faire, dans le quotidien. Comment faire pour améliorer ça ? Déjà je pense qu'il faudrait de la formation des professionnels sur ces thématiques. De plus, les formations pour les professionnels devraient inclure les différentes cultures parce que les différences culturelles il faut les connaître pour que les femmes se sentent en confiance pour parler. Plusieurs fois je me suis sentie confrontée avec des patientes qui me disent "oui mais tu ne comprends pas, tu ne peux pas comprendre". J'ai pu leur dire que si, que je m'intéresse et qu'à force de discuter avec elles, elles m'apprennent aussi plein de choses et que c'est intéressant. On sent que la confiance vient en leur montrant que oui, je connais la culture Africaine, oui je connais les pratiques d'excision. Je pense que ça, ça devrait faire partie des formations des soignants.

Questionnaire : se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Avec le bagage que j'ai, puis l'expérience que j'acquiers petit à petit, je me sens quand même de plus en plus à l'aise pour en parler parce que je sais que j'ai des réponses à apporter, des réponses à apporter moi-même ou de l'orientation. C'est vrai que je connais pas mal le réseau de santé publique autour de moi, donc je me sens plus à l'aise pour oser poser la question parce que je vais savoir quoi en faire. Souvent, on n'ose pas poser la question parce que si la personne dit « oui oui tout va bien » c'est super,

mais si la personne dit « non j'ai un problème » on est démuni après, on ne sait pas quoi en faire. On a l'impression d'avoir ouvert la boîte de pandore et de ne pas pouvoir la refermer. Aujourd'hui je me sens à l'aise pour aborder la question.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Je me sens à l'aise parce que j'ai des compétences, des ressources personnelles et je sais où je peux orienter si besoin. L'endroit où j'oriente dépend des situations, parce que par exemple si c'est des problèmes d'accès aux soins, de trouver un logement d'urgence ou autre, je sais qu'on a la cellule précarité sur l'hôpital, le Samu social, les foyers d'hébergement d'urgence. Je pense connaître le réseau associatif et social.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en souffrance face à une situation de violences passées qu'elles soient sexuelles, conjugales ou sexuelles dans un cadre professionnel et dans un cadre familial hors couple. Ne se sent pas en capacité d'orienter une personne en danger face à une situation de violence actuelle ou potentielle qu'elles soient sexuelles, conjugales ou sexuelles dans un cadre professionnel et dans un cadre familial hors couple.

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Alors en termes de contraception on n'en fait pas vraiment. On oriente, on n'a pas de compétences donc on va orienter sur le planning familial, le centre de planification. Sinon, on peut orienter vers des sages-femmes libérales pour celles qui ont des droits CMU, des droits ouverts. Ça permet d'avoir des délais plus courts.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Non, on oriente sur la consultation de gynécologie de l'hôpital.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Non on fait de l'orientation aussi.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Oui, on peut prendre en charge les femmes sur les questions de dépistage et de suivi derrière. On a les deux volets si jamais on dépiste quelque chose de positif. On a une file active de personnes VIH+, hépatites+, hépatites B essentiellement, donc là oui sur des IST on le fait. Si on a une découverte par exemple VIH, la personne est incluse dans les consultations avec un médecin. Elle peut aussi, si besoin, bénéficier d'une prise en charge avec la cellule précarité, la PASS. L'assistante social peut par exemple, ouvrir des droits d'AME. Ça dépend des situations et là effectivement nous on propose un accompagnement, une écoute, un soutien. On fait pas mal d'éducation thérapeutique sur le VIH,

individuelle et collective. On a fait des groupes d'éducation thérapeutique spécifiques sur les femmes. Il n'y avait pas que des femmes migrantes, c'était « femmes et VIH ». Il y avait pas mal de femmes migrantes dans ce groupe-là. On avait un groupe de femmes d'une petite dizaine, ça avait bien fonctionné, elles se trouvaient renforcées par l'expérience des autres, le collectif ça marche bien. Souvent chez les femmes Africaine, il y a une difficulté un peu plus que pour les femmes non africaines à franchir le pas de venir en groupe parce que l'image du VIH c'est toujours tabou. On a des personnes qui ont refusé de venir à ces groupes parce qu'elles avaient peur d'être repérées et stigmatisées dans leur communauté comme étant séropositives. On a pu leur expliquer que si une autre femme était dans le groupe, c'est pour les mêmes raisons et qu'au contraire, ça peut créer des liens. Elles avaient peur de croiser quelqu'un qu'elles connaissaient, de leur communauté, de leur quartier.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non pas de façon systématique. On bascule sur la consultation gynécologie. Concernant les patientes migrantes suivies pour un VIH, elles ont un suivi gynécologique renforcé à l'hôpital justement parce qu'il y a un plus grand risque de développer un cancer du col de l'utérus.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça peut arriver, au cas par cas. On peut aborder ces questions-là dans les suivis VIH. Dans les consultations de mutilations sexuelles c'est également quelque chose qui est abordé parce qu'il faut que le partenaire soit coopérant.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Alors oui c'est le cœur du sujet dans la consultation de mutilation sexuelle. Souvent, la volonté des femmes, c'est déjà de savoir ce qu'on leur a fait, pourquoi. Souvent, c'est une volonté de retrouver une intégrité physique. La question du plaisir est toujours abordée, si ce n'est pas par elle, de toute façon ça sera par moi. Je leur explique que de toute façon, il reste 10 cm de clitoris à l'intérieur, et qu'elles peuvent avoir du plaisir autrement. Dans nos consultations tout tourne autour de ça.

Il y a des femmes qui sont très dissociés niveau psychique et corporel et qui ne connaissent pas bien leur corps, qui savent peu de choses sur la sexualité. Du coup, c'est beaucoup d'informations anatomiques, psychologiques, beaucoup d'apprentissages et d'exploration de leur corps. Plusieurs fois c'est arrivé que des femmes qui viennent avec une demande de chirurgie réparatrice, après deux ou trois consultations de sexologie, n'aient plus forcément le désir ou le besoin de se faire opérer, parce qu'elles ont réussi à s'approprier leur corps et avoir du plaisir sexuel autrement. La chirurgie réparatrice n'est pas systématique. Souvent, elles viennent avec une demande un peu magique, une demande de « refaite moi ». Quelque chose qu'on entend régulièrement c'est : « faite moi une restauration de l'intégrité corporelle, refaite moi à neuf comme quand j'étais une petite fille, comme avant ». C'est une demande de réparation du traumatisme et de la mutilation. Cependant, parfois, la chirurgie n'est pas possible. Parfois, ça ne serait pas intéressant, parce que ça dépend aussi de l'état psychique de la femme. C'est en effet une chirurgie en post-op très douloureuse et qui peut raviver plein de

traumatismes, le traumatisme initial de l'excision mais aussi les traumatismes qu'elles ont pu vivre après. On a une psychologue aussi dans notre consultation multidisciplinaire et parfois elle peut donner son avis et dire : « cette personne-là, je la sens fragile. Ce n'est pas forcément le moment d'opérer ». Il arrive aussi souvent qu'une fois qu'on a répondu à toutes leurs questions, qu'elles ont été entendues, qu'elles ont réussi à approprier leur corps, à apprendre à se toucher, à comprendre comment elles fonctionnent et à comprendre que leur clitoris il est toujours là à l'intérieur, qu'elles peuvent aussi accéder au plaisir et bien parfois elles renoncent à leur demande de chirurgie. C'est vraiment un accompagnement sur le parcours. On voit les femmes qui évoluent en quelques mois, au fur et à mesure des consultations. Ainsi la demande initiale est soit confirmée, soit modifiée. Il ne faut surtout pas se précipiter, souvent un accompagnement psycho, sexo et gynéco suffit à répondre à leurs demandes.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui, au niveau de la consultation de mutilation sexuelle, ça peut arriver. C'est aussi le cas au niveau de la prise en charge du VIH. C'est ça quand je parlais de culture tout à l'heure, il y a plein de pratiques chez les africaines qu'on appelle le « Dry sex » par exemple. Elles peuvent utiliser des plantes, des poudres d'argile, des pierres d'alun pour resserrer et assécher le vagin, dans le but d'augmenter le plaisir de l'homme. Le problème, c'est que ça favorise les infections, ça peut causer des douleurs ainsi que la transmission d'IST. C'est donc une question que j'aborde avec elles et c'est là que justement elles peuvent me dire "tu ne peux pas comprendre". C'est un truc aussi pour lequel je pense que les personnels ne sont pas formés, qu'ils ne connaissent pas. Il serait intéressant d'avoir des formations, des informations là-dessus aussi.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui essentiellement dans les consultations de mutilation sexuelles. Sinon, je pose la question de plus en plus parce qu'on a une réponse à apporter sur le département. Je ne la pose pas de façon systématique mais c'est vrai que oui, suivant l'origine géographique de la femme. Je sais en effet quels sont les pays qui excisent le plus. Je vais plus facilement poser la question à une femme soudanaise ou à une femme guinéenne parce que je sais qu'il y a 95% de risque qu'elle soit excisée.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Dans mes entretiens de dépistage je demande systématiquement si la personne, qu'elle soit migrante ou non, a actuellement ou dans le passé, même il y a longtemps, déjà rencontré des situations de violences sexuelle. Je demande aussi si elle a fréquenté ou fréquente des personnes en situation de prostitution ou si elle même elle a déjà tarifé ou tarif des relations. Mais là c'est spécifique au dépistage. Au niveau des consultations de mutilation sexuelle, souvent si elles ont vécu de la prostitution, elles en parlent dans leur parcours de vie. Elles ont pu me dire qu'elles ont être obligées ; qu'elles sont tombées dans les mains d'un MAC et qu'elles étaient obligées de se prostituer ou encore que pour le passeur c'était la condition pour les faire traverser. Elles le racontent assez spontanément, après c'est quand elles se sentent en confiance je pense. Au niveau de la consultation spécifique VIH, suivi VIH et IST ce n'est pas forcément une question qui est abordée de façon systématique. Le truc, c'est que ça

dépend aussi du temps qu'on a, du bureau qu'on a, parce que quand on aborde ces questions-là, il faut être sûr qu'on soit dans un bureau où on va être toute seul avec la femme pendant 1/4 heure, 20 minutes au minimum, qu'il n'y aura pas quelqu'un qui va nous interrompre, un médecin qui va arriver, un téléphone qui va sonner. Ça demande vraiment d'avoir de la disponibilité, du temps à lui accorder surtout mais aussi d'être soi-même d'être disponible, empathique etc. Il faut aussi de la disponibilité au niveau des locaux, ce qui est chez nous un gros problème. C'est vrai que ça demande des conditions de confort de soin. En 3 minutes on ne peut pas lui demander : « avez-vous déjà fait un dépistage hépatites VIH au pays ? C'était quand la dernière fois ? Est-ce que vous vous êtes prostituée ? » Il faut déjà que la femme soit en confiance, qu'on puisse discuter d'autre chose, tranquillement avant d'arriver à ça.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

On aimerait avoir plus de confort en termes de place et de temps, de disponibilité en fait. Dès fois, on a l'impression qu'on survole les choses parce qu'on a trop de travail, pas de temps et pas de locaux.

La formation c'est essentiel. Sinon, même si moi je n'ai pas besoin de plus parce que j'ai déjà le réseau et pas mal d'expérience, mais peut-être pour d'autres collègues d'avoir une meilleure connaissance des réseaux de santé publique. Ça pourrait être par des documents, des trucs qui pourraient regrouper les structures : sur telle thématique il y a telle association avec tel numéro. Et vraiment de la formation, de la formation, de la formation.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Ça peut arriver. Quand il y en a un, on l'oublie très vite, que ça soit un interprète en présentiel ou bien par téléphone. Quand il n'y en a pas dès fois c'est compliqué. Je me rappelle par exemple d'avoir fait une consultation tout en anglais avec une femme soudanaise qui avaient vécu une mutilation sexuelle. C'est vrai que je me rends compte qu'on manque de vocabulaire pour aller dans le détail.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Ça peut évoluer oui, parce que au début, quand elles arrivent, la santé sexuelle ce n'est pas la priorité. La priorité au début ça va être un logement, se mettre à l'abri (surtout si elles ont des enfants), leurs papiers, la régularisation des droits et une fois qu'elles ont comblé ces besoins-là, qu'elles se sentent plus en sécurité, oui je pense que là les besoins peuvent évoluer.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?

Oui, il y a le pays mais la culture surtout dans laquelle la femme a grandi, sur les questions de monogamie, polygamie, la place de la femme par rapport à l'homme. C'est aussi le cas sur l'excision.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui

Merci de préciser si vous repérez une ou des formations dont vous auriez besoin sur ce thème dans votre pratique professionnelle : « Formations sur les différences culturelles dans le soin et le champ de la santé »

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Ah oui ! Ce n'est pas forcément pour moi, mais peut-être pour des collègues : le manque de légitimité, parce qu'on se dit qu'on connaît pas, parce qu'on sait pas quoi répondre, parce que on a peur de gêner, parce qu'on peut se dire que ce n'est pas la priorité, que la priorité c'est la santé globale et que ça passe après, par manque de temps, ce n'est pas le moment, on n'est pas au bon endroit parce que le bureau d'infirmier c'est un vrai moulin il y a tout le monde qui rentre dedans. Donc oui il peut y avoir plein de freins.

Pour les femmes ça peut être parfois la gêne, la honte, si elles ne savent pas identifier qu'elles sont au bon endroit pour pouvoir aborder ces questions-là. Elles peuvent aussi avoir des aprioris envers le professionnel : "oui mais tu connais pas la culture, tu peux pas comprendre tu ne sais pas ce que c'est" ça aussi ça peut être un frein et puis la langue aussi, la barrière de la langue.

Questionnaire : ajoute « Difficultés de compréhension, barrière de la langue, différences culturelles »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Du côté des professionnels, ça peut-être d'être formé, on y revient toujours, d'avoir du temps. Du côté des femmes, c'est qu'elles puissent nous repérer comme personnes ressources. Ça peut parfois aider en mettant une affiche dans la salle d'attente. Je ne sais pas pour le terme santé sexuelle, est-ce que pour une femme qui arrive d'Afrique ça veut dire quelque chose ? Parce qu'il y a aussi le vocabulaire, mais mettre une affiche, « ici on peut parler de sexualité », ça pourrait les mettre plus à l'aise en se disant que si elles ont un problème elles peuvent en parler ici.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Non je crois qu'on a balayé pas mal de choses déjà.

Entretien numéro 8 : 1 heure le 09/06/21

Le projet, si je comprends bien, touche le public des femmes qui peuvent être installées en France depuis quelques années, ainsi que des femmes dans un parcours de migration de type demande d'asile, ou qui viennent rejoindre un conjoint.

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis assistante sociale au service social à l'hôpital. J'interviens depuis 8 ans au sein du pôle de gynécologie obstétrique à l'hôpital sud. Mon activité couvre les services de gynécologie, et donc les urgences, le service d'hospitalisation, le centre d'IVG et les consultations. Du côté de l'obstétrique, j'interviens dans le pôle des urgences aussi, des consultations de suivi de grossesse et puis pour les suites de couche. C'est un gros secteur avec beaucoup de sollicitations. Mon intervention au service social couvre 80% de mon activité et sur 20% je fais partie de la cellule de coordination des PASS. Je pense que sur ce volet-là (l'accès aux soins, à une couverture sociale et à une prise en charge des soins) je fini par être identifiée par les partenaires extérieurs sur ces thématiques et services là.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Ça fait partie pour un peu plus d'un tiers du public que je peux être amenée à accompagner, sur les différentes unités gynéco et obstétrique. Pour moi, la migration ce n'est pas que les femmes qui viennent demander l'asile en France, c'est aussi de la migration intra-européenne (la prise en charge des soins est très différente en Roumanie, en Espagne qu'en France. Je ne parle pas des pays nordiques). Ça touche les femmes qui ont été en parcours de demande d'asile à un moment donné mais qui sont déboutées, toutes les femmes qui sont sans titres sur le territoire, et ça touche aussi les femmes qui viennent rejoindre un conjoint dans le cadre du regroupement ou de la réunification familiale. Pour moi, c'est vraiment au sens large. Du coup, la réalité ne va pas être la même en fonction du parcours. On sait qu'en fonction des situations, il y a des problématiques de vie quotidienne qui vont se poser à ce public et qui vont avoir une influence sur le recours au soin. Quand on est une femme sans titre de séjour avec une insécurité liée à son lieu de vie, à son hébergement, (être à la rue ou hébergée sur un dispositif d'urgence) ou qu'on soit une femme qui vient rejoindre un conjoint et qu'on est isolé de sa famille, sans repère sur la compréhension du système de santé, de la prise en charge des soins, du fonctionnement hospitalier, de la médecine générale ; les réalités vont être différentes et ça va avoir des incidences sur le recours aux soins, la communication, la sécurité ainsi que les situations de danger auxquelles elles ont peut-être exposées. Il y a aussi des spécificités autour de ça dans le public en migration, les jeunes femmes étudiantes parce que ça engage d'autres enjeux, avec parfois la survenue d'une grossesse ici pendant la durée des études. C'est des jeunes femmes qui sont portées par leur famille, leur environnement pour un objectif : faire des études ici en France, financées par la famille ou les gouvernements desquels elles viennent et la survenue d'une grossesse peut mettre en péril la poursuite des études et le fait d'être porté par la famille.

Concernant la rencontre à l'hôpital, elles sont adressées de différents endroits. Ce n'est pas toujours le même canal, c'est très souvent un partenariat. En interne, c'est assez clair, soit c'est les services d'urgences, soit ce sont les sages-femmes au cours de consultations obstétricales entre

autre. Après sur l'extérieur, il y a différents partenaires qui œuvrent dans le champ très large de la santé, de la précarité : dans le cadre de la demande d'asile il y a Coallia par exemple, le service premier accueil ou les services d'hébergement de Coallia ; ça peut aussi être le centre médical LG dans le cadre d'une passerelle entre les consultations LG et hospitalière ; ça peut être les services et associations en lien avec la précarité : le 115, les services d'hébergement du 115, les accueils des femmes enceintes et des familles à la journée, les sage-femmes de PMI (le plus souvent dans le cadre du regroupement familial), les médecins de ville. C'est assez large. J'ai oublié sûrement des gens. C'est suivant les besoins.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Oui. L'information sur la contraception, ce n'est pas dans mes modalités d'intervention premières, je ne suis pas professionnel de santé. Par contre, sur la question de la grossesse, de la poursuite de la grossesse, d'une interruption de grossesse, d'un suivi gynéco, d'une pathologie gynécologique qui peut être parfois grave avec une prise en charge en oncologie par exemple, les violences, ça peut être sur ces différents motifs là. Après, ma place c'est de contribuer au soin. Je ne suis pas toujours le premier professionnel que ces femmes peuvent rencontrer, si ça se passe aux urgences ça va être d'abord un infirmier, une sage-femme, un médecin, un interne et mon intervention arrivera plutôt dans un second temps. Mais, pour les suivis de grossesse, ce n'est pas forcément le cas, parce que tel que c'est organisé pour faciliter le parcours de ces femmes au sein de l'hôpital, on a convenu avec les collègues de COALLIA qu'ils me sollicitaient dans un premier temps et que c'est ma mission d'organiser la venue, sauf urgence. Si c'est un suivi de grossesse, je vais me charger de prendre les RDV, de faire le premier accueil et de lui donner les informations sur la question de ses droits, de l'accès à des traitements, des relais possibles sur la ville. Mais c'est vrai que sur les autres thématiques c'est plutôt le médical pur qui est en première ligne. Moi je fais du soin, du prendre soin.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

On peut distinguer une violence sexuelle qui a eu lieu au pays (par exemple dans le cadre de mariage forcé ou de violences qui ont pu avoir lieu sur le trajet et qui peuvent être à l'origine des grossesses aussi) des situations d'agressions et de violence sexuelle qui peuvent avoir lieu sur le territoire.

J'interroge justement ça, la réponse en droit va être différente. Ces éléments-là, de l'histoire, du parcours, elles vont trouver réponses peut être dans le cadre du dossier de demande d'asile présenté à l'OFPRA mais ils ne vont pas être judiciairisés alors que des éléments de survenue de violence sexuelle sur le territoire, on va interroger des choses d'une façon différente, sur la question de la possibilité de déposer plainte, de l'accompagnement autour de la plainte, de la mise sous protection.

Je ne pourrais pas dire la proportion de situations concernées par ça. Il y a une dame hier qui m'a dit, "vous ne m'avez jamais demandé, vous ne m'avez jamais posé la question". Alors c'est vrai que je ne considère pas que je suis dans l'obligation de poser la question de violences antérieures ou pas. Dès fois ça vient très vite, dès le premier entretien. Par exemple, ça été le cas pour une jeune femme originaire de Guinée qui a été mariée de force à 14 ans et qui a pu assez rapidement amener son histoire. Dès fois, ça prend plus de temps de mise en confiance pour ces éléments-là soient racontés et qu'on

puisse apporter réponse. J'ai un volume d'activité d'à peu près 500 patientes accompagnées à l'année (sur toute l'activité) dont 170 femmes avec des critères qu'on dit PASS : absence de droits, de couverture sociale, absence d'hébergement, mais on peut en rajouter un peu parce qu'on peut ajouter les femmes qui rejoignent leur conjoint etc. Donc on peut avoir 200 situations concernées sur ces critères et là, et pour celles qui ont pu en parler, parce que ce n'est pas si simple d'en parler, peut-être une cinquantaine mais plutôt sur des violences vécues au pays et ou sur le parcours. Après sur les violences ici, je pense qu'elles ne sont clairement pas toutes dites. C'est sous parlé par les femmes.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

J'informe les personnes sur leurs droits, sur les possibilités de dépôts de plaintes, de prise en charge des soins, de mise à l'abri avec des réponses qui sont parfois compliquées parce qu'une place d'hébergement d'urgence ça ne va pas de soi, les statuts peuvent jouer aussi sur les réponses d'hébergements spécifiques aux femmes victimes de violence, c'est difficile. Pour la prise en charge psychologique, il va avoir une réponse, après il y a des problèmes de communication parfois. Ce sont des femmes allophones très souvent, donc trouver un psychologue qui peut communiquer en direct avec la dame sans passer par un interprète c'est compliqué. On a des réponses sur l'interprétariat mais c'est plus sur la disponibilité. Je trouve que ça rajoute de la complexité à la situation. Il ne faut jamais perdre de vue que ces femmes se retrouvent dans des situations de grande vulnérabilité et de grande précarité matérielle, d'hébergement et que sans doute une partie des hébergements chez un tiers peut être "monnayée" par des relations sexuelles. Et puis, il y a le fait d'être à la rue. C'est un facteur de risque supplémentaire pour vivre des violences sexuelles et/ou être dans une activité de prostitution pour pouvoir survivre justement.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger face à des violences actuelles ou potentielles qu'elles soient sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Ajoute : « si j'indique le parfois dans le repérage du danger c'est que dans mon activité basée sur des entretiens, il est parfois compliqué d'arriver à ces questions de violences. Elles sont très souvent non verbalisées en première intention, elles peuvent être évoquée en demi-mots quand le motif de venue à l'hôpital n'est pas celui de la violence. Ils est sans doute plus facile de l'aborder quand cela s'est passé au pays dans le parcours de migration. »

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

J'ai une double réponse à ça. Je pense qu'au fil du temps et de ma carrière, j'ai travaillé dans d'autres secteurs où les situations de violences pouvaient être évoquées notamment sur les prises en charge d'enfants victimes de violences, j'ai acquis un peu plus de sérénité à poser ces questions-là. Pour autant, ça reste toujours des moments très forts et chargés, ce qui est compliqué c'est de trouver la juste réponse. C'est d'autant plus compliqué d'accompagner correctement si on n'a pas les bonnes réponses.

Il n'y a pas de places d'hébergement d'urgence ou de mise à l'abri par exemple, qu'est ce qu'on travaille?

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et/ ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

C'est la question des réponses à pouvoir apporter. Parce que sinon je pense que l'expérience, le temps et les formations aident beaucoup. Ça permet de faire des évaluations plus globales des situations et de travailler autour : "je sens qu'il y a quelque chose qui n'est pas dit, je sens que la question que j'ai posée a fermé la personne, il faut que j'y revienne à un autre moment." Après c'est plutôt qu'est ce qu'on répond ? Qu'est ce qu'on propose ? Qu'est ce qui peut être mis en place ? Comment on fait du lien avec d'autres professionnels ? Comment sécurisé ce passage vers un autre professionnel ? C'est des femmes qui sont en grand insécurité, est ce que c'est pertinent de rajouter un professionnel supplémentaire ? S'assurer que la dame a bien compris est l'objectif principal de l'accompagnement mais tout ça prend du temps et c'est vrai qu'on a pas toujours ce temps-là. Mais cette problématique n'est pas spécifique aux femmes migrantes. La mise en confiance, la mise en sécurité au sens matériel et psychologique du terme, pour les personnes qui ont été victimes de violence, est essentielle, quelque que soit leur parcours.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en danger et/ ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles, ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales ou sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Ajoute : « manque de dispositif d'accueil, mise à l'abri trop peu de places ou sur un court temps, peu de thérapeute disponible, question de l'accès à la langue maternelle de la victime... »

Concernant l'orientation pour permettre un suivi médical adapté : « Difficulté à trouver un thérapeute, problème de financement »

Concernant l'orientation, pour accéder à un hébergement si besoin : « Peu de places/hôtel non adapté /pas de solution pour femme sans titre »

Concernant l'orientation, pour accéder à un accompagnement social : « Question des femmes sans titre »

Concernant l'orientation, pour accéder à un accompagnement psychologique : « peu de dispo-financement »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Non pas vraiment. Je peux donner de l'information plus globale sur les services ou les professionnels qui peuvent donner l'information. Dans mon activité je ne vais pas faire d'entretiens autour de la contraception mais par contre je vais orienter vers le planning familial, vers un médecin, vers les sages-femmes. Je ne l'aborde pas directement mais c'est vrai qu'en fin de séjour à la maternité, cette question-là revient. C'est souvent les sages-femmes qui ont cette charge-là, d'évoquer la contraception avec les femmes qui viennent d'accoucher et avec potentiellement leurs conjoints. Aussi, je suis interrogée plutôt par les sages-femmes : "Madame X n'a pas voulu la contraception, elle m'a dit que c'était pas pour elle ou le monsieur de Madame X il était là et lui ne voulait pas". Elles ont besoin d'un regard croisé peut être ou d'une réflexion à plusieurs sur ces thématiques-là, plutôt au niveau de l'éthique et de la pratique, du positionnement. On essaye de discuter ensemble sur ce qui est important, peut-être

de rediscuter avec la dame sans son conjoint, de faire appel à un traducteur extérieur qui aura une neutralité, qu'on soit sûr que l'information ait été donnée et que ça soit un choix éclairé, que ce ne soit pas la fille de 14 ans de la dame qui fasse la traduction, c'est plutôt dans la façon de faire.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui, c'est dans le cadre de la spécificité de service social. C'est à dire que je vais être sollicitée pour créer du lien entre l'extérieur et l'intérieur de l'hôpital sur la prise de RDV, sur le suivi de la grossesse, sur la question des ouvertures de droits, pour faire le lien avec la PMI, pour accompagner au mieux ces femmes, pour faire de l'information plus globale sur le système de santé, sur la prise en charge hospitalière, rechercher des réponses aux questions de préparation de l'arrivée du bébé, matérielle, financière...Je vais être amenée à rencontrer les futurs parents, en général c'est une fois par mois jusqu'à la naissance du bébé et j'interviens un peu après la naissance. Après, je passe le relai à d'autres collègues, soit sur le secteur où les parents habitent, soit vers la PMI. J'essaie de trouver des relais. Pour les jeunes étudiantes, c'est le CROUS. Les personnes sont orientées vers moi sur les critères qu'on disait tout à l'heure : l'absence de couverture sociale, les problématiques d'hébergement, des mamans isolées, d'absence de ressources, d'hébergement chez un tiers, les violences conjugales mais après c'est affiné en fonction des situations et sur l'évaluation des sages-femmes. Il y a une spécificité rennaise qui est l'équipe du SAFED qui fait qu'on a aussi des critères d'orientation vers leur service. On travaille ensemble et on essaye de voir au début d'une demande d'intervention qu'est ce qui est le plus pertinent entre un accompagnement d'une femme enceinte avec leur service, ou avec le service social et la PMI ou uniquement par le service social hospitalier. Dans les suivis de grossesse, je peux accompagner les personnes 6/8 mois : de la découverte de la grossesse à l'accouchement. Pour d'autres, ce n'est pas arrivé depuis longtemps parce qu'avec les contraintes sanitaires il y a un peu moins de migration depuis l'année dernière, mais c'est arrivé qu'on me signale une dame qui arrive, enceinte de 8 mois et demi et il faut très rapidement organiser les choses.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui aussi. J'accompagne des dames qui sont prises en charges sur le service IVG, suivant l'évaluation des professionnels. Sinon, au centre IVG à l'hôpital il y a aussi des conseillères conjugales et donc c'est vrai que les entretiens autour de la demande d'IVG c'est plutôt elles qui les effectuent.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Non, je ne fais pas vraiment ça. On peut l'évoquer pendant l'entretien mais je ne fais pas d'orientation première comme ça. On envoie vers le médical, la sage-femme.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

On oriente vers le médical aussi.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? (Problèmes de couples...) Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui oui, on peut accompagner dans cette problématique-là. On oriente vers les conseillers conjugaux dans les CDAS.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Les femmes qui l'abordent sont celles qui ont vécu l'excision. On a à l'hôpital une équipe de chirurgie reconstructrice. Ces questions-là sont évoquées quand en entretien l'excision est abordée ainsi que l'existence de la consultation. Ça a pu m'arriver d'en échanger. C'est aussi bien une dame qui va relater son histoire, on s'interroge sur quels éléments mettre dans la demande d'asile et à transmettre à l'OFPRA, qu'après la naissance des petites filles. C'est important qu'elles sachent ces dames que si elles ont été déboutées de leur demande d'asile personnelle, elles peuvent aussi refaire une demande dans le cadre d'une demande de protection pour leur petite fille.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non ça ne vient pas dans les entretiens.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ? (Déjà répondu)

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Oui, sur la question de l'hébergement. Vous êtes hébergée quelque part et comment ça se passe avec votre hébergement ? Je pose systématiquement la question : "est ce que vous êtes en sécurité ? est-ce que ça se passe bien avec l'hébergement ? Qu'est-ce qui vous est demandé contre l'hébergement ? " Je pose systématiquement la question parce que ce n'est pas seulement la question des violences sexuelles, c'est aussi la question du travail à effectuer en contrepartie de l'hébergement, mais aussi la prise en charge des enfants, le ménage, la cuisine... Il y a des situations parfois d'exploitation de la personne hébergée, l'hébergement n'est que très rarement complètement gratuit. Et, comme ce sont des femmes qui ont dans leur parcours parfois subi des violences, du coup elles ont quand même très souvent tendance à se dire, "c'est pas grave par rapport à ce qui m'est arrivé précédemment". Comme elles ne connaissent pas les règles, notamment quand elles sont isolées, elles peuvent se laisser emporter dans une contrepartie qui n'est pas juste, qui déborde. Quand je pose cette question-là, c'est pour m'assurer de la sécurité de l'hébergement et aussi pour redire vous savez, on nous dit dès fois des choses sur ce qui se passe en hébergement et je donne des exemples. Dès fois ça permet d'ouvrir la discussion et de se rendre compte de ça. Mais, je pense que quand même c'est minimisé parce qu'il y a tellement la crainte de se retrouver à la rue, et en plus s'il y a des enfants, que ce n'est pas si simple que ça de le verbaliser. L'inquiétude de ce qui va être fait si on dit les choses, quelles vont être les conséquences pour la dame, pour son hébergeant. J'ai quelques phrases qui me viennent : "Vu ce que j'ai vécu avant, ce que je vis là c'est rien". Du coup, dans le suivi de grossesse par exemple ou dans les consultations médicales, c'est une question qui va être systématiquement posée, quel que soit le public, ça fait partie

du questionnaire de santé. Dans le soin, elle est systématiquement posée, après dans nos entretiens sociaux, il faut aller vers ces questions-là c'est sûr, mais il faut faire attention au moment où on la pose, ça vient au fur et à mesure des entretiens, de la mise en confiance.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Je pense que des formations régulières sont indispensables. En interne, on a des ateliers d'analyse de pratique professionnel. C'est un support que l'on peut utiliser. C'est une fois le mois, peut-être ça pourrait être plus souvent. Les formations aident à ajuster sa posture, revoir les questions que l'on peut poser comme le systématisme de la question autour de l'hébergement, toutes ces questions-là. Les formations peuvent aussi aider au repérage, sur la connaissance du territoire ? J'ai cette chance d'être là depuis longtemps donc le réseau partenarial je le connais plutôt bien maintenant, mais en même temps c'est important d'échanger, de se rencontrer pour pouvoir voir quelle réponse peut être apportée par chacun et de faire une interconnaissance. Ça aide à passer le relai, ce qui peut être compliqué. Quand on dit, je connais bien madame machin, on travaille ensemble, on a déjà accompagné ensemble d'autres personnes, je pense que ça aide. Ça s'est un travail à faire tout le temps, d'entretenir son réseau et de rester connecté à ce qui se fait.

L'analyse de pratique c'est un espace où on peut reprendre les situations qui ont pu nous interroger ou interroger nos collègues, c'est un outil important à avoir. C'est une personne extérieure qui anime.

Si j'avais d'autres réponses, ça serait différent. Si la réponse aux questions d'hébergement était plus fluide probablement ça serait différent et aussi sur la réponse judiciaire, je pense qu'il peut y avoir d'autres réponses. Ça m'interroge toujours beaucoup, mais j'en ai déjà parlé avec une juriste, sur qu'est ce qu'on peut faire par rapport aux violences sexuelles subies sur le parcours de migration, parce qu'il y a un espace de vide autour de la réponse apportée.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Oui on a cette chance d'avoir le pôle interprétariat du RLG et quand la langue parlée par les patientes est pratiquée au centre médical, il faut avoir recours à eux parce qu'ils sont précieux sur des compréhensions plus globales de réponses. Ils ont pu nous éclairer, pour comprendre pourquoi une dame répond ça. On a en interne à l'hôpital des professionnels qui se sont portés volontaire pour faire les traductions mais il faut qu'ils soient disponibles au moment T. Avec le recul sur les mois écoulés, je n'ai pas eu besoin beaucoup de traduction parce que je n'ai pas eu d'accompagnement de femmes d'allophone.

Il arrive que la présence de l'interprète puisse gêner l'entretien, une relation triangulaire est mise en place. Ce n'est pas toujours simple quand c'est un monsieur qui traduit pour une dame et que ça

concerne les questions d'intimité. Ce n'est pas simple non plus quand on est sur une situation de violence, je pense à des violences conjugales, avec une prise à témoin. Je pense à une situation comme ça où la patiente avait demandé à l'interprète de pas traduire parce qu'elle avait inclus l'interprète comme quelqu'un de son environnement car il venait du même pays et parlait sa langue. Dans cette situation, l'interprète était bloqué, ne savait pas quoi faire. Il ne fallait pas qu'il traduise ce qu'elle lui disait mais en même temps elle lui disait des choses qui pourraient m'être utiles. Quand même, à part ces exemples-là, c'est quand même drôlement facilitant. Je ne sais pas ce qu'on peut faire comme entretien de qualité si on a pas un accès à la langue de notre interlocuteur. Les rudiments d'anglais ça a ses limites, il faut qu'on se comprenne. L'un des objectifs de notre travail c'est de se faire comprendre de notre interlocuteur et s'assurer que notre interlocuteur ait bien compris. Ça c'est une règle de base.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui, je pense que ça peut être différent parce que la compréhension du système de santé français va peut-être prendre du temps. Il peut aussi y avoir des urgences de prises en charge en gynécologie, tout ça se sont des éléments à prendre en compte.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?

Pour moi il n'y a pas d'impact. Fin je ne sais pas...On peut aussi penser que selon le pays d'origine, il peut y avoir un accès à ces questions avant d'arriver en France, il n'y a pas non plus des déserts de réponse sur ces questions-là partout. La femme sera détentrice d'un certain nombre d'information. Ça peut aussi être des éléments de transmissions de sa lignée maternelle, ou des éléments traditionnels sur la grossesse. En tout cas, même s'il faut s'adapter au système de santé français, il n'empêche que les femmes arrivent avec un bagage de cette transmission même si elles n'ont pas accouché au pays.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non je n'ai pas fait de formation complémentaire dans ce domaine-là mais par contre je m'interroge. J'essaye d'avoir d'être dimension là, d'interroger un peu ces choses-là.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Bah oui, je pense plusieurs même. Le premier c'est l'information, c'est avoir accès à l'information, pouvoir comprendre cette information c'est à dire une maîtrise de la langue, c'est avoir aussi accès à des soins de santé des choses qui sont accessibles gratuitement. Le sésame est souvent la prise en charge par l'assurance maladie. Il y a les éléments culturels aussi, un conjoint qui ne laisse pas accès, il peut y avoir plein d'éléments.

Questionnaire : pour obtenir de l'écoute : « Manque de supervision ou de reprise de cas dans des situations particulièrement difficiles. » (indiqué par deux fois dans le questionnaire)

Ajoute : difficultés dans « Accès aux soins ; Accès à la langue maternelle ; Connaissance des dispositifs et peu de lieu ou trouver ensemble les mêmes interlocuteurs(ex des maisons des femmes) qui serait facilitateur »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

On en revient toujours au même, la communication, l'information. Si les supports d'informations sont déclinés dans la langue maternelle de la femme ça va être plus facile pour elle d'intégrer ces informations et de les faire siennes.

Du côté des femmes, c'est peut-être dans la transmission ici. Ça peut être par le groupe. Il peut aider dans ces informations. Le groupe de pair, soit sur une structure d'hébergement, soit sur un groupe de femmes qui viennent du même pays ou qui partage la même langue. Le fait d'être en groupe peut être facilitateur. Le groupe ça peut être une voisine, quelqu'un d'autre qui connaît les dispositifs, le système français. Ça va être facilitant. Il y a quand même un certain nombre de situations où les femmes arrivent en disant « il y a une telle, une voisine, une amie, une copine qui m'a parlé de ça ». C'est facilitant, c'est une force.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non

Entretien numéro 9 : 24 minutes le 10/06/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis psychologue clinicienne au planning familial sur une antenne. Je suis nouvelle en poste, nouvelle sur le réseau.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Non je ne crois pas du tout. Actuellement, il n'y en a pas et j'ai pas l'impression que ça soit un public qui viennent au planning. Je n'en ai jamais vu depuis que je suis là. Je ne suis pas là depuis longtemps, je suis là depuis 2 mois et même en parlant avec ma collègue qui était là avant moi et mes autres collègues, ça n'a pas l'air d'être le cas. Je ne sais pas s'il y a de la demande et une mauvaise communication ou pas de demande.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Oui, c'est principalement contraception, test de grossesse, ou situation de grossesse et besoin d'accompagnement IVG. Ça peut être aussi IST, MST et il y a beaucoup la question des violences sexuelles ou conjugales. Comme il y a des médecins au planning, elles arrivent souvent par cet axe-là, un contrôle ou autre. Il y a aussi le fait que ça soit gratuit pour les mineurs et anonyme, il y a beaucoup de personnes jeunes qui viennent comme ça. Le public est divers et varié mais il y a beaucoup de personnes jeunes.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Je ne sais pas du tout.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Au niveau de pouvoir identifier j'ai l'impression que ça va, pour pouvoir le repérer et tout ça. Après, identifier le niveau de danger actuel, actif est un peu moins évident et pour l'instant pour les orientations et les marches à suivre, je suis un peu en train de découvrir, ce n'est pas si clair.

Il y a plusieurs choses. Au planning, il y a des conseillères. Du coup je reçois les personnes dans un second temps et le traitement de l'urgence est passé soit par le médecin, soit par la conseillère qui va être dans des orientations très pratiques. S'il y a besoin dans un second temps de parler de son histoire, de déposer des émotions, moi je reçois. Du coup je ne suis pas toujours en première ligne par rapport à ça. Cependant, parfois ce sont des situations qui ressortent au moment où on fait du suivi et du coup pour l'instant je ne sais pas toujours quoi faire. Là par exemple typiquement, il y a une personne que je suis qui est prise dans des situations de violences conjugales avec son ex conjoint. Tout le

processus de porter plainte, de procès est en cours. Cela dit, cette personne va continuer à avoir très peur au quotidien et ça ce n'est pas sécurisant. J'ai l'impression que quand quelque chose est enclenché, il n'y a pas grand-chose à faire, mais je ne sais pas exactement à quel point cette personne peut être potentiellement en danger ou pas.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration?

Ça va je me sens assez à l'aise. J'aborde la question au cours d'un accompagnement, en général ça vient au fil des entretiens qui passent énormément par la parole, l'histoire de vie. Soit la personne se met à mettre les mots dessus par elle-même, soit je lui pose des questions, j'essaye de le faire de manière progressive. J'essaye de poser les mots sur ce que je perçois, ou sur mes hypothèses et à la fois j'essaye de le faire de manière douce. C'est à la fois pour pouvoir reconnaître la situation, mettre des mots sur des actes qui sont criminels et même temps que la personne ne soit pas trop effrayée par cette mise en mots si elle en est pas là psychiquement et qu'elle puisse continuer son processus et surtout qu'elle décroche pas de l'alliance thérapeutique.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ? Déjà répondu.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en danger et/ou en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales ou sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Ajoute « Je ne connais pas encore bien le réseau et ses alentours ».

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui tout à fait. Habituellement les questions de contraception passent plutôt par la conseillère, après il arrive que je prenne des actions d'accueil de la conseillère du fait d'urgences. Ça peut aussi ressortir dans les entretiens psy. C'est beaucoup de l'information et une sensibilisation du côté pratique, technique et du côté autorisation, pro choix, autonomisation et autodétermination.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Non, je ne crois pas. Je peux recevoir des femmes enceintes mais le suivi de grossesse en tant que tel ne se fait pas au planning, je réoriente.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui tout à fait. En première intention c'est plutôt le médecin ou la conseillère et s'il y a un besoin de parler de cette expérience-là, elles me rencontrent. C'est de l'information, de l'orientation. Ça va être aussi tout un travail sur l'ambivalence par rapport au choix. Quand ce sont des personnes très jeunes, il y a aussi le travail à faire pour permettre à la personne de poser son choix indépendamment des pressions éventuelles, familiales ou autre. Il y a aussi quelques situations avec des mineurs ou d'IVG hors délai. Pour ces derniers, ça va être de l'information, de l'accompagnement psychologique, et possiblement de l'orientation vers un pays qui le pratique.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Là aussi ça dépend de la situation. Tout d'abord c'est le médecin et la conseillère. On peut orienter vers soit le CEGIDD, soit les urgences quand c'est dans le cadre par exemple d'un viol et que ça vient d'arriver. Ça permet de passer par tout ce qui est constat légitime et permettre un procès éventuel plus tard et puis ça permet de passer par la question des traitements post exposition, préventifs.

Si les résultats positifs, je ne sais pas s'il y a des retours vers nous. Potentiellement, on essaye de représenter toutes ces situations que ce soit IST, test de grossesse, IVG. On est vraiment un lieu où il peut y avoir de l'accompagnement pas la suite, notamment par ces postes de psychologues mais je ne sais pas si les personnes s'en saisissent ou non.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Alors ça je ne suis pas du tout au courant, j'imagine que ça doit être fait par le médecin. On a aussi des permanences avec Aides pour qu'il y ait des espaces de permanence pour que les personnes puissent venir poser des questions de manière informelle. En ce moment, il n'y en a plus en lien avec le covid, mais c'est quelque chose qu'on va essayer de remettre en place. Sinon Aides peuvent venir pour une situation précise, s'il y a des personnes qui sont en difficulté, que c'est un peu plus technique, on peut les faire venir ponctuellement. On essaye de composer des formules d'accompagnement. Je pense que c'est une des spécificités du planning aussi, on accompagne en fonction des situations. Par exemple pour les personnes mineures qui font un IVG, elles doivent être accompagnées d'une personne majeure. Si ce n'est pas possible avec leur famille ou quoi que ce soit, ça peut être une conseillère qui l'accompagne, un bénévole qui est un peu formé à ces questions...On va l'accompagner sur place.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui tout à fait. Ça peut être les conseillères conjugales qui reçoivent des couples, les psychologues potentiellement aussi, actuellement on ne le fait pas. Il peut y avoir des accompagnements autour des

violences conjugales, il y a des groupes de paroles sur les violences conjugales et après ce sont des thématiques qui reviennent très régulièrement dans le contenu des demandes des personnes.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Ça ne m'est pas arrivé pour l'instant.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Moi pas du tout jusqu'à lors. Je pense que ça pourrait pourquoi pas être évoqué. Actuellement, ça doit être fait par les médecins ou par la conseillère.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Alors non pas du tout, mais c'est aussi pour ça que cette dimension migratoire m'intéressait, pas qu'on soit directement confronté à des situations qui nous mettent en difficulté, mais ça m'interroge le fait qu'on n'y soit pas confronté et le fait que je ne me sente pas du tout ou très peu formée sur les dimensions du parcours migratoire et de l'excision, j'aimerais être formée.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Oui, ça peut arriver. On a des collaborations. Ça se passe au siège pour l'instant donc je ne suis pas trop au courant. Je pense que ça doit être côté prévention en sachant qu'on a une posture anti abolitionniste, militante, de soutien aux travailleurs du sexe. Donc ça je sais qu'on va avoir une association qui va venir faire une action de sensibilisation auprès de nos équipes par rapport à ça.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

J'ai très peu de recul et très peu de visibilité sur ce qui se fait, ce qui manque donc là j'ai du mal à vous en parler. Après, des formations éventuelles sur les thématiques migratoires, l'excision etc ça pourrait être intéressant. En fait, je ne sais pas s'il y aurait potentiellement de la demande et qu'actuellement on atteint pas ces publics. Je n'ai pas l'impression que ça soit quelque chose qui reviennent beaucoup dans les discours des uns et des autres au travail et je me dis que c'est peut-être aussi cette sensibilisation-là qui permettrait de nous rendre légitime à s'ouvrir à ces publics, à aller les chercher. Je ne sais pas à quel point ça été travaillé ou pas avant, mais je n'en ai pas entendu parlé en tout cas pour l'instant. Après on quand même quelques personnes en parcours migratoire mais ce sont des hommes.

Je ne peux pas me rendre compte si j'aimerais accompagner différemment.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ? Je n'ai pas d'expérience dans ces situations.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Je ne peux pas répondre

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?
Là non plus.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ? Déjà répondu

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ? Je ne peux pas encore répondre non plus.

Questionnaire : ajoute « Je ne connais pas bien le sujet ni ses spécificités »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Je ne peux pas vous répondre. J'ai souhaité participer à votre entretien justement pour pouvoir me poser ces questions.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non

- 1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?** Je suis sage-femme à l'hôpital
- 2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?**

Ça arrive assez souvent oui. Dès fois, elles sont déposées directement en arrivant pas les passeurs devant l'hôpital. Ils savent qu'ils doivent aller là, et vont directement les déposer au service des urgences en arrivant. Sinon elles peuvent arriver spontanément, toutes seules. Sinon quand elles sont depuis longtemps ici, elles peuvent être suivies par les services sociaux et c'est eux qui organisent le suivi en santé.

- 3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?**

C'est assez limité dans le sens où si les droits ne sont pas ouverts, les personnes n'ont pas accès à tout. Je pense notamment en terme de prévention. Elles n'ont pas accès à la rééducation du périnée, ce qui est relativement important. C'est compliqué du coup d'orienter correctement. Après, il y a possiblement aussi le problème de la barrière de la langue. Ça peut être plus compliqué de communiquer et d'aborder ces questions de santé sexuelle qui sont assez intimes. Dès fois, ils sont accompagnés par des compatriotes qui traduisent ou par leurs enfants mais ce n'est pas idéal non plus. Avec un enfant, on ne peut pas aborder certains thèmes et pour les compatriotes, on peut se heurter au fait que la personne qui traduit interprète à sa manière les questions. Du coup, on ne peut pas être sûr que c'est traduit comme on a posé la question. Il y a également certaines religions ou cultures où les femmes ne prennent pas par exemple de contraception. Du coup, toutes les questions qu'on peut poser sur ces sujets, vont se heurter à "elle n'en a pas besoin" de la part du traducteur et l'information ne va pas arriver jusqu'à la femme. Le troisième frein, c'est la précarité sociale et économique dans laquelle les femmes se trouvent. Ça influence sur tout ce qui est prévention. Il faut que la personne ait de la ressource pour en faire, parce que ce n'est pas quelque chose qui va donner des résultats immédiats. Si la personne est dans une grande détresse, par exemple si elle est logée avec le 115 ou à la rue, elle risque de ne pas être intéressée par la prévention et de pas se déplacer à ces rendez-vous, faire des frottis etc parce que ce n'est pas sa priorité.

Je ne travaille qu'en salle de naissance, en suite de couche après une grossesse à risque et donc là on voit les femmes qui sont déjà enceintes qui vont accoucher ou qui viennent d'accoucher donc je les vois dans ce cadre-là.

- 4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?**

C'est difficile à dire parce qu'on n'est pas toujours au courant. Il y a aussi la barrière de la langue, on ne sait pas dans quel contexte c'est arrivé. Ce n'est pas toujours perçu non plus comme une violence par la personne. Par exemple, une fois on avait une femme qui était dans un foyer et son conjoint avait violé une autre femme du foyer. Du coup, ils étaient exclus de celui-ci. La femme ne comprenait pas

cette exclusion et trouvait que la femme violée n'avait qu'à crier et que si elle n'a pas empêché les faits, elle était consentante. Elle ne voyait pas où était le problème, pourquoi c'est eux qui devaient partir.

C'est des viols souvent. Ils ont lieu j'ai l'impression le plus souvent dans les pays d'origine. C'est dès fois la cause du départ, ou sinon ça peut aussi être un mariage forcé. Après ça peut continuer ici aussi.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

C'est assez difficile comme thématique, il reste toujours des situations de danger que l'on ne peut pas éviter. Par exemple, du fait du cercle de la violence, la personne violentée est isolée progressivement des autres. Elle se retrouve en relation exclusive avec la personne violente, ne peut pas partir comme ça de cette situation. Si elle part, souvent la personne retourne avec l'agresseur et ils continuent à vivre ensemble. Sinon, ils peuvent aussi retrouver d'autres personnes violentes, parce qu'il y a une fragilité psychologique qui les prédisposent à être exposées à la violence. Du coup, c'est difficile de sortir de ces situations. Le second problème est en lien avec le logement et les conditions de vie. Les dispositifs d'accueil sont saturés, ils se retrouvent donc très souvent dans des situations où ils ne sont pas en sécurité (dans des squats ou dans le rue). Ainsi, soit ils restent là où ils sont où ils subissent des violences ou alors ils sont à la rue.

On est censé leur poser des questions quand on constitue leurs dossiers pendant les consultations. Après, c'est difficile à faire en pratique parce que les femmes sont souvent avec leur conjoint et ça va limiter la portée des questions. Les femmes à la maternité sont très souvent accompagnées et d'autant plus quand il y a des violences. L'autre problème c'est que quand je les vois, c'est dans le cadre d'une urgence en salle de naissance ou en suite de couche. Ce n'est pas toujours le moment d'aborder cela. Si on leur pose la question, elles ne vont pas forcément répondre. Il faut qu'il y ait une relation de confiance qui ait été instaurée avant d'en parler. Elles peuvent ne pas en parler aussi de peur de perdre la garde de leur enfant. Il y a des enfants qui sont placés dans ce cadre-là. Chez une personne migrante on a eu une situation comme ça il y a quelques mois. L'ainé avait été placé parce qu'il y avait violence dans la famille, les parents se sont séparés et remis ensemble et on fait un autre enfant.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Ça reste toujours délicat parce qu'on ne sait pas comment aborder la question avec la personne et du coup on ne sait pas comment la personne va réagir. Pour nous ce qui est important c'est que la personne continue son suivi chez nous et accouche en sécurité, qu'on puisse organiser sa prise en charge future

en l'orientant vers la PMI ou d'autres structures. Parfois si la personne se sent "agressée", ça peut la braquer et compromettre son suivi futur. Dès fois on sait qu'il y a une situation de violence on ne peut pas forcément faire grand-chose et la priorité du coup c'est de ne pas rompre le lien avec la personne.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

C'est assez compliqué parce que même si on donne les pistes à suivre ce n'est pas pour autant que la personne va le faire et rester éloignée des violences. J'ai été en stage à la PMI pendant mes études et même lors de ma pratique à l'hôpital, j'ai pu voir que souvent les personnes mises à l'abri recontactent l'agresseur et ils se revoient. Les plaintes sont retirées, la personne fait marche arrière. Ce n'est pas parce qu'on a donné la marche à suivre à la personne qu'elle va y aller. Ça augmente la possibilité d'une issue favorable, mais si la personne a juste les coordonnées, je pense qu'il y a de grand risque qu'elle n'y aille pas. Il y a aussi le cas des personnes en situation irrégulière par rapport à leur situation administrative. La personne peut avoir une sanction d'obligation de quitter le territoire et du coup ne va pas aller porter plainte parce qu'on va prendre son identité et du coup la renvoyer. Ces personnes-là n'ont pas du tout accès à cela. C'est la peur de tout perdre et de devoir quitter le pays ou de continuer à subir des violences là où elles sont. Le livre "le ventre de l'atlantique" présente comment l'Europe est perçue et souvent c'est comme un endroit où l'on ne peut pas échouer. C'est très difficile de revenir. Ça aussi ça peut freiner. J'ai rencontré une femme infirmière dans son pays, qui est venue en France mais elle ne venait pas d'un pays pour lequel on peut demander l'asile. Du coup, elle s'est retrouvée dans un réseau de position et elle ne voulait pas revenir dans son pays. Elle ne voulait pas qu'ils soient au courant qu'elle a des difficultés en France. Revenir c'est un échec et la famille ne comprend pas comment la personne ne peut pas réussir. Du coup les personnes peuvent souhaiter rester en France, dans de mauvaises conditions, alors qu'elles vivaient dans de meilleures conditions dans leur pays. C'est en lien avec les mauvaises informations véhiculées. Moi je suis d'origine Russe et on reçoit des fois des migrantes qui arrivent de l'ex bloc URSS. Leurs attentes ne correspondent pas du tout à la réalité et souvent elles regrettent d'être venues. Effectivement j'ai regardé sur les forums et c'est écrit que quand on arrive en France, on a tout de suite un logement qu'on peut choisir, on nous est donné de l'argent, un revenu. Dans les faits c'est pas du tout ça, ils ont a priori ces droits, un revenu pendant que leur demande est en cours d'instruction, mais dans les faits ces dispositifs sont saturés donc ils se retrouvent à la rue même s'ils ont droit d'avoir des hébergements...Il est aussi possible qu'ils fassent des emprunts pour venir. Il y a quelques semaines je sais que c'était 4000 par personne pour faire venir la personne de l'ex URSS en France de manière illégale. Si c'est une famille de 4 personnes qui vient ça fait un sacré budget en sachant que le salaire moyen là-bas c'est autour de 300 euros par mois. Donc ils ne peuvent pas se permettre de revenir, ils ont des dettes là-bas qui les attendent.

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui, on en parle quand elles sont en suite de couche. C'est limité certaines fois à cause de la barrière de la langue et le manque d'interprète. On l'aborde systématiquement et pour certaines personnes, on décide de les orienter vers un certain moyen de contraception plus qu'un autre. En général, c'est la pose de l'implant, une contraception qui reste en place pendant 3 ans et assez facile à poser plutôt que

la prise de pilule ou de contraception locale. Ce sont des personnes qui peuvent déjà avoir beaucoup d'enfants. On a eu une personne, 22 ans, c'était déjà son 4ème enfant, c'était une situation où les enfants ont dû être placés pendant que la dame était à la maternité parce qu'elle était toute seule avec eux. Elle était hébergée par le 115. Dans son cas, on a essayé de valoriser l'implant. L'implant, on le pose avant que la personne sorte de la maternité. On peut aussi le faire, c'est plutôt rare dans les situations des personnes migrantes, quand les enfants sont en danger et où plusieurs sont placés. Le problème avec les autres prescriptions qu'on peut faire, c'est qu'il n'y a aucune garantie que la personne aille chercher le moyen de contraception et va le mettre ou le prendre correctement. Le stérilet c'est possible en théorie, mais on ne le fait pas parce qu'il faut le poser directement au moment l'accouchement, dans les quelques heures qui suivent ou sinon c'est dans les 2 mois. Après quand la personne accouche elle n'est pas en pleine capacité, je pense, de pouvoir faire un choix éclairé sur ça.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Pas vraiment, on les voit quand elles viennent aux urgences. Certaines font suivre leur grossesse uniquement aux urgences et ne vont pas forcément en consultations.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Je leur pose la question au moment où on parle de la contraception, surtout quand elles ne veulent pas en prendre. Je leur explique qu'il y a toujours un risque de grossesse quand on ne prend pas de moyen de contraception, et si une grossesse survenait de façon inopinée, est ce que faire un IVG ça ne va pas leur poser problème ou est-ce que ça va être quelque chose qui va être difficile. J'indique que l'IVG a des risques pour la santé et que ce n'est pas un moyen de contraception. Il y a des personnes qui ne font que des IVG et ne prennent pas de moyen de contraception parce que selon eux c'est mieux comme ça.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

On fait tout ce qui est sérologie, les hépatites, le VIH. C'est fait systématiquement en début de grossesse. Par contre au centre IVG, ils font des dépistages en plus comme la chlamydia, les IST. On ne le fait pas de façon systématique, que s'il y a une situation à risque.

Si le résultat est positif, on fait un deuxième prélèvement de contrôle pour confirmer le diagnostic et ensuite c'est le médecin qui annonce et la personne est orientée vers Pontchaillou puis Louis Guilloux souvent pour le suivi régulier. Souvent c'est déjà connu. Sinon, certaines populations en Afrique ont l'hépatite B assez souvent et c'est quelque chose qui est assez habituel donc ça ne les choque pas même si c'est pour eux. Ils réagissent assez calmement à la découverte.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Le problème c'est que pendant la grossesse, on ne peut pas faire ce dépistage là parce qu'il n'est pas fiable mais que ces personnes-là ne vont pas forcément venir faire ce rendez-vous. Du coup, on essaye de leur prendre le RDV post natal nous-même. Le fait qu'on prenne un RDV ne garantit pas qu'elles vont venir.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça arrive que les personnes aient des problèmes de couple après pour les populations migrantes on est pas toujours informés, ça n'apparaît pas toujours au premier plan. Il faut déjà que leurs besoins primaires soient satisfaits comme le logement. Surtout que si on aborde les questions des problèmes de couple, ça peut compromettre les conditions de vie dans lesquelles ils sont, parce qu'il peut y avoir des mesures de prises etc du coup c'est assez rare qu'ils parlent de ces thématiques.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Non je n'aborde pas ça avec eux. On a des consultations de mutilations sexuelles qui sont ouvertes sur l'hôpital et on essaye d'orienter les personnes qui ont été excisées ou infibulées. On leur parle qu'il y a ces consultations là et on essaye de les orienter vers ces dispositifs. Après c'est difficile de savoir si la personne a été excisée ou pas, il faut être bien aguerri. On peut le savoir mais ne pas le voir sur la personne. Quand la personne est infibulée ça se voit mais dans le cadre d'une excision ce n'est pas toujours le cas, notamment si c'est une petite excision. C'est difficile de repérer. Les personnes ne sont pas forcément ouvertes non plus à la discussion sur ces sujets-là, il faut l'aborder dans des moments propices pour que la personne soit réceptive à ça et on a pas le temps malheureusement d'aborder ce sujet-là. Il y a malheureusement assez souvent certains sujets qu'on n'aborde pas volontairement parce qu'on sait qu'on a pas le temps de le faire correctement. Si on prend le temps avec ces personnes-là on sait qu'on n'aura pas le temps de soigner les autres patients. Il faut déjà qu'on fasse notre tâche médicale.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui, quand elles arrivent en suite de couche, on fait le point sur les soins et je leur explique notamment comment on fait les soins au niveau du périnée. Là je leur dis aussi que la reprise des rapports c'est quand elles le souhaitent et que s'il y a des douleurs qui persistent ce n'est pas normal, qu'il faut aller consulter. Souvent les femmes immigrées trouvent normal d'avoir mal, que ça soit l'homme qui choisissent quand ils ont un rapport.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ? Déjà répondu

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Je n'ai pas eu l'opportunité, on l'aborde quand il y a des éléments autour de leur vie qui nous font supposer que probablement elles sont liées à cela. Là, on essaye de l'aborder. Après c'est toujours compliqué. On m'avait appelé pour traduire avec une femme d'origine russe qui était dans une situation qui faisait supposer très fortement qu'elle était dans un réseau de prostitution. C'était assez compliqué parce que je suis arrivée comme ça dans sa chambre et on a directement parlé de ça. Elle a évidemment répondu que non. Mais c'est difficile de savoir, si elle gagne sa vie de cette manière-là ou qu'elles sont contraintes à le faire, elle ne va pas nous le dire. Il arrive qu'on leur prenne leurs papiers et elles pensent que si ces personnes les ont pris, il ne faut rien dire, rien faire et qu'elles ne peuvent pas les récupérer autrement. Dès fois il peut avoir aussi leur famille qui se retrouve menacés. Dans les pays de l'Europe de l'est, c'est assez souvent le cas qu'ils les prennent leur passeport, ce qui limite le déplacement de la personne car ils leur disent que sans passeport elles ne peuvent aller nulle part. ça les retient. Ils menacent aussi physiquement la famille qui est restée au pays. Ce n'est pas parce qu'on a identifié la personne comme faisant partie d'un réseau, que ça va solutionner le problème, c'est beaucoup plus compliqué.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Oui j'aimerais avoir plus de temps dédié à ça ; qu'il y ait des référents dédiés à la prise en charge de ces femmes afin qu'elles puissent avoir toujours le même interlocuteur qui potentiellement parle leur langue, pour qu'on puisse travailler directement avec les collaborateurs, l'assistante sociale, le safed, l'ASFAD, le cada, le réseau louis guilloux... pour pouvoir ensemble leur proposer un bon suivi, un accompagnement. C'est utopique je pense, mais dans l'idéal ça leur ferait beaucoup de bien d'avoir une personne qui est dédiée et disponible pour eux, que ça soit toujours la même personne, qu'elles puissent créer une relation de confiance. Ça peut permettre aussi qu'elles puissent avoir plus confiance en elles parce que je pense que c'est valorisant d'avoir une attention pour soi. Elles sont contentes quand on leur montre qu'on s'intéresse à elles, quand on les suit de façon personnalisée.

Soutenue pas forcément mais avoir plus de moyens, pour avoir du temps et aussi les moyens derrière quand les personnes sortent. C'est le cas pour tout ce qui est conseil de prévention, les rendez-vous de suivi par exemple. Pour une femme qui imagine à 8 enfants, elle risque de ne pas venir parce qu'elle doit s'occuper d'eux, donc ça complique aussi. On a eu une patiente il y a quelques années qui était seule avec un enfant handicapé, elle a eu un nouveau-né et on l'a retrouvé décédé à son domicile. On suppose que c'est le fait qu'elle était toute seule avec l'enfant handicapé qui présentait un frein pour se déplacer et que quand il a commencé à être malade, elle n'a pas consulté, elle a attendu le dernier moment et c'était trop tard malheureusement.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

On essaye de commander des interprètes mais après ce n'est pas toujours évident. On fait des demandes à la « direction qualité usagers » de l'hôpital qui transmet au réseau Louis Guilloux. Il faut qu'elle soit faite plusieurs jours avant la consultation. Normalement, pour avoir un interprète, il faut qu'on ait essayé d'autres moyens et si ces moyens sont épuisés alors on peut faire appel à l'interprète. Je pense pourtant que le mieux c'est de faire appel à l'interprète directement parce que les autres moyens ça reste les personnes de l'hôpital qui connaissent la langue et qui viennent traduire ou sinon c'est l'entourage de la personne qui traduit mais il y a des limites d'objectivité. Je pense que l'idéal c'est que ça soit un interprète neutre qui puisse traduire, parce que ce sont des choses assez personnelles et ça peut être délicat sinon. C'est délicat par exemple d'aborder la contraception si c'est le cousin qui vient traduire.

Non je ne pense pas que ça présence gêne. Après ça dépend, ça peut être le cas culturellement par rapport à la personne, notamment si c'est un homme.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui je pense, si ça fait plus longtemps qu'elles sont là, elles sont dans une situation plus stable. Selon la pyramide de Maslow, leur besoin de bases sont satisfait, elles peuvent se pencher sur d'autres problématiques. Elles sont dans une meilleure situation et commencent potentiellement à parler français. Des fois elles ont aussi déjà rencontré des personnes concernant les excisions, les professionnels et les personnes qui font ou ont fait de la reconstruction, qui ont un autre vécu. Ça peut les intéresser d'échanger avec elles si elles se posent la question. L'excision fait partie de leurs coutumes, du coup ce n'est pas toujours perçu comme une violence. Le fait de rencontrer d'autres personne et de créer des liens permet d'échanger sur ces questions-là et permet d'avoir leur avis.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Oui ça influence parce que ça dépend des traditions. Une personne qui vit dans une communauté tchéchène ou turque, vit en communauté assez forte et quand elle arrive en France elle continue à vivre en communauté avec les autres membres. Je pense que ça les freinent dans les apprentissages du français, parce qu'ils ont moins besoin d'apprendre que les personnes isolées. Il y a toujours quelqu'un de la communauté qui va se rendre disponible pour traduire et souvent ils progressent moins vite dans les apprentissages. Ils conservent aussi souvent leur mode de vie traditionnelle et leurs coutumes, ils vont être moins sensibles à certaines choses. Il y a aussi des fois une pression de la communauté, la personne peut ne pas se permettre de faire certaines choses.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

J'avais fait une journée régionale du réseau louis Guilloux il y a quelques années. Je trouvais ça très intéressant. Après, par mon expérience personnelle j'ai accompagné des personnes russophones pendant quelques années pour faire des traductions sur mon temps libre. Du coup, je connais assez bien le circuit qu'ils suivent, comment ils arrivent, quelles sont les démarches au niveau de la préfecture, Dublin, l'ofpra et les différents dispositifs d'aide de couverture sociale qu'ils peuvent avoir.

Dès fois, on ne sait pas que les personnes sont dans ce parcours là et c'est les adresses de leur domiciliation qui peuvent nous orienter.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui

Merci de préciser si vous repérez une ou des formations dont vous auriez besoin sur ce thème dans votre pratique professionnelle : « Formation et sensibilisation au processus de la violence conjugale (CIDFF) ; Violences Conjugales (Université de Paris, UFR IHSS) ; prévention et conduites à tenir en situation de violence faite aux femmes (IFSO) ... »

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Il y a la présence du mari et les habitudes culturelles, l'empreinte de la communauté.

Questionnaire ajoute : « Barrière de la langue ne permettant pas de communiquer et échanger. Parfois également une situation de violence ou maltraitance considérée comme « normale » par la patiente car situation courante dans son pays. Pas de réseau amical ou familial pour soutenir la femme et l'aider à quitter un conjoint violent.

Obligation de passer par le conjoint pour communiquer avec le risque que le conjoint délivre à la patiente des informations partielles et/ou fausses

Certains mariages entre les hommes français et les femme étrangères, qui viennent en France pour le mariage. Parfois ces femmes ne parlent peu ou pas la langue française, connaissent mal leurs droits et sont de ce fait très isolées et totalement dépendantes de leur conjoint. Difficulté en cas de violences de quitter le conjoint car d'une part sous emprise financière et administrative du conjoint, ne savent pas où elles peuvent avoir de l'aide, ne veulent pas quitter le conjoint par crainte de perdre leurs papiers.

Personnes se retrouvant d'emblée ou secondairement en situation irrégulière et qui se retrouvent dans les réseaux de prostitution. Très difficile de quitter ces réseaux. »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

C'est que la personne soit dans de bonnes conditions de vie, que ses besoins primaires soient satisfaits pour qu'elle puisse s'occuper d'autres choses. Il faut que la personne soit bien intégrée je pense, ça contribue aussi aux rencontres d'autres personnes qui lui montrent d'autres façon de vivre et de faire. Ça lui permet de s'ouvrir au thème de la santé sexuelle.

En tant que professionnel, c'est la volonté de la personne, comment elle se positionne, est ce qu'elle veut s'intégrer et est ouverte à différentes options ou pas.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Après c'est globalement la prévention de base par rapport à leurs enfants et des choses comme ça, l'accès aux informations, au ateliers d'apprentissage de langue par exemple. Tout ce qui permet de faciliter l'intégration.

Entretien numéro 11 : 44 minutes le 11/06/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis médecin généraliste et je suis installée depuis 3 mois dans un centre de santé communautaire.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

On a ouvert il y a 3 mois et avant je faisais des remplacements. Ça m'est arrivé à plusieurs reprises d'accompagner des femmes migrantes et j'ai l'impression que depuis qu'on est sur le quartier, encore plus.

Je vous parle du centre de santé, les femmes viennent beaucoup d'elles-mêmes parce qu'elles habitent dans le quartier ou ont des amis qui sont venus au centre de santé, par le bouche à oreille. Sinon, LG peut nous adresser des personnes ainsi que les centres sociaux. Il y a beaucoup de femmes migrantes dans le quartier, elles viennent beaucoup par elles-mêmes. Ça peut être aussi par le biais des enfants, elles viennent en consultations pour les enfants pour celles qui habitent dans le quartier. Souvent elles viennent pour les enfants d'abord et après on leur dit « et vous ? ». Par contre, ce n'est pas toujours facile de trouver un rdv, surtout avec les confinements, si les enfants sont cas contact, les écoles ferment... ça été un peu compliqué depuis l'ouverture de voir les mamans toutes seules.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Dans santé sexuelle je mets les suivis gynéco, les dépistages des IST, la contraception. Donc oui. Actuellement ce n'est que des personnes pour qui on débute des suivis. Ce que je vous dis là ça ne sera peut-être plus vrai dans 3 ans. Là on a des dossiers vierges, on rencontre les personnes pour la première fois. On fait un bilan de leurs suivis jusque-là, on essaye de voir ce qui a pu être mis en place. La contraception fait évidemment partie des questions systématiques. Pour les IST, c'est parfois plus à difficile à aborder notamment avec des femmes mariées qui ont des enfants. Parfois elles se demandent pourquoi on leur parle de dépistage, d'IST. Avec des femmes primo-arrivantes c'est plus simple parce que ça rentre dans le cadre d'un dépistage systématique et c'est assez bien compris. Pour les femmes primo arrivantes, ça va être un peu plus systématique. Après je le leur propose toujours lors des consultations gynéco mais c'est toujours au cas par cas et puis si ce n'est pas tout de suite, on peut en rediscuter dans 6 mois, 1 an, ce n'est pas grave. Il faut savoir aussi saisir le bon moment. En tout cas on essaye moi et mes collègues au centre de santé de prévoir des temps de suivi gynéco donc si la femme migrante vient nous voir et qu'elle a plusieurs choses à gérer, on prévoit vraiment un temps gynéco dédié à ça.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Alors en tant que remplaçante on est là que ponctuellement donc on n'est pas sur des suivis longs et des accompagnements longs mais oui, ça m'arrive d'accompagner des situations de violence sexuelle chez des migrantes.

Ça va être des viols, des rapports sans consentements. Je précise parce que les femmes migrantes ne mettent pas toujours le terme de viol sur les rapports sans consentements. Ils peuvent être mal vécus mais elles ne mettent pas forcément ce mot dessus. Il y a aussi les mariages forcés et les mutilations génitales. Je me suis moins retrouvée confrontées aux mutilations génitales.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Ce n'est jamais très agréable, c'est jamais des prises en charge faciles, c'est jamais facile d'aborder ça. Forcément on touche un sujet sensible, on ne sait pas comment la personne va recevoir nos questions. Ce matin par exemple, j'ai eu une histoire, je ne sais pas s'il y a des violences sexuelles, il y a eu en tout cas des violences physiques. La femme m'en a glissé un mot dans l'entretien, elle est séparée de son conjoint, j'ai voulu revenir dessus pour m'assurer qu'elle ait bien compris qu'un accompagnement psychologique pouvait être possible, que nous pouvions être là pour elle. Je voulais lui transmettre ce message et ça n'a pas été si évident que ça de lui transmettre ce message, elle avait l'impression qu'on revenait sur un sujet qu'elle avait laissé derrière elle avec la séparation etc. Je sais que c'est important d'évoquer ces questions, d'être vigilante, de faire comprendre à la personne en face que ce sont des situations qui sont très difficiles, qui peuvent avoir des conséquences sur la santé même si ce sont des événements passés, sur la santé physique mais aussi mentale et que parfois un accompagnement au long court est nécessaire, mais la personne n'est pas toujours réceptive. Ce n'est pas toujours le bon moment...Quand elles n'en parlent pas d'elles-mêmes c'est pas toujours évident d'aborder le sujet. Après moi je précise toujours que je pose les questions qu'il n'y a aucune obligation de répondre et dès fois ça permet d'ouvrir une porte et puis la personne revient plus tard en parler, ou pas.

Parfois il y a des personnes pour lesquelles on sent que ça risque d'être un peu compliqué d'avoir ce type de question tout de suite. Je la pose de façon systématique dans le parcours de la patiente mais pas forcément en systématique lors des premiers entretiens. J'ai l'avantage de la médecine générale, de pouvoir suivre les personnes au long court, on peut se donner un peu de recul avant d'aborder ces sujets.

Questionnaire : Face à des violences sexuelles et des violences conjugales (physiques et sexuelles) : se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées

Face à des violences conjugales verbales et des violences sexuelles dans un cadre professionnel + dans un cadre familial (hors couple): se sent parfois en danger pour repérer quand une personne est en danger et ne se sent pas en capacité quand une personne est en souffrance face à des violences passées

Face à des violences conjugales psychologiques : ne se sent pas en capacité pour repérer quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées

Face à des violences conjugales : économique / administrative / sociale : se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en souffrance face à des violences passées

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Je me sens légitime dans ce rôle-là. Pour moi, ça fait vraiment partie de mon travail de faire ça, après j'essaye de faire attention aux mots que j'emploie, de pas être trop maladroite et en même temps de ne pas tourner la phrase de façon ambiguë, il faut aussi que la question soit claire. Sur les femmes primo-arrivantes, ça passe par le parcours, le vécu, comme ça elles peuvent me raconter ce qu'elles veulent. Il y en a qui racontent plein de choses spontanément. Je pense que du coup, après, c'est plus facile de rebondir. On se dit qu'elles sont ouvertes en tout cas à ce qu'on en échange. Quand elles en parlent, pour les femmes primo-arrivantes, je vais aller plus facilement sur le dépistage des violences en systématiques. Pour des femmes qui sont en France depuis plus longtemps, je ne sais pas encore si le sujet est abordé par d'autres médecins etc et je n'ai pas envie d'être une énième personne à poser la question donc c'est plus en fonction des signes, des échanges. Je me donne plus de temps, ça va être un peu moins systématique.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour parler à une personne en situation de danger et/ou de souffrance face à des violences sexuelles dans un cadre familial (hors couple)

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Là je me sens beaucoup moins à l'aise puisqu'on s'est même dit qu'au sein du centre de santé il fallait qu'on se forme auprès de structures, que les structures qui existent sur la ville viennent nous faire des petites formations d'orientation et notamment en termes de structures juridiques parce que là on se retrouve très facilement un peu coincé. On ne sait pas trop quel contact donner aux personnes, après on sait qu'il y a des associations alors on donne les numéros d'associations mais sans savoir derrière ce qui se passe. On n'est pas au fait et je pense que les femmes quand elles viennent ici déposer beaucoup de choses, ça les rassure que le professionnel en face d'elle soit capable de leur expliquer ce qui va se passer ensuite, ce qui est possible pour elles. Je pense donc que c'est important de se former sur la suite, sur cet accompagnement juridique. Après, sur l'accompagnement psychologique, il faut trouver un psychologue...(rires) Sur la ville il y a le RLG qui est une vraie ressource sur l'accompagnement psychologique, ils sont vraiment d'une grande aide. Après pour les personnes qui ne peuvent pas être suivies par LG, c'est plus compliqué quand ce sont des femmes migrantes qui, la plupart du temps, ne peuvent pas avancer de frais. Il existe des associations de psycho mais ça va être un accompagnement plutôt court, ce n'est pas forcément la meilleure réponse dans ces histoires de violences sexuelles.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en danger et/ou en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales ou sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Questionnaire concernant l'orientation, pour obtenir de l'aide juridique : « je ne connais pas très bien les recours possibles, les structures existantes et il est donc parfois difficile de bien l'expliquer aux femmes »

Questionnaire concernant l'orientation, pour obtenir de l'écoute : pas de structure indiquée

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ?

Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui, je questionne les femmes sur leurs antécédents, sur leurs antécédents en termes de contraception, leurs souhaits, ce qu'elles connaissent, qu'elles sont leurs connaissances sur telle ou telle contraception. Je vais assez facilement, même si certaines me disent je veux la pilule, et d'ailleurs parfois elles ne comprennent pas trop, mais je vais essayer de prendre un vrai temps pour leur expliquer les autres moyens de contraception qui existent pour qu'elles puissent avoir le choix. Parfois avec le stérilet par exemple, il peut y avoir de fausses idées : ma copine m'a dit qu'après on était stérile ou avec la pilule il peut y avoir ces idées-là. Du coup je prends le temps d'expliquer les différents moyens même si en général elles restent sur l'idée de départ, si elles en avaient une, mais au moins elles ont eu les infos et peut être plus tard, si cette contraception ne leur convient plus, elles savent qu'elles peuvent changer.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui, ça dépend de pleins de choses : est-ce que c'est une grossesse qui a débuté pendant l'exil, une grossesse issue d'une histoire de violences, est-ce que pour les femmes qui viennent d'arriver elles font le lien avec les enfants qui sont restés au pays. Parfois il y a un soutien psychologique à mettre en place, ou au moins on va dire que l'entretien prénatal prend tout son sens. Au centre de santé, on a une sage-femme donc c'est vrai que on est bien content qu'elle soit là, elle peut prendre un vrai temps avec les femmes pour faire un peu le point. Pour les femmes migrantes qui en France depuis plus longtemps, ça peut être de s'assurer que c'était un vrai souhait. Parfois, les femmes sont épuisées, elles ont déjà plusieurs enfants donc il y a une vigilance particulière à avoir sur ces questions-là.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Toujours. A chaque fois que c'est une consultation de grossesse, je demande si c'est une grossesse désirée, si c'est une grossesse qu'elles souhaitent poursuivre. Après je pose ces questions-là mais je crois que je m'arrête là, je n'insiste pas sur la possibilité en France d'avoir des IVG. Peut-être que je n'insiste pas assez, je sais pas. Après si elles me disent que c'est une grossesse désirée, j'ai tendance à m'arrêter là. « Est-ce que c'est une grossesse désirée ? Est-ce que vous êtes contente ? Le papa est content ? »

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

J'oriente au laboratoire pour la prise de sang. Si la personne est positive, je la rappelle pour qu'elle vienne me voir en consultation. Souvent avant le RDV, ça dépend pour quoi mais si c'est une sérologie

VIH qui est positive, je vais passer un coup de fil à l'infectieux pour savoir ce qui peut se mettre en place, s'il peut recevoir la patiente etc. Ainsi, on peut avoir quelque chose à répondre à la patiente au moment où elle arrive en termes de prise en charge. On annonce une mauvaise nouvelle mais en même temps on a une proposition de prise en charge : vous avez RDV avec docteur machin à l'hôpital tel jour. C'est quand même plus agréable.

**12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ?
Si non pourquoi ?**

Tout à fait, je le fais sur ces temps de suivi gynéco que j'essaye de mettre en place pour les patientes. Je leur dis qu'il n'y a aucune obligation, que si elles le souhaitent on peut prendre un vrai temps pour faire un suivi gynéco. J'aime bien prendre le temps en tout cas auprès des femmes pour leur expliquer ce que c'est le frottis, à quoi ça sert, pourquoi on le fait. Ça se fait sur deux consultations. Une première où j'explique un peu à quoi sert l'examen gynéco, je peux leur montrer le spéculum, la brosette. Parfois elles préfèrent faire le frottis tout de suite, d'autres vont revenir à un autre moment. Chez les femmes migrantes qui ne parlent pas bien français, c'est beaucoup plus difficile de bien faire les choses à ce niveau-là. Parfois je peux parler mais je me rends compte quand je les revois après pour faire le frottis, qu'elles n'avaient pas forcément tout compris même si elles pensaient peut-être que c'était le cas. Il a un frein très important je trouve avec la langue, la langue c'est une vraie barrière. En gynéco c'est particulièrement vrai et gênant dans la prise en charge surtout chez des personnes qui ont pu déjà subir des violences dans leur parcours. Une vraie compréhension de l'examen en amont est indispensable.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça je pense que beaucoup moins. Je suis beaucoup moins systématique, je pense que c'est important, je pose régulièrement des questions : « comment ça se passe à la maison etc » mais je vais beaucoup moins sur la vie sexuelle, mais ça me semble très important. Il faut être un peu plus systématique sur ces questions mais je ne le fais pas assez peut-être parce qu'aussi derrière je n'ai pas forcément de réponse aux problèmes qui peuvent être exposés.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Oui pour moi c'est ce que j'entendais dans la question d'avant. Pas assez, clairement pas assez. J'ai bien ça en tête, mais probablement parce que si la réponse est non je n'ai pas spécifiquement de réponse à apporter, je ne sais pas quelle question poser en plus. Si l'objectif est de chercher des formations, là clairement je pense qu'il y a un besoin. Curieusement on en parle beaucoup plus avec les hommes qu'avec les femmes en médecine générale, ce qui n'est pas normal. On va dire que les hommes peuvent nous parler plus facilement de trouble de l'érection, de baisse de libido etc. Les femmes migrantes surtout, c'est moins fréquent. Je pense qu'il faut aller chercher la réponse.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui et non en même temps. Ça va être surtout abordé avec les femmes qui viennent nous voir des infections génitales à répétition, des mycoses etc. Là on refait un point sur la toilette intime mais pas en systématique.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui, après je n'ai pas le souvenir d'avoir accompagné une personne dans un processus de reconstruction, mais en tout cas c'est des questions que je pose.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Ça m'est arrivé. C'est vraiment du cas par cas. Ce n'est pas une question qu'on pose en systématique, ça dépend du parcours de la personne. Je pense à une personne en particulier qui était travailleuse du sexe en France, une jeune femme migrante. Elle a réussi à me dire ça au décours de la conversion. Là, on s'est rapproché du service d'infectieux et d'une association de travailleuses du sexe pour savoir quel dépistage mettre en place, ce qu'on pouvait mettre en place pour cette personne pour l'accompagner au mieux au niveau médical.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Je crois que toutes ces questions de vie relationnelle, de sexualité, de dépistage, de plaisir tout ça c'est vraiment des points qui sont importants, et c'est valable pas uniquement pour les femmes migrantes. Là-dessus j'aimerais beaucoup être plus attentives à ces questions et surtout pouvoir avec des réponses à apporter, des débuts de prise en charge à apporter aux patientes. Pour toutes ces questions-là, c'est vraiment du réseau, nous on ne peut pas forcément tout prendre en charge. Ce qui est important, c'est de connaître le réseau existant pour pouvoir orienter les personnes et savoir comment les organismes fonctionnent pour pouvoir les présenter au mieux aux personnes. Ça peut permettre qu'elles puissent être un peu en confiance. On parlait des travailleuses du sexe, ça nous a fait du bien de rencontrer cette asso, elle nous a appris plein de choses. Être bien intégré et connaître les réseaux, que ce soit sur la prise en charge médicale mais aussi juridique, avoir les contacts.

Oui l'interprétariat, les formations. On n'en a pas énormément de proposé, le RLG fait des choses bien et vraiment utiles. Il est disponible au téléphone... On parlait de réseau, là je pense qu'en terme de réseau ça fonctionne bien, on n'hésite pas à décrocher notre téléphone pour poser des questions, si bêtes soient elles.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Oui tout à fait. Au centre de santé on a la chance d'avoir une personne qui parle Arabe et l'autre Albanais, après ce n'est pas leur travail non plus de faire de la traduction. Elles nous dépannent. On est beaucoup en lien avec le RLG et le réseau d'interprétariat. Ça reste limité l'interprétariat en médecine ambulatoire, mais on a la chance d'avoir ce réseau pas très loin de chez nous et dans les situations où on a pu être en difficulté, on a réussi à organiser un suivi avec un interprète. Parfois, ce qui m'est arrivé de faire, c'est de faire une grande consultation avec un interprète où on évoque plein de choses. Je parle de l'examen gynéco sans le réaliser (parce qu'on n'a pas le temps) mais par contre je profite de la présence de l'interprète pour m'assurer de la compréhension de la personne et après je revois la personne dans un second temps pour l'examen.

Ça ne m'est arrivé pas récemment de faire un examen gynéco avec un interprète. Je crois que si la femme venait avec interprète pour des questions gynéco, je ferais sortir la personne pendant l'examen. Par téléphone, je ne sais pas comment je ferais, je ne suis pas sûre que ça serait très agréable un examen gynécologique avec le téléphone allumé à côté, je ne sais pas. En ce moment, on a eu beaucoup d'interprètes au téléphone, les femmes me semblent assez à l'aise pour exposer leurs problèmes gynéco si elles en ont. En face à face je ne sais pas, ça fait longtemps que je n'ai pas eu d'interprète en présentiel pour discuter.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ? Pas le temps de répondre

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi? Pas le temps de répondre

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ? Pas le temps de répondre

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

La méconnaissance des réseaux, le problème de l'interprétariat pour les suivis psychologiques c'est vraiment un problème du quotidien. Le RLG nous apporte un début de réponse. On est très content que les psychologiques du réseau soient là mais ils ne peuvent pas tout absorber.

Oui les enfants, le fait d'avoir des enfants fait que la santé des femmes peut passer après celle des enfants. De plus, exacerbé avec cette crise sanitaire, où les mamans avaient beaucoup de charge mentale et organisationnelle, cela fait qu'elles n'avaient pas le temps de prendre du temps pour elles, ou alors elles venaient avec les enfants ce qui n'est pas le plus pratique pour soit réaliser un examen

gynécologique ou pour aborder des questions de violences. Je pense aussi qu'il y a une méconnaissance sur des choses comme le frottis par exemple. Avant de venir faire un frottis, faut-il savoir qu'il faut en faire un.

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Je pense qu'avoir rencontré un professionnel dans son parcours qui ai pris le temps d'expliquer ce qui existe, ce qui peut être fait c'est facilitateur. Pas forcément un professionnel de la santé, ça peut être des bénévoles dans des associations, des professionnels sociaux ... L'important c'est d'avoir quelqu'un de confiance avec qui on se sent bien et qui puisse à aborder certains sujets. Les rencontres on va dire, les rencontres avec des professionnels.

Je pense qu'en termes de formations il existe des choses. Mais, on peut aussi décrocher notre téléphone, aller chercher les associations qui existent. Mettre en place une mise en réseau. Ça serait bien s'il existait un centre ressource ou je ne sais pas, quelqu'un qui pourrait rassembler les différentes structures qui existent sur la ville.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non c'est bon

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis infirmière en CMP.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Oui, je travaille ici depuis 7 ans et j'ai vu un certain nombre de migrants, dont des femmes bien sûr. Depuis bientôt 2 ans il y a un poste à mi-temps qui a été créé concernant l'évaluation du psycho trauma, j'ai postulé mais je n'ai pas été retenue. Avant la création de ce poste, c'était de l'évaluation au départ mais la personne fait aussi du suivi, on m'adressait quelques femmes mais plus maintenant. Mais, il y a d'autres portes d'entrées dans le soin que via la consultation du docteur G. Cet infirmier-là (celui qui a le poste) reçoit uniquement sur indication du docteur G qui est en charge de l'évaluation somatique de la population migrante sur le territoire. Maintenant le docteur G adresse à notre collègue les personnes migrantes qu'il reçoit mais j'en ai encore dans ma file active qui m'avait été adressées par le docteur G. Les personnes nous sont adressées aussi par les travailleurs sociaux des structures d'accueil, il peut y avoir le bouche à oreilles et ça peut être aussi les travailleurs sociaux du CMS sur le territoire. Je sais qu'il y a une dame que j'ai vu récemment, c'est une connaissance qui est-elle même suivie sur le CMP qui l'a orientée vers nous. Et les médecins généralistes aussi, assez rarement parce que souvent avant d'aller voir le médecin traitant la personne est passée par la consultation du docteur G. Mais après c'est vrai que le problème de psycho trauma peut arriver plus tard, c'est aussi le stress lié à la situation administrative complexe, à la précarité sociale, même s'il n'y a pas de symptôme de psycho trauma, je peux quand même être amenée à en suivre quelques-uns. Il y a aussi les sages-femmes de la PMI qui ont pu déjà nous orienter des personnes.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

C'est vrai que non, je ne le fais pas spécialement au départ après ça peut venir mais pas forcément d'emblée. En général, j'essaye au départ d'instaurer un lien de confiance. Les premiers entretiens c'est déjà de mettre en confiance et d'expliquer comment je peux les aider, quelle est leur problématique. Après parfois ils peuvent le verbaliser spontanément. Je pense à deux femmes particulièrement, l'une d'entre elle a mis ça en avant, elle a été violée par 5 hommes devant ses jeunes enfants qui avaient 4 et 6 ans. C'était abominable pour elle, surtout le fait que les enfants soient témoins de la scène, c'était terrible. Elle a d'emblée, dès le premier entretien, évoqué cela mais elle a été délocalisée ici et auparavant elle avait déjà eu un suivi sur Rennes, et peut être aussi que le suivi antérieur a permis la verbalisation directe. Mais j'ai comme l'impression, je n'ai pas fait d'étude là-dessus, mais c'est de l'ordre du ressenti, que les femmes sont en meilleure capacité pour l'aborder que les hommes. Déjà il y a tout le vécu de honte, de culpabilité et puis il y a les aspects cultures, la place de l'homme dans la société... Je pense à un homme particulièrement, il avait des douleurs abdominales et au fil des entretiens j'ai été un peu creuser de ce côté-là et en effet il a été violé. Mais ce n'est pas venu, c'est simplement parce que le lien de confiance était instauré et j'ai pu aussi creuser d'avantage et à ce moment-là il a pu répondre à mes questionnements. Il y avait la problématique du regard, avec un énorme vécu de honte, il était incapable de soutenir le regard de l'autre.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Je n'ai pas fait de statistiques mais la majorité de celles que je rencontre je crois. Je n'aborde pas cette thématique quotidiennement parce que déjà je ne reçois pas forcément des migrants au quotidien. Après, tout dépend des vécus. Je pense à la dame dont je parlais tout à l'heure qui me l'a verbalisé dès le premier entretien. Il y a eu des entretiens soutenus au départ et on l'a réorienté avec le psychiatre que j'avais interpellé vers l'hôpital de jour pour qu'elle ait une prise en charge quotidienne à un moment donné de sa prise en charge. Du coup, je m'étais désengagée progressivement, le temps que le lien se fasse avec l'hôpital de jour. Elle avait des conduites à risques, elle rejouait son psycho trauma. C'est à dire qu'elle n'arrivait pas à dormir, qu'elle était envahie par l'angoisse, et pour apaiser cette angoisse-là il fallait en quelque sorte se punir en allant voir des hommes, qu'ils la prennent de manière assez violente. Elle leur disait presque viole moi en fait. Elle se mettait en danger alors que c'est quelqu'un qui a dû, pour poursuivre son exil et n'ayant plus d'argent, se livrer à la prostitution. Du coup elle est tombée enceinte d'un troisième enfant, qu'elle pouvait même amener avec elle au départ à priori. Donc elle se mettait en danger mais elle mettait aussi en danger son enfant. Petit à petit avec une prise en charge soutenue, elle-même nous suppliait de l'aider et de l'empêcher de passer à l'acte comme ça. Elle sentait que si on lui offrait un accueil quotidien, elle passerait moins à l'acte et c'est ce qui s'est passé. Progressivement ça s'est arrêté. Maintenant cette femme n'est plus prise en charge à l'hôpital de jour et à nouveau au CMP plus ponctuellement. Elle a encore besoin de soutien régulier étant donné qu'elle veut faire venir sa fille en France qui avait été témoin de la scène et qu'elle n'avait qu'une seule angoisse, c'est que sa fille subisse la même chose qu'elle. Elle a laissé une petite fille de 4 ans, elle a retrouvé une ado de 11 ans, formée et pubère. Ça l'angoisse terriblement qu'elle puisse être l'objet des hommes.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

En termes de violence actuelle, je n'ai pas d'exemple. Je n'ai eu à faire je crois qu'à des femmes qui ont été exposées à de la violence passée. Au début c'était pas simple, je n'ai plus trop de souvenir parce que maintenant ça fait 7/8 ans. Je sais de toute façon dès le départ que ce public-là est généralement exposé à ce trauma et présente du stress post trauma. Donc, quelque part, je m'attends à ce que ça arrive dans le récit. Les femmes ont quasiment toutes subies de la violence sexuelle quand c'est elles qui sont à l'origine de la décision de l'exil.

Déjà il n'y a pas tout ce qui pourrait être signalement judiciaire tout ça parce qu'il s'agit de la violence subie avant l'arrivée en France parce que sinon il y aurait tout ça aussi à prendre en considération et à orienter, conseiller. Il y a un vécu de honte, de culpabilité je pense. Une fois que ça été verbalisé, il y a le transfert qui se fait, il y a un lien particulier qui s'instaure peut-être à partir de ce moment-là, on peut être dépositaire pas forcément d'un secret mais d'une violence difficile à verbaliser. Donc, il peut y avoir nécessité que j'oriente, que j'interpelle d'autres professionnels sans forcément que le suivi avec moi s'interrompt. J'essaie aussi d'être présente pour passer le relai avec l'autre professionnel, au moins d'accompagner physiquement vers la personne. Ensuite, il y a toute la symptomatologie, parce que s'il

y a eu violence sexuelle dans la grande majorité des cas, il y a un stress post-traumatique, donc il y a les insomnies, les cauchemars, les réminiscences, les conduites d'évitement, l'angoisse... Du coup il faut apaiser tout ça donc j'interpelle un psychiatre pour qu'il y ai un traitement.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Je pense que c'est avec l'expérience aussi, je ne me sens pas forcément mal à l'aise mais souvent ça vient au décours de l'entretien, pas forcément au premier entretien. Parfois, il faut le temps pour la personne, il y a tout le contexte de choc culturel, de comprendre les codes ici, le fonctionnement qui dès fois n'a rien n'a voir avec le pays d'origine. Mais, je crois qu'à partir du moment où on est bienveillant, où on accueille, où on est pas comme à l'OFPPRA : il n'y a pas un questionnaire auquel il faut répondre, où c'est à la personne de dire ce qu'elle souhaite. J'explique bien ça, que c'est elle qui dit ce qu'elle a envie de dire et qu'en aucun cas je forcerais la parole sur un sujet ou un autre. Et du coup, en général, je pense que ça vient. Toutes les femmes que j'ai suivies n'ont pas été victimes de violences sexuelles mais une majorité je pense. Il y a au moins la moitié des femmes, voire plus. Je pense à une jeune femme qui a arrêté de venir mais qui a été violée par son mari. Ce n'est pas l'homme qu'elle avait choisi, elle est venue rejoindre ici l'homme qu'elle aime et elle a subi beaucoup de violence de la part du mari qu'on lui a imposé.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité d'interroger une personne en situation de danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Je n'ai pas de mal à l'exprimer, à demander de l'aide. Le plus difficile c'est de trouver des professionnels biens formés. Le psycho trauma c'est quelque chose dont on parle de plus en plus je trouve. C'est lié à tous les attentas qu'on a eu ces dernières années je pense, mais je ne suis pas sûre que beaucoup de professionnels réalisent à quel point c'est répété et violent. L'impact des attentats, ce n'est pas que je veuille minimiser, mais on a un public qui a eu affaire à des multi traumatismes, ce qui rend le traumatisme encore plus complexe. J'ai comme l'impression que même pour les soignants, c'est compliqué de se représenter tout ça. La situation est complexifiée par l'insécurité administrative, sociale, ça complique tout ce vécu là je pense. L'administration française est compliquée et à part l'assistante sociale qui maîtrise mieux que moi tout ce parcours-là ainsi que les travailleurs sociaux du terrain, des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile, mais autrement je pense qu'il n'y a pas

suffisamment de professionnels de santé qui connaissent la complexité du vécu antérieur et du quotidien actuel du demandeur d'asile. Mais c'est un avis, un ressenti.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour orienter une personne est en danger ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Concernant l'orientation, pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violence : « J'aimerais connaître ce qui peut être proposé sur le territoire »

Concernant l'orientation, pour obtenir de l'aide juridique : « Besoin d'informations complémentaires »

Concernant l'orientation, pour accéder à un accompagnement psychologique : « Manque de temps psychologue dédié à la population exilée ; Pas de possibilité d'orientation vers un psychologue pour les personnes non francophone »

Concernant l'orientation, pour trouver du soutien social : « Je ne connais pas suffisamment ce qui peut être proposé »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ?

Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

C'est vrai que non, mais je devrais. Je devrais poser la question je pense et je n'ai pas toujours le réflexe, ou rarement le réflexe d'aborder la question. Là, ça me fait penser à une femme pour qui l'exil n'était pas du tout pour fuir une violence au pays, c'était pour retrouver ses enfants qu'elle avait confié au père estimant qu'ils auraient de meilleures chances de réussite scolaire ici. Au final au bout de quelques temps, elle a ressenti qu'ils n'étaient pas bien traités par leur père et elle a donc pris un allé simple pour la France pour venir les retrouver. Je pense qu'il y a eu le choc culturel, elle a subi de la violence sexuelle ici à son arrivée en France. Cette dame a aussi eu une aventure (consentie). Elle a décrit au médecin des symptômes et son médecin lui a prescrit un bilan sanguin. La recherche de Bêta HCG était positive mais elle ne revoyait son médecin que 1 mois après donc avec l'ASS on avait eu l'info donc on l'a reçue, elle s'est effondrée dans un premier temps et après je l'ai accompagné dans la prise de RDV pour le suivi de sa grossesse. Ça été un accompagnement avec beaucoup de bonheur au final même s'il n'y avait pas de relation de couple avec le père. Ça été un élément heureux pour cette femme-là.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui celui-là, vraiment c'est les émotions positives les plus fortes pratiquement dans l'accompagnement d'une femme migrante. Parce que la découverte de toute la technologie et puis la découverte de son enfant. Elle s'en occupait bien, il y avait le bonheur, de donner naissance à nouveau. J'accompagne dans ce cadre s'il y a des besoins, ça me semble logique d'accompagner. Après je propose, je n'impose pas. On peut être en lien avec la sage-femme de la PMI. J'ai accompagné une femme qui est tombée enceinte à son arrivée ici, je crois qu'elle était enceinte au premier RDV. Parfois c'est les travailleurs sociaux qui font les accompagnements vers les RDV médicaux. Pour la femme dont je vous ai parlé tout à l'heure, à qui on a annoncé la grossesse avec l'assistante sociale (ASS), elle n'était pas hébergée dans une structure d'accueil et donc n'étais pas suivie par une ASS de là-bas.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Ça ne s'est jamais trouvé. Je n'en ai pas vu beaucoup de femmes enceintes, 3 je pense, dont une avec un suivi déjà installé. Au moment où j'ai accompagné les autres femmes, elles avaient accouché avant que je les rencontre.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Non, je ne m'en préoccupe pas non plus parce que les bilans ont déjà été fait à la consultation du docteur G. Je n'ai pas non plus accompagné de femmes qui ont subi de la violence après le début du suivi. Je ne demande pas le résultat des sérologies, dès fois c'est vrai que j'essaye de questionner au sujet de la santé de manière générale parce que c'est à prendre en considération aussi. Parfois les patients peuvent comprendre qu'ici c'est un accompagnement sur le plan psychique, psychologique et ne font pas du tout part spontanément de d'autres problématiques en santé.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Il y a une femme qui justement a été opérée du cancer du sein, qui est arrivée en France pour ça, pour se faire soigner. Dans son pays d'origine, la masse était déjà trop importante et elle a compris qu'il n'y aurait pas de soin. Elle a donc été opérée en France. Je l'ai vu 2 ans après son arrivée en France, elle avait déjà eu son intervention. Il me semble qu'elle a été orientée par la consultation du docteur G vers cette opération.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? (Problèmes de couples...) Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui, ça arrive si ça vient dans l'entretien.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

D'une manière générale, peu importante l'origine du patient, son histoire, quand on reçoit des patients au CMP, c'est une question que j'essaye à peu près systématiquement d'aborder. Pas spécialement du plaisir sexuel mais d'une manière générale, en tout cas les centres d'intérêt, de plaisir sur la personne, pour contrebalancer avec la douleur vécue. Et puis ce sont des points d'appui sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer pour aller mieux d'un point de vue moral. La cuisine, c'est un thème que j'aborde facilement avec les personnes étrangères. Souvent ils peuvent me dire qu'ils sont contents de retrouver des produits de leur pays d'origine par exemple.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Pas du tout.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui, je n'ai pas eu beaucoup de femmes pour cela mais j'en ai eu une qui a fui son pays justement pour protéger sa fille qui venait de naître de l'excision. Elle-même a été excisée et elle avait déjà perdu une première fille d'une hémorragie suite à une excision donc c'était impossible pour elle d'exposer sa seconde fille au même danger. Après, ce qui est compliqué, c'est que là il s'agissait d'une dame en procédure de Dublin donc le temps qu'elle passe en procédure normale elles sont relocalisées ailleurs avec sa fille, donc on perd leur trace. Si je sais dans quelle ville la personne est relocalisée, j'essaye quand même de faire le relai.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

J'en parle au cas par cas.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Oui, on peut toujours s'améliorer je pense. D'ailleurs avec votre entretien, ça permet de réaliser que j'occulte complètement la question de la contraception.

Bien sûr, la supervision. Je vais demain pour la première fois à une supervision spécifique. J'ai eu une séance le mois dernier, mais comme on arrive de différents horizons c'est à dire des professionnels de santé de l'hôpital Charcot, du Scorff qui travaillent avec le docteur G, on a fait connaissance avec la superviseuse. On va entrer dans le vif du sujet demain, c'est quelque chose que je demande depuis le début, ça fait 7 ans, ça y est ! On est une dizaine. Les formations c'est important aussi évidemment. On a toujours besoin d'approfondir les connaissances, d'échanger aussi je pense notamment aux journées santé mentale et migrations qui sont aussi propices à l'échange de pratiques. Il y a aussi les intervenants, j'ai participé à plusieurs de ces journées, animées par le RLG et à chaque fois se sont des intervenants de qualité et après on peut approfondir parce que ce sont des auteurs parfois d'ouvrages sur la thématique.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Certaines sont parfois réticentes. J'ai justement une femme qui a subi de la violence sexuelle répétée de la part du sorcier du village d'où elle vient, qui n'a pas eu d'autres choix que de vivre avec cet homme-là après puisqu'elle nous expliquait qu'aucun autre homme n'aurait voulu d'elle puisqu'elle avait été abusée par le sorcier qui a un pouvoir dans le village. Elle a fini par tomber enceinte et cet homme-là voulait donner en sacrifice son enfant donc elle a pris son enfant et elle a fait un long parcours d'exil pour arriver jusqu'ici. Cette femme au départ vient d'un pays francophone mais elle vient d'un pays très modeste si bien qu'elle n'a pas été scolarisée, elle ne connaissait que très peu de mots en français. Très rapidement cette femme, (on n'a fait que deux entretiens avec interprète) a

compris que la traduction n'était pas suffisamment fidèle à son gout, parce qu'elle-même a mis les bouchées double pour apprendre le français. Elle a donc souhaité arrêter l'interprétariat. J'ai une femme qui est plus âgées qui a 55 ans, qui est arrivée déjà plus âgée en France. Elle a essayé d'apprendre le français mais elle avait des troubles de la concentration importants, et elle a vécu dans un contexte très compliqué ici, vraiment angoissant. J'avais pris le relais d'un collègue pour cette femme-là. Pour ma collègue, l'interprète c'était son fils ou sa belle-fille, et moi j'ai voulu faire avec un interprète professionnel mais ça ne lui a pas du tout convenu. On a essayé tant bien que mal sans. Un moment donné j'ai dit que là je ne comprenais pas suffisamment, que j'avais besoin à nouveau d'une traduction. On est tombé sur une autre interprète, une femme, et depuis elle ne conçoit pas de me voir sans l'interprète professionnel. Donc tout dépend aussi comment se passe le contact, la relation entre le migrant et l'interprète. L'absence d'interprète peut me gêner, après ce sont toujours des interprètes professionnels. Au début, je ne connaissais pas ce réseau, ça pouvait être des compatriotes qui faisaient la traduction mais j'étais pas satisfaite. Maintenant je fais toujours appel au RLG, c'est par téléphone, c'est un peu particulier au départ l'interprétariat au téléphone, la personne n'étant pas psychiquement là. Je m'y suis habitué sans problème.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Ça dépend, c'est au cas par cas. Ça dépend de quel lien il y a avec le conjoint, s'il y a un conjoint (qui lui-même peut être aussi en grande difficulté du point de vue psycho traumatique), il peut aussi y avoir de l'éloignement dans le couple. Je ne sais pas, je n'ai pas suffisamment de recul là-dessus. Est-ce que le fait d'obtenir l'asile peut aider ? Je ne suis pas sûre. Par contre, parfois je crois que certains couples peuvent avoir un désir d'enfants pour favoriser l'obtention d'un titre de séjour. Ça je n'en suis pas sûre du tout. Je sais qu'il y a d'autres professionnels, ou des bénévoles, avec lesquels j'ai pu entendre des jugements concernant une grossesse en cours alors qu'il y a une insécurité totale d'un point de vue social et administratif. Moi je n'ai pas à juger de ça, je n'interroge même pas de savoir si c'est en lien avec la possibilité d'une obtention d'un titre ou pas, à la limite ça ne me regarde pas. Je pense que c'est plus complexe que ça, la réponse elle ne serait pas si simple que ça. C'est leur choix de couple, si c'est bien investi c'est ça qui est important. Ce qui m'importe moi c'est que la grossesse soit bien vécue, que le bébé soit bien investi.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Je ne sais pas, quand c'est la question de l'enfant c'est peut-être différent mais la question de la santé sexuelle d'un point de vue féminin, je sais pas. Après si on considère que la femme a été excisée et à quel point elle a été excisée, ça peut être source de souffrance. Il n'y a plus de plaisir pour certaines, c'est seulement de la souffrance, de la douleur pendant les rapports.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

J'ai fait des formations d'initiation à ethnopsychiatre et puis une formation avec le RLG en deux temps sur l'interculturalité. Après c'est aussi une thématique qui revient dans les autres thématiques liées à la migration.

Questionnaire : Merci de préciser si vous repérez une ou des formations dont vous auriez besoin sur ce thème dans votre pratique professionnelle : « Impact psychologique des violences sexuelles et comportements qui en découlent ; Quels sont les droits de protections contre les violences, des personnes demandeuses d'asile ou en situation irrégulière ? ; Connaitre plus précisément les ressources sociales et associatives du territoire pour accompagner, orienter et soutenir les victimes. »

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Je crois pas, pas vraiment je ne pense pas. Il peut peut-être avoir un vécu de honte, le tabou des questions sur la santé sexuelle.

Questionnaire : Ajoute « Pour les personnes ayant subies divers types de violence, parfois la violence sexuelle n'est pas clairement nommée ; Le sentiment de honte peut être un frein à l'expression de la violence ; Il me semble que les hommes victimes de violences sexuelles ont encore plus de difficultés à en parler »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

La grossesse déjà peut-être. A un moment ou à un autre, la personne elle va le dire qu'elle est enceinte. Et puis après quand le transfert est établi, quand le lien est créé, en général les choses sont plus faciles, un lien de confiance est installé.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Non, on a abordé plusieurs thématiques. Après effectivement il y a la question de la reconstruction après une excision qui peut être proposée. Je n'en ai pas parlé parce que ça ne s'est jamais trouvé. Je n'y ai pas forcément pensé aussi parce qu'il y a parfois d'autres éléments qui viennent au premier plan le jour de l'entretien, mes entretiens étant basés aussi sur le quotidien, sur l'évolution au niveau de la thymie. L'objet de mon accompagnement c'est d'abord la santé mentale, et c'est vrai qu'elle peut être liée à un défaut de santé sexuel ou à de la violence sexuelle.

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis la responsable d'un centre de planification, centre IVG. Je suis PH depuis 10 ans et avant j'étais en libéral, en faisant des vacations au centre d'IVG depuis longtemps mais à temps plein depuis 2010 et à mi-temps depuis une bonne année. J'ai une activité pratique moins importante auprès de la population migrante que je pouvais avoir avant parce que je suis maintenant à mi-temps et en préretraite. J'ai pas mal travaillé en PMI côté obstétrique.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

On est un service qui prend en charge beaucoup d'ados, de jeunes, de femmes quel que soit leur âge pour les demandes d'IVG mais aussi toutes les populations qui peuvent être en précarité, où l'accès au médecin de ville est plus compliqué en ce qui concerne la gynécologie. Ça peut être pour des raisons psychiatriques, des problèmes de papiers, de langue. Ce dernier motif fait que les femmes migrantes peuvent nous être orientées plus facilement dans le cadre de la gynécologie, des grossesses.

Un des biais d'orientation c'est la PMI parce que j'y ai travaillé et c'est maintenant une collègue à moi qui m'a remplacé et qui travaille aussi au centre. Elle continue à faire le relai entre la PMI et le centre de planification. On voit souvent les femmes migrantes après une grossesse, pour la contraception, on prend le relai.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

On travaille autour de ça. Après, on est aussi connu par les référents sociaux qu'elles ont quand elles sont en demande d'asile. Ils nous adressent des patientes quand ce n'est pas par la PMI, directement au centre de planification, soit pour la contraception ou d'autres raisons autour de la sexualité. C'est très souvent la contraception la porte principale.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Ça peut arriver mais pas trop souvent. Dans ma pratique j'ai quelques histoires. Là encore récemment ma collègue m'a parlé d'une situation d'une femme étrangère pour laquelle il y a des soucis de violence et il y a eu un signalement de fait. Donc ça peut tout à fait arriver des femmes qui ont pu vivre des violences dans leur pays, il y a tout ça aussi... Pour les femmes africaines, il y a énormément de violence quand on les interroge sur leur vécu passé et parfois présent. Toutes ont des violences en tout genre, comme leurs enfants ou une partie de leurs enfants, sont restés là-bas. Déjà c'est une violence. Le parcours pour venir est aussi compliqué, le fait qu'elles soient parties parce qu'elles subissaient des violences là-bas, ou qu'on voulait les marier de force ou des choses comme ça... Il y a aussi les mutilations sexuelles, les histoires dans les familles, il y a énormément de choses chez les femmes africaines. J'ai le souvenir d'une femme Afghane, mariée avec le frère parce que son mari était décédé, des histoires comme ça où on leur pas trop leur avis... Après il y a les difficultés des pressions, de l'adaptation à une autre culture, à un autre pays, que ça soit pour elle, pour le mari ou la famille. Il y a

les lieux, la difficulté à avoir un lieu correct avec la famille, s'ils sont en hôtel avec toute la famille c'est compliqué, les transports, tout est pour elle compliqué, donc il y a aussi tout ce côté-là qui est un peu difficile et qui peut entraîner des violences parce que tout le monde va mal. Ça arrive régulièrement qu'on travaille avec les CMP, qu'on communique avec les référents des lieux d'hébergement, la sauvegarde et tout, les assistantes sociales...

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

C'est l'importance du réseau déjà, de l'expérience aussi quand on est confronté à des situations, ça permet de mieux gérer de nouvelles situations. Après c'est complexe, ça bouge beaucoup, donc on n'a pas toujours le bon réseau, les gens disponibles, fin c'est pas simple. Il y a plein de sigles, il y a de quoi s'y perdre. C'est beaucoup trop complexe... Les règles changent, c'est vraiment compliqué, c'est certain que ça nécessiterait des fléchages beaucoup plus clairs.

Après tout dépend s'il y a de la violence immédiate ou c'est quelque chose d'ancien. Il peut arriver qu'il y ait nécessité de faire un signalement auprès du procureur pour les situations de violence, comme pour des femmes non migrantes d'ailleurs. Sinon, c'est des accompagnements auprès des ASS, auprès des référents sociaux, des associations par rapport au logement comme le SIAO. C'est vraiment le réseau. Après ce n'est pas facile lors des temps en consultation de pouvoir tout faire, donc l'idée d'organiser des consultations avec du personnel justement ASS, psy, et différents types de médecins, serait certainement plus cohérente et efficace. Pour ce faire, il faudrait une PASS spécifique et pas mélangée avec toutes les urgences. Concernant la consultation PMI, on travaille déjà avec des sages-femmes qui peuvent aller à domicile donc il y a déjà un réseau en place qui est très facilitant mais auquel doivent s'agréger d'autres réseaux quand il s'agit de migrants. Il faudrait des consultations plus spécifiques pour les migrants, ça serait important. Ici, ça se met en place doucement et ça devrait s'améliorer avec à priori un budget qui s'étoffe et donc des choses qui avancent. Ça se met en place sur l'hôpital, une consultation primo-arrivant et du coup une PASS qui serait spécialisée. Aujourd'hui les consultations migrants sont mélangées avec les autres consultations, il n'y a pas de prise en charge spécifique. Par contre, il y a une consultation pour les primo arrivant mais qui n'est pas une consultation PASS donc tout ça va se regrouper un peu sur les mêmes lieux et devrait améliorer les choses. Moi je ne suis plus dedans mais ma collègue y est mais en tout cas il y a des choses qui se font.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Ça peut parfois être vraiment lourd et c'est là aussi que l'expérience va jouer pour pouvoir entendre, faire la part des choses, savoir vers qui orienter, s'il faut faire un signalement, s'il faut orienter vers un tel ou un tel, avoir bien sûr de l'écoute et de la bienveillance. Ça c'est le plus important, de faire que la femme ait envie de revenir et donc faciliter sa prise en charge, ne pas mettre de barrage pour les RDV, d'essayer de caller des temps pour les prendre en charge. Ça nécessite d'organiser parfois des RDV

parfois un peu différents des RDV habituels, c'est à dire d'ouvrir des plages horaires où on sait qu'on va passer une heure, que ça va être long, qu'on bloque des consults pour pouvoir voir la personne. Il y a l'interprétariat aussi, ça s'apprend. Ici, on travaille beaucoup avec l'ISN par téléphone. Je sais qu'il va y avoir aussi une convention avec le RLG mais c'est uniquement sur RDV donc je pense qu'il faut que les deux restent. C'est une expérience ça aussi, l'interprétariat. Il faut savoir gérer ça en consultation. Au début c'est difficile. Après on apprend et ça fonctionne pas mal, éviter d'avoir des interprètes qui sont des jeunes, de la famille, essayer qu'elles puissent dire des choses qu'elles ne pourraient pas dire devant un proche, voir la femme seule avec un interprète en présentiel ou par téléphone. Moi c'était surtout par téléphone, que j'ai eu l'interprétariat. L'interprétariat en présentiel c'est un peu compliqué, parce que finalement ils se connaissent par communauté et donc ça posait la question de la confidentialité, alors que les interprètes professionnels, ils ont pu aussi avoir été sur une liste à l'hôpital pour dire qu'ils parlaient telle langue.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ? Déjà répondu

Questionnaire concernant l'orientation, pour obtenir un certificat médical : indique que « c'est moi qui fait le certificat médical » « Document type pour aide, difficultés pour évaluer l'ITT »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

En général ça se passe vraiment bien, c'est très rare que les femmes aient des aprioris à propos de la contraception dans ces populations étrangères, au contraire elles sont contentes qu'on puisse les aider. Elles ont parfois déjà eu une contraception dans leur pays, les DUI sont souvent utilisées dans pas mal de pays, elles connaissent bien les préservatifs souvent. Franchement, elles ne sont pas bien moins renseignées. Au contraire il est aussi possible qu'elles n'aient aucune connaissance de la contraception parce qu'il faut qu'elles soient enceintes. Ça peut arriver dans certaines cultures mais finalement c'est rare. Par exemple on peut prendre la population des femmes turques. Elles utilisent très facilement la contraception, il n'y a pas de problèmes, pour le conjoint non plus. Après, il peut y avoir des aprioris sur certaines choses pour les populations africaines par rapport à la contraception peut être mais globalement ce n'est pas trop un souci. Ça fonctionne plutôt bien quand on leur permet de venir en consultation facilement. Moi je considère que la contraception est une « urgence », que les femmes soient étrangères ou pas, donc on essaye qu'elles soient vu rapidement pour ces consultations-là. Souvent elles peuvent rencontrer d'autres membres de l'équipe comme les conseillères conjugales, l'infirmière, avant de voir le médecin ou la sage-femme pour débrouiller des choses, mais ça ne concerne pas que les femmes étrangères. Franchement ce n'est pas trop un souci la contraception, si ce n'est à cause de la barrière de la langue parfois mais sinon ça se passe bien à partir du moment où elles savent où aller, qu'elles ont un accueil facile. Elles sont souvent demandeuses parce qu'elles ont déjà beaucoup d'enfants et qu'elles n'en veulent plus. Elles savent clairement ce qu'elles veulent. C'est rarement des femmes jeunes qu'on voit parmi les femmes migrantes, rarement des adolescentes. Maintenant il y a la génération suivante, les ados qui sont d'origine étrangère mais du coup c'est la

même chose que pour les autres ados. Elles sont parfois nées en France et ont déjà appris la culture et les habitudes du coin.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Quand j'étais en PMI, je faisais les accompagnements de suivi de grossesse, maintenant c'est ma collègue qui a pris le relais. Je l'ai fait pendant 9 ans avec les sages-femmes de l'équipe de PMI. On était un médecin et une sage-femme et ça se fait ici dans le service gynéco-obstétrique. C'est très pratique et c'est important aussi parce qu'il y a beaucoup de pathologies chez les femmes étrangères enceintes : diabète, toxémie, hyper tension aussi souvent, hépatites, maladies infectieuses, c'est vraiment beaucoup de pathos donc c'est très bien d'être proche du service de gynéco-obstétrique.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Ce que j'ai pu remarquer c'est qu'il y a beaucoup de femmes qui, quand elles sont enceintes, gardent la grossesse dans de nombreuses cultures même si c'est trop. Mais, ce n'est pas tout le temps et donc on a des femmes qui viennent faire une demande d'IVG même si pour elles ce n'était pas trop dans leur culture. Il y en a c'est clair qu'elles ne vont pas le garder et faire une demande d'IVG donc on en a des femmes étrangères pour les demandes d'IVG sans problème.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Que ça soit en PMI ou en centre de planification on va faire les dépistages si ce n'a pas été fait avant, c'est toute la difficulté de récupérer ce qui a déjà été fait ou pas d'ailleurs. D'où l'importance d'un livret où sont toutes les infos, qu'elles puissent avoir avec elles parce que ça éviterait des redites. On ne sait pas, et les vaccins surtout, c'est vraiment compliqué, ce qui a été fait ou pas. Elles ne savent pas trop ce qu'elles ont fait et nous on sait pas où aller chercher, ça peut être dans une autre ville, ailleurs et donc ça s'est un peu compliqué et important.

Tout dépend en quoi c'est positif. Si c'est quelque chose qu'on peut traiter style infection chlamydia, gono, on va essayer de voir avec nos partenaires, on fait le point comme pour tout le monde. Si c'est une maladie comme une hépatite ou le VIH, on va travailler avec le service d'infectieux de l'hôpital. On a suivi des femmes VIH pendant leurs grossesses aussi, ou avec hépatites. Il y a beaucoup d'hépatites B ou C, en tout cas plus dans ces populations là que dans les populations françaises.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui, la tranche d'âge des femmes qu'on rencontre que ce soit en PMI ou au CPEF c'est rarement des femmes âgées finalement mais on en a quand même quelques-unes. On a pu avoir démarré des choses s'il y a de la pathologie et transférer vers le service de gynéco sur des pathologies col de l'utérus ou sein. Ce n'est pas hyper souvent, peut-être qu'elles vont directement en gynéco quand il y a de la

pathologie par exemple à la ménopause et elles ne passent pas par nous. Les référents les envoient sûrement directement vers la gynéco, nous on peut orienter vers la gynéco ou elles y vont directement.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

L'intérêt du CPEF c'est qu'il y a des conseillères conjugales qui y sont et donc elles peuvent faire des entretiens autour de ça. Nous, si on a repéré des choses, on va diriger les femmes vers une conseillère ou vers la psychologue. On a une psychologue mais elle n'est pas là beaucoup, une demi-journée par semaine. Comme c'est une équipe, c'est l'intérêt du centre, il y a du monde, ce n'est pas que les consultations médicales.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

C'est sûr que ça arrive peut-être bien en dernier après géré tout le reste et que ça ne vient vraiment pas très souvent. On en parle en consultation classique, mais avec les femmes étrangères on en parle de temps en temps mais pas tant que ça. Après, je ne suis pas sûre qu'elles soient moins mal loties le plus souvent que les femmes françaises. S'il y a le barrage de la langue ça peut être compliqué. Après on pose la question des violences de toute façon, ça c'est sûr systématiquement, donc ça permet par ce biais-là d'aborder des choses difficiles. On peut tout à fait l'aborder avec les femmes migrantes, mais moins je pense. Ça serait peut-être une chose à améliorer...

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Alors en tout cas c'est important d'en parler. Je pense par exemple aux femmes africaines qui font des soins un peu bizarres pour nous au niveau vaginal. Donc, on discute un peu de ça et aussi de la méconnaissance de leur corps pour certaines femmes. C'est surtout le cas pour les femmes qui viennent des pays de l'Afghanistan, elles ne connaissent pas bien leur corps du tout, donc on donne des informations sur leur corps avec des schémas, on parle des règles, ce que représente les règles pour elles. Quand on trouve un peu de temps c'est intéressant, parce que je l'ai déjà fait, d'intervenir dans des groupes par exemple dans certains foyers qui accueillent beaucoup de femmes et c'est souvent des femmes en situation de migration. L'idée c'est de faire des interventions sur le corps, l'intimité, l'hygiène, de faire ça en petit groupe, sur du collectif, ça c'est intéressant. Ça avait bien fonctionné, c'est des choses qu'on a pas assez le temps de faire mais c'était vraiment intéressant.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui, je regarde quand je fais l'examen gynécologique. Après, elles ne savent pas toutes qu'elles ont été excisées donc il faut faire attention à la surprise de leur annoncer ça. Sinon, on a rarement eu des excisions très très importantes, on est plutôt sur des types 1. J'ai peu vu d'excisions très très importantes. Après on discute un peu de ce qu'elles souhaitent, elles ne sont pas toutes prêtes à faire une intervention ou à être vues tout de suite donc il faut qu'elles murissent. Certaines par exemple me disent après un certain temps qu'elles veulent bien consulter. J'en ai donc envoyé sur Nantes et à

Rennes. C'est important qu'il y ait des lieux de référence. Après on parlait aussi qu'à Lorient quelque chose se développe, mais je ne sais pas où ça en est.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Oui ça peut arriver aussi. Certaines populations de femmes on sait et elles le disent elles-mêmes, qu'elles sont passées par la prostitution. C'est le cas des femmes nigériennes par exemple. Donc oui, il y a des femmes qui ont vécu des périodes de prostitution, de violence. Ça a pu se dérouler en Afrique notamment, et en France aussi. Il y a des réseaux de prostitution par exemple entre le Nigéria et la France, il y a des trucs qui doivent se passer donc oui ça peut arriver. Ce sont des situations où en les interrogeant sur leur parcours peut être qu'elles ont pu nous en parler, mais est ce que toutes nous en parlent ...? Je ne pose pas systématiquement la question.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

J'ai la chance de travailler dans des structures où on est déjà un peu préparé, où il y a une organisation où on n'est pas seul et ça s'est vraiment important. Il faut essayer de renforcer ça et ça demande des moyens qu'il n'y a pas suffisamment sûrement. Il faut aussi simplifier le réseau parce que là c'est catastrophique, c'est trop compliqué, il y a un manque de moyen, pas d'hébergements, tous ces stress qui sont créés. En France, il y a un parcours pour les femmes étrangères très compliqué donc ça créé beaucoup de stress et ce n'est pas facile à gérer en consultation, parce qu'on a pas tous les tenants et aboutissants, on ne sait pas ce qu'est la réalité des choses. Ce n'est pas simple. Donc travailler en réseau, renforcer les équipes, ça c'est vraiment quelque chose qui mérite d'être largement renforcé, tout comme le fait d'avoir des interlocuteurs, de se connaître. Cependant il y a beaucoup de structures donc connaître tout le monde c'est difficile, mais ça a progressé au fil des années.

Au niveau formation c'est sûr que ça serait vraiment bien. J'ai déjà été à des formations du RLG par exemple autour de ça donc ça fait un bon soutien. Aussi ça serait bien d'avoir des groupes de parole pour les situations difficiles, on en parlait avec ma collègue, il y a des situations psychologiquement difficiles et ce n'est pas mal d'avoir des supervisions peut être pour certaines situations. On n'a pas de supervision actuellement à ce niveau-là. C'est ma collègue qui est sur la PMI qui en ressent d'avantage le besoin. Moi maintenant je trouve que je suis beaucoup moins stressée avec ça depuis que j'ai arrêté la PMI, c'est quand même là que les situations les plus lourdes se retrouvaient, les situations difficiles, de l'urgence, beaucoup de choses.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Je n'ai pas beaucoup d'expérience par rapport à l'interprétariat professionnel en présentiel parce qu'il n'y a pas ici d'interprète professionnel et ça ne fonctionne pas bien si ce n'est pas un interprète

professionnel. Il faut faire très attention autrement. Ça peut bien fonctionner, chez les turcs par exemple il y a beaucoup d'arrangements entre elles, ça fonctionne bien si on connaît les limites mais il faut toujours être très prudent par rapport à ça.

Quand il n'y a pas d'interprétariat professionnel on utilise Google translate. Parfois, on le fait aussi par téléphone et eux ont quelqu'un qui peut répondre à certaines questions ou discuter de certaines choses. On se débrouille comme ça et tout dépend du degré de communication. C'est très variable. C'est vrai que parfois ça peut être compliqué, ça peut entraîner des malentendus, des incompréhensions, donc il faut parfois revenir sur ce qu'on a pu penser, ça peut être source d'erreurs.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Oui, justement la PMI c'est souvent des situations où elles arrivent. Après nous on les voit au centre et généralement les choses ont été débrouillées parce qu'il y a souvent eu cette grossesse d'abord. Quand elles viennent pour la contraception, c'est déjà que les choses se sont posées là où elles sont prises en charge et qu'elles savent ce qu'elles veulent déjà. Ça se stabilise s'il y a eu une bonne prise en charge au départ, avec un accueil qui permet une bonne prise en charge sur le plan de la santé. C'est important de faire les examens qu'il faut au départ et pas 3 ans après, faire les vaccins qu'il faut au départ, déjà ça serait bien, ça simplifierait après la prise en charge.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi ?

Le pays d'origine influe sur la culture, ça s'est sûr, mais les femmes s'adaptent vite. Après ça dépend de plein de choses, si elles sont en communauté ou si elles ont mixtes dans leur vie sociale, si elles rencontrent d'autres personnes, si elles sont complètement entre elles ou pas. Les femmes turques sont beaucoup ensemble. Ici, il y a beaucoup de turques en communauté et donc il y a des choses qui n'évoluent pas beaucoup parce qu'elles ne sortent pas de leur milieu. Cependant il y a beaucoup de femmes qui veulent s'ouvrir vers l'extérieur. Après, il faut qu'elles en aient les moyens mais en général elles sont tout à fait prêtes à s'adapter. Je pense aussi que ce n'est pas les femmes les plus pauvres qui viennent, ça dépend des pays mais parfois elles ont une culture déjà assez développée. Le problème de la langue fait qu'on croit qu'elles connaissent moins de choses, mais en fait elles connaissent beaucoup de choses et ont parfois une culture importante. Il ne faut pas oublier ça, mais ce n'est pas facile parce qu'elles peuvent paraître plus limitées du fait de la barrière de la langue, d'où l'intérêt de l'interprétariat qui permet de se rendre compte rapidement qu'elles comprennent. C'est un gros barrage quand même. Après certaines femmes vont progresser très très vite et d'autres beaucoup plus lentement. Un des soucis que j'ai remarqué en PMI c'est qu'à partir du moment où elles sont enceintes, c'était fini, il n'y avait plus de cours de langue plus rien ! Soit c'est culturellement, il fallait qu'elles restent à la maison, qu'elles aient plus le temps ect soit c'était "vous êtes enceintes ? Bah non vous reviendrez plus tard". Là il y aurait besoin aussi de renforcer les cours, tout ce qui peut leur permettre d'apprendre la langue, la culture plus rapidement. C'est des choses que j'avais remarqué à mon niveau, sans savoir à quel niveau la difficulté était. Quand elles ont leurs enfants aussi elles ne quittent pas la maison et donc ne peuvent pas aller aux cours. Il y a plein de choses comme ça qui font qu'elles ne pouvaient plus suivre les cours tant que l'enfant était petit et vu qu'elles accumulaient les grossesses finalement elles étaient à part.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ? Déjà répondu

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

Merci de préciser si vous repérez une ou des formations dont vous auriez besoin sur ce thème dans votre pratique professionnelle : « Je suis intéressée par la formation que vous proposez car besoin d'échanger sur ce thème, d'avoir des outils, un réseau..... » (RLG)

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

C'est la formation des médecins. Moi je viens d'une structure un peu particulière où on a appris mais ça ne s'invente pas. Par exemple pour l'interprétariat au niveau de l'hôpital, il y a plein de médecins qui ne le connaissent pas, qui ne l'ont jamais pratiqué, donc ça s'apprend. Il faut être confronté à ces situations-là, c'est du temps donc c'est chronophage et les consultations doivent aller vite. Il y a plein de barrières à cause de ça.

Questionnaire : « Violences fréquentes, difficultés liées à la langue, liées à la culture, liées à la difficulté d'en parler »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

C'est de travailler en réseau, en équipe, d'avoir une réflexion par rapport à ça, d'avoir été à des formations qui ont sensibilisé à ça.

La communauté peut fermer par exemple par rapport à certaines choses qu'elles ne peuvent pas dire, qu'elles ne peuvent pas faire. C'est la mixité sociale qui permet de discuter avec des femmes françaises par exemple et d'apprendre des choses. Il faudrait aussi qu'il y ait moins de stress dans leur vie quotidienne, dans l'organisation de leur vie, qu'elles n'aient pas plein de transport, de choses comme ça par exemple. Il faudrait aussi qu'elles aient la curiosité d'aller vers les autres pour apprendre la langue. Franchement si on leur propose, c'est rare celles qui vont refuser. J'en discute souvent avec elles en consultation, je leur demande qui va faire les courses, on discute de comment elles apprennent la langue, comment elles font, donc je leur donne des petits conseils, je leur dis que c'est important ça ou ça, des petites choses comme ça à mon niveau. Les premières consultations prennent beaucoup de temps, elles sont chronophages et lourdes. C'est le cas surtout de la première et de la deuxième. Celles-là il faut qu'elles soient bien faites, qu'on fasse connaissance et que je comprenne bien toutes les pathologies, que j'arrive bien à cerner les choses pour après voir ce qui a à faire et du coup ça laisse un peu de temps pour parler de leur vie. Il faut organiser le planning en fonction. Les consultations suivantes ne sont pas plus compliquées que les autres.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Ce n'est pas mal déjà.

Entretien numéro 14 : 42 minutes le 23/06/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

A ce jour je suis ASS chez Coallia, on appelle ça intervenante d'action sociale. On est une équipe où il y a des éducateurs, ASS, mais on a tous les mêmes missions avec nos compétences différentes. Je suis en centre d'accueil de demandeur d'asile et en train de quitter le poste d'ASS sur un centre provisoire d'hébergement avec des réfugiés chez Coallia. Je quitte ce poste là pour aller au CADA en tant que coordinatrice.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

En termes de femmes, on a beaucoup moins de femmes que d'hommes. On a une proportion d'homme seul je dirais de facile 60, 70% de notre population. Les femmes qui arrivent sur nos services sont soit accompagnées par leur famille, mari et enfants, soit des femmes seules avec enfants, mais on n'a jamais eu de femmes toutes seules.

Elles viennent à notre rencontre dans le cadre de la démarche de demande d'asile. Elles déposent un dossier et lors de ce dépôt, le critère de vulnérabilité est pris en compte par l'OFII. Donc, dans ces cas-là, les personnes sont sur liste d'attente pour une orientation vers un hébergement. Elles ne choisissent pas en fait de venir sur nos établissements, ça c'est pour le CADA. Pour le CPH, ça veut dire qu'elles ont déjà un statut et qu'elles ont des critères de vulnérabilité qui font que soit il n'y a pas de logement, soit elles ont besoin d'un soutien assez soutenu pour engager toutes leurs démarches d'insertion et pouvoir être autonome par la suite. Les personnes ne choisissent pas de venir ou de ne pas venir. Elles ont le choix de refuser mais si elles refusent elles perdent les conditions matérielles d'accueil, tout ce qui est allocation, donc le choix est limité. Dès qu'une personne part, on déclare une place ouverte à l'OFII qui nous oriente quelqu'un par la suite. Les personnes qui viennent vers nous c'est par orientation et non par connaissance.

Il y a deux systèmes pour sortir du CADA. Tout d'abord les personnes font leurs demandes d'asile et sont ensuite convoquées à l'OFPRA dans un délai indéterminé. Soit l'OFPRA donne une réponse positive, et donc elles sont bénéficiaires d'une protection internationale et on a 6 mois pour travailler l'insertion pour qu'elles puissent sortir vers un autre hébergement ou vers un logement autonome (mais ça arrive très rarement), soit l'OFPRA donne une réponse négative à leur demande et là elles font un recours auprès de la CNDA et il y a un temps indéterminé avant d'être audencé. Après soit il y a un résultat positif et pareil on a 6 mois pour travailler la sortie, soit c'est négatif, et les personnes ont 1 mois pour quitter le logement, sans droit, sans hébergement. Donc ça peut être très violent.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Je parle pour moi mais je ne l'aborde pas forcément dans toutes les situations mais il va y avoir des situations autres, viols ect où forcément ça va venir dans l'entretien, puisque c'est la base de leur demande d'asile. On va donc parler au niveau de la santé sexuelle. Après, quand ce n'est pas forcément dans le récit, ça va dépendre de la personne en face, je sais que le lien peut se faire très rapidement ou

alors plus dans le temps. Je vais demander si elles ont besoin de voir un gynécologue, au même titre qu'un médecin traitant, en sachant qu'on a pas mal de femmes qui tombent enceintes pendant leur séjour au CADA et du coup forcément on vient parler de la santé sexuelle par ce biais-là. Quand les personnes sont en phase d'insertion et d'intégration, qu'il y a beaucoup de démarches à faire et qu'une grossesse viendrait bousculer ces 6 mois, 10 mois d'insertion, je parle aussi avec les femmes de leur projet, de leur souhait, si elles ont un souhait d'avoir un autre enfant, s'il y a une contraception ou si elles souhaitent être orientée pour une contraception.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

En termes de personnes accompagnées il y a peu de femmes, c'est rare. Après sur l'ensemble des femmes qu'on a pu accompagner au CADA, il y a quand même eu pas mal de problèmes au niveau de l'excision parce que c'était des femmes seules.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Je ne me sens pas forcément désarmée face aux personnes qui sont en face de moi. Je pense que je suis dans l'écoute de ce qu'amène les personnes, que ce soit au niveau des violences passées ou des violences vécues à ce jour, puisqu'il y a souvent un lien entre les deux. Il y a beaucoup d'écoute de la personne, pour savoir ce qu'elle souhaite, et si elle verbalise à un moment donné est ce qu'elle souhaite être orientée ? Ou au contraire, elle verbalise à ce moment donné et il y a tout un travail vers d'autres professionnels qui sont plus à même que moi d'accompagner la personne. Je suis à l'aise comme on peut l'être, dans l'écoute et l'accompagnement au rythme de la personne même si on est dans un service où le temps et le rythme sont très soutenus, en accompagnant le rythme psychologique de la personne.

Il y a des situations pour lesquelles on va être assez rapidement dans le vif du sujet parce que les récits de vie qui vont être envoyés à l'OFPPRA mentionnent ce qui est arrivé à la personne. Vu que les personnes nous donnent leur accord pour lecture de ce récit, forcément on a ça sous les yeux donc ça amorce l'échange. Il y a d'autres situations où pour la personne ce n'est pas forcément ça qui sort de son récit, c'est au fil de l'eau, des entretiens, qu'on peut aussi comprendre et entendre qu'il s'est passé autre chose derrière.

Après au niveau communication et langue, sachant qu'on a accès à un interprète vraiment pour l'asile et donc que le reste du temps, c'est un peu plus dur à comprendre par rapport au langage. Quand on communique uniquement par geste ou par dessin ça peut être en effet être plus limité. Après c'est aussi tout ce qui est observation, ressenti quand on parle de certains sujets par rapport à la personne.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, conjugales (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles) et sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Plutôt à l'aise, en s'adaptant aussi à chacun parce qu'il y a des femmes qui sont ouvertes pour en échanger à ce moment-là alors que d'autres, on voit bien que s'est plus compliqué. Je passe par d'autres biais parfois : je parle de la santé en général, pour terminer sur la santé féminine pour parfois pouvoir demander comment ça se passait au pays. C'est vraiment au cas par cas je dirais.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

J'ai des outils pour pouvoir orienter. Néanmoins, on est sur des lieux ruraux, où il y a très peu de mobilité et donc du coup dès qu'on doit orienter, accompagner vers un spécialiste, il faut déjà que la personne ait une certaine autonomie pour pouvoir y aller. En effet aller vers un autre professionnel c'est déjà compliqué et le côté mobilité vient amener un frein supplémentaire à cet accès aux soins. Aussi, on peut accompagner dans certaines situations aux RDV, pas dans le RDV mais au RDV, si nécessaire. Après on a aussi une sage-femme qui est sur le secteur qui elle a connaissance de violences sexuelles faites aux femmes au niveau de l'étranger. Du coup l'orientation peut également se faire là à un premier niveau. D'orienter vers une personne ou une structure, ce n'est pas la même chose pour la personne qu'on oriente. En effet on peut aussi proposer une rencontre tripartite pour faire le lien. Orienter par exemple vers le CMP ou le CIDFF, c'est moins personnalisé et donc plus compliqué pour la personne en terme de confiance.

Questionnaire concernant l'orientation, pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violence et pour obtenir de l'aide juridique : « La mobilité en milieu rural ; La barrière de la langue pour certaines »

Concernant l'orientation, pour obtenir un certificat médical : « difficultés dans la mobilité et le temps de RDV »

Concernant l'orientation, pour accéder à un hébergement en cas de besoin : « La faisabilité dans un temps court »

Concernant l'orientation, pour accéder à un accompagnement psychologique : « Temps avant d'avoir un rdv, la langue, professionnel adéquat » dans les difficultés

Pas de structures inscrites pour permettre un suivi médical adapté, trouver du soutien social/associatif, obtenir de l'écoute

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Moi dans tous les cas j'amène sur la santé en général, la santé féminine. Je demande également s'il y a des enfants ou pas, quel est le projet, s'il y a un couple quels sont les projets du couple, s'il y a un désir d'enfant ou pas. A ce moment-là, je leur demande si elles connaissent aussi la contraception, si ça serait un souhait. Je leur présente ainsi un document avec toutes les formes de contraception possible et je vois si ça fait écho ou pas écho. Il y en a certaines qui ne sont pas du tout pour la contraception, c'est un choix de vie aussi. Après, j'ai dû avoir 2 personnes qui étaient pour la contraception et donc il faut orienter vers un médecin généraliste s'il y en a un, qui peut, s'il y a un besoin, réorienter vers un gynécologue ou une sage-femme.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui on a accompagné des suivis de grossesse. Dans ces cas-là, on fait le lien avec la sage-femme de PMI, avec le centre hospitalier et également si la personne est d'accord on fait aussi appel à la sage-femme dont on parait tout à l'heure qui a une approche multiculturelle. Ça peut mettre en confiance les personnes.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Ça peut nous arriver d'en parler, moi non parce qu'il n'y a jamais eu ce désir d'IVG chez les personnes que j'accompagnais. J'ai une collègue par contre, qui a pu en parler récemment mais la date était passée. Autrement non, ça ne nous est jamais arrivé d'aller vers cette demande.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Oui, notamment par rapport aux primo arrivants qui ont leur consultation bilan. Dans ces cas-là, en lien avec le RLG et la maison médicale de notre commune, il y a un bilan qui est fait à ce moment-là. Nous on les accompagne et c'est l'équipe médicale qui s'en charge. On est dans un accompagnement global et on est beaucoup sollicité sur le médical, nous les travailleurs sociaux. C'est notamment le cas par les partenaires lorsqu'ils vont rencontrer une personne, la langue n'est pas la même, on nous demande de lire les comptes rendus, mais ça n'est pas notre place (rires) Dès fois on ne peut pas faire autrement, mais on essaye au maximum que tout ce qui est médical reste du côté médical parce qu'on en vient à être le liant avec tout ce médical. Il y a aussi la présence de toutes les informations qu'on ne devrait pas connaître et que la personne n'a "pas le choix" de nous dire parce qu'il n'y a pas la compréhension et si elle veut la compréhension elle doit passer par nous. On essaye au maximum de faire un pas de côté là-dessus mais c'est compliqué.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non jamais, la question ne s'est pas posée.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? (Problèmes de couples...) Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui oui oui, on a eu des couples où il y avait eu des violences conjugales et donc on a pu accompagner, en l'occurrence c'était madame qui était victime, vers des structures extérieures. C'était en lien avec la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) qui peut nous porter. On a orienté vers un CHRS femme-enfants parce qu'il y avait des enfants. Sinon, on peut faire de la médiation notamment quand on en vient au niveau des récits asile. C'est arrivé qu'on ait un couple pour lequel monsieur et la dame n'aient pas forcément la même histoire et les mêmes difficultés au pays. Dès fois, notamment pour les femmes victimes de violences sexuelles, elles n'osent pas dire ce qu'il leur est arrivé à leur

conjoint, sauf que quand ils passent à l'OFPPRA, tout est écrit. On a donc pu accompagner pour permettre à la femme de pouvoir dire à son mari ce qui c'était passé.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Non

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Alors ça peut arriver notamment en lien avec la santé. C'est le cas si on a été interpellé par un service ou un professionnel de santé qui nous indique qu'il y a tel problème et que la personne doit prendre tel traitement ou alors nettoyer ses parties intimes 2, 3 fois par jour. On va être là-dedans, on va être dans l'explicatif, rappeler l'importance de l'hygiène. Mais ça ne nous arrive pas... Moi ça du m'arriver une fois parce qu'il y avait une opération chirurgicale derrière mais sinon non. Après on va être sur de l'hygiène au sens général.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui tout à fait quand les femmes arrivent et que dans leur récit il y a les questions d'excision. On a eu des femmes qui sont arrivées avec leur enfant, ce n'était pas forcément pour leur histoire à elles mais plutôt pour protéger leurs filles parce qu'il y avait un risque d'excision si elles restaient au pays. Du coup oui, on aborde la question à ce moment-là. D'une manière générale si ça ne vient pas dans le récit, on n'en parle pas forcément. Après, je sais que c'est un thème qui a été abordé sur des ateliers, dont l'un d'eux a été fait par la sage-femme dont on parlait, c'était pour parler de la culture en lien avec une émission de radio. La sage-femme avait pu échanger avec les femmes justement sur l'excision.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Non ça ne nous est pas arrivé. Je pense que ça serait en lien aussi avec les récits de vie mais ça ne nous est jamais arrivé au CADA.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

En termes de santé en tant que tel, je ne suis pas compétente en la matière, je ne connais pas. Il y a des choses par exemple comme la contraception, je peux en parler mais ce n'est pas ma place mais cette conversation amène aussi à orienter vers un autre professionnel. Je pense qu'un temps au CADA avec une infirmière ou en tout cas quelqu'un au sein du corps médical qui est plus légitime serait nécessaire. Je pense que nous on en fait déjà beaucoup en accompagnant les personnes, ça pourrait nous soutenir mais aussi que la personne puisse se sentir plus à l'aise, et puisse en dire plus. Ça pourrait donc passer

par la création d'un poste infirmier. Je pense que certains CADA peuvent avoir un temps psy et un temps IDE.

À ce jour on a des APP (analyse de pratique) mais c'est quelque chose de très gros parce qu'on fait ça avec l'unité territoriale donc de deux départements. Je pense que ça serait bien un temps d'analyse de pratique au sein de nos services pour vraiment parler de nos situations en tant que tel, pouvoir avancer et pouvoir amener des sujets comme le vôtre aujourd'hui, chose qu'actuellement on parle entre deux portes, mais on passe à autre chose très vite.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Les interprètes sont pris par téléphone. Avant on pouvait prendre le RLG maintenant COALLIA a passé une convention avec un organisme qui s'appelle ISM. On ne réserve pas d'interprète, on appelle et on demande un interprète avec telle langue. En amont ils ne savent pas si c'est RDV médical, un RDV au niveau juridique, l'interprète ne sait pas quel sujet va être abordé. Nous on a un budget interprétariat qui est moindre, donc on favorise tout ce qui est interprétariat pour ce qui est asile et donc dossier d'asile et contrat de séjour. Après il arrive quand même qu'on prenne des interprètes quand il y a des grosses difficultés de compréhension au niveau médical mais ça va être très minimales et c'est pour ça qu'on se base sur beaucoup des documents, des dessins. Par exemple la contraception, je la présente en dessins. Parfois au-delà de ce que la personne nous dit à un moment donné, c'est compliqué de comprendre tout ce que la personne a vécu, s'il y a ou a eu des violences parce que le langage n'est pas là, les mots ne sont pas là.

Quand un interprète est présent, oui ça peut gêner parce qu'il peut par exemple y avoir des problèmes de ligne, vu que c'est par téléphone. C'est vraiment au niveau logistique que ça vient vraiment perturber la fluidité des entretiens. Quand on parle aussi de choses assez intime, de violences ou de tout ce que les personnes ont pu subir dans leurs pays, je pense qu'il peut aussi avoir une réticence notamment en début l'entretien. Après, les personnes qui ont au début ont une petite réticence à dire les choses, le téléphone, s'il n'y a pas de problème logistique, se met de côté. Je me mets à la place des personnes, c'est difficile de pouvoir parler avec un interprète.

(Rire) Au contraire quand il n'y en a pas ça manque aussi puisque du coup l'échange est moins fluide, on va vraiment à l'essentiel. C'est vraiment difficile d'analyser l'ensemble de ce qui a pu arriver parce qu'on n'a pas tous les éléments. Je pense que les personnes peuvent se sentir plus à l'aise au bout de quelques minutes avec l'interprète parce qu'elles peuvent faire des phrases à rallonge, elles peuvent vraiment s'exprimer dans leur langue, dans leur vocabulaire, vraiment tout dire. Je pense aussi qu'elles profitent de ce moment-là et elles mettent de côté l'interprétariat pour pouvoir verbaliser ce qu'elles ont à dire.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Je n'ai pas trop de recul je n'en ai pas vu beaucoup. Je pense qu'il y a des besoins pour celles qui viennent d'arriver et celles qui sont là depuis plus longtemps qui ne sont pas forcément les mêmes.

Celles qui viennent d'arriver peuvent être en demande en lien avec leur histoire. Je n'ai jamais eu de demandes particulières en lien avec la santé sexuelle, si ce n'est pas en lien avec leur histoire, pas de demande de suivi gynéco par exemple. J'ai l'impression que ce n'est pas quelque chose qui est encré, ce suivi de la santé féminisme à part quand il y a une grossesse et dans ces cas-là la femme est demandeuse. Donc, sinon il n'y a pas de demande par rapport à ce suivi-là quand il n'y a pas d'histoire par rapport aux violences sexuelles. Après les femmes que j'accueillais en PCH, pour certaines, il y a déjà eu des grossesses et des suivis en France donc du coup elles ont déjà en tête qu'elles doivent faire ce suivi. J'en ai une qui a une contraception et qui sait qu'elle doit faire ce suivi de contraceptif, elle a un implant et elle a en tête quand elle doit recontacter le service hospitalier. Il y a quelque chose qui est encré, on voit en tout cas qu'il y a déjà eu un entretien et une exploration au niveau médical de toutes ces questions, qu'il y a eu des réponses et qu'il y a des choses qui ont été mises en place. C'est très bien, parce que faites sans nous.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Ah oui je pense que le pays d'origine influence. La culture, la religion, influence aussi notamment au niveau contraceptif. Il y en a qui ne prennent pas de contraceptif parce que c'est la nature, il y a quelque chose de culturel, la religion ou les deux ensembles, c'est difficile de le dire. Là c'est la nature qui fait son œuvre et qui décide s'ils ont un enfant ou pas, mais en même temps je vois aussi des personnes qui viennent de ce même pays où la contraception a été un choix. Aussi on voit bien qu'il y a des pays où les femmes ont plus connaissance de ce qui est possible pour elles en terme de contraceptif ou en termes de soin.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non, après on fait des formations professionnelles. Je m'appuie sur tout ce que j'ai pu avoir en formation sur les psycho trauma et au niveau sexuel. En plus de toutes les formations que j'ai pu avoir, je suis dans l'asile depuis 2 ans et demi et je m'appuie aussi sur toutes les expériences que j'ai eues avant, en hôpital, en maternité, tout ce qui était pôle femme enfant, tout ça m'a beaucoup servi. Après je ne suis pas spécialiste en la matière.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

Pas de formation repérée mais intéressée pour avoir des propositions de formation

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Oui. Nous on est au niveau rural et donc dès qu'on veut aller à un RDV, ça peut être compliqué pour la personne. Il y a des personnes qui veulent faire en toute autonomie, ce qui est normal, donc je pense qu'il y a ce frein-là. Au niveau communication ce n'est pas la première chose qui est parlé, la santé sexuelle des femmes. Après il y a aussi forcément le côté culturel ainsi que le manque de praticien. En

effet, le temps qui est long avant d'avoir un RDV et à côté de ça en général les personnes sont dans un timing où elles ne savent pas si dans 6 mois elles seront encore là ou pas, donc ça ça peut être compliqué, ça peut venir arrêter une prise en charge. Enfin dès fois la santé passe après d'autres problèmes quand les personnes ont tout dans la tête, c'est à dire qu'il faut avoir l'asile pour pouvoir rester en France, la santé des fois vient en second plan.

Questionnaire : « Le rapport à la violence selon les cultures ; La difficile libération de la parole (encore + présente) ; Parfois un problème minimisé par la femme au regard d'un autre problème pour lequel la personne demande l'asile »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Je vais souvent sur le site du RLG, il y a souvent des images ou autre pour trouver des choses qui sont parlantes ou il y a d'autres outils sur internet, fin on fouille quoi ! Mais après c'est vraiment le lien aux partenaires, vraiment parce que pour pouvoir avoir des partenaires qui comprennent la multiculturalité, ça ça peut être bien !

Vu qu'il y a un accompagnement social et assez global pour le coup et qu'on travaille pas mal en lien avec les services médicaux, ça ça peut être positif et porteur pour les personnes mais faut-il encore qu'il y ait un désir de leur part.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non pas nécessairement

Entretien numéro 15 : 36 minutes le 23/06/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis sur un poste d'IAS, intervenante d'action sociale, et je suis éducatrice spécialisée de formation. J'interviens au CADA, à l'association COALLIA.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Des femmes, peu, ce n'est pas le public principal. Actuellement ce sont plutôt des hommes, mais j'ai accompagné des femmes auparavant ainsi que dans une autre expérience aussi sur un CHRS. J'accompagnais principalement des femmes victimes de violences conjugales mais aussi des femmes qui avaient pu migrer. J'ai donc aussi cette expérience-là dans l'accompagnement des femmes.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Je dirais que j'ai pu l'aborder, mais d'emblée ce n'est pas ce qui sort en premier. Ce n'est pas forcément quelque chose d'évident je pense. En fait je n'en ai pas accompagné beaucoup de femmes où on pouvait aller sur leur passé, leur histoire et entre autre les violences. Après c'est vrai que j'ai pu accompagner des femmes, où dans leur récit, comme on travaille l'asile, elles ont pu mentionner des violences vécues. On pouvait donc partir de ces faits pour trouver des solutions et les accompagner au mieux, mais c'est vrai que sans ça ce n'est pas forcément quelque chose que j'aborde dans l'accompagnement.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Non. Quand vous m'en parlez, je suis obligée de chercher. Ce n'est pas la première chose qui vient, surtout qu'actuellement on a 24 accompagnements résidents par référence et sur les 24 aujourd'hui je n'ai que des hommes. Auparavant j'ai accompagné des femmes, mais c'est vrai que j'ai principalement accompagné des hommes.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Je peux me sentir en questionnement, me poser des questions sur justement comment je vais aborder ça ? Avant ça, est ce que c'est quelque chose que je perçois, que la personne a évoqué ? Si la personne l'évoque tout de suite, je me sens plus à l'aise pour en parler évidemment et pouvoir chercher ensemble les solutions, d'autres accompagnements. C'est vrai que quand il y a un besoin d'accompagnement psychologique, on se tourne vers le CMP. C'est la première solution que je vois. Après si la personne n'en parle pas et qu'on sent qu'il y a des traumatismes, c'est vrai que c'est délicat. Ce n'est pas quelque chose que je vais aborder en premier lieu, après au fur et à mesure des échanges je pense que ça dépend de comment je sens les choses ou pas. J'ai en tête une femme que j'ai accompagné, sa fille avait pu subir des violences du coup c'était un sujet que l'on pouvait aborder. Après ce n'est pas forcément évident si la personne ne verbalise pas, surtout qu'il y a aussi la barrière de la langue des fois. Je trouve que ça complexifie l'approche en premier lieu avant d'entrer dans l'orientation et l'écoute.

Je pense que quand on a le récit, ça peut amener des éléments, ça peut m'aider si la personne a besoin d'être orientée, d'être écoutée. Après il arrive que dans le récit tout ne soit pas dit, mais on sent qu'il y a pu avoir des violences. Là c'est vrai qu'en fonction de la personne, si on sent que c'est un sujet où elle ne souhaite pas y venir, je ne sais pas forcément comment faire pour en parler. Je repense à une autre situation d'il y a 2/3 ans, et effectivement il y avait aussi beaucoup de violence contre madame. C'était un couple où madame se livrait facilement et du coup c'était beaucoup de l'écoute. Après pour orienter, quand j'ai lu le questionnaire je me suis dit que finalement je n'avais pas beaucoup de solutions, je n'ai pas pris le temps de vraiment les orienter. Souvent comme je disais c'est plutôt le CMP.

Questionnaire : Face à des violences sexuelles : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en souffrance face à des violences passées. Ne se sent pas en capacité pour repérer quand une personne est en danger face à des violences actuelles ou potentielles.

Face à des violences conjugales (verbales) : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger face à des violences actuelles ou potentielles.

Face à des violences conjugales (psychologiques) : se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en souffrance face à des violences passées.

Face à des violences conjugales économiques/ administratives / sociales et des violences dans un cadre familial (hors couple): Ne se sent pas en capacité pour repérer quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées.

Face à des violences conjugales (sexuelles) : Ne se sent pas en capacité pour repérer quand une personne est en souffrance face à des violences passées.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ? Déjà répondu

Questionnaire : ne se sent pas en capacité pour interroger une personne en situation de danger et/ou de souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées face à des violences sexuelles, sexuelles dans un cadre professionnel et dans un cadre familial (hors couple)

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Je manque peut-être de connaissances, de pistes. Je sais qu'au CHRS on était en lien avec certains partenaires mais c'était les violences conjugales donc c'est différent, mais on travaillait avec le CIDFF, des associations comme « moment pour elles », des lieux d'écoute donc là je savais plus facilement vers qui orienter. Là, comme il y a la demande d'asile qui est au cœur de l'accompagnement, il y a aussi le côté psychologique au CMP, mais c'est vrai que du coup je ne vais pas plus loin. Là c'est vrai que comme ça je ne vois pas trop...des lieux d'écoute, il y en a sûrement, je le sais il suffit que je cherche il y en a, mais c'est vrai que ce n'est pas forcément les problématiques que je rencontre le plus fréquemment. J'ai fait mon mémoire sur les violences conjugales et c'est un sujet qui me tient beaucoup à cœur. Si on pouvait avoir des formations c'est sûr que ça serait intéressant, il y en a à COALLIA

mais comme ce n'est pas la majeure partie de notre activité... Il y a des familles donc on a quand même des femmes dans les familles, mais avant j'ai accompagné plusieurs femmes seules. Là aujourd'hui ça devient de plus en plus des personnes isolées donc la question se pose un peu moins.

Questionnaire : Ne se sent pas en capacité d'orienter une personne en danger et/ou en souffrance face à une situation de violences actuelles, potentielles ou passées qu'elles soient sexuelles, sexuelles dans un cadre professionnel ou dans un cadre familial hors couple. Se sent parfois en capacité d'orienter une personne en danger et/ou en souffrance face à une situation de violences conjugales actuelles, potentielles ou passées.

Concernant l'orientation, pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violence : j'ai des difficultés car : « Les résidents du CADA ne sont pas francophone » et pas de structure indiquée vers qui orienter

Concernant l'orientation, permettre un suivi médical adapté : pas de structure indiquée vers qui orienter

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ?

Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Oui, récemment, justement c'était une première pour moi. C'était un couple avec madame qui était enceinte où il y a eu le décès in utero du bébé. Cette grossesse n'avait pas été désirée. Il y a une relation qui faisait qu'en temps normal, c'est ce que je leur disais, je ne sais pas si j'aurais abordé cette thématique. C'est quelque chose pour lequel justement je me questionne, est ce que c'est ma place, pas ma place ? Pour moi c'était plutôt dans l'idée d'orienter parce que ce n'est pas mon travail, ce ne sont pas mes missions. Mais là, ce couple a été à la maternité où ils ont fait le travail et j'avais pu leur dire est ce que vous avez pu en parler avec la sage-femme ? Pour essayer de soulever que la famille s'interrogeait sur la contraception. C'est quelque chose que j'ai pu verbaliser mais c'est aussi parce qu'avec ce couple-là, j'avais cette relation qui le favorisait. Je sais que ce n'est pas toujours quelque chose d'évident, et c'est toujours est ce que c'est notre place, pas notre place ?... Après ça dépend des femmes si elles en parlent ou pas. Ce n'est pas quelque chose que je vais aborder si elles n'en parlent pas.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui, là justement je l'ai fait ces derniers mois après généralement on se met plutôt à distance, on oriente, on prévoit les RDV, on planifie avec la famille mais on reste plutôt à distance. Là j'ai eu un accompagnement vraiment où j'étais au cœur avec la famille et le couple. J'ai été physiquement aux échographies, j'ai vraiment été au cœur de ce sujet. J'ai fait un peu un pas de côté mais sinon peut être en fonction des familles, de l'accompagnement, on est plus ou moins dégagé de cette partie-là. Après bien sûr on suit à distance, on accompagne dans le suivi de grossesse mais plus ou moins proche selon la demande et les besoins de la famille.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Moi non, j'ai eu quand même ce couple qui souhaitait interrompre la grossesse qui m'avait questionné. J'avais eu l'information avec la sage-femme que ça n'était plus possible et donc quand ils m'en ont parlé je les ai informés. Après j'ai fait le relai avec la sage-femme qui a repris ça avec eux. J'ai écouté, j'ai informé et j'ai réorienté. Au CADA normalement pour la santé on devrait avoir juste à réorienter et à ouvrir les droits communs. Ensuite il y a la confidentialité, mais du fait de la barrière de la langue,

de la difficulté pour eux de comprendre le fonctionnement du système, on est au cœur de la santé. Ça prend un temps très très important au quotidien de gérer les RDV médicaux et la santé prend une place énorme. D'ailleurs, on ne devrait pas nous demander d'assister aux entretiens pour faire la traduction mais les médecins ne sont pas forcément formés, n'ont pas les bons outils et ils se sentent un peu démunis sauf que nous on est dans la même situation et que tout repose un peu sur nous parce qu'on est au cœur de l'accompagnement avec eux.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Moi non mais ma collègue m'en a parlé justement parce qu'elle a une situation qui vient d'arriver, mais je n'en ai pas eu l'occasion... Après, je sais qu'on a sollicité l'association AIDES et je trouve que c'est intéressant de faire venir des professionnels extérieurs, des associations qui sont plus à même de parler de ces sujets-là. Moi sur ces pistes là je trouve que je suis limitée, je n'ai pas la réponse à toutes les questions, j'ai plus tendance à écouter, cerner un peu de la personne et facilement je vais orienter. Je ne suis pas médecin, infirmière ni gynéco donc là je vais plutôt essayer de trouver des solutions extérieures au CADA.

Question additionnelle : Et AIDES viendrait vous aider de quelle manière ?

Par exemple, moi je n'étais pas là mais ils étaient venus. Il y avait un petit groupe, on avait informé les résidents et avec ceux qui souhaitaient venir, ils avaient fait un temps d'échange. Nous on n'était pas présent mais ils avaient pu échanger autour des MST ou autre. Au CHRS ils étaient venus également, là j'étais présente, et on avait parlé de la contraception, les femmes avaient pu poser leurs questions. C'est vrai que du fait que des associations viennent, les femmes souhaitent que je sois présente et ça a pu permettre qu'on puisse échanger avec les femmes après coup.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non, pour le cancer du sein, sauf s'il y a des antécédents. Je pense que le suivi est plutôt vers 50 ans, c'est plus tard et je n'ai pas eu spécialement de femme de cet âge-là. Pour le cancer du col de l'utérus je sais que c'est plus connu et que c'est plus sur les jeunes aussi mais on n'en parle pas du tout. C'est vrai que comme souvent quand il y a des problématiques de santé, ça va être radio des poumons pour la tuberculose, les hépatites on les a quand même mais c'est un bilan sanguin, général, on va plutôt être sur des choses assez générales, des blessures dues à leur histoire et c'est vrai que je ne viens jamais sur des choses spécifiquement de ce type.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Justement pour le jeune couple que j'accompagnais, je me suis sentie à l'aise avec eux et j'avais pu essayer de voir s'ils voulaient que je les vois séparément. Je voyais bien qu'il y avait des petites tensions et oui j'ai pu avoir cette place-là, d'essayer de pouvoir les accompagner, d'orienter chacun individuellement quand il y avait des tensions dans le couple. Cependant on n'a pas été au-delà, c'était des tensions très légères parce qu'il y avait une grossesse qui arrivait et qui n'était pas forcément

désirée, donc c'était plutôt de l'écoute mais je ne me suis pas questionnée sur les orienter, c'est resté vraiment entre nous dans l'accompagnement et chacun pouvait faire part de ses difficultés, de sa façon de voir les choses.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Je ne crois pas que je l'ai abordé, enfin indirectement avec de l'humour pour ce couple-là. Je l'ai fait sans employé ces termes-là, mais en parlant de la grossesse, que le corps changeait, pour dédramatisé. Là je n'ai pas d'exemple mais sur le ton de l'humour ou indirectement mais pas vraiment en se posant pour en parler réellement.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Oui avec cette dame-là. D'habitude c'est vrai que je n'en discute pas autant mais là ça été un accompagnement très global et pour le coup oui avec la grossesse et avec tous les effets indésirables qu'il peut y avoir pendant la grossesse, on en a parlé. Il n'y avait pas d'échanges centrés là-dessus, où on allait dans les détails et où elle me questionnait mais elle pouvait parler des choses qu'elle vivait en lien avec la grossesse. On a quand même abordé des sujets intimes mais ça s'est fait comme ça dans la conversation, plutôt sur des moments informels. Moi je réorientais toujours vers le gynéco, et souvent quand je l'accompagnais au RDV gynécologue, je lui demandais d'en reparler avec lui, c'était plus sa place.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui je l'ai abordé avec la femme et sa fille dont on parlait tout à l'heure mais aussi avec une autre femme. Les femmes africaines, quand ça leur est arrivé, c'est souvent au cœur de leur demande d'asile donc c'est un sujet qui est exposé d'emblée et qu'on aborde, mais c'est un sujet que je ne maîtrise pas forcément, mais que je connais pas vraiment. Je sais que selon les pays il y a des cultures différentes, par contre je sens qu'il y a une réelle souffrance. Quand j'y repense, les femmes qui en parle, on sent que c'est vraiment un traumatisme qu'elles ont subi. S'il y a un traumatisme ou que psychologiquement ça ne va pas bien, j'oriente vers le CMP, mais c'est toujours un peu la seule solution que j'ai à leur proposer j'ai l'impression. Dès fois, on a des infos avec le RLG, il y a des actions qui sont faites sur (35), des ateliers ou des choses, une fois j'en avais vu sur les femmes enceintes. Mais, c'est tout de suite une organisation, il faut aller sur (35) et comme il y a d'autres préoccupations et que des fois ça demande beaucoup d'énergie aux personnes pour se mobiliser, ce n'est pas forcément opportun. En plus aujourd'hui malheureusement on accompagne de moins en moins de femmes. De mon regard je me questionne, je me dis que le parcours migratoire étant long et très difficile, je pense que les hommes partent seuls pour qu'il y ait moins de risque de perdre leur famille en route et ils préfèrent eux-mêmes prendre la route, pouvoir arriver en France et après pouvoir faire venir la famille. Il a peut-être peu de femmes aussi parce que sur le parcours migratoire toutes les violences qu'elles peuvent subir. Après je ne sais pas s'il y a d'autres paramètres que je n'ai pas en tête...

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Non, ça ne me vient pas comme ça. Je n'ai pas forcément été amené à rencontrer des femmes qui ont évoqué ça dans leurs récits. Après j'ai une femme en tête, des fois on a pu se questionner, non ça ne me revient pas, peut-être une collègue qui m'a parlé d'une situation.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Oui c'est sûr, après déjà il y aurait le fait d'avoir plus de connaissances, d'être plus informée à mon niveau pour pouvoir déjà être plus peut être à l'écoute et pouvoir avoir des outils sur du repérage. Je pense qu'il y a des choses des fois qu'on peut repérer, des petits signaux d'alerte qui nous guident. Après on les connaît un peu de par notre formation et nos expériences mais il y a peut-être des choses que je ne connais pas et qui pourrait m'aider à repérer en lien avec les violences et pour pouvoir ensuite les orienter. Il y a aussi le fait de connaître un peu mieux les lieux ressources, d'accueil, d'écoute pour les femmes qui sont ou été victimes de violence.

Alors oui à un niveau plus large, ça va même au-delà des thématiques abordées. Nous on est au cœur de la santé et sentir qu'il y a du relai, du soutien à l'extérieur c'est important. Nous normalement, bien sûr, on est là pour les écouter, les orienter mais je trouve qu'on est trop des fois au cœur et peut être que les personnes ont besoin d'avoir d'autres personnes à qui parler, nous on les voit quotidiennement, on les suit pour la demande d'asile. Ce n'est pas forcément évident de se livrer toujours à la même personne avec qui elles parlent déjà de son histoire. Pour nous le fait d'avoir du relai, un point de vue extérieur et un accompagnement plus étayé je pense que ça serait mieux, en santé physique mais aussi en santé mentale. Ces personnes ont pu vivre des violences physiques et psychologiques au pays et ça peut être nécessaire.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Non, on manque d'interprète. On a un budget interprétariat mais c'est essentiellement pour l'asile. Si on sent qu'il y a des besoins pour autre chose, on peut solliciter un interprète mais c'est très rare et ce n'est jamais en physique, c'est toujours par téléphone. Maintenant il y a la visio mais je pense que dans un monde idéal, la présence d'un psychologue avec à disposition un interprète serait aidante dans les dialogues, ça aiderait mieux les personnes à verbaliser, à se sentir écouté et pas juste à déverser un récit. Le manque de moyen impacte...

Sa présence manque bien sûr, on en parlait encore hier en réunion, ça manque vraiment vraiment. Sinon, on fait par les gestes, par les compatriotes beaucoup, Google traduction... Avec un peu d'anglais, un peu de français, le non verbal et Google traduction, généralement on s'en sort mais c'est vrai que ça peut mettre du temps, c'est plus long, c'est plus fastidieux pour essayer de se comprendre mais on peut y arriver en général. Mais par exemple ma collègue évoquait hier qu'elle accompagne quelqu'un qui a beaucoup de problèmes de santé et voit bien la complexité quand le

monsieur ne sait ni lire ni écrire dans sa langue, ni parler français, ni comprendre le français. Il n'y a aucun moyen, on doit donc faire appel à un compatriote alors que ce n'est pas du tout sa place au niveau de la confidentialité. J'ai aussi accompagné une femme qui a vécu des violences, il n'y avait personne au CADA qui parlait sa langue, ni traducteur ni rien. C'est sûr que dans ces situations-là, on est un peu démuni, on manque de moyens financiers pour faire appel à un interprète...

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Je ne sais pas trop

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Oui je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui en arrivant en France ont déjà pu vivre dans leur pays malheureusement des violences sexuelles, mais aussi sur le parcours migratoire. Une femme que j'ai accompagnée en a re-subit en Lybie particulièrement, on sait bien ce qui s'y passe. En France pour la demande d'asile ce qui se passe sur le parcours migratoire ne va pas jouer dans leur demande donc c'est hyper délicat pour elles. Oui je pense que les femmes qui viennent d'Afrique, malheureusement il y a un pourcentage énorme qui ont subi des violences sexuelles. Là je pense qu'il y aurait quelque chose à faire, après si on voit dans le temps qu'on n'accompagne quasiment plus de femmes, les besoins seront différents

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non mais j'ai un peu de mon expérience, j'avais notamment fait mon mémoire sur les violences conjugales. Cette approche-là qui peut m'aider un peu à repérer et j'ai toujours cette notion en tête. Dès fois on repère dans la relation du couple, on peut voir des comportements, je sais que j'ai ces outils-là, j'arrive à aborder les choses parce que je connais le cycle des violences, après je n'ai pas plus que ça... Il y a la barrière de la langue surtout, le rythme de l'asile qui est en train de changer qui s'accélère et là je n'accompagne plus de femmes donc je suis moins dans ce questionnement-là actuellement.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle
: Oui plusieurs

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Je pense que oui, le frein je pense que c'est les délais. Là ça me fait écho, j'ai une femme qui est francophone, donc il n'y a pas la barrière de la langue, qui a vécu des violences au pays mais qu'elle n'a jamais évoqué ainsi que des violences que sa famille a connu. On essaye de creuser pour sa demande d'asile, j'avais déjà en tête qu'elle a pu ramener des choses que j'ai pu reprendre et ça m'a permis de l'accompagner. Jusqu'à présent, je n'arrivais pas forcément à aborder son parcours, son histoire même hors des violences sexuelles ou physiques mais du coup elle a abordé sa famille, ses proches, et là elle m'a demandé à rencontrer un psychologue. Cette démarche était déjà très difficile pour elle et ça elle a pu l'entendre. On a pris un RDV, on va voir si elle s'en saisit ou pas. Quand je lui ai parlé du psychologue, elle a rebondi en me demandant de voir un gynécologue. Là j'ai senti qu'il y avait quelque

chose, je n'ai pas rebondi, j'ai fait le choix de ne pas re-questionner. J'ai dit que j'allais voir pour prendre un RDV si c'était sa demande, mais les RDV c'est très très long. Nous les personnes elles sont en besoin, elles ont eu peu d'accompagnement avant, peu de suivi médicaux, et c'est maintenant tout de suite, et ça se comprend mais il y a une réalité qui fait que c'est non. Là j'ai fait appel à une sage-femme libéral qui m'a dit qu'elle ne faisait pas forcément de suivi gynéco mais qu'elle pouvait déjà dans un premier temps la rencontrer donc elle va faire un premier état des lieux, voir avec elle. Là cette femme je ne sais pas ce qui va en suivre, je ne sais pas vu qu'il y a d'autres troubles, comment aborder ça forcément avec elle, ce n'est pas évident. Je vais essayer de me tourner plus vers d'autres professionnels pour faire un peu le relai.

Questionnaire : ajoute : « La barrière de la langue peut aussi être une difficulté. La communication n'est pas toujours facile et je trouve compliqué aussi pour amener des sujets plus sensible comme les violences » : « Si les demandeurs d'asile évoquent des violences dans leur récit de vie cela nous permet d'en avoir connaissance pour aborder le sujet et les écouter, orienter... Mais sinon cela n'est pas un sujet facile à aborder. »

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Je ne sais pas, je pense que c'est les liens qu'on a avec les partenaires médicaux vont faciliter ou non. On travaillait avec un médecin qui est à la retraite, qui était au RLG et qui bénévoles au CADA donc ça marchait bien. Maintenant il est parti mais avec le RLG actuellement on peut faire des fiches pour les primo-arrivant et avoir des RDV. Même s'il y a de petits réajustements à faire, on voit que c'est quand même hyper important, il y a un interprète de prévu et on se dit que ça s'est essentiel et que c'est super que ça soit mis en place parce que ça facilite. Après je pense qu'il pourrait avoir aussi les médecins traitants qui facilitent la prise de RDV chez les spécialistes directement, au lieu de revenir vers nous. Ce n'est pas notre place et on voit qu'ils reviennent vers nous alors qu'on sait bien que quand ils appellent, ils peuvent avoir des RDV plus rapidement, alors que nous c'est plus délicat et puis ce n'est pas notre place. Après aussi c'est peut-être que les médecins sur un secteur rural n'ont pas forcément l'habitude, c'est aussi d'autres façons de pratiquer. Ce n'est peut-être pas évident pour eux non plus.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non non non, rien de particulier.

Entretien numéro 16 : 32 minutes le 25/06/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis assistante sociale et je travaille au CADA.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Oui j'ai quelques familles, c'est vrai que mes collègues ont principalement des hommes isolés, moi j'ai des familles. J'ai une famille d'origine syrienne, il y a les parents et deux filles dans la famille, une qui a 25 ans et une autre qui est collégienne. Après j'accompagne une femme seule avec ses deux enfants qui vient de mémoire du Burkina Faso et sinon j'accompagne aussi une autre famille où Madame est Ukrainienne. Je suis arrivée le 1er mars et je suis en remplacement d'une collègue donc j'ai repris ses situations, après la répartition est très aléatoire en fonction du nombre de dossier, en fonction du nombre de personnes suivi. On s'arrange entre collègues pour prendre les nouvelles situations, je pense que c'est plus le hasard qui fait que j'accompagne des femmes et pas mes collègues.

3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ? Régulièrement ? Facilement ?

Non. C'est vrai ce qui est difficile, c'est qu'il y a certaines personnes qui sont en souffrance par rapport à leur parcours, à leur demande d'asile, les démarches sont longues. On travaille beaucoup tout ce qui concerne l'asile, leur histoire, leurs problématiques médicales en lien avec le contexte dans leur pays mais toutes les questions d'ordre sexuel, ce sont des questions que je n'ai pas abordées. C'est vrai qu'il y avait tout un travail de mise en confiance parce que il y a eu un changement au niveau de la référence, comme je vous disais je suis arrivé au mois de mars, mais non ce n'est pas des choses que j'ai pu aborder avec elles. Parmi les familles que j'accompagne, il y a une situation par rapport à la demande d'asile qui en lien avec des mutilations sexuelles mais c'était concernant un enfant, ça concernait une petite fille. Par rapport à la femme, ce n'est pas quelque chose que j'ai abordé la concernant.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ? Je n'ai pas à ma connaissance situation de violence sexuelle

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes migrantes confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

Un peu démunie, un peu en difficulté parce que j'ai eu des informations quand j'étais étudiante dans le cadre de ma formation d'assistante sociale mais ça remonte à quelques années puisque je suis diplômée depuis 2009. Par ailleurs je n'ai jamais fait de stage qui m'ont permis de rencontrer ces problématiques et de savoir comment les accompagner. Après, j'ai travaillé dans le domaine de la protection de l'enfance, sur tout ce qui touchait les violences sexuelles envers les enfants mais je ne travaillais pas

avec un public de femmes donc je n'ai pas d'expérience dans ce domaine-là. C'est vrai que je n'ai pas non plus de formation qui pourrait m'aider par rapport à mon accompagnement au niveau du CADA.

J'ai des liens avec les cabinets médicaux, on travaille bien avec ceux qui sont sur le secteur. Après il y a des associations qui existent aussi, les centres d'information sur le droit des femmes et des familles, mais dans ma pratique je n'ai pas eu besoin en tout cas de contacter ces associations

Questionnaire : violences sexuelles : Ne se sent pas en capacité de repérer quand une personne est en danger face à des violences sexuelles actuelles ou potentielles et parfois pour une personne en souffrance face à des violences passées.

Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger face à des violences conjugales actuelles ou potentielles (verbales, psychologiques, économiques/administratives/sociales, physiques et sexuelles)

Ne sent pas en capacité de repérer une personne en danger et/ou en souffrance face à des violences sexuelles actuelles, potentielles ou passées dans un cadre professionnel et familial hors couple.

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Si la situation se présentait je pense que je pourrais être suffisamment à l'aise par rapport à certaines personnes, quand je vois que le lien s'est créé, qu'il y a une relation de confiance. Avec d'autres, ça pourrait être plus compliqué. Il y a aussi la barrière de la langue. Sur les familles que j'accompagne, pour la famille qui vient d'Ukraine, Madame parle le français, elle comprend bien ; pour l'autre personne qui vient du Burkina Faso, pareil elle est francophone ; par contre pour l'autre famille où il y a 3 femmes dans la famille, ils ne parlent qu'arabe et là ce serait compliqué je pense. Quand je les vois, c'est toujours en présence du mari. Je pense que ce sont des questions qui pourraient être plus difficiles à aborder avec cette famille-là, je ne suis jamais seule avec la dame, il y a toujours Monsieur qui est là quand j'y vais alors que pour les deux autres situations, je suis seule avec les femmes.

Se sent parfois en capacité de questionner une personne en situation de danger et/ ou de souffrance face à des violences actuelles potentielles ou passées pour des violences sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ?

Non ça ne m'est jamais arrivé, je pense que je solliciterais mes collègues, savoir si elles ont déjà pu avoir ces situations, comment elles ont réagi, qui elles ont contactées. En tout cas je me sens suffisamment à l'aise pour accueillir la parole de ces femmes, de pouvoir les entendre, après pour les accompagner et les orienter je pense que je demanderais conseil à mes collègues.

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

Non, non c'est vrai que ça ne m'est pas arrivé, pas depuis que je travaille ici. Là pour le moment la priorité de beaucoup c'est le fait d'avoir une réponse de l'OFPPRA ou une réponse de la CNDA, ça va

être la priorité de l'asile, même si on parle d'autres sujets, cette question n'est pas arrivée, elle ne s'est pas présentée. Je pense qu'il faut aussi du temps et peut-être le moment opportun pour aborder ces questions.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Alors moi non, c'est vrai que je n'ai pas eu à le faire pour le moment, mes collègues oui, moi non, pas au niveau du CADA en tout cas.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Non, en quelques mois je n'ai pas eu cette expérience là

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Oui, mais c'était avec un homme, ce n'était pas avec des femmes puisque j'ai un résident qui est porteur d'une hépatite donc c'est des choses que j'ai pu aborder, la sexualité, la protection. Cet homme-là avait déjà des interrogations par rapport à des symptômes, il avait des problèmes de santé. Quand il est arrivé au CADA il y a un mois, il m'a demandé de faire des examens donc je l'ai réorienté vers le réseau Louis Guilloux où il a fait des examens médicaux et il s'est révélé qu'il est porteur d'une hépatite. Il faut d'ailleurs que je prenne rendez-vous c'est un hépatologue, c'est vraiment tout récent je l'ai su la semaine dernière. Mais ce qui est compliqué, c'est que c'est quelqu'un qui est arrivé en France très récemment et qui n'a pas de droits ouverts au niveau de la CPAM, donc là il faut que je vois aussi avec le réseau Louis Guilloux ce qu'il est possible de faire à ce niveau-là

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non je n'ai pas eu la problématique

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Ça m'est arrivé avec une famille, où la dame est d'origine ukrainienne. C'est quelqu'un qui est en souffrance par rapport à son histoire, à son passé. Elle s'ouvre de plus en plus à moi, je la vois seule, elle peut dire des choses. Il n'y a pas forcément de conflit au sein du couple mais elle me parle de sa relation de couple. Elle profite je pense d'avoir quelqu'un pour échanger, c'est quelqu'un qui se sent seule, qui a une orientation CMP et qui ne s'y retrouve pas forcément. Elle me dit en effet qu'elle n'a pas toujours les mêmes professionnels et pour elle c'est compliqué de créer une relation de confiance. C'est quelqu'un qui doute aussi d'elle, parce qu'au niveau de la langue elle apprend, moi je trouve qu'elle se débrouille très bien mais c'est vrai que des fois elle cherche ses mots, elle est un petit peu paniquée quand elle n'arrive pas à se faire comprendre. Avec moi c'est vrai que je prends le temps de l'écouter, mais peut-être qu'avec d'autres professionnels c'est peut-être un peu compliqué d'avoir ce temps.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

Je peux parler d'affection, de complicité. Par exemple je sais que pour cette personne, son mari est un réel soutien, c'est un couple qui unit. En termes de plaisir charnel, c'est vrai que non je ne l'aborde pas. Madame est en capacité de dire que son mari est un pilier, qu'il y a des sentiments forts et qu'ils sont unis tous les deux.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Non je n'ai jamais abordé ça parce que je n'en ai pas eu l'occasion

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Non mais c'est vrai que par rapport à une des situations dont je vous parlais, par rapport au dossier, ça a été travaillé avec la collègue que je remplace. J'ai les éléments dans le dossier, madame a pu en parler vaguement aussi, mais moi personnellement non.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Non, il n'y a pas eu de sujets qui m'ont amené à parler de ça.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Ah oui bien sûr ! C'est vrai qu'il y a peu de femmes sur le CADA, mais pour ces femmes-là j'aimerais les amener à pouvoir échanger sur leur vie de femme, sur l'aspect médical. Je n'ai pas encore abordé les questions autour du dépistage, notamment du cancer du sein, des suivis gynécologiques mais ce sont des choses qui sont très importantes dans le cadre du suivi médical. Donc ça oui, c'est des choses que j'aimerais bien pouvoir aborder, après c'est trouver le moment de le faire sans les mettre non plus en difficulté. Ça serait bien aussi d'avoir peut-être des contacts, des professionnels qui sont formés pour les femmes d'origine étrangère, par rapport à leurs coutumes, par rapport à leur vie dans leur pays. Il faut aussi que ce soit des professionnels au clair avec ce qu'elles ont vécu, ça peut être compliqué pour certaines de s'exprimer, donc vraiment il faut que ça soit des professionnels qui soit compétents auprès de ce public.

Questionnaire : Merci de préciser si vous repérez une ou des formations dont vous auriez besoin sur ce thème dans votre pratique professionnelle : « OUI »

Question additionnelle : et quand vous parler d'en échanger avec elles, ce serait de manière individuelle ou collective ?

C'est vrai que je trouve que les temps collectifs sont riches et apportent des choses. L'individuel pour certaines serait plus approprié et pour d'autres le collectif permettrait de transmettre des informations de manière très générale, sans se sentir spécialement visé. Les deux aspects sont intéressants mais je trouve que la dimension collective permet aux femmes de se rendre compte qu'elles ne sont peut-être pas les seules dans cette situation et puis d'échanger entre elles, de se rencontrer. C'est vrai que s'il y a peu de femmes, les groupes ne sont pas toujours possibles, mais ça pourrait être d'organiser des rencontres avec d'autres CADA, d'autres femmes, ça serait peut-être plus facile de libérer la parole avec des personnes qu'elles ne côtoient pas, qu'elles ne connaissent pas.

C'est vrai qu'on a quand même une bonne équipe, il y a des bonnes relations au sein de l'équipe, on a la chance d'avoir une responsable qui à l'écoute, qui est présente. J'ai des collègues aussi qui sont très présents depuis que je suis arrivée, on peut également solliciter des psychologues. Quand même, on est bien soutenu. Ça me plaît beaucoup ce que je fais, je suis très contente d'être au CADA, c'est un public que je ne connaissais pas du tout parce que j'ai fait 7 ans de protection de l'enfance donc c'est vraiment tout nouveau pour moi, il y a plein de choses à construire, apprendre. Je trouve que c'est un public qui est riche, qui donne beaucoup aussi.

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Alors oui, on peut prendre un interprète avec ISM, on travaille beaucoup avec ISM interprétariat. J'en ai sollicité surtout par rapport à la démarche d'asile puisque en fait pour des démarches quotidiennes, les enfants parlent le français plutôt bien. Pour la famille dont les parents ne parlent qu'Arabe, il y a 2 enfants sur trois qui prennent des cours de français dont une qui est scolarisée au collège et qui explique les démarches administratives, c'est vraiment pour des questions administratives, pour des documents. En ce qui concerne l'asile, oui il peut y avoir un interprète.

Alors c'est par téléphone, c'est toujours par téléphone. Je pense que c'est plus facile par téléphone, ça met une distance, il n'y a pas de personnes physiques, après c'est ce que je pense peut-être que je me trompe.

Peut-être parce que parfois on se dit qu'on passe peut-être à côté de certaines choses. C'est la complexité de cette barrière de la langue, des fois on peut percevoir des choses, voir des choses, mais on n'arrive pas forcément à mettre des mots, à questionner les personnes comme on aimerait. Cette barrière de la langue elle peut être assez compliqué. Moi j'essaie aussi de passer par Google Traduction, d'utiliser ce qu'on peut comme moyen, mais ce n'est pas toujours facile. Quelques fois on voit des personnes en souffrance et c'est un peu compliqué de savoir est-ce que c'est vraiment en lien avec la démarche d'asile ? Est-ce qu'il y a d'autres problèmes ? C'est compliqué souvent, ce sont des personnes qui ne veulent pas trop en dire, pas trop se plaindre, c'est parfois compliqué de cerner vraiment les demandes.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ?

Bonne question, les femmes ici que j'accompagne sont là depuis plus de 6 mois. Il y en a une qui a eu récemment le statut, celle du Burkina Faso, donc là on est en recherche active pour un hébergement hors du CADA. La femme d'origine ukrainienne est arrivée en octobre 2020 et la famille qui vient de Syrie a eu hier la réponse de l'OFPRA pour un statut de protection subsidiaire. Du coup peut-être que le temps influe, je pense que ces femmes ont eu le temps de se poser, de prendre leurs marques, de connaître aussi les professionnels au niveau médical et au niveau du CADA. Donc je me dis qu'aujourd'hui, comme pour certaines il y a moins d'inquiétude par rapport à la demande d'asile, peut-être qu'elles ont plus la possibilité de pouvoir penser à elles en tant que femme. Je ne sais pas si ces femmes avaient un suivi gynécologique dans leur pays, ce n'est pas des questions que j'ai pu aborder, peut-être que ça serait intéressant de les aborder et de les orienter vers leur médecin généraliste, voir pour des dépistages ou en tout cas vers des choses qui pourraient peut-être être faites. Je n'y ai pas pensé jusque-là mais en en parlant avec vous je me dis que ce serait peut-être important.

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?

Je pense oui, je n'ai pas encore une grande connaissance mais peut-être que dans certains pays on parle peut-être plus facilement de vie intime, de santé sexuelle que dans d'autres pays. C'est peut-être une représentation que j'ai. Par rapport à certaines situations où les hommes sont toujours présents au domicile, je pense que c'est plus difficile d'aborder ces questions plus intimes.

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ?

Non mais c'est un manque, c'est quelque chose que j'aimerais avoir. Pour le moment, je n'ai pas encore eu cette chance, mais je pense que c'est des choses qui peuvent évoluer, il y a des formations qui sont proposées au CADA. Je n'y ai pas encore participé mais en tout cas ce serait vraiment un truc pour moi.

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle :
Aucune

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Non comme ça je ne vois pas ce qui pourrait être un frein, ça peut peut-être être elle-même qui se mettent des freins par peur peut-être, je ne sais pas.

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Peut-être que si ce sont des professionnels femmes, ça peut être plus simple. Je sais que ma collègue accompagnait une femme dans le suivi de sa grossesse, elle avait un gynécologue homme et c'était un

peu compliqué. Peut-être que certaines femmes seraient plus en confiance avec une professionnelle femme.

Oui d'avoir des formations sur le public des demandeurs d'asile, et puis d'avoir des personnes qui sont aussi sensibilisées à ce public, parce que certaines fois au niveau des cabinets médicaux je trouve qu'il n'y a pas toujours une bienveillance envers ces personnes. Ça c'est mon ressenti à moi, ça dépend des professionnels. Ça peut être en termes de disponibilité, d'écoute, de compréhension. J'ai eu d'autres expériences avec des ambulances récemment pour un public de demandeurs d'asile et je trouvais que la personne était incorrecte avec des propos qui n'étaient pas du tout adaptés. J'étais choquée de la manière dont elle pouvait parler de ces personnes.

Question additionnelle : c'était de la discrimination pour vous ?

Ah oui oui oui, parce que c'était des personnes qui ne maîtrisaient pas la langue, des personnes qui profitaient du système, ce sont les éléments que j'ai eus en retour.

Question additionnelle : et les personnes ont pu vous en reparler ?

C'est moi qui ai eu le contact téléphonique parce que la personne ne parlait pas du tout le français ni l'anglais, j'ai servi d'intermédiaire. Par contre il y a eu d'autres retours de familles qui ont pu interpeller le SAMU ou les ambulances et qui ont été confrontés aux mêmes difficultés que moi, de ne pas être pris au sérieux ou en tout cas qu'on se permette de faire des remarques, des réflexions. Ce sont des choses que certains ont pu ressentir et ça a provoqué beaucoup de colère, beaucoup d'injustice. C'est quelque chose qu'on a pu ré-évoquer avec eux, j'en ai aussi parlé en réunion d'équipe, en disant qu'il y avait peut-être un travail à faire avec certains professionnels. On va donc essayer d'avoir des rencontres avec les cabinets médicaux, d'être plus en relation pour faciliter les échanges et pour que les résidents soient mieux accompagnés et bien accueillis. Ce n'est pas tout le monde, mais des fois il suffit qu'il y ait une personne avec qui ce soit plus compliqué, c'est vrai que généralement ça se passe bien.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ?

Ben moi je me demandais, j'aime bien avoir quelques flyers, des documentations sur mon bureau, parce que quelquefois il y a des choses qu'on n'aborde pas forcément en entretien mais je me dis que si on peut laisser sur le bureau des petits flyers, les personnes peuvent aussi les prendre, et après s'en saisir.

Cela a conduit à l'envoi des flyers « structures en santé sexuelle » proposés aux femmes après les entretiens.

Entretien numéro 17 : 36 minutes le 13/07/21

1. Tout d'abord, quel est votre poste et dans quelle structure ?

Je suis médecin coordonnateur d'un dispositif favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de migration, je suis donc employée par une association public spécifique à 10%. Je coordonne également la consultation « migrants » sur ce temps de médecin coordonnateur ; je suis médecin au centre de planification de l'hôpital à 40%, médecin aux consultations prénatales de PMI à 30 % et médecin à la maison des adolescents à 20 %.

2. Accompagnez-vous régulièrement des femmes en situation de migration ? Savez-vous par quel biais ces femmes vont à votre rencontre ?

Les consultations prénatales de PMI sont pour les suivis de grossesses des femmes en situation de précarité, on a quand même 70 % des patientes migrantes. Je fais aussi du lien avec la consultation "migrants" qu'on a mis en place sur l'hôpital et avec le centre de planification parce que les patientes que je vois en PMI, je peux les voir au CPEF dans leur suivi de contraception, suivi gynéco et à l'inverse les patientes que je vois au CPEF, qui est également centre IVG, je peux aussi les voir après en PMI. Il y a donc des passerelles entre chaque poste.

Au CPEF je pense qu'on a été bien identifiés maintenant, parce que nos missions c'est d'accueillir les femmes dans la précarité pour leur suivi, je parle des populations migrantes là, pour leur suivi gynéco et dans l'accès à la contraception mais aussi l'accès à l'IV. On est donc identifiés par les services d'asile, l'AMISEP, la sauvegarde. Il y a aussi les apprentis d'Auteuil qui peuvent nous adresser des mineurs non accompagnés, mais que ce soit des mineurs ou des majeures personnes migrantes, c'est plus les référents sociaux qui nous les adresse. Après, on a aussi les médecins de la consultation migrante, comme moi je coordonne cette consultation, pour l'accès à la gynéco on avait établi ce lien. Ils me sollicitent pour des rendez-vous. Enfin ça peut être également le secrétariat mais en tout cas les médecins de la consultation migrante nous adressent aussi des patientes. Pour la PMI après c'est pareil, c'est les référents sociaux qui prennent rendez-vous, ou c'est aussi des patientes qui ont déjà été suivies en PMI. Ça peut aussi être les secrétaires au niveau du secrétariat de gynéco parce qu'on a une mise à dispo au niveau de la PMI des secrétaires de gynéco. Ils repèrent aussi, font du repérage de patientes dans la précarité et vont orienter au gynéco obstétricien, ou aux sages-femmes du service, qui vont orienter à la PMI, aux consultations prénatales. A la maison des ados c'est pareil, c'est surtout les référents sociaux. Après moi à la maison des ados je ne vois pas les jeunes en première intention, c'est

souvent de l'orientation de mes collègues qui ont déjà fait une évaluation et qui m'orientent, en fonction des besoins, quand il y a une question médicale, quelque chose de particulier.

**3. La santé sexuelle est-elle une thématique que vous abordez ? Pour quelle(s) raison(s) ?
Régulièrement ? Facilement ?**

Au centre de planification on est au cœur de la santé sexuelle je dirais, après en PMI oui, on est sur un suivi de grossesse mais on parle sexualité. On parle sexualité aussi sur les visites post natales, quand elles ont accouché, forcément elles viennent pour leur visite postnatale et là on va aborder la contraception, la reprise des rapports s'il y en a eu, donc oui on va aborder la santé sexuelle.

Pour la PMI, c'est vraiment les consultations prénatales, donc les suivis de grossesse. Après, pour le centre de planification ça peut être des demandes sur symptômes par exemple, si au niveau gynéco il y a un problème particulier sur symptômes aigus, sinon ça peut être pour une demande de contraception, de suivi, mais ça peut être aussi pour une demande de certificat pour par exemple les mutilations sexuelles. On a des demandes régulièrement de certificats pour la demande d'asile pour l'OFPPRA. Nous on le fait pour les personnes majeures, pour les personnes mineures on ne le fait pas, parce que c'est les médecins légistes qui le font. On n'a pas encore de consultation de médecine légale ici à l'hôpital, il faut aller dans autre hôpital.

4. Accompagnez-vous régulièrement des situations de violence sexuelle chez les femmes en situation de migration ? Quel type de violence ?

Oh bah oui, c'est mon quotidien je dirais ! Au centre de planification on a beaucoup de patientes migrantes, de plus en plus je dirais, parce qu'on a été bien identifié et que forcément quand on interroge, parce qu'on pose toujours la question des violences, forcément que ce soit au pays ou sur le parcours migratoire, il y a toujours, et même ici mais plus rarement, des faits de violence. C'est rare quand il n'y en a pas. D'ailleurs, ce n'est pas simple, on n'a pas de supervision nous et c'est vrai que quand on a des récits d'agression sexuelle, de viols, ce n'est pas simple en fait après.

Question additionnelle : Et vous aimeriez avoir de la supervision ou quelque chose comme ça ?

Oui, je suis en demande parce qu'en décembre j'ai eu beaucoup de patientes qui sont présentées avec vraiment des situations très complexes, qui m'ont fait part d'agressions, de l'horreur, et c'est vrai que moi j'ai cette demande-là. Après j'ai demandé à l'ARS pour la consultation « migrants » qui m'avait donné son aval, maintenant les médecins de la consultation « migrants » ne s'en sont pas forcément

saisis. Là j'ai demandé au niveau de la direction qu'on puisse sur des budgets PASS avoir un temps de supervision pour l'équipe du centre de planification parce que moi j'ai été en difficulté mais j'ai également des collègues qui l'ont été, on a des récits traumatisants, c'est traumatisant on va dire. C'est après, de revenir chez soi. Dans l'accompagnement on est là, on sait après orienter, ce n'est pas la prise en charge de la patiente qui pose souci, c'est après qu'est-ce qu'on fait de ce qui a été dit en consultation? Parce qu'après on rentre chez nous, mais quand on a entendu des horreurs, ce n'est pas toujours simple.

5. Comment vous sentez-vous face à une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment repérez-vous et accompagnez-vous les femmes en situation de migration confrontées à de la violence relationnelle ou sexuelle ?

On a quand même cette vigilance-là et cette habitude là quand il y a un danger imminent... Moi ça m'est déjà arrivé de signaler au procureur une personne vulnérable, après il y a une réquisition qui est faite. On connaît aussi les parcours pour les femmes, pas toujours satisfaisants, parce qu'après s'il faut repasser au commissariat, avant d'aller aux urgences gynéco... Sur des dangers imminents je pense que, après on peut toujours améliorer notre prise en charge, mais je sais vers qui m'adresser. Pour des souffrances passées ou potentielles, c'est pareil, on a notre réseau, le CMP. Si elles ne veulent pas aller au CMP, parce que des fois c'est compliqué, on a aussi une psychologue au sein du centre de planification. Quelques fois on en parle, elles s'en saisissent, ou pas, mais en tout cas on a des professionnels vers qui orienter.

Pour les repérer on pose des questions. Moi ça fait plus de 10 ans que je travaille au centre de planification donc il y a une certaine expertise sur comment elles répondent. Effectivement on ne va pas droit au but, « est-ce qu'il y a eu des violences ou pas ? » Bien évidemment on utilise "est-ce que ça se passe bien à la maison ?", " est-ce qu'il y a déjà eu à un moment donné de votre vie des formes de violences ? ça peut être des violences morales, ça peut être des violences physiques..." On va parler un peu, on va les mettre à l'aise. Ce n'est pas ça non plus que je vais aborder de prime à bord, c'est vraiment au cours de la consultation, à un moment donné je vais saisir le moment où l'aborder. On a aussi une échelle que l'on montre, quelque fois il y a des patientes où l'on voit que ça va poser question. Après pour celles qui sont pas francophones on ne va pas forcément l'utiliser, mais on a une échelle de violence avec des petites phrases, où elles vont pouvoir repérer à quel niveau de violence elles peuvent être. Donc ça je peux l'utiliser mais des fois c'est simplement en posant des questions et quelquefois on peut être aussi différents professionnels à avoir posé des questions et puis on va en échanger, ce

n'est pas forcément à la consultation où on en aura parlé mais à la fois d'après par exemple. On a cette vigilance de toute façon, on sait très bien que le plus précaire est plus à risque de violences, que les patientes migrantes ont plus de risque d'avoir subi des violences au pays ou sur leur parcours migratoire, donc on a cette vigilance.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour repérer quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées quand elles sont sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

Ajoute : « La question des violences est abordée au centre de planification de manière systématique par les différents professionnels (médecins , sage-femmes , conseillères conjugales et familiales) »

6. Comment vous sentez-vous pour parler avec une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelles actuelles, potentielles ou passées ? Comment abordez-vous la question des violences sexuelles avec les femmes en situation de migration ?

Je me sens assez à l'aise, je suis là pour les aider. Après, c'est toujours difficile mais je pense qu'un professionnel qui n'est pas à l'aise, ne va pas en parler, ne va pas le repérer. A partir du moment où on sait pour les violences, on est là pour les accompagner, pour les aider et je ne me sens pas en difficulté. C'est plus après, qu'est-ce qu'on fait de tout ce qui a été dit pour nous ? C'est plus ça ma difficulté.

Questionnaire : Se sent parfois en capacité pour aborder la question quand une personne est en danger et/ou en souffrance face à des violences actuelles, potentielles ou passées quand elles sont sexuelles dans un cadre professionnel et familial hors couple.

7. Comment vous sentez vous pour conseiller et orienter une personne en situation de danger et / ou de souffrance en matière de violences relationnelles ou sexuelle actuelles, potentielles ou passées ? Déjà répondu

Questionnaire : Ajoute concernant l'orientation, pour obtenir des informations générales pour les personnes victimes de violence : « Manque de temps ; Consultations chronophages »

8. En termes de contraception, accompagnez-vous ce public ? Si oui, de quelle manière ? Est-ce d'avantage vous ou les femmes qui abordez le sujet ? Si non pourquoi ?

En visite post-natale et pendant une grossesse, c'est moi qui vais l'aborder. A un moment donné c'est bien aussi de pouvoir en parler parce qu'on sait que 10 % des IVG se font dans l'année du post-partum, donc c'est bien aussi de mettre en place des choses pour éviter une grossesse non désirée. Après quand

elles viennent au centre de planification, il y a un biais de recrutement, elles savent que c'est pour un suivi gynéco ou une demande de contraception parce qu'on est vraiment un lieu dédié. Au niveau de la maison des adolescents quand mes collègues vont questionner sur la sexualité, elles vont demander est-ce qu'il y a une contraception de mise en place. Elles vont m'orienter s'il y a une demande de la jeune pour la contraception. C'est quelque chose que je vais aborder, est-ce qu'il y a une sexualité ? Est-ce que vous souhaitez mettre en place une contraception ? Parce que c'est quelque chose que l'on n'impose pas mais qu'on propose.

9. Accompagnez-vous les femmes dans le cadre d'un suivi de grossesse ? Si oui, de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

En PMI c'est au cœur de notre pratique, de nos missions. Au niveau du centre de planification, si jamais on a une jeune, ou une moins jeune, qui vient parce qu'elle a un retard de règles et qu'elle souhaite un test urinaire de grossesse, on va faire une écho. Par exemple cet après-midi, j'ai un couple de patients migrants afghans, ils sont venus au CPEF parce qu'il y avait un retard de règles. Ils n'étaient pas venus à la visite post-natale, donc j'ai fait une écho en lien avec le retard de règles et on a fait un test urinaire. Effectivement il y avait une grossesse évolutive, qu'ils ne souhaitaient pas. On a eu une discussion sur une IVG, mais du fait de leur culture, ils ne l'ont pas souhaité. Là je vais les suivre, du centre de planification je leur ai proposé un suivi en PMI. C'est des choses qu'on peut faire si la patiente à une grossesse évolutive et ne veut pas faire d'IVG, on peut lui proposer un suivi PMI, tout dépend du contexte.

10. En termes d'IVG, accompagnez-vous les femmes en situation de migration ? Si oui de quelle manière ? Cette thématique est-elle régulièrement abordée ? Si non pourquoi ?

Oui le centre de planification est centre IVG. En PMI non, parce que ce sont des suivis de grossesses. Les secrétaires font le tri. Les patientes quand elle s'appelle en PMI, c'est uniquement pour leur suivi de grossesse. Après ça peut arriver à l'inverse en centre de planification qu'elles appellent pour avoir une échographie de datation, pas toujours pour avoir une IVG, mais parce qu'elles sont quelquefois dans l'indécision. Ensuite on va orienter, ou vers une IVG ou vers la PMI. Quand elles arrivent en PMI c'est que là on va commencer un suivi de grossesse, la décision est déjà prise.

11. En termes d'IST, d'hépatites ou de VIH, accompagnez-vous vers un dépistage et si oui de quelle manière ? Comment accompagnez-vous après celui-ci si le résultat est positif ? Ces thématiques sont-elles régulièrement abordées ? Si non pourquoi ?

Oui parce qu'on a des missions de centre de dépistage anonyme et gratuit, on a une convention avec le Cegidd. Au niveau VIH, je n'ai pas eu à faire d'annonce du tout. C'est plus en termes d'hépatite B où quand c'est le cas, on fait le lien avec le service de gastro-entérologie. Je travaille très bien avec le gastro-entérologue du service. Pour les syphilis on peut traiter, ou alors on va traiter les patientes en collaboration avec le service de maladies infectieuses. Ça nous est déjà arrivé d'avoir des syphilis primaires à traiter. Pour les hépatites B et C on peut dépister, on peut après faire des bilans d'analyse charge virale, bilan hépatique et autre et puis ensuite orienter pour la prise en charge. Pour le VIH on dépiste. Il y a dû avoir je pense une séropositivité, en tout cas ce n'était pas moi, mais on est en étroite collaboration avec le service de maladies infectieuses. On n'est pas dans les mêmes locaux mais à terme on aimerait bien que ça soit le cas, dans la structure de médecine préventive. Actuellement on est dans des structures séparées mais on a fait une journée avec le Cegidd, on a fait un échange sur nos structures spécifiques, on a rencontré nos équipes. Je suis également allée au COPIL Cegidd la semaine dernière, je suis en lien avec la responsable du Cegidd et l'infectiologue. Le centre de planification et la PMI sont sur l'hôpital, donc c'est facilitant pour faire le lien avec les autres services.

Sur le dépistage oui, on fait des dépistages régulièrement. Pour les séropositivités, on n'en a pas tant que ça au niveau du centre, je n'ai pas de bilan d'activité en tête mais c'est plutôt les hépatites B. Il y a aussi des syphilis mais c'est plus rare. On fait aussi des dépistages gono et des choses comme ça, où on va avoir de la positivité, mais on n'est pas sur les mêmes pathologies.

12. Accompagnez-vous vers un dépistage d'un cancer du sein, utérus ? De quelle manière ?

Si non pourquoi ?

Oui on fait des frottis et la palpation des seins, on fait les suivis gynéco. On le fait régulièrement, ça fait partie de nos missions.

13. Accompagnez-vous les femmes en situation de migration dans le cadre de leur vie relationnelle ? Si oui de quelle manière ? Si non pourquoi ?

Moi, s'il y a une demande, j'oriente vers mes collègues conseillères conjugale et familiale au niveau du centre de planification. Il y en a trois je vais orienter vers elles.

14. Abordez-vous les questions de plaisir dans le cadre de leur vie relationnelle et sexuelle ?

C'est plus si elles signalent qu'il y a un souci de libido, des dyspareunies, c'est douleurs au moment du rapport, si elles notent des soucis de vaginisme ou autre, là on peut orienter. On avait jusqu'à présent une collègue sexologue qui est partie à la retraite mais normalement on devrait avoir une consultation sexo qui devrait se mettre en place à partir d'octobre au niveau du Cegidd. Oui, moi ça m'arrive forcément de parler de plaisir, puisqu'elles nous en parlent. Quelquefois ça peut être un motif même de consultation mais moi je ne suis pas sexologue, je vais orienter vers mes collègues.

15. Abordez-vous les questions de toilette intime avec les femmes ? Si oui, de quelle manière ?

Si non pourquoi ?

Oui, souvent dans les mycoses à répétition. Il y a des femmes dans leur culture qui font des toilettes vaginales, on leur explique qu'il ne faut pas le faire. On questionne toujours la toilette intime.

16. Aborderez-vous la question de l'excision ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Oui, ce n'est jamais très facile qu'elles en parlent parce que souvent c'est compliqué pour elles, mais il y en a qui vont demander un certificat donc forcément elles vont en parler. Sinon quelque fois c'est quand on examine qu'on voit qu'effectivement il y a ça. Quelque fois elles ne savent pas ce qui s'est vraiment passé, elles ne connaissent pas leur anatomie, elles ne se regardent pas. Beaucoup de femmes dans leur culture, de se regarder, de regarder leur sexe c'est compliqué et elles ne le font pas, c'est interdit. Du coup, elles ne connaissent pas leur anatomie, elles ne savent pas exactement ce qui se passe. Si les rapports sont compliqués, elles imaginent qu'il y a quelque chose mais elles ne savent pas quoi. J'ai en tête une femme, il y avait une infibulation et elle ne le savait pas donc à la fois il faut aussi avoir les mots et c'est violent pour elles quand elles ne le savent pas, de le découvrir.

17. Abordez-vous la question de la prostitution ? Facilement ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ?

Quand on fait du dépistage, qu'on propose des sérologies par rapports aux infections sexuellement transmissibles, on va demander s'il y a eu des prises de risque, on peut questionner aussi s'il y a eu beaucoup de partenaires. On va amener ces questions-là et on va voir après les réactions. Quelque fois oui, on peut aussi avoir des doutes et on va questionner s'il y a eu des prises de risque, des multiples partenaires. Après c'est pareil, on va en échanger. Souvent c'est des patientes qui reviennent de toute façon et ce n'est pas sur une seule consultation qu'on peut le dire mais c'est plus après avec des ressentis.

18. Concernant ces différentes thématiques (violence relationnelles ou sexuelles, contraception, grossesse, IVG, IST, hépatites, VIH, vie relationnelle, toilette intime, dépistage, prostitution) aimeriez-vous accompagner différemment ce public ou être soutenu différemment dans l'exercice de votre activité ? Si oui, de quoi auriez-vous besoin ?

Peut-être qu'il y ait une consultation de médecine légale mais ça s'est dans les tuyaux. Après on a vu pour éviter de les faire passer au commissariat quand il y a un viol, que nous puissions demander une réquisition et qu'elles ne transitent pas. J'aimerais améliorer leur parcours pour éviter qu'elles puissent à différents niveaux redire leur histoire, se refaire violence, subir la violence à redire les choses. On essaye d'être vigilant par rapport à ça et de pouvoir au mieux leur faciliter les démarches. Je trouve ça particulièrement maltraitant de devoir leur dire d'aller là, là. Après on ne sait pas vraiment sur qui elles vont tomber donc on essaye d'avoir une vigilance par rapport à ça. Surtout la supervision je dirais, c'est ça qui aiderait vraiment.

Question additionnelle : Est-ce que vous avez un format en tête ? Je pense que tout le monde ne va pas s'en saisir, ça doit être proposé et pas imposé pour ceux du centre de planification qui le souhaite. Plutôt sur le format de séances collectives. Déjà dans un premier temps de le faire une fois par mois et après de pouvoir espacer, de voir comment ça peut se passer, je n'ai pas trop d'idée sur la fréquence après.

Questionnaire : Ajoute : « Consultations difficiles, nécessité de supervision ... »

19. Lors de vos rencontres avec les femmes, il y a-t-il un interprète professionnel ? Sa présence manque-t-elle ou gêne-t-elle ? En quoi ?

Oui, souvent en fait c'est par la plateforme ISM mais bon j'ai pas mal insisté, en tant que médecin coordinateur, pour que la convention se passe entre le RLG, son le pôle interprétariat et l'hôpital. Là elle est passée, par contre on n'a pas de procédure claire pour faire appel à de l'interprétariat par le RLG. Il faut qu'on puisse mettre ça vraiment pour que ça fonctionne. Moi je fonctionne sur RDV sur la PMI et sur le CPEF donc il n'y a pas de raison qu'on continue à solliciter ISM qui est plus finalement des sollicitations sans RDV. Vu le coût, je pense qu'il faut vraiment qu'on voit au niveau des procédures de sollicitation d'interprétariat via le RLG.

Question additionnelle : Parce que le coût n'est pas le même entre ISM interprétariat et le RLG ?

Oui le RLG c'est 35 euros l'heure et la plateforme ISM c'est 35 euros le quart d'heure. Pas le temps de répondre à la suite.

20. Selon vous les attentes et besoins en SS sont différents selon le temps depuis lequel les femmes sont en France ? En quoi ? Pas le temps de répondre

Questionnaire : Ajoute « Au pays : mutilations sexuelles, Viols , mariages forcés. Sur le parcours migratoire : viols , prostitution

21. Selon vous le pays d'origine des femmes influe-t-il les attentes et besoins en SS ? En quoi?
Pas le temps de répondre

22. Avez-vous une formation ou une approche particulière pour ce type de public tel qu'une approche transculturelle ? Pas le temps de répondre

Questionnaire : Formations déjà effectuées sur le thème des violences sexuelles / violences conjugales / la santé sexuelle : oui plusieurs

23. Existe-il selon vous des freins à une prise en charge de la SS de ces femmes ? Si oui lesquels ?

Certainement, quand on commence à aborder des questions de violences c'est quand même chronophage, après je pense qu'il y a des professionnels qui ne pose pas ces questions-là pour que ça ne prenne pas trop de temps, j'imagine au niveau de certaines collègues et donc plus des freins de ce type-là. Il y a peut-être aussi des attitudes défensives, je ne parle pas du tout pour moi, peut être certains pour se protéger et d'éviter de s'encombrer de tout ça, ne posent pas la question.

24. Existe-il selon vous des éléments facilitateurs à une prise en charge de la SS de ces femmes, des outils du côté des professionnels et des facteurs particuliers du côté des femmes ? Si oui lesquels ?

Oui, les outils comme l'échelle de violence, l'interprétariat, c'est aidant quand on a des patientes qui ne sont pas francophones de pouvoir avoir un interprète. Je trouve dans ces cas-là même, c'est vrai qu'il y en a beaucoup qui aiment le présentiel, mais finalement avoir cette distance, avoir cet interprète qui n'est pas présent, qu'on ne connaît pas, je pense que ça peut aider à ce que les femmes puissent dire les choses. Autre chose, il y a des femmes qui me demandent d'avoir des interprètes femmes. Dans ces cas-là, je demande si c'est possible, je trouve que c'est important.

Notre entretien touche à sa fin, il y a-t-il d'autres choses, besoins pour vous ou perçus chez les femmes que vous voudriez aborder ? Non, ça me paraît pas mal.

1	Respecte tes décisions, tes envies et tes goûts	PROFITE Ta relation est saine quand IL...	PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand IL...
2	Accepte tes amies, amis et ta famille		
3	Aceuilne en toi		
4	Est content quand tu te sens épanouie	VIGILANCE, DIS STOP ! Il y a de la violence quand IL...	PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand IL...
5	S'assume de bien accorder pour que vous faites ensemble		
6	Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose		
7	Rabaïsse tes opinions et tes projets		
8	Se moque de toi en public		
9	Est jaloux et possède en permanence		
10	Te menaçue	PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand IL...	
11	Controle tes sorties, habits, maquillage		
12	Fuite tes textos, mails, apps		
13	Insulte pour que tu lui envoies des photos intimes		
14	Traite de ta famille et de tes proches		
15	T'oblige à regarder des films pornos		
16	T'humilie et te traite de faible quand tu lui fais des reproches		
17	"Père les gars!" lorsque quelque chose lui déplaît		
18	Ménace de se suicider à cause de toi		
19	Ménace de détruire des objets, animaux de toi		
20	Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe		
21	Te touche (tes parties intimes) sans ton consentement		
22	T'oblige à avoir des relations sexuelles		
23	Te menaçue avec une arme		
24			

Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes

Le violentomètre

Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux revenir sur ce choix quand tu le souhaites et selon tes raisons qui te sont propres. Tu n'as pas à te justifier ou subir des pressions.

BESOIN D'AIDE ?
 VOUS NE SAURIEZ PAS ?
APPELEZ LE 3919
 *appel anonyme et gratuit

Le Tchat de En avant toutes les !

seine saint-denis LE DÉPARTEMENT

PARIS

île de France

Centre de soutien aux victimes de la violence sexuelle

EN AVANT TOUTES LES !

Annexe 18 : Avantage et inconvénients des différents types d'interprètes (118)

TYPE D'INTERPRÈTES	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Professionnel, en face à face	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension étendue > Instauration d'un vrai dialogue 	<ul style="list-style-type: none"> > Interférence potentielle dans la discussion > Réaction verbale ou non-verbale au contenu, en particulier si le professionnel est choqué
Professionnel par vidéoconférence	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension étendue > Forme de distance via l'écran intéressante pour garder le lien avec le travailleur social > Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> > Planification des entretiens
Professionnel, au téléphone	<ul style="list-style-type: none"> > Anonymat > Économie d'échelle (pas de déplacement de l'interprète) 	<ul style="list-style-type: none"> > Lent > Coût des entretiens téléphoniques > Risque de mécompréhensions
Médiateur culturel	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension de la langue et de la culture 	<ul style="list-style-type: none"> > Malaise de certains migrants de s'exprimer devant quelqu'un de leur communauté à cause des tabous, de la confidentialité
Pair	<ul style="list-style-type: none"> > Compréhension des enjeux liés à l'usage de drogues dans le contexte, dans la communauté de l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> > Formation nécessaire > Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale
Famille/amis	<ul style="list-style-type: none"> > Confiance > Utilité en l'absence d'interprète 	<ul style="list-style-type: none"> > Manque de neutralité > Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale > Si personnes clandestines ou victimes de traite, incertitude sur la nature de la relation et sur la bienveillance de cette personne (à éviter)
Partenaire	<ul style="list-style-type: none"> > Confiance > Utilité en l'absence d'interprète > Accès simultané aux deux membres du couple (voir 3.1) 	<ul style="list-style-type: none"> > Manque de neutralité > Pas de garantie de confidentialité, notamment médicale > Si personnes clandestines ou victimes de traite, incertitude sur la nature de la relation et sur la bienveillance de cette personne (à éviter)

METTRE EN CONFIANCE

Un public qui a peu d'expérience avec le système de santé d'un pays ignore les droits auxquels il peut prétendre, le mode de fonctionnement de ce système et la confiance qu'il peut lui accorder. Or il peut ressentir des craintes importantes sur les coûts, sur les risques judiciaires et sur les impacts de la fréquentation de certains services sur son statut de migrant ou sur sa demande de séjour. En outre, malgré l'existence des droits à la santé, l'accès aux soins comporte des difficultés effectives, en particulier pour les personnes en séjour irrégulier ou pour les demandeurs d'asile ne résidant pas en centre. L'information, la mise en confiance et l'accompagnement

Le Roy Manon

Mémoire Master 2 : Prévention Et Promotion de la Santé

Etat des lieux de la santé sexuelle des femmes en situation de migration en Bretagne

56 pages – 18 tableaux

Résumé :

Introduction : L'état de santé déclaré des personnes en situation de migration résident en France est moins bon que celui de la population autochtone, et ce particulièrement les femmes par rapport aux hommes. Il apparaît par ailleurs qu'« *il existe peu de données épidémiologiques sur la santé des populations migrantes* » (2) et que les femmes subissent davantage de problèmes en santé sexuelle. L'étude se situe au cœur du Plan Régional de Santé Sexuelle Bretagne et a pour objectif de proposer de potentielles pistes d'amélioration de prise en charge en santé sexuelle des femmes en situation de migration arrivées à l'âge adulte en France.

Méthodes : Une enquête qualitative a été menée à travers des entretiens semi-directifs auprès de femmes en situation de migration et de professionnels pouvant aborder les questions de santé sexuelle.

Résultats : Au total 3 femmes et 17 professionnels ont été rencontrés. Différentes thématiques ont été abordées : la santé reproductive, les dépistages, la vie affective et sexuelle, les violences sexuelles et les démarches de soin. Les besoins et envies des femmes coïncident avec ceux de la littérature ainsi que ceux repérés par les professionnels.

Conclusion : Ces résultats confortent l'intérêt de poursuivre la réflexion sur la santé sexuelle des femmes en situation de migration mais également d'élargir cette dernière à l'ensemble du public accompagné. Associer les usagers à cette réflexion permettrait de consolider l'empowerment et la démocratie sanitaire.

Mots clés : migrant, santé sexuelle, femme

Summary :

Introduction : The declared health status of migrant people living in France is less good than that of the native population, particularly when it comes to women compared to men. It also appears that « *there is little epidemiological data on the health of migrant populations* » (2) and that women experience more sexual health problems. The study is at the heart of the Brittany Regional Sexual Health Plan and aims to suggest potential avenues for improving sexual health care for migrant women who have reached adulthood before arriving in France.

Methods : A qualitative survey was carried out by means of semi-structured interviews with migrant women and professionals in a position to address sexual health issues.

Results : A total of 3 women and 17 professionals were interviewed. Various topics were discussed : reproductive health, screening, emotional and sexual life, sexual abuse and care procedures. The women's needs and desires coincide with those in the literature and those identified by the professionals.

Conclusion : These results confirm the interest in continuing to reflect on the sexual health of migrant women, but also in extending this reflection to all supported people. Involving users in this reflection would help to consolidate empowerment and health democracy.

Keywords : migrant, sexual health, woman

Directeur de stage : Le Fevre Anne - **Directeur de mémoire :** Legros Patrick

Date de la soutenance : 15-16 septembre 2021