

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
A) CONTEXTE DE L'ETUDE	10
I) État des lieux	10
1) Le phénomène migratoire	10
a- Histoire de la migration en France	10
1- Première moitié du XIX ^e siècle	10
2- Deuxième moitié du XIX ^e et début du XX ^e siècle	10
3- La première guerre mondiale	11
4- L'entre-deux-guerres	11
5- La seconde guerre mondiale et la sortie de la guerre	12
6- De 1970 à nos jours : une politique de contrôle des flux	13
b- L'immigration aujourd'hui en France	14
1- Les statistiques nationales	14
2- En comparaison aux autres pays européens	15
3- Situation dans les Bouches-du-Rhône et situation marseillaise	15
2) La santé des femmes en France	16
a- Espérance de vie	16
b- Maladies cérébro-cardio-vasculaires	17
c- Cancérologie	18

d- Gynécologie-Obstétrique	19
1- Contraception	19
2- Interruption volontaire de grossesse	20
3- Cancer du col	21
4- Grossesse	22
5- Violences	24
Mutilations sexuelles féminines	24
Viols, tentatives de viol et agressions sexuelles	26
Mariages forcés	26
Violences conjugales	27
e- Maladies infectieuses	27
f- Santé globale	28
 3) Le cadre législatif du séjour	 29
a- Généralités	29
b- Les visas	30
c- Les catégories d'immigration	31
1- L'immigration économique	31
2- L'immigration familiale	31
3- Les étrangers malades et leurs accompagnants	32
4- Le titre de l'asile	32
5- Les autres motifs	33
 II) Les couvertures médicales	 34
1) Quelques rappels sur l'histoire de la Sécurité sociale	34
a- De 1830 au début du XX ^e siècle	34
b- Première moitié du XX ^e siècle	34
c- Ce que la seconde guerre mondiale a changé	34
d- Les apports du XXI ^e siècle	35

2) Les assurances maladies	36
a- Les personnes en situation régulière	36
1- PUMa	36
2- CMU-C	37
b- Les personnes en situation irrégulière	37
1- DSUV	37
2- AME	38
III) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé	39
1) Le dispositif PASS	39
2) La PASS médico-sociale Rimbaud	39
3) La PASS mobile Colette	41
IV) Le médecin généraliste et le patient migrant	42
1) Les missions du médecin généraliste	42
2) Les spécificités de la prise en charge des personnes migrantes	44
B) MATERIEL ET METHODE	45
I) Choix de l'étude qualitative	45
1) Description de la méthode	45
a- L'analyse par théorisation ancrée	45
1- La méthode de Glaser et Strauss	45
2- L'adaptation par P. Paillé	45
3- Application au domaine de la recherche médicale	46

b- L'entretien semi-dirigé	46
1- L'entretien	46
2- La semi-directivité	47
2) Intérêts de son utilisation auprès des femmes migrantes primo arrivantes	47
a- Réinvestir une subjectivité versus objet d'étude	47
b- Approche anthropologique et politique	48
c- Préserver l'autodétermination	48
II) Construction de l'échantillon	49
1) Critères d'inclusion	49
2) Taille de l'échantillon et saturation des données	49
III) La réalisation des entretiens	50
1) Le guide d'entretien	50
2) Le cadre de l'entretien	50
C) RESULTATS	51
I) Description de la population étudiée	51
II) Analyse thématique	53
1) Précarité et migration	53
a- Définition	53
b- Situation de vie dans le pays d'origine	53

c- Parcours migratoire et clandestinité	54
d- L'arrivée en France	54
1- Difficultés de logement	55
2- Pauvreté économique	55
3- Situation administrative instable	56
 2) Le combat administratif	57
a- La méconnaissance des administrations	57
b- La barrière linguistique	57
c- La violence institutionnelle	58
 3) La vie de famille	58
a- Moteur de la migration	59
b- Responsabilité parentale : source d'inquiétudes et de souffrances	59
c- Migration et famille écartelée	60
 4) Santé et migration	61
a- Système de soin dans le pays d'origine	61
1- Sécurité sociale	61
2- Accessibilité aux traitements	61
3- La place du médecin généraliste	62
b- Problématiques de santé rencontrées dans leur pays d'origine	62
1- Mutilations sexuelles féminines	62
2- Menaces et agressions physiques	63
3- Violences conjugales et mariages forcés	64
4- Pathologies courantes	65
c- Problématiques de santé rencontrées au cours du trajet migratoire	65
1- Prise de risque et mise en danger	65
2- Malnutrition	66

3- Victimes de la traite des êtres humains	67
4- Agressions physiques	67
d- Problématiques de santé présentées depuis leur arrivée en France	67
1- État de stress post-traumatique	67
2- Victimes de la traite des êtres humains	68
3- Malnutrition	68
4- Pathologies courantes	69
e- Ressenti et attente	69
f- Contact avec la PASS	69
 D) DISCUSSION	 71
I) Discussion de la méthode	71
1) Les principaux biais	71
a- Biais méthodologiques	71
b- Biais affectifs	71
c- Biais de désirabilité sociale et de confirmation d'hypothèse	71
d- Biais d'analyse	72
e- Biais d'interprétariat téléphonique	72
2) Apports originaux de cette étude	72
a- Choix de la méthodologie	72
b- Choix de la population étudiée	73
II) Synthèse des principaux résultats	74
1) La survie	74
2) La santé des femmes au prisme de la migration	74

3) Les conditions de vie en France	75
4) L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire	76
III) Perspectives	78
1) Former les médecins généralistes	78
2) Intérêt de dispositifs de soin orientés vers les femmes migrantes	78
3) Améliorer l'offre de soin sur le territoire et valoriser la médecine générale	79
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXE 1 : Entretien numéro 5	89
ANNEXE 2 : Entretien numéro 9	97

INTRODUCTION

Les dernières années ont vu se densifier les phénomènes migratoires. Les multiples crises politiques et environnementales poussent des hommes et des femmes à fuir leur territoire d'origine. Le profil des personnes migrantes évolue. Cependant, l'image de l'homme seul migrant pour des raisons politiques imprègne les esprits et fait de la migration féminine un phénomène marginalisé. D'après l'INSEE, les femmes représentent pourtant 50 % de la population étrangère vivant en France. Elles représentent également un tiers des demandes d'asile. Les femmes issues de la migration connaissent des conditions de vie contrastées. Leurs origines et le fait d'être de sexe féminin les exposent souvent à la précarité.

Le Haut Conseil à l'Égalité a souligné à nouveau au mois de mai 2017, que la santé et l'accès aux soins constituent une urgence pour les femmes en situation de précarité. Des inégalités majeures persistent en France concernant la santé entre hommes et femmes. Les inégalités de santé se creusent conjointement aux inégalités socio-économiques. Par ailleurs, les femmes migrantes présentent des problématiques de santé qui leur sont propres. Permettre un accès aux soins et à la prévention aux femmes les plus précaires représentent un réel enjeu de santé publique.

Une prise en charge en soins primaires est essentielle, car elle permet une prise en charge globale de ces patientes migrantes. Les obstacles rencontrés par le médecin généraliste de ville sont nombreux : manque de temps, barrière de la langue, absence de couverture sociale des patientes et méconnaissances de leurs besoins. La circulaire *DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736* du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé a permis la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Ces dispositifs visent à réintégrer les personnes exclues du parcours de soins standard, à l'aide d'un accompagnement médico-social. Un de leurs objectifs est la réduction des inégalités de santé.

Cette étude s'attache à mieux comprendre les besoins en santé des femmes

migrantes. Pour ce faire une étude qualitative a été réalisée auprès de femmes migrantes primo-arrivantes sur le territoire de Marseille consultant à la PASS médico-sociale Rimbaud ou en cabinet de médecine générale de ville. L'envie de les entendre s'exprimer sur leurs parcours de vie et sur ce que la migration a joué sur leur état de santé a motivé la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Le matériel qu'elles nous offrent nous donne à réfléchir sur nos pratiques.

A) CONTEXTE DE L'ETUDE

I) État des lieux

1) Le phénomène migratoire

a- Histoire de la migration en France

1- Première moitié du XIX^e siècle

La France représente le plus ancien pays d'immigration en Europe. Le début de l'immigration économique date de la première moitié du XIX^e siècle. En effet dès cette époque, les besoins de l'agriculture, de la mine et de l'industrie naissante attirent vers la France de nombreux migrants, le plus souvent venus de pays limitrophes. L'Europe traverse également une époque de bouleversements révolutionnaires opposant les démocrates libéraux aux différentes monarchies, la France apparaît alors comme une terre de liberté et accueille les bannis de toute l'Europe : Polonais, Juifs et autres réfugiés politiques...(1)

2- Deuxième moitié du XIX^e siècle et début du XX^e siècle

A partir de 1900, les Italiens forment la communauté immigrée la plus importante. Ces populations sont appelées à combler les besoins en main-d'œuvre(2), elles occupent donc les postes les plus difficiles et les moins bien rémunérés. Devant ces conditions de travail misérables, les ouvriers italiens participent à la naissance du mouvement ouvrier, à Marseille en particulier. Les principaux employeurs se retrouvent alors dans l'obligation d'organiser le recrutement, l'immigration frontalière ne suffisant plus à répondre aux besoins grandissants de l'industrie.

Durant la fin du XIX^e siècle règne un sentiment d'hostilité à l'égard des

étrangers, les violences physiques et verbales à leur encontre sont monnaie courante(3). Le sentiment nationaliste devient plus présent et les premières ligues d'extrême-droite voient le jour. Les ouvriers étrangers sont perçus comme des ennemis de la patrie, des sauvages vecteurs de maladie. Afin de faire face à cette situation, l'État légifère à l'encontre des étrangers. A partir de 1888 il leur faudra s'enregistrer en mairie et obtenir la « carte des 46 sous » afin de pouvoir travailler, cette carte peut être considérée comme l'ancêtre du permis de travail. En 1889, est rédigée la première loi concernant la « nationalité française ».

La Belle Époque et le retour du plein emploi facilitent à nouveau l'insertion des immigrés dans la société française, de nombreux commerces tenus par des immigrés voient le jour.

3- La première guerre mondiale

La guerre 14-18 marque un tournant. De nombreux étrangers vivant sur le sol français s'engagent dans la légion étrangère, les Italiens forment un bataillon de 3000 hommes, les garibaldiens. Puis, la France fait appel à ses armées coloniales : elle fait venir 175 000 algériens, 160 000 tirailleurs sénégalais, mais aussi des troupes d'Indochine, du Maroc, de Tunisie et de Madagascar. Dans les colonies, les recrutements, d'abord volontaires, se font vite sous la contrainte. A partir de la fin 1914, on recrute des milliers d'ouvrières étrangères. La France fait aussi venir de pays alliés ou neutres une main-d'œuvre conséquente, la carte de travail devient obligatoire, c'est la fin de la liberté de circulation. Au total plusieurs centaines de milliers de personnes étrangères sont recrutées pour la main d'œuvre, venus de pays frontaliers ou des colonies. Ces immigrés sont tenus à l'écart de la population française, logés dans des campements. Les stéréotypes racistes refont surface.

4- L'entre-deux-guerres

Dans l'entre-deux-guerres, les travailleurs et réfugiés arrivent en masse. La France signe plusieurs conventions d'immigration avec différents pays d'Europe surpeuplés ce qui lui permet de sauver l'agriculture et l'industrie, déficitaires en main-

d'œuvre suite aux pertes humaines majeures pendant la guerre. En 1931, le nombre d'étrangers en France atteint trois millions soit près de 7 % de la population. La France devient donc le premier pays d'immigration devant les États-Unis qui ont instauré une politique des quotas.

La crise des années 30 fait des immigrés des indésirables sur le sol français, l'État légifère sur l'accès au travail, pour que le taux de chômage des Français diminue et ceci au dépend des immigrés, certains, souffrants du chômage, décident donc de retourner dans leur pays d'origine. Sous la pression des avocats et des médecins, l'État légifère également afin de limiter l'accès des étrangers aux professions libérales. La fin des années 30 est marquée par la création de camps pour les étrangers indésirables. C'est ainsi qu'au sortir de la guerre d'Espagne, les républicains vaincus voulant se réfugier en France se retrouvent enfermés par centaines. L'idéologie des droits de l'homme est lointaine.

5- La seconde guerre mondiale et la sortie de la guerre

La seconde guerre mondiale amplifie fortement les logiques d'internements et de destructions. Initialement seuls les Juifs étrangers se voient internés dans des camps puis à partir de 1942 et la mise en place de la « solution finale » par les nazis, tous les Juifs français et étrangers sont concernés par l'internement et la déportation au même titre que certains étrangers des armées coloniales.

A la sortie de la guerre il faut reconstruire à nouveau. L'Office National de l'Immigration (ONI), créé par ordonnance le 2 novembre 1945, prend les choses en main et importe de la main-d'œuvre italienne et espagnole en premier lieu. Mais l'ONI se retrouve rapidement dépassé par l'ampleur des flux migratoires, de nombreux immigrés arrivent de façon clandestine et répondent au besoin de main d'œuvre.

Il existe également une immigration coloniale importante, les Algériens circulent librement entre l'Algérie et la métropole à partir de 1947. Au début de la guerre d'Algérie on estime à 200 000 personnes la communauté algérienne en France. Le climat est tendu. De nombreux Algériens sont tués par la police lors de la manifestation du 17 octobre 1961 à Paris et ceci dans la parfaite indifférence du

gouvernement. Après l'indépendance, le principe de libre circulation est maintenu et le flux migratoire ne cesse d'augmenter. Les Harkis sont rapatriés en France, et nombre d'entre eux connaîtront une exclusion sociale durable. L'immigration de Tunisie et du Maroc augmente également dans cette période. Il semble qu'à cette époque la France reste un territoire d'accueil et l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatriides (OFPRA) créé par la loi n°52-893 du 25 juillet 1952 offre l'asile à plus de quatre demandeurs d'asile sur cinq. Les 2/3 des immigrés travaillent dans les mines, les industries et le secteur du bâtiment/travaux public.

La France connaît alors une grave crise du logement, les immigrés s'entassent dans des baraqués, des abris de chantiers ou dans des hôtels surpeuplés. C'est l'essor des bidonvilles en périphérie de Marseille, de Lyon, de Paris. En 1965 on estime à 70 000 le nombre de personnes vivant dans ces abris de fortune, 2/3 d'entre eux sont algériens ou portugais. La résorption des bidonvilles prendra plus de dix ans. Les hommes seuls sont relogés en foyer, les familles en cité ou en HLM. Les relations entre français et immigrés se polarisent, d'un côté un racisme assumé et des violences à l'égard des étrangers, de l'autre la création de plusieurs associations d'entraide(4).

6- De 1970 à nos jours : une politique de contrôle des flux

Après deux décennies de croissance, l'économie française rentre en récession. En 1974, le conseil des ministres vote la suspension de l'immigration. Les étrangers deviennent les boucs émissaires de la société. Les politiques françaises incitent les immigrés à rentrer chez eux, mais elles ne rencontrent guère de succès. Le regroupement familial est autorisé à partir de 1976, les cités HLM s'emplissent. De nouveaux réfugiés fuyant la guerre arrivent à partir de la moitié des années 70, appelés les « boat people », entassés sur des bateaux de fortune, ils viennent du Vietnam, puis du Cambodge, et du Laos. Depuis, le nombre de demandeurs d'asile n'a cessé d'augmenter. Ils étaient 18 500 en 1976, ils sont 47 000 en 2005. Le statut de réfugiés est de plus en plus difficile à obtenir, car l'objectif prioritaire des pouvoirs publics reste de limiter l'immigration. Beaucoup de demandeurs d'asile deviennent ainsi des « sans papiers ».

A partir des années 1980, le gouvernement prend conscience que les immigrés vont rester, l'État légifère à nouveau et lance une grande campagne de régularisation. 150 000 personnes obtiennent la nationalité française. Les années 80 sont aussi marquées par la naissance des mouvements anti-racistes mais face à eux le Front National s'impose de façon durable sur la scène politique.

Avec le développement de la communauté européenne et la création de l'espace Schengen, les gouvernements ont mis en place des règles très strictes pour limiter l'asile et l'immigration, entre autres à travers les accords d'Amsterdam de 1997(5).

La France compte aujourd'hui environ 4 million d'étrangers sur le territoire. L'Allemagne a largement dépassé la France en terme de nombre d'immigrés. La France arrive donc en troisième position des pays d'immigration en Europe, après l'Allemagne et l'Espagne.

b- L'immigration aujourd'hui en France

1- Les statistiques nationales

D'après les chiffres publiés par le Ministère de l'Intérieur, la France a, en 2016, délivré 227 923 nouveaux titres de séjour, dont 88 510 titres ont été octroyés pour des raisons familiales. Les raisons familiales sont les suivantes : famille de Français (49 657), membre de famille (23 785), liens personnels et familiaux (16 046). L'immigration familiale représente donc le flux migratoire le plus important.

Le motif économique a concerné 22 792 titres. Les étudiants et les stagiaires représentent 73 324 titres de séjour. 14 546 ont été délivrés pour des motifs divers : visiteur, étranger entré mineur, rente accident de travail, ancien combattant, retraité ou pensionné. Le nombre de titre de séjour attribué pour des raisons humanitaires est porté à 28 751 comprenant les réfugiés et apatrides, les bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire, les étrangers malades, les victimes de la traite des êtres humains et les victimes de violences conjugales(6).

Ces données nous permettent de constater, entre 2014 et 2015, une nette augmentation des titres de séjour délivrés pour des motifs économiques (+8,1 %) et

estudiantins (+7,4 %), une augmentation des titres de séjours délivré pour motifs humanitaires (+3,7 %) (mais il faut tenir compte de la probable nette augmentation des demandes), une diminution des titres de séjours délivrés pour des motifs familiaux (-3,1 %). Les autres motifs restent relativement stables (+0,2 %). Il est à noter qu'à la fin de l'année 2015, le nombre de personnes vivant en France et détenteurs d'un titre de séjour, tous motifs confondus, s'élève à 2 843 238. Ce chiffre correspond à peu de choses près au nombre d'étrangers porteurs d'un titre valide présents sur le territoire français.

Les demandes d'asile, au cours de l'année 2016, sont toujours en augmentation (+6,5 %). Le nombre total de demandes d'asile déposées à l'OFPRA, comprenant les nouvelles demandes et les réexamens pour l'année 2016, s'élève donc à 85 244. Les pays d'origine majoritaires des demandeurs sont le Soudan, l'Afghanistan, l'Albanie, Haïti et la Syrie.

Le taux de personnes ayant pu bénéficier d'une protection augmente entre l'année 2015 et l'année 2016 (+35,1%). Il y a donc eu 26 351 demandeurs d'asile régularisés en 2016 (36 233 d'après l'OFPRA). Le taux d'admission au statut en première instance à l'OFPRA est de 28,3 %, pour un taux d'admission finale à 37,6 %.

2- En comparaison aux autres pays européens

Sur le plan européen, les pays les plus pourvoyeurs de titres de séjour pour l'année 2017 sont : le Royaume-Uni avec une large avance (633 017), la Pologne vient en deuxième position (541 583) suivi par la France (226 630) et par l'Allemagne (194 813). Les statistiques en terme de demandes d'asile sont très variables en fonction des pays, ainsi on remarque qu'en moyenne, le nombre de demandes d'asile reçu tous les mois en Allemagne s'élève à 65 874 soit 10 fois plus qu'en France(7).

3- Situation dans les Bouches-du-Rhône et situation marseillaise

D'après l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques

(INSEE), le nombre d'étrangers en France métropolitaine en 2013 s'élèverait à 3 965 566. La population des femmes étrangères représente environ 50 % de l'ensemble. Concernant l'asile, les femmes et les jeunes filles représentent un tiers des demandes(8). Les femmes étrangères représentent une part importante de la population.

Marseille représente une terre d'accueil méditerranéenne. La prévalence migratoire de sa population est estimée à 10 %. Ce taux important d'immigrés constitue l'une des spécificités de la ville. De plus, les Bouches-du-Rhône présentent des indicateurs de pauvreté tous supérieurs aux seuils nationaux.

2) La santé des femmes

Un récent rapport du Sénat sur la santé des femmes en France(9) permet de faire état de certaines spécificités féminines en matière de santé et doit conduire à la remise en question des pratiques médicales et des politiques de santé publique. Certaines idées reçues de la part de la population générale comme des professionnels de santé sont délétères pour les femmes. Elles présentent des risques qui leur sont bien spécifiques et insuffisamment reconnus.

Le Haut Conseil à l'Égalité a également publié cette année un rapport s'intitulant « *L'accès aux soins une urgence pour les femmes en situation de précarité* ». Il y est souligné l'importance du lien entre précarité et santé dégradée. Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité.

Nous nous proposons dans la partie suivante de faire une brève revue de la littérature afin de faire le point sur la santé des femmes en France et l'impact de la précarité.

a- Espérance de vie

En premier lieu, l'espérance de vie des femmes est plus longue, 85,4 ans contre 79,4 ans pour les hommes en 2016(10). Ce chiffre doit toutefois être lu à la

lumière de celui de l'espérance de vie en bonne santé, 64,2 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes en 2014(11). En moyenne, les femmes vivent donc 21,2 ans avec des limitations ou des incapacités, contre 16 ans pour les hommes. Ces données nous permettent d'identifier des spécificités médicales pour les femmes âgées, plus exposées à la perte d'autonomie et à la dépendance.

b- Maladies cérébro-cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont souvent corrélées au facteur de risque « sexe masculin », elles sont pourtant la première cause de mortalité aussi chez les femmes. Une femme sur trois décédera d'une maladie cardio-vasculaire(12).

La cardiopathie ischémique reste une maladie principalement masculine. Cependant, un accident ischémique cardiaque est plus souvent fatal pour les femmes : 55 % contre 43 % chez les hommes. Ces données sont à mettre en relation avec plusieurs facteurs(9):

- une méconnaissance de la part des femmes des signes avant-coureurs d'infarctus,

- un retard de prise en charge. La Fédération Française de Cardiologie a relevé qu'un infarctus du myocarde chez une femme était pris en charge en moyenne une heure plus tard que chez un homme. Leur entourage met effectivement en moyenne une heure de plus avant d'appeler les secours.

- un dépistage moindre. Une femme souffrant de douleur thoracique a en moyenne 20% de chance en moins que les hommes de se voir proposer une consultation médicale. Elles sont moins nombreuses à obtenir un diagnostic exact et ont 40% de chance en moins de se voir prescrire un examen complémentaire des artères coronaires.

Il faut aussi souligner qu'une femme ayant présenté un infarctus a plus de risque de décéder d'un deuxième accident cardio-vasculaire dans l'année qui suit qu'un homme. Ceci pourrait être lié notamment au fait qu'elles sont moins nombreuses à suivre un programme de rééducation cardiaque(12).

La prévalence des cardiopathies ischémiques augmente avec l'âge, cependant 11 % des femmes victimes d'un infarctus ont moins de 50 ans. Ceci

prouve bien que les maladies cardio-vasculaires concernent aussi les femmes non ménopausées malgré les idées reçues.

Les comportements à risque sont en nette augmentation chez les femmes, ce qui explique la surmortalité féminine due aux maladies cardio-vasculaires :

- tabagisme,
- manque d'activité physique,
- obésité,
- stress.

Ces facteurs sont directement liés aux conditions de vie. Les patientes en situation de précarité sont plus souvent à risque de maladies cardio-vasculaires.

Le dépistage proposé aux femmes est moindre. La prise en charge est donc plus tardive. Les signes d'alerte sont méconnus et moins typiques. Les campagnes de prévention sont majoritairement adressées en direction des populations masculines.

c- Cancérologie

Sur le plan oncologique, les trois cancers les plus répandus chez la femme sont le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

L'incidence du cancer du poumon chez les femmes a quadruplé en dix ans et celui-ci a été en 2016 plus mortel que le cancer du sein(13). L'incidence masculine diminue, du fait de la diminution de la consommation tabagique. Le tabagisme féminin est en hausse continue depuis 1967. Il faut bien noter que cette augmentation est spécifiquement française. Entre 1970 et 2014, le taux de fumeurs quotidiens parmi les femmes est passé de 40 % à 16 % au Royaume-Uni tandis qu'il est passé de 12 % à 24 % en France(9). Ainsi le nombre de décès par cancer broncho-pulmonaire a doublé pour les femmes entre 1990 et 2011, ces décès concernant majoritairement la tranche d'âge 25-44 ans. Il faut souligner l'important pouvoir de l'industrie du tabac et des buralistes sur les politiques de santé française...

Le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez les femmes(14). Le programme de dépistage lancé en 1994 pour toutes les femmes de 50 à 74 ans a

permis d'améliorer la survie. Le taux de dépistage des cancers du sein s'élève à 52 %, pour un objectif à 75 % fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La survie des femmes à cinq ans est de 81,3 % ce qui place la France en deuxième position en Europe, derrière la Suède (82,5 %). Le dépistage concerne malheureusement essentiellement les femmes issues d'un niveau socio-économique élevé(9). Une étude réalisée auprès des patientes de Médecins du Monde relève que 20,8 % des femmes de 50 à 74 ans ont déclaré avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années. Cette proportion est très faible face à celle retrouvée par le baromètre cancer 2010 en population générale qui s'élève à 87,5 % des femmes. Les facteurs influençant la pratique de la mammographie sont majoritairement l'accès au soin et au médecin. Les femmes ayant un niveau socio-économique faible sont favorisées pour l'incidence mais défavorisées pour ce qui est de la mortalité par cancer du sein. En effet, ces femmes ont tendance à avoir des grossesses plus jeunes, plus nombreuses et ont tendance à allaiter, ce sont des facteurs protecteurs pour le cancer du sein. Cependant, elles ont un accès moindre au dépistage par mammographie.

L'incidence du cancer colorectal serait en stagnation depuis 2005 après avoir augmentée continuellement de 1980 à 2005 en lien avec le vieillissement de la population. Pour ce dernier, le dépistage semble perfectible. Il s'agit du deuxième cancer atteignant les femmes(15).

d- Gynécologie-obstétrique

1- Contraception

En France on estime à 76 % la proportion de femmes entre 20 et 44 ans utilisant un moyen de contraception, 32 % des femmes prennent une contraception orale, 18 % le stérilet et 12 % le préservatif. L'utilisation des autres moyens de contraception implants, patch, anneau vaginal reste minoritaire(16)

Une enquête de 2013 menée par Médecins du Monde sur la contraception des femmes en situation de précarité en France montrent que seules 23,5 % des femmes de 15 à 54 ans utilisent une contraception de manière régulière contre 73 %

des femmes en population générale. Les méthodes diffèrent également d'avec les femmes en population générale. Les méthodes traditionnelles sont utilisées en majorité (32,8 %), ou le préservatif (31 %) plutôt que la pilule (19 %). La maîtrise de leur fécondité par les femmes en situation de précarité soulève effectivement des questions, 37,9 % des femmes interrogés dans cette étude déclare avoir eu recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) au cours de leur vie contre 17,4 % en population générale. L'absence de moyens contraceptifs est la première raison évoquée par les femmes pour expliquer le recours à l'IVG, tandis que les femmes de la population générale indiquent en premier lieu un échec de contraception(17)

A l'échelle mondiale l'utilisation de méthodes contraceptives est toujours croissante, en particulier en Asie et en Amérique latine. Elle reste faible en Afrique subsaharienne. La stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde (30 %), devant le stérilet, la pilule et le préservatif, alors que beaucoup de femmes en France rapporte des difficultés d'accès à ce type de méthode contraceptive. La stérilisation masculine ou vasectomie est beaucoup plus rare (4 %), elle est tout de même en troisième position des méthodes les plus utilisées au Royaume-uni. La recherche avance doucement concernant la contraception masculine alors qu'une étude de l'OMS avait montré que 41 % à 75 % des hommes accueilleraient favorablement une méthode contraceptive masculine à condition qu'elle soit sûre, réversible et non chirurgicale. La contraception hormonale semble être le meilleur candidat, bien que les méthodes immunologiques ou thermiques puissent représenter une alternative possible(18).

L'usage de la contraception est une pratique moins répandue chez les femmes en situation de précarité. Les moyens de contraception choisis par cette population sont différents de la population générale. Il en ressort un taux d'IVG nettement supérieur à celui de la population générale. Le souci de la contraception restant principalement à la charge des femmes.

2- Interruption Volontaire de Grossesse

En 2011, seuls cinquante-huit pays, soit moins d'un tiers des pays, permettaient l'accès aux IVG sans justifications médicales, morales ou économiques.

Le nombre d'IVG réalisées en France se situe chaque année autour de 220 000. Ce chiffre est stable depuis 2002. Il existe de fortes disparités entre la métropole et les DOM. Le taux de recours pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole est de 14,4 contre 26,5 dans les DOM. Les femmes les plus concernées sont âgées de 20 à 24 ans. Le taux de recours chez les femmes de moins de 20 ans est en baisse depuis plusieurs années consécutives(19).

Comme il a été détaillé précédemment, le recours aux méthodes contraceptives par les femmes en situation de précarité est moindre et les méthodes utilisées moins sûres qu'en population générale. Il en ressort nécessairement un taux d'IVG supérieur. D'après une étude de Médecins du Monde(17), les motifs de recours aux IVG chez les femmes en situation de précarité sont différents de ceux de la population générale. La majorité des IVG (50,7%) relève d'une absence de contraception, 14,7 % d'un échec de contraception, 13,3 % des femmes déclarent considérées qu'il s'agit d'un moyen de régulation des naissances. Il faut noter également que 8 % des femmes interrogées dans cette étude expliquent y avoir eu recours du fait du refus de la grossesse par leur famille ou leur conjoint et 4 % ont été réalisées dans les suites d'un viol.

3- Cancer du col

Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez plus de 3 000 femmes et plus de 1 000 en meurent, soit l'équivalent de trois décès par jour(20). Malgré le dépistage par frottis, ce cancer reste aujourd'hui la deuxième cause de décès par cancer chez les jeunes femmes âgées de 15 à 44 ans en Europe. Le cancer du col est la localisation de cancer la plus touchée par les inégalités territoriales et socio-économiques. Il existe une association négative forte entre la mortalité et le niveau d'études. Ces vingt dernières années l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus ont quasiment diminué de moitié notamment grâce au frottis de dépistage.

Plusieurs études mettent en évidence que les femmes en situation de précarité sont nettement moins sensibles au campagne de dépistage(13)(14). Ainsi une étude réalisée auprès des femmes consultant en centre d'accueil de soins et

d'orientation de Médecins du Monde a montré que 33,4 % des femmes de 25-65 ans interrogées ont déclaré avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie contre 94,9 % des femmes interrogées en population générale en France en 2010(21). Ces écarts s'expliquent par une carence d'informations des femmes en situation de précarité, plus d'un tiers des femmes concernés ne connaît pas l'existence du frottis cervico-vaginal et 72 % des femmes de moins de 35 ans ne connaissent pas le vaccin anti-HPV. Les facteurs influençant la pratique du frottis cervico-vaginal sont majoritairement d'ordre socio-économique et socio-démographique, l'accès aux soins et au médecin arrivant dans un second temps.

Il faut noter par ailleurs que les facteurs associés à l'absence de dépistage toutes pathologies confondues sont d'ordre financier, en particulier le revenu des foyers et la possession ou non d'un domicile.

4- Grossesse

D'après le bilan démographique réalisé par l'INSEE, 785 000 enfants sont nés en France en 2016. Une grossesse sur soixante est une grossesse multiple. Environ 15 % des femmes qui accouchent en France chaque année sont de nationalité étrangère. Les inégalités en matière de santé périnatale sont très influencées par les conditions socio-économiques et les origines des femmes. La prévalence des décès maternels, des retards de croissance intra-utérin ou de la prématurité est franche. La prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale doit faire l'objet d'une particulière attention des professionnels de santé en raison du sur-risque médical induit par cette condition.

Le parcours des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale revêt certaines caractéristiques. Il n'est pourtant pas lié à des souhaits différents en terme de santé de l'enfant ou d'investissement de la grossesse en comparaison aux femmes de la population générale. Il semble que ces disparités soient plus liées à des difficultés d'accès au soin que le résultat d'un choix éclairé. Les premières consultations échographiques ont lieu préférentiellement dans le secteur libéral, ceci est vrai pour toutes les femmes mais l'est encore plus pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les intervenants libéraux ou les centres de santé

sont souvent jugés plus neutres, moins stigmatisants et même moins dangereux en cas de situation irrégulière. Quoi qu'il en soit les parcours de soins de ces femmes sont souvent défectueux. Il existe un retard de prise en charge, les soins sont reçus plus tard et souvent dans le cadre de l'urgence. Il n'y a pas de notion de qualité des soins, les décrochages de suivis et les problèmes d'observance des traitements sont plus nombreux.

Les principaux obstacles identifiés sont une méconnaissance des droits, les obstacles financiers, la barrière linguistique, la méconnaissance des centres de soins. Il faut noter que la situation de la grossesse permet la possibilité d'ouverture de droit de type Aide Médical de l'État (AME) et Couverture Maladie Universelle (CMU) cependant le délai d'obtention de ses droits est souvent long. Les premiers examens ont lieu préférentiellement en ville ce qui peut engendrer une avance de frais ou des dépassements d'honoraires. Les femmes bénéficiaires de l'AME ou de la CMU et d'une complémentaire mutuelle n'ont pas d'obstacles financiers à partir du moment où les droits sont ouverts. Celles bénéficiant d'une Sécurité Sociale ou de la CMU sans complémentaire mutuelle représente 7 % de la population et présente un obstacle majeur à une prise en charge optimale. En somme la fin de grossesse est une situation où l'obstacle financier est peu représenté du fait d'une prise en charge sociale adaptée proposée aux femmes, c'est majoritairement lors des deux premiers trimestres de grossesse que l'accès aux soins est remis en question.

Les besoins singuliers des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale doivent être identifiés. L'hébergement constitue un problème central, il est directement en rapport avec la capacité technique à se soigner. Un hébergement précaire peut aussi constituer un frein à se projeter dans l'avenir et à investir une grossesse. Il faut garder à l'esprit que l'alimentation peut également être une difficulté. Sur un autre plan, l'isolement de la femme peut être une source de souffrance, notamment pour les femmes en situation de migration(22). La grossesse peut amener la femme à se réinterroger sur ses origines, sa filiation. Le vécu de rupture et de perte peut être réactivé et devenir traumatique. Certaines femmes ressentent le besoin d'être entourées d'autres femmes proches au cours de la grossesse, la solitude des femmes migrantes peut alors être ressentie avec violence.

L'origine géographique étrangère quelle qu'elle soit est un facteur de risque

majeur de mortalité maternelle dans tous les pays qui ont étudié cette association. Les sous groupes varient d'un pays à l'autre en fonction du contexte de migration. Cependant un sous-groupe est constamment à sur-risque de mortalité maternelle par rapport aux femmes natives, c'est celui des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Le risque de mortalité des femmes d'origine subsaharienne en France est 5,5 fois plus élevé que chez les femmes originaires de France et ceci après ajustement sur certaines caractéristiques maternelles que sont l'âge, la parité, les hospitalisations pendant la grossesse(23)...

Il existe deux hypothèses non concurrentes pour expliquer l'impact du statut social sur le continuum de morbidité. La première est celle d'un suivi prénatal suboptimal, la deuxième étant la dispense de soins suboptimaux. De nombreuses études ont permis de confirmer la première hypothèse. En ce qui concerne la seconde hypothèse, celle d'une dispense de soins suboptimaux, aucune étude en France n'a été menée. Il existe cependant des études aux États-Unis ainsi qu'au Royaume-Uni qui attestent que les soins dispensés aux femmes dépendent de leur couleur de peau, noire versus blanche.

Le risque de décès maternel en France est deux fois plus important pour les femmes non-européennes et cinq fois plus important pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

5- Violences

Mutilations sexuelles féminines

Les violences sexuelles sont à l'origine de multiples pathologies, qu'elles soient physiques, ou psychiatriques. Parmi les pathologies organiques, on retrouve des pathologies de la sphère génito-urinaire, des complications de la grossesse chez 80 % des femmes victimes de violences sexuelles, des pathologies douloureuses chroniques type migraine. Les complications psychiatriques comprennent les dépressions, l'anxiété, les troubles du sommeil, les phobies, les addictions, les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire. Le dépistage de ces violences est donc nécessaire devant la répétition de ces différentes

symptomatologies. Il s'agit bien du rôle du professionnel de santé et du médecin généraliste en premier lieu de rechercher ces violences de façon systématique.

Les mutilations sexuelles sont un type de violences bien particulier. Elles sont l'ensemble des interventions aboutissant à l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins pratiquées pour des raisons non-médicales. Les deux formes les plus fréquentes sont l'excision (80 % des cas) : ablation totale ou partielle du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres, et l'infibulation : rétrécissement et/ou fermeture de l'orifice vaginal par accollement des grandes lèvres ou des petites lèvres avec ou sans ablation du clitoris(24). Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) estime que sur le continent africain, 130 millions de femmes seraient mutilées sexuellement et 3 millions de nouvelles victimes chaque année. Dans certains pays comme en Guinée-Conakry ou en Égypte, le taux de mutilations sexuelles est estimé à 90 % et ce malgré une législation en théorie protectrice. 53 000 femmes ayant subi des mutilations sexuelles vivent en France(25), elles sont majoritairement de nationalité suivante : sénégalaise, malienne, mauritanienne, guinéenne. Il semble donc nécessaire pour le professionnel de santé, médecin généraliste ou gynécologue d'aborder ce sujet avec ses patientes(26). Il faut noter qu'une proportion non négligeable de femmes ne gardent aucun souvenir de ces mutilations, en faire le diagnostic leur permet parfois de trouver des réponses. Les femmes interrogées dans l'enquête « Excision et Handicap » réalisée par l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en 2009 déplorent quasi unanimement le silence des médecins généralistes et gynécologues sur les mutilations sexuelles. Évoquer les mutilations sexuelles avec les femmes est aussi l'occasion de connaître leurs convictions et de prévenir d'éventuelles mutilations.

Les conséquences médicales des mutilations sexuelles féminines sont nombreuses. Elles sont immédiates (douleur, hémorragie, choc hémorragique ou infectieux), locales ou généralisées. Mais elles peuvent être plus tardives (infections urinaires à répétition, insuffisance rénale, douleur pelvienne chronique, troubles de la sexualité, complications gynécologiques de type infertilité, dysménorrhée, ou obstétricales, hémorragie du post-partum, fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale...). Les mutilations sexuelles féminines pouvant être considérées comme

des persécutions, la crainte de mutilations peuvent appuyer une demande d'asile. La loi du 29 juillet 2015 encadre cette situation. Cependant il est demandé au médecin de produire un certificat de non-excision lors de l'instruction d'une demande d'asile justifiant les craintes de persécutions. Une fois la protection accordée, le médecin est censé produire annuellement un certificat de non excision, ce qui pose de sérieux problèmes d'ordre éthique. D'après le Code de déontologie médicale de la santé publique, un médecin ne peut être à la fois dans un rôle de médecine de contrôle et dans un rôle de soin et de prévention.

Viols, tentatives de viols et agressions sexuelles

D'après l'enquête « Violences et rapports de genre » (VIRAGE) réalisée par l'INED en 2015, on estime en population générale à 62 000 le nombre de femmes entre 20 et 69 ans victimes de viols ou de tentatives de viols sur une année. 553 000 déclarent avoir été victimes d'agressions sexuelles autres que le viol (hors harcèlement et exhibition). Les agresseurs sont dans la quasi totalité des hommes que la victime connaît. A l'âge adulte, les viols et les tentatives de viols ont lieu principalement dans la sphère conjugale alors que les agressions sexuelles autres que le viol ont lieu dans la sphère publique. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, la famille et les proches constituent la principale sphère dont les femmes sont victimes(27).

Les victimes de violences sexuelles enregistrées par la police et la gendarmerie en 2015 sont au nombre de 17 440, une victime enregistrée sur deux est âgée de moins de 15 ans, 78 % sont des filles(27)

Mariages forcés

Le mariage forcé est une union conclue sans le consentement d'un ou des deux époux. L'union peut-être civile ou religieuse. Elle est réalisée sous la menace, la pression ou les violences physiques. Il n'existe pas de délit propre dans le Code civil français, cependant les conséquences d'un mariage forcé (viols, violences, enlèvement et séquestration) peuvent faire l'objet d'une plainte. Les conséquences

médico-psychologiques sont nombreuses : rupture familiale pour celles qui tendent à s'y soustraire, taux de tentatives de suicide supérieur à la moyenne, les conséquences physiques également : coups, blessures, viols, grossesses non désirées. Appartenant au groupe social des personnes qui entendent se soustraire à un mariage forcé, les victimes peuvent demander l'asile et se voir octroyer le statut de réfugiés. Cependant la personne doit pouvoir en apporter les preuves, ce qui est bien souvent difficile, les femmes sont isolées et aucun témoignage ne peut venir appuyer leur version, il existe souvent peu d'éléments objectivables. Parfois l'OFPRA ou la Cour National du Droit d'Asile (CNDA) considèrent qu'il s'agit d'« un conflit à caractère individuel », les victimes se voient dans cette situation accordée une protection subsidiaire qui est réévaluée chaque année.

Violences conjugales

L'Observatoire National des Violences faites aux Femmes (ONVF) estime chaque année que 223 000 femmes de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves : violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Environ 14 % d'entre elles déposent plainte. Ces violences ont des conséquences majeures sur la santé psychologique et physique des femmes. En 2014, 118 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint(28).

Le rôle des professionnels de santé et en particulier celui du médecin généraliste est de dépister ces violences.

e- Maladies infectieuses

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), l'hépatite B chronique et la tuberculose sont des maladies lourdes voire chroniques pour lesquelles une surveillance nationale existe en France. La répartition mondiale de ces trois pathologies montre que l'Afrique subsaharienne est une zone à forte prévalence. L'Asie est une zone à forte prévalence pour l'hépatite B et la tuberculose, mais elle est une zone de moyenne prévalence pour le VIH de même que l'Europe de l'Est.

Les populations migrantes en France qui sont originaires de ces régions ont donc un risque d'exposition et d'infection plus élevé. Un dépistage ainsi qu'une prise en charge précoce est indispensable.

Les femmes occupent une situation particulière principalement pour le VIH. 50 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes. En France, la majorité des nouveaux cas d'infection par le VIH constatée chez les jeunes concernent les jeunes femmes et adolescentes. Environ la moitié des personnes découvrant leur séropositivité chaque année sont nées en France et environ 1/3 en Afrique subsaharienne. Environ 60 % des femmes découvrant leur séropositivité chaque année en France sont nées en Afrique subsaharienne.

Les femmes présentent en effet une vulnérabilité plus importante que les hommes. Certains facteurs de vulnérabilité sont physiologiques : plus grande surface de muqueuses à risque de microlésions, caractère contaminant du sperme. Le risque de transmission du VIH d'un homme contaminé à une femme est deux fois supérieur à celui d'une femme contaminée vers un homme. D'autres facteurs sont sociaux : les espaces de négociations sexuelles sont plus réduits du fait des rapports de domination. L'approche de ces questions par les professionnels de santé est importante dans un souci de prévention et de dépistage.

f- Santé globale

Dans l'observation du Comité pour la santé des exilés (COMEDE), parmi 13 684 personnes ayant effectué le bilan de santé (2007-2013), les principales maladies graves retrouvées sont représentées par ordre de fréquence dans le tableau suivant(29).

Maladie	Taux de prévalence global pour 1000	Taux global femmes	Taux global hommes	Régions de plus forte prévalence
Psychotraumatismes	153	237	121	Europe de l'Est, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest
Maladies cardio-vasculaires	65	110	48	Afrique centrale, Caraïbes et Afrique du Nord
Diabète	46	52	44	Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud
Infection chronique à VHC	19	25	17	Asie centrale, Europe de l'Est et Afrique centrale
Asthme persistant	17	14	18	Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, et Caraïbes
Infection à VIH-sida	12	27	6	Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Caraïbes
Cancers	5	11	3	Afrique du Nord, Caraïbes et Europe de l'Est
Tuberculose	5	5	5	Afrique centrale et Caraïbes

3) Le cadre législatif du séjour

a- Généralités

Il existe un encadrement bien précis des autorisations de présence des étrangers sur le territoire français. Pour résider régulièrement en France, tout étranger (hors ressortissant de l'espace Schengen) doit disposer d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs. Les ressortissants de l'espace Schengen peuvent séjourner librement sur le territoire français pour une durée de trois mois, au titre de la liberté de circulation. Au-delà de cette période, ils doivent pouvoir justifier d'une activité professionnelle ou s'ils sont inactifs de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie pour être autorisés à rester en France. Une part de la migration est donc dite régulière : procédure de demande d'asile ou détenteurs d'un visa ou d'un titre de séjour. Une part de la migration est dite irrégulière, elle

correspond à des personnes rentrées sur le sol français de manière irrégulière, ou des personnes détentrices d'un visa qui a expiré. Le contrôle de l'immigration est placé sous la responsabilité du Ministère de l'Intérieur. Les demandes de visas des détenteurs de passeport diplomatique et les adoptions internationales sont elles sous la responsabilité du Ministère des Affaires Étrangères(30).

b- Les visas

Concernant les visas d'entrée, ils peuvent être classés en deux grandes catégories : les visas de court séjour régi par le droit communautaire européen et les visas de long séjour régi par le droit national français.

Le visa de court séjour, inférieur à trois mois, permet aux étrangers de séjourner en France pour de courte durée, pour tourisme, voyage d'affaire, visites familiales ou privées. Toutefois, certains en sont dispensés : Communauté Européenne, nord de l'Amérique, certains pays d'Amérique latine (à l'exception de la Bolivie, la Colombie, le Pérou et l'Équateur), certains pays d'Asie et d'Océanie : Australie, Nouvelle-Zélande, Japon, Corée du sud, Malaisie, Singapour, Chinois de Hong Kong et de Macao(31). Les visas pour une durée de plus de trois mois sont des visas nationaux, délivrés par les états membres. Les visas n'excède pas un an. Si un état autorise un étranger à séjourner plus d'un an, le visa sera remplacé par un titre de séjour. Il existe plusieurs types de visas de long séjour :

- les visas de long séjour valant titre de séjour sont destinés aux familles de Français, aux salariés, aux étudiants, aux stagiaires, aux conjoints bénéficiaires du regroupement familial

- les visas de long séjour conduisant au dépôt d'une carte de séjour, le titre de séjour est à demander dans les deux mois suivant l'arrivée, il concerne les étrangers relevant des catégories « vie privée ou familiale », les étrangers ayant vocation à obtenir une carte pluriannuelle, les descendants d'un ressortissant français qui sont à sa charge, les titulaires d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle

- les visas de scolarisation d'une durée de 11 mois destinés aux mineurs de moins de 16 ans

- les visas « vacances travail » qui sont le fruit d'accords bilatéraux entre l'État de provenance et l'État français
- les visas de long séjour temporaire destinés aux artistes ou étudiants dans le secteur privé(32).

c- Les catégories d'immigration

Afin de décrire plus efficacement l'immigration, celle-ci a été divisée en catégories.

1- L'immigration économique

Elle vise à répondre aux besoins en main-d'œuvre de certains secteurs professionnels. Elle a été particulièrement encouragée dans la France de l'après guerre dans le plein essor économique des Trente Glorieuses.

2- L'immigration familiale

Elle représente aujourd'hui le flux le plus important. Elle a succédé à l'immigration professionnelle de l'après-guerre et à l'amélioration des conditions matérielles des migrants. Le dispositif législatif a gonflé au gré des politiques publiques visant à accompagner, juguler puis freiner les mouvements migratoires. Elle prend donc plusieurs formes. La procédure de regroupement familial permet au conjoint et enfants de l'étranger régulièrement établi sur le territoire de venir légalement y résider. Certaines conditions sont à remplir : l'étranger doit avoir une résidence régulière de 18 mois en France et des conditions d'accueil stable, son conjoint doit être âgé d'au moins 18 ans, les enfants doivent être âgés de moins de 18 ans(33). Un titre de séjour portant la mention « vie privée et familial » est délivré à l'étranger conjoint de Français et à l'étranger père ou mère d'enfant français.

3- Les étrangers malades et leurs accompagnants

Les conditions de délivrance d'une carte de séjour « étranger malade » sont strictes. Le ressortissant doit résider habituellement en France ou bénéficier d'une autorisation provisoire de six mois. Son état de santé doit nécessiter une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Un médecin agréé ou un professionnel hospitalier établit un rapport médical. Il ne doit pas exister de traitement approprié dans le pays dont le demandeur est originaire(34). La délivrance de titre de séjour aux accompagnants concerne quasi exclusivement un des deux parents de l'enfant et sa durée n'excède pas six mois. Toutefois le titre peut-être renouvelé. Il peut arriver que le deuxième parent puisse obtenir un titre de séjour mais ceci reste rare. D'après le Ministère de l'Intérieur, ni l'enfant ni les parents n'ont vocation à rester séjourner en France.

4- Le titre de l'asile

L'asile est la protection qu'offre un État à une personne qui est ou risquerait d'être persécutée que ce soit par les autorités ou des acteurs non-étatiques. Il existe deux formes de protection au titre de l'asile. Le statut de réfugié est attribué à toute personne qui craint avec raison d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de son appartenance à un groupe social ou ethnique, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques. La protection subsidiaire est accordée à l'étranger qui ne remplit pas les conditions du statut de réfugié mais qui prouve qu'il est exposé dans son pays à la peine de mort, des tortures, des traitement inhumains ou dégradants, une menace grave direct et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence généralisée résultant d'une situation de conflit armé interne ou international. L'organisme responsable de l'examen des dossiers est l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). En cas de rejet un recours est possible devant la Cour National du Droit d'Asile (CNDA).

L'enregistrement de la demande d'asile se fait en guichet unique généralement situé en préfecture, regroupant les services de la préfecture et de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). L'accueil est en réalité

délégué à un prestataire externe chargé de prendre rendez-vous pour le demandeur d'asile avec le guichet unique. Une fois enregistré, le demandeur d'asile se voit remettre un titre de séjour provisoire de un mois et un formulaire de demande d'asile qu'il devra remplir et remettre à l'OFPRA. L'examen de la demande d'asile relève exclusivement de ce dernier. Le demandeur est convoqué à un entretien où il doit exposer les motifs de sa demande. A l'issue de cet entretien, l'OFPRA prend une décision et la notifie par écrit au demandeur.

En cas de refus, le demandeur devient un débouté. Il se trouve dans l'obligation de quitter le territoire sous peine de faire l'objet d'une mesure d'éloignement. Un dispositif d'aide au retour a été mis en place afin d'encourager les déboutés à un retour dit « digne ». Ce dispositif comprend, une aide matérielle, administrative, une prise en charge des frais de transport ainsi qu'une aide financière.

L'ouverture de la demande d'asile permet en théorie l'accès à certains droits : droit au maintien sur le territoire, une aide financière, un accès à la scolarité, un accès au soin au titre de la CMU, un hébergement(35).

Toute personne bénéficiant d'un titre de réfugié ou de la protection subsidiaire est soumis au dispositif d'accueil et d'intégration des réfugiés piloté par l'OFII. Ce dispositif comprend une visite médicale, une visite d'accueil et l'établissement d'un contrat d'accueil et d'intégration auquel le réfugié ne peut se soustraire(36).

5- Les autres motifs

Les autres motifs sont plus rares. Il s'agit des visiteurs, des étrangers entrés mineurs, des bénéficiaires d'une rente d'accident du travail, des anciens combattants, des pensionnés ou des retraités.

II) Les couvertures médicales

1) Quelques rappels sur l'histoire de la Sécurité sociale

a- De 1830 au début du XX^e siècle

Une brève histoire de la Sécurité sociale nous permet de nous rappeler que les premiers systèmes d'aide voient le jour avec le début de l'industrialisation au XIX^e siècle. Il apparaît ainsi, à partir de 1830, un système de libre prévoyance incarné par les sociétés de secours mutuels. Il s'agit d'une prévoyance collective organisée sur la base du volontariat et limitée à quelques activités ou entreprises. En parallèle naît un système d'aide sociale dont l'attribution réside sur des critères subjectifs déterminés par les élus locaux. L'aide sociale est subordonnée à des conditions de ressource de l'individu ou de sa famille(37).

b- Première moitié du XX^e siècle

Au début du XX^e siècle ayant fait le constat que le système de libre prévoyance et d'aide sociale n'a bénéficié qu'à une frange restreinte de la population, l'État met en place les premières tentatives d'assurances obligatoires pour certains risques sociaux. Les problématiques s'articulent essentiellement autour de la question des accidents du travail. La loi du 5 avril 1898 reconnaît la responsabilité sans faute de l'employeur. Les assurances vieillesse, maladie, maternité et invalidité sont instituées au fil des années jusqu'à la seconde guerre mondiale.

c- Ce que la seconde guerre mondiale a changé

A la sortie de la guerre, la volonté de créer un système de Sécurité sociale est réelle. L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à l'assurance maladie mais dont le fonctionnement administratif n'est pas unifié. L'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 comporte les extraits suivants(38) :

" La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. "

" Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérandts, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. "

Ces extraits nous permettent de constater que la Sécurité sociale prend naissance dans l'ère de l'industrialisation, qu'elle s'initie autour des risques liés au travail. Aujourd'hui encore, la Sécurité sociale s'organise autour des statuts et non autour des personnes elles-même(39). Comme nous l'avons vu plus haut, il convient de rappeler que cette même ère industrielle a été source d'une immigration importante afin de répondre aux besoins en main-d'œuvre de l'époque. Ses extraits révèlent une définition universaliste de la Sécurité sociale basée sur le statut de travailleur et non sur celui de la nationalité.

d- Les apports du XXI^e siècle

La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ont été votées dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999 par le gouvernement du Premier Ministre Lionel Jospin, consécutivement aux conclusions d'un travail mené par le mouvement Agir Tous pour la Dignité (ATD)

Quart-Monde. Elle permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, avec ou sans domicile fixe et qui n'est pas déjà couverte par un régime d'assurance maladie.

La Protection Universelle Maladie remplace la CMU depuis le 1 janvier 2016.

2) Les assurances maladies

a- Les personnes en situation régulière

1- PUMa

Depuis l'entrée en vigueur de la loi pour le financement de la Sécurité sociale adoptée le 21 décembre 2015, la Protection Universelle Maladie est instaurée. La PUMa remplace la CMU de base et l'article L. 160-1 du Code de la Sécurité sociale prévoit que : « toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, bénéficie en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé ». Concernant les cotisations annuelles, plusieurs cas de figure existent :

-si le bénéficiaire a une activité professionnelle, le montant des cotisations est calculé en fonction de ses revenus

-si le bénéficiaire est sans activité professionnelle mais qu'il présente un revenu du capital supérieur à 9654 euros annuel, il est redevable de la cotisation subsidiaire maladie

-si le bénéficiaire n'a pas d'activité et des revenus faibles, il est exonéré de la cotisation subsidiaire.

-si le bénéficiaire est retraité, marié ou lié à un pacs à un assuré cotisant au titre d'une activité professionnelle ou un chômeur, il est exonéré de la cotisation subsidiaire

-si l'assuré est un étudiant, il n'est pas concerné par la cotisation puisqu'il s'acquitte par ailleurs de la cotisation forfaitaire étudiante s'il en remplit les

conditions.

Pour les personnes sans activité concernées par la cotisation subsidiaire maladie, celle-ci est automatiquement calculée suite à la déclaration de revenus grâce aux informations transmises à l'administration fiscale.

Certaines associations comme Médecins du Monde ou des organismes comme l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE) s'inquiètent de cette réforme. Elle présenterait un risque de restriction des droits des étrangers en France(40). En effet certaines personnes risquent d'avoir de grande difficulté à démontrer la régularité de leur séjour. « Le décret institue une liste limitative des titres de séjour ne correspondant pas aux pratiques des préfectures. Ces dernières remettent très souvent des documents hors norme, non prévu par la loi, parfois même de simple post-it avec une date de rendez-vous. L'impossibilité de présenter ses démarches aux caisses pourraient conduire à des ruptures de droits(40). » Les pressions associatives ont permis d'intégrer au texte la non fermeture des droits pendant une période d'un an suivant l'expiration du droit au séjour.

2- CMU-C

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire est gratuite et est destinée à faciliter l'accès aux soins aux personnes aux faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière. Elle n'est pas applicable à Mayotte.

b- Les personnes en situation irrégulière

1- DSUV

Le Dispositif de Soins Urgents et Vitaux est un mode de financement. Il ne s'agit en aucun cas d'un système de protection maladie. Il a été instauré suite à la création d'un délai de carence de trois mois avant de pouvoir prétendre à l'Aide Médicale de l'État. Il vise à ce que l'hôpital public recouvre les factures des soins fournis en urgence. La circulaire ministérielle du 16 mars 2005 y inclus les situations suivantes : les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage

ou à la collectivité, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'interruption médicale de grossesse et les maladies dont l'absence de soins aboutirait à des conséquences graves et durables. Cette liste n'est pas limitative. Cependant, dans la pratique, l'ouverture préalable d'une AME en procédure d'instruction prioritaire est toujours préférable à l'utilisation *a posteriori* du DSUV qui ne permet pas la continuité des soins au-delà de l'hospitalisation en cause.

2- AME

L'Aide Médicale de l'État est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Elle est attribuée sous condition de résidence stable depuis plus de trois mois et de ressource ne dépassant pas un certain plafond. Il faut noter que cette AME ne s'applique pas à Mayotte. Les conjoints, concubins ou enfant à charge peuvent bénéficier de l'AME. Cette aide est attribuée pour un an, la demande doit être réitérée chaque année.

De manière exceptionnelle, l'AME peut être octroyée à titre humanitaire. Cette décision dépend du Ministère chargé de l'Action sociale. Il ne s'agit alors pas d'un droit mais d'un dispositif permettant à des personnes ne résidant pas en France de façon stable depuis trois mois de bénéficier de soins. Très peu de dossiers sont validés chaque année.

III) Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

1) Le dispositif PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont créées à la suite de la loi d'orientation de lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998 (article L 6112-6 du Code de la santé publique). Leur rôle est de faciliter l'accès des personnes précaires au système de santé. Elles sont constituées d'équipes pluridisciplinaires, professionnels médicaux, paramédicaux et d'acteurs sociaux. Les PASS garantissent un accompagnement global en matière de soin aussi bien qu'en matière administrative, pour la reconnaissance de leur droit notamment concernant les couvertures maladies. Ces structures sont des dispositifs d'accompagnement, donc de prise en charge transitoire, permettant aux personnes de réintégrer le parcours de soins commun. Les PASS répondent à la nécessité de réduire la perte de chance liée aux inégalités sociales de santé. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont pour objectif de permettre l'articulation et la coordination intra et extra-hospitalière des parcours de soin. Elles permettent une intégration ou une réintégration opérationnelle vers la médecine de ville.

En 2014, 430 PASS sont implantées dans les établissements de santé. La plupart sont des PASS généralistes (368) mais depuis 2012 des PASS spécialisées ont été développées : des PASS psychiatriques (44), des PASS dentaires (18) et des PASS régionales qui coordonnent l'action des différentes PASS de la région. Beaucoup de ces PASS (55%) sont situées dans des établissements où le services des urgences à une activité importante(41).

2) La PASS médico-sociale Rimbaud

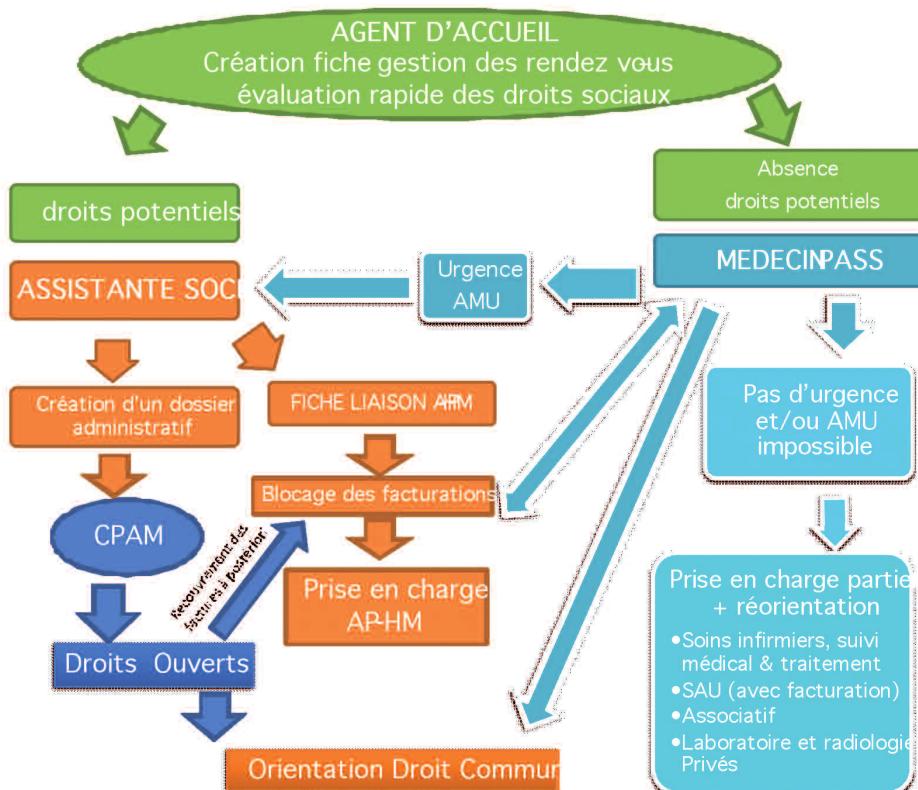
La PASS Rimbaud est implantée à l'hôpital de la Timone. Elle est intégrée au pôle de santé publique. Elle est composée d'un personnel pluridisciplinaire : agents d'accueil, infirmières, travailleurs sociaux et médecins. Elle répond aux missions

suivantes :

- Faciliter l'accès au système de santé des personnes sans couverture sociale ou en situation de précarité et éviter la rupture de soin.
- Informer les patients sur leurs droits et orienter vers des structures d'accueil et d'accompagnement social adaptées.
- Accueillir dans les meilleures conditions un public très précarisé, sans accès effectif aux soins, ayant souvent peu de contact médical (sans domicile fixe, demandeur d'asile, primo-arrivé...).
- Jouer un rôle de prévention et de santé publique.

La PASS Rimbaud ouvre de 8h30 à 16h ou 18h en fonction de l'activité. La file active au courant de l'année 2016 est évaluée à 3 693 personnes ayant bénéficié d'une prise en charge médicale et 4107 personnes ayant bénéficié d'une prise en charge sociale.

Le parcours de la prise en charge médico-sociale est le suivant :



3) La PASS mobile Colette

La PASS mobile Colette est une structure récente. Son ouverture date de septembre 2016 suite à l'obtention d'un financement en réponse à un appel d'offre de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). La PASS mobile Colette est un dispositif PASS dédié aux femmes en situation de précarité. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant une assistante sociale, un médecin, une infirmière en temps partiel.

Cette PASS mobile prend le parti d'aller à la rencontre des femmes sans abri en organisant des permanences sociales et médicales à orientation gynécologique devant les centres d'accueil et d'hébergement pour femmes. Ces actions se tiennent au sein d'un camion de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille aménagé à cet effet.

Les horaires des permanences sont adaptés à la disponibilité des femmes et aux horaires d'ouverture des centres, elles se tiennent de 17H à 21H. De façon simultanée se déroule des ateliers de promotion de la santé destinés aux femmes.

IV) Le médecin généraliste et le patient migrant

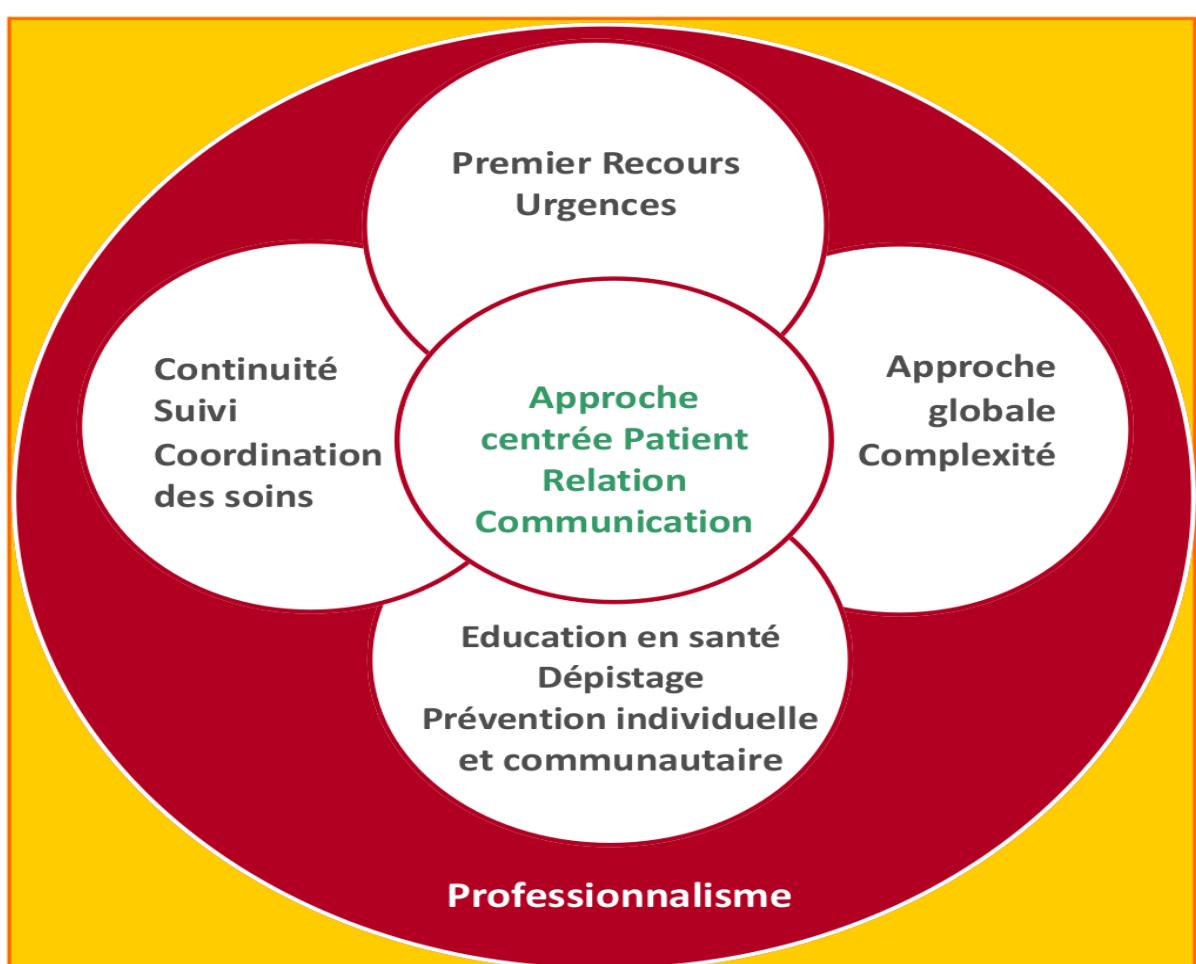
1) Les missions du médecin généraliste

La médecine générale telle que définit à l'échelle européenne en 2002 par la WONCA est une discipline clinique et universitaire. Celle-ci revêt certaines caractéristiques sur lesquelles il semble intéressant de s'attarder au prisme de notre sujet.

- Médecine de premier contact avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Médecine de coordination des soins, utilisant de façon efficiente les ressources du système de santé, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. Elle se place si nécessaire en défenseur du patient.
- Approche centrée sur la personne dans sa dimension individuelle, familiale et communautaire.
- Construction d'une relation médecin-patient qui s'inscrit dans la durée et basée sur une communication appropriée.
- Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.
- Baser une démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Gérer les problèmes de santé aiguës et chroniques des patients.

- Intervention à un stade précoce et indifférencié des maladies qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Responsabilité spécifique de santé publique au sein de la communauté.
- Répondre aux problématiques de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle(42).

Le Collège National des Généralistes Enseignants a schématisé un référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Ce référentiel regroupe les ressources nécessaires au médecin généraliste pour la prise en charge du patient y compris du patient migrant :



2) Les spécificités de la prise en charge des personnes migrantes

De nombreuses études ont montré que les personnes migrantes cumulent souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité qui complexifient leur prise en charge(43).

Parmi ceux-ci :

- le mal-logement,
- les difficultés de communication liées à la langue,
- l'absence de droits,
- la méconnaissance du parcours de soin.

Ces caractéristiques expliquent les difficultés de rencontre entre médecine de ville et population migrante. En effet, le lieu de premier recours est préférentiellement l'hôpital et particulièrement le Service d'Accueil des Urgences. Dans ces conditions, la continuité et la coordination des soins sont très limitées puisqu'il ne s'agit pas du rôle des services hospitaliers. Il en ressort une réelle carence en qualité de soin pour ces patients.

B) MATERIEL et METHODES

I) Choix de la méthode qualitative

1) Description de la méthode

a- L'analyse par théorisation ancrée

1- La méthode de Glaser et Strauss

La théorie ancrée (« *grounded theory* »), élaborée par Glaser et Strauss(44) a connu un énorme retentissement en Amérique, dans les années 1970 et 1980, en tant que méthode de recherche empirico-inductive qualitative. La recherche était alors majoritairement déductive. À partir des années 1990, l'approche de Glaser et Strauss va progressivement se faire connaître à travers le monde et elle restera un élément fondateur pour le mouvement de la recherche qualitative.

2- L'adaptation par P. Paillé

L'analyse par théorisation ancrée est l'adaptation de la méthode présentée par P. Paillé(45). Elle retient le terme « ancrée » car enracinée dans les données empiriques. Elle délaisse le terme de théorie au profit de celui de théorisation, mettant l'accent sur le processus. La théorisation se fait via l'analyse des données. Afin de mener à bien cette analyse, il suggère une suite de six opérations :

- la codification
- la catégorisation
- la mise en relation
- l'intégration
- la modélisation
- la théorisation

Ces opérations successives et récursives visent l'extraction du sens des matériaux par le chercheur.

3- Application au domaine de la recherche médicale

La recherche en soins primaires requiert de disposer de plusieurs outils de méthodologie et de techniques de recueil de données(46). La méthodologie quantitative par essai randomisé ou les études épidémiologiques ne permettent pas de répondre à la complexité des questions soulevées par l'exercice quotidien de la médecine générale. Initialement cantonnée au domaine des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative en médecine générale connaît un essor particulier depuis la fin des années 2000.

Tandis que la recherche quantitative essaie de répondre à la question « pourquoi », via l'étude des liens de causalité, et des statistiques, l'approche qualitative s'intéresse aux déterminants des comportements des acteurs de la relation de soin. Elle permet une approche plus élargie de la compréhension de la santé et des déterminants de soin(46).

b- L'entretien semi-dirigé

1- L'entretien

Au sens scientifique, l'entretien est une méthode de recherche et d'investigation. L'entretien est un fait de parole, une information que l'interviewer obtient de l'interviewé par sa biographie, son vécu assimilé et subjectivé, comme théorisé par Alain Blanchet et Anne Gotman. « L'entretien est un instrument d'exploration des faits dont la parole est le vecteur principale(47). »

L'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations de plusieurs individus dans une société(48). L'hypothèse réside dans le fait qu'un individu puisse condenser une grande partie du sens d'un phénomène social. L'entretien permet l'exploration des systèmes de représentation(47) :

- sur leur versant anthropologique, la représentation est la vérité en acte, telle que pratiquée par les individus sociaux.

- sur leur versant politique, la représentation est ce qui permet à chacun de rendre le monde propre à vivre.

2- La semi-directivité

A travers ce type d'entretiens, l'enquêteur pose des questions et laisse l'enquêté répondre en toute liberté. Son rôle est d'encourager l'enquêté à parler et donner le maximum d'informations sur la thématique de sa recherche.

2) Intérêts de son utilisation auprès des femmes migrantes

a- Investir une subjectivité versus observer un objet d'étude

En premier lieu, il s'agit d'une méthode de recherche qui permet aux patientes interrogées de réinvestir leur subjectivité. Leur parcours de vie retrouve bien souvent des situations de négation de leur personne, de leur auto-détermination. Il peut s'agir de violences physiques, psychologiques, vécues dans leur pays d'origine, ou au cours de leur parcours migratoire. Leur parcours depuis l'arrivée sur le territoire européen, n'est pas exempt de violences et de mépris. Elles sont aussi l'objet des gestions politiciennes, l'objet de discours médiatiques face auxquels elles sont impuissantes et sans voix. Des progrès sont à réaliser sur le plan de la prise en charge médicale de ces patientes au vécu chargé et vivant dans une situation de précarité intense. Leur situation est mal connue de la part de la communauté des soignants. La recherche par méthodologie qualitative est une façon pertinente d'aborder leur problématique de santé de leur point de vue. Notre objectif secondaire est celle d'éviter l'écueil de transformer nos patientes à nouveau comme des objets, celui de nos études.

b- Approche anthropologique et politique

L'analyse par théorisation ancrée permet une approche anthropologique et politique du vécu des patientes. Originaires d'autres cultures qu'européenne, la dimension ethnographique est indispensable à la qualité des soins. Elle s'intéresse aux déterminants des comportements dans la relation de soin. Cette analyse a vocation à limiter les transferts et les fantasmes que le médecin peut se faire de ses patientes en recueillant la vérité en acte, quelques parcelles de la vérité du vécu migratoire des femmes.

c- Préserver l'autodétermination

Enfin l'analyse qualitative permet de recueillir le point de vue des femmes sur leurs problématiques de santé. Ces problématiques peuvent parfois différer de celles identifiées par le médecin. Une relation égalitaire nécessite que l'ensemble de ses problématiques soit pris en charge. Loin d'annihiler le rôle diagnostique et thérapeutique du médecin, ceci permet de garantir une qualité de la relation.

II) Construction de l'échantillon

1) Critères d'inclusion

La catégorie de la population étudiée est celle des femmes migrantes primo-arrivantes sur le territoire français. Les critères d'inclusion sont larges :

- sexe féminin
- âge supérieur à 18 ans
- nationalité étrangère
- présence sur le territoire français depuis moins de deux ans

2) Taille de l'échantillon et saturation des données

Cette enquête s'est déroulée du 17 janvier 2017 au 26 avril 2017. L'élaboration de l'échantillon s'est faite au cours des consultations menées à la PASS médico-sociale Rimbaud et de consultations menées dans un cabinet de médecine générale dans le quinzième arrondissement de Marseille. A chaque consultation réalisée auprès de patientes répondant aux critères d'inclusion de l'étude, il leur était proposé d'y participer sur une base de volontariat. L'échantillon constitué comprend au total dix patientes, ayant consulté à la PASS Rimbaud pour neuf d'entre elle et en cabinet libéral pour une d'entre elle. La saturation des données est arrivée à partir du dixième entretien, un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer qu'aucun élément nouveau n'était abordé. La taille de l'échantillon est donc déterminée *a posteriori* au cours des études qualitatives contrairement aux études quantitatives. Deux entretiens successifs n'apportant plus de nouvelles informations confirment la saturation des données.

III) La réalisation des entretiens

1) Le guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretien. Celui-ci comprend une série de questions permettant au chercheur de guider l'interviewé. Ce guide d'entretien est ouvert. Il doit être considéré par le chercheur comme un outil, parfois utile, parfois non.

Du fait de la méthode utilisée d'analyse par théorisation ancrée, le canevas a évolué avec les entretiens successifs. Initialement ce guide comprenait plusieurs thèmes :

- un premier concernant la situation civile et administrative de la personne interrogée
- un volet concernant les problématiques de santé rencontrées par la patiente successivement dans son pays d'origine, au cours du parcours migratoire, et depuis son arrivée en France
- un volet concernant le système de soin français, leur connaissance à ce sujet, leur difficulté.

2) Le cadre de l'entretien

Les entretiens ont été réalisés dans un bureau de la PASS Rimbaud ou dans un bureau de cabinet de médecine générale. Ils ont été réalisés en langue française quand il s'agissait d'une langue couramment parlée par la patiente. Sinon un système d'interprétariat téléphonique (ISM interprétariat) permettait à la patiente de s'exprimer dans sa langue maternelle.

C) RESULTATS

I) Description de la population étudiée

Le tableau ci-après regroupe les principales caractéristiques des femmes interrogées.

Entretien	Nationalité	Age	Durée du trajet	Date d'arrivée	Situation administrative
1	Kosovare	34	5 jours	avril 2016	Irrégulière
2	Russe	32	5 jours	décembre 2016	Demande d'asile
3	Arménienne	61	1 jour	décembre 2016	Demande d'asile
4	Roumaine	25	2 jours	juillet 2016	Espace Schengen
5	Éthiopienne	35	5 mois	novembre 2016	Demande d'asile
6	Arménienne	29	4 jours	janvier 2017	Demande d'asile
7	Algérienne	63	1 jour	mai 2015	Irrégulière
8	Camerounaise	35	4 mois	octobre 2015	Demande d'asile
9	Gabonaise	31	3 jours	mars 2017	Demande d'asile
10	Guinéenne	30	2 jours	janvier 2016	Demande d'asile

La carte ci-après montre la répartition géographique des pays d'origine des patientes ayant participé à l'étude.



II) Analyse thématique

1) Précarité et migration

a- Définition

La migration est un parcours, elle implique non seulement une succession d'étapes, mais mobilise surtout toutes les sphères de l'existence. En tant que période de transition et de perte de repères, elle déconstruit le passé pour reconstruire un avenir différent. Il semble que la précarité se situe à toutes les étapes du parcours migratoire. En France, sa manifestation la plus visible est sans doute celle induite par le statut d'irrégularité au sens légal. Durant cette période d'attente dans laquelle se trouve nos patientes, la précarisation prend des visages multiples, parfois celui de l'exclusion.

Historiquement, le terme de précarité qualifie un sentiment, celui de l'existence produit par le monde moderne et les sociétés industrielles. Au-delà des frontières occidentales, la précarité apparaît non plus au sens des injonctions du changement socio-économique mais au sens des injonctions institutionnelles et sociales traditionnelles. Concernant les femmes migrantes, la précarité prend différentes formes.

b- Situation de vie dans le pays d'origine

Souvent leur situation de vie dans le pays d'origine était déjà précaire ou l'est devenue et a été moteur du départ.

E2 : « Je sais pas comment vous dire, on peut appeler ça des problèmes de couples. [...] Il était agressif, il ne voulait pas divorcer. [...] Il avait des amis qui ont beaucoup de pouvoir. » On note ici une précarité affective importante, la patiente ne semble pas avoir d'entourage sur lequel compter, le départ est la seule solution.

E4 : « Nous avons pris enfin cette décision pour venir en France parce que en Roumanie, les conditions sont très difficiles, il n'y a pas de travail et donc nous avons pris cette décision de venir nous établir ici en France, de scolariser les enfants, de

pouvoir trouver du travail et un logement. » Cette patiente verbalise avec clarté la précarité économique dans laquelle elle vivait ainsi que ses espoirs de la voir disparaître en France.

E8 : « Quand le terrorisme a eu lieu le 4 août, la nuit du 4 août, j'ai perdu mon époux. [...] On a tout perdu la maison a brûlé. »

c- Parcours migratoire et clandestinité

Le parcours migratoire en lui-même est source de précarisation. Souvent dépossédées, les femmes se retrouvent à la merci des passeurs.

E2 : « C'est le passeur qui a décidé pour la France, c'est lui qui a tout organisé. »

La situation de clandestinité implique une absence totale de droit, une vulnérabilité.

E8 : « Le piroguier a promis qu'il partait le soir, mais après il nous a dit que son moteur est en panne et qu'il faut attendre le dépanneur avant de quitter. Nous étions coincés, il avait déjà pris l'argent, il avait pris 150 000 francs CFA, nous étions coincés, il nous restait plus que 350 000 francs CFA. Nous sommes restés là-bas deux semaines au bord de la mer. On dormait dans la pirogue, on enlevait le bois, on dormait dessous. Il nous cache parce que même là-bas, il ne fallait pas qu'on sache, qu'il y avait des gens qu'il allait faire passer. »

Certaines ayant été enfermées en centre de rétention s'expriment sur la rudesse des conditions de vie, la promiscuité.

E1 : « Dans le camp le problème c'était qu'il y avait beaucoup de monde, pas trop d'intimité. »

d- L'arrivée en France

L'arrivée et la vie en France réservent aussi leur lot de précarité. Beaucoup d'espoir sont fondés sur une stabilité. Les patientes revendentiquent ce besoin de sécurité sur le sol français mais les conditions de vie qu'elles traversent sont très difficiles.

1- Difficulté de logement

La situation concernant le logement de ces femmes est très précaire. Quelques-unes ont été hébergées à l'hôtel depuis leur arrivée sans possibilité de se préparer à manger. D'autres vivent dans leur voiture ou dans des squats :

E4 : «Nous sommes en France depuis six mois, pendant trois mois nous avons dormi dans notre voiture, ensuite un ami de mon mari nous a autorisés à vivre chez lui. C'est une sorte de squat mais lui il est parti en Roumanie donc il nous a laissés occuper le lieu jusqu'à ce qu'il revienne de Roumanie. Après je ne sais pas quand il reviendra qu'est-ce qu'on va faire, parce qu'on a besoin quand même d'avoir un hébergement. »

Leur situation est très instable, souvent elles ont multiplié les déplacements :

E2 : « Au début, j'étais logée par une association [...], après ils m'ont dit qu'ils nous transfèrent vers un autre hôtel pour quatre jours et il y aura plusieurs changements. J'ai rencontré une famille arménienne et c'est cette famille qui m'aide. [...] A présent, je suis hébergée par cette famille. »

E9 : « J'appelle le 115, c'est eux qui me loge. Tous les jours, c'est là où je dors. [...] Là j'avais appelé, ils m'ont donné un mois, c'est fini, hier j'ai rappelé, avant-hier j'ai rappelé, ils m'ont donné neuf jours encore. »

2- Pauvreté économique

Parmi toutes les femmes interrogées, aucune ne bénéficie d'une source de revenu stable et suffisante.

Les demandeuses d'asile reçoivent l'allocation demandeur d'asile dont le plafond est bas. D'autres ne bénéficient d'aucune ressource.

E3 : « Nos demandes ont été rejetées et je suis sans ressource. »

Les associations permettent parfois aux personnes de se nourrir.

E2 : « Pour les ressources alors c'est l'association X qui a donné des tickets de service et j'avais un peu d'argent sur moi et j'ai réussi à me débrouiller avec ces tickets de service et l'argent que j'avais. Et à présent, je suis hébergée par cette famille et c'est cette famille qui m'aide. »

Souvent c'est la débrouille qui est de mise.

E4 : « On ne travaille pas ni moi ni mon mari mais on va faire les poubelles, il faut qu'on s'en sorte d'une manière ou d'une autre. »

3- Situation administrative instable

Les femmes interrogées étaient pour la plupart en cours de procédure de demandes d'asile, pour certaines depuis peu de temps pour d'autres depuis des mois. Ces situations administratives sont très déstabilisantes pour les femmes car l'attente est ressentie comme interminable.

E10 : « J'ai rendez-vous avec ma fille le 8 mars à Paris pour qu'ils nous interrogent, en attendant je peux rien faire, je voudrais travailler, pouvoir faire quelque chose de mes journées. Mais j'ai le droit de rien. J'étais très active avant en Guinée. »

De plus, l'issue incertaine est source de souffrance.

E8 : « S'ils refusent, je sais pas ce qu'on fera. S'ils nous renvoient là-bas on mourra. Je sais pas ce qu'on fera. »

Certaines d'entre elles se retrouvent dans des situations d'irrégularité qui se pérennissent du fait de la procédure Dublin III. Cette procédure définit qu'un seul État est responsable de l'examen d'une demande d'asile, celui par lequel la personne est entrée dans l'Union Européenne et où elle a été contrôlée pour la première fois. Cet État n'est donc pas choisi par le demandeur d'asile.

E1 : « En fait, nous sommes dans une situation compliquée, nous venons d'Allemagne, nous devons attendre dix-huit mois pour pouvoir demander l'asile. »

Ainsi s'opère une transition de la précarité vers l'exclusion. Elle est la conséquence d'une situation de précarité qui s'éternise et s'aggrave se nourrissant de facteurs environnementaux. Le déracinement, la barrière linguistique et culturelle, la situation d'instabilité administrative, l'absence de logement, l'interdiction de travailler ; autant de facteurs de marginalisation.

Ces situations de précarité provoquent des souffrances morales et physiques.

2) Le combat administratif

A l'issue d'un trajet migratoire souvent épuisant, les patientes se voient dans l'obligation de se lancer d'emblée dans des démarches de régularisation. La crainte d'une arrestation et d'un renvoi au pays motivent ces démarches mais celles-ci sont souvent un vrai parcours du combattant.

a- La méconnaissance des administrations

Ce qui apparaît au cours des entretiens est une méconnaissance complète des administrations françaises et des lois européennes.

E8 : « J'ai demandé l'asile le 16 janvier 2016, parce que je suis arrivée le 15 octobre mais j'ai eu beaucoup de difficultés, je ne savais pas ce qu'était l'asile, moi je m'enfuyais juste, je fuyais les problèmes que j'avais vécus, le terrorisme qui nous avait attaqués. »

A ce sujet une autre patiente d'origine guinéenne explique qu'elle aurait préféré demander l'asile en Belgique mais comme son avion a atterri en France, elle a fait sa demande en France.

E10 : « En Belgique quand tu demandes l'asile tu peux travailler en même temps c'est beaucoup plus rapide [...]. Ils m'ont interdit parce que je suis arrivée en France d'abord, alors je dépendais de la France. »

b- La barrière linguistique

La barrière linguistique est un frein considérable. La compréhension des différentes procédures, des dates et heures des rendez-vous, la rédaction des formulaires s'avèrent être un calvaire pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français. Le soutien des associations ou des collectifs pour toutes ces démarches est souvent indispensable aux migrantes. Le soutien d'autres membres d'une même communauté ayant une connaissance de la langue française est aussi précieux.

E2 : « J'ai rencontré une famille arménienne et c'est cette famille qui m'a aidait

pour faire les traductions, l'interprétariat ou faire les démarches administratives. »

c- La violence institutionnelle

Beaucoup de patientes se sont exprimées sur leur confrontation avec les institutions au moment de la demande d'asile. Elles ont expliqué avoir souffert d'incompréhension de la part des agents qui les interrogeaient. Ainsi s'exprime une patiente guinéenne ayant fui son pays alors qu'elle était enceinte d'une petite fille pour lui épargner l'excision.

E10 : « Ils ont remis en question ma décision. Ils estimaient que j'avais d'autres possibilités. Mais ils connaissent pas comment c'est là-bas. Là-bas c'est pas comme ici. Ils m'ont dit : pourquoi vous avez pas organisé une fausse cérémonie d'excision ? [...] Puis ils m'ont dit que j'avais une bonne situation, un travail, que j'aurai pu fuir ma famille et prendre un appartement à la capitale. Mais ils comprennent pas, là-bas c'est pas comme ici. Tout le monde connaît tout le monde. Tu disparais pas... »

Les exigences du planning des rendez-vous méconnaissent les difficultés rencontrées par ces femmes dans la vie quotidienne, les difficultés pour se déplacer, les problèmes de santé. Ainsi s'exprime une patiente ayant perdu ses allocations demandeur d'asile :

E3 : « J'ai reçu un appel téléphonique où on m'a convoquée à un rendez-vous à la préfecture pour un hébergement. Malheureusement j'avais des maux de tête assez violents et ma fille a expliqué au téléphone que je n'étais pas en état pour me présenter à ce rendez-vous. Par la suite j'ai appris que le service de la préfecture qui s'occupe de l'hébergement a considéré que je refusais l'hébergement. [...] Lorsqu'un demandeur d'asile n'accepte pas le premier hébergement, les allocations mensuelles sont retirées d'office. »

3) La vie de famille

Au sein des récits de migration des femmes interrogées, la question des

enfants est récurrente. Les mères évoquent souvent la place que leurs enfants ont pris dans le choix de la migration. D'autres évoquent au contraire la souffrance qui les traverse depuis qu'un de leurs enfants est resté au pays et qu'elles sont ici.

a- Moteur de la migration

Beaucoup d'entre elles ont exprimé le fait que leur choix de partir était guidé par leur(s) enfant(s). Pour leur éviter la mort comme l'explique cette patiente originaire du Cameroun qui a fui son pays avec ses deux filles suite aux attaques terroristes de Boko Haram.

E8 : « Donc après la mort de mon mari dans ce désordre je ne pouvais pas rentrer de ce côté-là, ils m'ont dit qu'ils allaient nous tuer. [...] J'ai tout perdu ma maison, mon mari et tout ce qu'il me reste sur la terre c'est mes deux filles [...]. Je fais tout ça pour elles vous savez parce que moi si j'étais seule j'aurai préféré mourir. »

Pour leur épargner des violences, une femme d'origine guinéenne raconte la promesse qu'elle s'était faite :

E10 : « Je me suis toujours dit que si un jour j'avais une fille elle ne serait pas excisée comme je l'ai été. Je m'étais fait cette promesse. Alors quand j'ai appris que ça serait une fille, je n'avais pas le choix, je suis partie. »

Simplement dans l'espoir de leur offrir une meilleure qualité de vie, une mère roumaine raconte :

E4 : « On a pris quand même cette décision de venir en France parce que c'est très difficile en Roumanie et on pensait surtout à nos enfants pour leur offrir un autre avenir. »

b- Responsabilité parentale : source d'inquiétude et de souffrance

Il apparaît clairement que l'état de santé des femmes est directement en lien avec celui de leurs enfants si elles en ont. Le vécu souvent douloureux dans le pays d'origine provoque des traumatismes importants chez les enfants et ceux-ci se rajoutent à la souffrance maternelle.

E8 : « Il y en avait une qui était très traumatisée car elle avait vécu en direct la mort de son père, jusqu'à aujourd'hui elle ne parle pas, elle n'écrit pas, elle ne fait rien, elle pleure la nuit, elle a des crises, donc je vis une vie horrible, je ne conseille ma vie à personne. »

Le trajet migratoire est particulièrement éprouvant pour les enfants et souvent les mères privilégient leur bien-être. Elles se mettent elles-mêmes en danger.

E8 : « Il nous a caché dans les cartons... les enfants. Nous forcions pour faire des trous, pour écarter les cartons, pour les enfants. Moi je n'avais qu'à mourir c'est mieux que de perdre les enfants. Toujours d'abord protéger les enfants. »

E1 : « J'avais des médicaments avec moi mais pendant ce temps [...] je ne pensais pas trop à moi-même, je pensais à l'enfant. »

Il faut souligner le lien étroit entre état de santé des enfants et état de santé maternel. Une patiente originaire de Roumanie nous l'a verbalisé très simplement revenant sur le syndrome dépressif qu'elle traverse :

E4 : « Depuis que l'état de ma fille s'est amélioré, que oui, moi aussi je me sens nettement mieux, en comparaison avec comment j'étais, c'était beaucoup plus grave, je ne pouvais même pas soulever la tête mais là je me sens nettement mieux oui. »

c- Migration et famille écartelée

Migration rime souvent avec éclatement des familles. Ceci est source de souffrance importante pour nos patientes. Arrivées en France, elles ont l'espoir de régulariser leur situation assez rapidement et ainsi réussir à réunir leur famille, à faire venir le ou les enfants restés dans leur pays d'origine.

Une patiente originaire de Guinée ayant fui lors de sa deuxième grossesse a été contrainte de laisser son fils de deux ans à sa belle-famille :

E10 : « Je suis partie seule, (silence), ça fait un an et demi maintenant [...] mon fils est resté là-bas. [...] J'ai espoir qu'il nous rejoigne, c'est long. »

Parfois le départ se fait dans la précipitation, une femme d'origine éthiopienne, persécutée du fait de son ethnie explique avoir dû partir en abandonnant ses enfants.

E5 : « Mon mari est décédé. Je ne sais pas si c'est la police ou l'armée mais il a été tué. [...] Oui j'ai laissé là-bas les enfants, je les ai laissés à la maison comme ça. »

4) Santé et migration

a- Système de soins dans le pays d'origine

1-Sécurité sociale

Parmi toutes les femmes ayant participé à l'étude aucune n'est originaire d'un pays où existe une sécurité sociale. Les soins sont payants, comme les visites médicales et les médicaments. Le lieu de premier recours semble souvent être l'hôpital quand il en existe un à proximité. Sinon des dispensaires proposent des consultations. Une patiente d'origine éthiopienne explique :

E5 : « En Éthiopie c'est pas comme en France, je faisais une visite médicale chaque année, il y avait des médecins qui venaient [...]. En Éthiopie aucun n'est gratuit, c'est payant. »

Une autre patiente originaire d'Arménie raconte :

E3 : « Malheureusement en Arménie, il n'y a pas encore le système de la sécurité sociale, donc lors de chaque visite chez le médecin il faut payer la consultation, à plein tarif. [...] Le système est le suivant : soit il faut aller à l'hôpital et voir un médecin, soit il y a des polycliniques dans chaque quartier où on peut aller consulter des spécialistes. »

2-Accessibilité aux traitements

L'accessibilité aux médicaments paraît parfois compliquée comme le présente une patiente d'origine Russe :

E2 : « C'était très difficile de trouver ce médicament, de temps en temps, je passais des commandes à Moscou ou c'est les pharmaciens qui passaient les

commandes et après j'allais chercher, acheter mes médicaments. »

Une autre femme d'origine algérienne explique que sa venue en France est directement liée à ses soucis de santé :

E7 : « Je suis venue ici parce que je suis diabétique et là-bas il n'y a pas de médicaments pour le diabète. »

3-La place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est un professionnel qui n'existe que rarement dans les pays d'origine de nos patientes migrantes. De plus, quand socialement son rôle existe, le rapport qu'il entretient avec ces patients n'a pas l'air superposable à celui des médecins généralistes français. Une patiente roumaine témoigne :

E4 : « J'avais un médecin de famille, pour toute la famille, les enfants, [...] c'est moi qui devait payer et il y avait des moments où je n'avais pas suffisamment de ressources donc malheureusement je n'allais pas voir le médecin faute de moyens. »

b- Problématiques de santé rencontrées dans leurs pays d'origine

1- Mutilations sexuelles féminines

Au cours des entretiens, trois patientes ont évoqué les mutilations sexuelles féminines. Chacune d'entre elles dans des dimensions bien singulières.

La première patiente est originaire du Cameroun, d'obédience chrétienne, elle s'est mariée avec un musulman. Elle explique la pression qu'elle a reçue de la part de la communauté religieuse pour être excisée. Enfin, ayant cédé aux pressions, elle raconte ce qu'elle a vécu :

E8 : « Ils n'acceptent pas les chrétiennes parce qu'il fallait qu'on m'excise, il fallait qu'on excise les filles et mon mari était contre. J'ai tellement subi qu'à un moment donné j'ai accepté l'excision mais quand ils ont commencé j'ai pas pu supporter donc là, ils ont commencé à m'exciser mais ils n'ont pas achevé, j'ai

beaucoup saigné, j'ai eu une hémorragie très grave, j'ai perdu connaissance, et ils m'ont abandonnée, ils croyaient que j'étais morte. »

La deuxième patiente est originaire de Guinée Conakry et vivait au Gabon avec son mari. Un conflit les oppose :

E9 : « Après quelques temps en 2015 il vient me dire qu'il veut que j'apprenne à exciser les filles. [...] Au Gabon, c'est la communauté malienne et guinéenne qui excise les gens. [...] Il voulait m'obliger à le faire, je lui ai dit non je ne veux pas faire ça. Parce que je sais, quand j'avais été excisée, j'ai beaucoup souffert, j'ai mis deux mois avant de guérir. Ma mère avait beaucoup souffert. Désinfection, la plaie s'était infectée. »

Malgré son refus farouche, son mari ne lui laisse pas le choix :

E9 : « Je suis allée, on tenait la fille, on avait de petits couteaux, des ciseaux et des lames. Je tenais la petite fille, on était quatre à tenir la petite fille, plus la femme qui excisait. Je la tenais, et dès qu'elle a commencé à couper j'ai vu le sang et la fille qui criait, je suis tombée, je me suis évanouie. »

La troisième patiente est également originaire de Guinée-Conakry, déjà mère d'un petit garçon, elle a commencé une deuxième grossesse. Au cours de sa grossesse, elle a appris que le fœtus était une fille. Elle-même excisée dans son enfance, elle s'était fait la promesse que ses filles y échapperaient.

E10 : « Je me suis toujours dit que si un jour j'avais une fille elle ne serait pas excisée comme je l'ai été. Je m'étais fait cette promesse. Alors quand j'ai appris que ça serait une fille, je n'avais pas le choix, je suis partie. »

2- Menaces et agressions physiques

Les agressions physiques semblent être aussi une problématique régulièrement soulevée par les patientes interrogées. L'une d'entre elles, avocate de profession, a été victime d'une agression suite à une grosse affaire au cours de laquelle elle a plaidé. Elle explique :

E3 : « Mes problèmes de santé étaient liés à mon agression, j'ai été battue ensuite rapportée à l'hôpital. »

3- Violences conjugales et mariages forcés

Les violences conjugales sont aussi des facteurs de migration pour les femmes. Elles évoquent la migration comme seule issue possible, leurs ressources locales étant maigres. Une patiente originaire de Russie explique :

E2 : « J'ai des graves problèmes avec mon mari et je n'ai pas pu régler ces problèmes grâce à la justice, je n'avais pas d'autres choix et j'ai quitté mon pays. » Elle avait placé son espoir dans le fait que l'arrivée d'un enfant pacifierait leur relation.

E2 : « Je pensais qu'avec la naissance de l'enfant, ça va s'améliorer nos relations, mais j'ai bien compris qu'il n'y avait aucun changement. [...] C'est une personne qui a des amis qui ont beaucoup de pouvoir et j'ai pas eu la possibilité de régler les problèmes [...] je savais très bien qu'il ne voulait pas divorcer et on ne pouvait pas continuer dans ces conditions, il a des amis qui ont beaucoup de pouvoir, et c'est pour cette raison que je suis partie. »

Une autre patiente d'origine gabonaise n'a pas eu le choix de se marier :

E9 : « Lui c'est mon cousin, mes parents m'ont obligée à me marier avec lui. Comme je suis enfant unique de mes parents, et chez nous on dit quand tu es une fille unique tu ne dois pas te marier en-dehors de la famille, tu dois toujours rester dans la famille. [...] Lui il était déjà marié et me marier avec un cousin je n'aime pas. »

Secondairement victimes de violences psychologiques et physiques de la part de son mari, elle choisit de fuir en Guinée. Elle raconte :

E9 : « Il est venu avec des hommes, des gendarmes en uniforme. [...] Il me dit que je ne peux pas le fuir, partout où je vais il va me retrouver. Bon j'ai essayé d'expliquer aux gendarmes, dès que j'ai commencé le gendarme a dit " tais toi, c'est les femmes comme vous qui détruisent notre religion et nos valeurs ", il m'a insultée, insultée et ils m'ont ramenée de force au Gabon. » Ce récit nous montre les difficultés des femmes à trouver des soutiens dans leurs souffrances.

4- Pathologies courantes

Par ailleurs, les femmes migrantes présentent également des pathologies courantes, qu'elles soient aiguës ou chroniques. L'accès aux soins étant différent, la prise en charge de ses pathologies est souvent loin d'être optimale.

c- Problématiques de santé rencontrées au cours du trajet migratoire

1-Prise de risque et mise en danger

Le parcours migratoire en lui-même mène à des prises de risque parfois considérables. De nombreuses patientes en témoignent dans notre étude. Le témoignage le plus parlant est celui de notre patiente originaire du Cameroun, elle explique :

E8 : « On s'est caché dans les grottes. Au Cameroun les grottes, c'est des grosses pierres avec des trous, à l'intérieur c'est comme une maison mais il faut passer par un petit trou et rentrer. Vous pouvez rencontrer là-dedans des serpents, tout genre d'animaux, mais vous êtes obligés, vu la situation. Vous êtes obligés de vous cacher, deux jours, du 4 jusqu'au 6. »

Plus tard avec ses filles elle traversa la mer du Niger en pirogue. Puis elle marcha jusqu'à Calaba au Nigeria :

E8 : « Le Nigeria c'est dangereux donc n'importe où ça peut nous prendre donc que chacun fasse sa prière. »

A Calaba se tient un marché où les chauffeurs chargent leurs camions pour aller au Maroc. Notre patiente a été à la rencontre de l'un d'entre eux :

E8 : « Le monsieur il a dit on va faire une semaine de voyage mais si la police vous attrape vous dîtes que vous êtes entrés sans ma permission, que je ne savais même pas que vous étiez là-dedans, c'est à vos risques et périls. Moi je me suis dit, en même temps ici je vais mourir, si la police m'attrape là-bas ou il me tue mais que ce soit loin d'ici, peut-être qu'ils vont me tuer et avoir pitié de mes enfants, mais ici je vais perdre ma vie et la vie de mes enfants automatiquement. J'ai dit monsieur on y va. »

Son voyage s'est poursuivi, dont un certain temps en pirogue pour atteindre l'Espagne, elle raconte :

E8 : « On se cachait tous dans la pirogue, on mettait un contreplaqué et on posait des cartons dessus, pour faire semblant. Parfois l'eau rentre on dormait parfois dans l'eau parce qu'il y a des trous, quand la marée passe l'eau entre. On avait peur pour les enfants on était obligé de rester en-dessous et eux au-dessus, les enfants se couchent sur moi, on était obligé [...]. Beaucoup d'enfants mourraient là sur place, dans la pirogue, tous les enfants qui étaient en bas, on a perdu quatre enfants. Ça me faisait peur, je touchais mes filles pour voir si elles respirent, à tout moment je les touchais, j'avais tellement peur, rien ne traumatisé plus que ça. »

L'une d'entre elles, originaire d'Éthiopie, ayant entrepris un voyage seul, raconte son étape en Libye :

E5 : « J'avais des vertiges, j'avais mal partout, je n'arrivais pas à manger. Je faisais rien de la journée en fait. J'étais très malade. » Son voyage jusqu'en France a duré environ cinq mois mais elle ne sait pas dire avec précision combien de temps elle avait passé en Libye.

2- Malnutrition

Au cours du trajet migratoire, les apports nutritionnels sont parfois limités. Une patiente témoigne de cette réalité :

E5 : « J'avais des vertiges, j'avais mal partout, je n'arrivais pas à manger. ». Il semble que l'angoisse soit un facteur anorexigène.

Dans d'autres circonstances ce sont les conditions mêmes du voyage qui limite l'accès aux matières premières. Plusieurs jours d'affilée en camion :

E8 : « Quand on traversait un pays, il s'arrêtait, il donnait du pain avec de l'eau. Du pain bien dur qu'on trempait dans l'eau, je force les enfants pour qu'il avale quelque chose. »

Les escales sur la plage :

E8 : « On mangeait du tapioca, du manioc râpé et séché, on mangeait ça simplement comme ça, pendant deux semaines personne n'allait aux toilettes, les enfants y allait, nous on y allait pas, tout le monde était malade, et ma fille a rechuté,

j'avais peur qu'elle allait mourir. »

3- Victimes de la traite des êtres humains

En route vers l'Europe, certaines femmes sont victimes du racisme dans les pays qu'elles traversent. Une patiente originaire d'Éthiopie explique avoir été retenue en Libye et avoir été contrainte de travailler pour des hommes. Détenue pendant plusieurs mois, elle finit par fuir grâce à d'autres femmes.

E5 : « J'avais des amies qui ont travaillé comme femmes de ménage chez quelqu'un. C'est elles qui m'ont aidée. ».

4- Agressions physiques

La violence physique, la torture est parfois l'une des réalités de leur parcours :

E5 : « J'ai été maltraitée en Libye... (silence) c'est comme ça... [...] Je sais pas si c'est des policiers, mais il y a quelqu'un qui m'a tabassée, ils m'ont frappée avec une kalachnikov, avec des armes en fait. »

d- Problématiques de santé présentées depuis leur arrivée en France

1- État de stress post-traumatique

A l'issue du parcours migratoire, une fois arrivées en France, de nombreuses femmes ont signalé des difficultés psychologiques. Les multiples traumatismes qu'elles ont traversés resurgissent. Parmi nos entretiens, ceci apparaît souvent par de la communication non verbale, qu'il est difficile de retranscrire. Au cours des entretiens certains silences étaient évocateurs, parfois des changements de regards, parfois des larmes.

Certaines patientes ont verbalisé leur souffrance psychologique. A la fin de chaque entretien, une question ouverte était posée aux femmes de sorte à savoir si elle souhaitait me faire part de quelque chose. L'une d'entre elles a répondu ceci :

E5 : « J'ai des problèmes de... mentalité... en fait j'ai besoin de vous pour m'aider. »

De façon indirecte, un entretien rapporte un état de stress post-traumatique chez la fille d'une de nos patientes :

E8 : « Et il y en avait une qui était très traumatisée car elle avait vécu en direct la mort de son père, jusqu'à aujourd'hui elle ne parle pas, elle n'écrit pas, elle ne fait rien, elle pleure la nuit, elle a des crises, donc je vis une vie horrible, je ne conseille ma vie à personne. »

2- Victimes de la traite des êtres humains

Le territoire français n'échappe pas à la règle. Parmi nos entretiens, l'un rapporte une histoire d'esclavage. La patiente arrivée du Cameroun à l'issue d'un long voyage de plusieurs mois est tombée dans un réseau d'exploitation de migrants. Sur le territoire espagnol, elle rencontre un homme qui se propose de la conduire elle et ses deux filles chez un ami à lui, qui possède une ferme en France et recherche des travailleurs. La patiente accepte l'offre. Elle raconte :

E8 : « La ferme était à côté de Tours, moi je savais pas où était Tours. On est arrivées là-bas, et il nous a logés dans sa cave, on avait même pas de couvertures. [...] On travaillait toute la journée. [...] Le soir on avait le droit à un repas. C'était pas beaucoup, mais comme nos estomacs étaient rétrécis par le voyage... [...] Moi je disais c'est très bien d'être ici, au moins on est à l'abri, on est en sécurité. » La patiente et ses deux filles sont restées plusieurs semaines dans cette exploitation à travailler sans rémunération. Elles ne sont jamais sorties de l'exploitation. Un jour, elles en ont été chassées alors qu'une de ses filles présentait des problèmes de santé et qu'elle souhaitait l'emmener à l'hôpital.

3- Malnutrition

La malnutrition est induite par des conditions de vie très sommaires. Certaines patientes migrantes hébergées dans les hôtels rapportent des difficultés pour s'alimenter du fait de ne pas pouvoir cuisiner. D'autres logées dans des appartements expliquent qu'elles n'ont pas suffisamment d'argent pour acheter du matériel de cuisine et des aliments tels que des fruits et des légumes. L'une d'entre

elle rapporte :

E8 : « Le soir à la maison, on ne mange que du riz à l'huile. Mais aucun ne se rebelle, chacun sait qu'il n'a que ses yeux pour pleurer. »

La récupération est une solution pour certains :

E4 : « On va faire les poubelles, il faut qu'on s'en sorte d'une manière ou d'une autre. »

4- Pathologies courantes

Les femmes migrantes présentent aussi toute la variété des pathologies courantes, nécessitant une prise en charge en soins primaires. Leur pathologies aiguës ou chroniques sont souvent diagnostiquées tardivement et le pronostic en est plus sombre comme expliqué ci-dessus.

De plus, il faut noter que toutes les femmes interrogées se sont plaintes de céphalées.

e- Ressenti et attente

Le ressenti global des femmes migrantes concernant leur santé est similaire pour toutes nos patientes interrogées. Elles se considèrent en mauvaise santé.

E1 : « Je ne me sens pas en bonne santé. »

E10 : « Mon état de santé n'a pas vraiment évolué, il est pas terrible. »

La notion de dépossession apparaît à plusieurs reprises. Une patiente s'exprime sur son parcours de soin :

E10 : « C'est difficile de suivre. »

Les problématiques de santé génèrent de l'inquiétude :

E1 : « C'était à cause de l'examen que j'ai fait, j'avais des doutes qu'il n'était pas bon, c'est pour ça que j'étais stressée. »

f- Contact avec la PASS

Afin d'analyser l'accessibilité aux soins de nos patientes, il leur a été demandé

comment elles avaient rencontré la Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Les réponses ont été très diverses :

E2 : « C'est grâce au passeur que j'ai rencontré cette personne, et cette personne a su que j'avais des problèmes de santé, [...] cette personne m'a dit, tu peux avoir une aide ici. »

E4 : « J'ai connu le service PASS par l'intermédiaire de mon mari, qui était venu avec son père qui avait des problèmes cardiaques. »

E1 : « En fait, c'est la directrice de l'école de mes enfants qui m'a parlé de ce service. »

Ce qui ressort de notre étude concernant la connaissance de la PASS c'est premièrement que le bouche à oreille est le premier outil. Les interfaces papiers ou internet ne sont pas spécialement évoquées.

L'une des patientes résidant dans un centre d'hébergement d'urgence a connu tout d'abord la PASS Colette.

D) DISCUSSION

I) Discussion de la méthode

1) Les principaux biais

a- Biais méthodologiques

Le biais de recueil d'information insuffisant ou incomplet peut être de la responsabilité du chercheur comme du répondant. Le chercheur peut de son côté négliger certaines informations. Le répondant quant à lui peut oublier de façon intentionnelle ou non de transmettre certaines informations.

Le biais de sélection concerne le recrutement de nos patientes. Il s'est fait à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital de la Timone ou en cabinet de médecine générale de ville. Ceci implique que les patientes interrogées bénéficiaient d'une amorce de prise en charge médicale et sociale. De plus certaines patientes ont refusé de participer à l'étude, souvent celles avec des parcours migratoires douloureux.

b- Biais affectifs

La déformation du jugement est entraînée par l'influence des états affectifs. Cette étude a nécessité une mise en jeu importante pour les patientes, le sujet étant intime et parfois difficile à évoquer du fait des traumatismes. L'émotion du chercheur ou du répondant peut avoir impacté l'écoute mutuelle.

c- Biais de désirabilité sociale et de confirmation d'hypothèse

Le biais de désirabilité sociale consiste à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est sujet d'intérêt. Ce biais a pu apparaître au cours de notre étude puisque inhérent aux études qualitatives par entretien.

En outre le biais de confirmation d'hypothèse qui caractérise la tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues et inversement à accorder moins de poids aux point de vues jouant en défaveur de leur conception a également pu surgir dans cette étude.

d- Biais d'analyse

La codification et la catégorisation se sont faites par deux personnes successives n'ayant pas accès au travail de l'une de l'autre.

e- L'interprétariat téléphonique

Le biais majeur de notre étude est celui de l'interprétariat téléphonique. Tout d'abord parce qu'il s'agit d'un travail qualitatif sur les informations apportées par la patiente. Le risque est que l'interprète change le sens des informations apportées par l'interviewée. Il était cependant précisé aux traducteurs avant chaque début d'entretien, l'importance d'une traduction précise du fait des caractéristiques de notre travail.

Le deuxième problème posé est celui du téléphone, le traducteur n'ayant pas accès à la situation de façon direct. Il est apparu des décalages de perception des traducteurs. Eux n'avaient pas accès à l'environnement, à la communication non verbale.

Trois des entretiens se sont déroulés en français, la qualité des dialogues était alors nettement supérieure.

2) Apports originaux de cette étude

a- Choix de la méthodologie

La méthodologie qualitative est en plein essor dans la recherche médicale. Jusque-là peu utilisée, les dernières années ont vu publié différents travaux

permettant une prise de recul sur les pratiques médicales. Cette méthodologie est particulièrement intéressante pour saisir ce qui se joue dans nos consultations. Entre autres des consultations au cours desquelles les patients n'ont pas les mêmes conceptions anthropologiques du corps, de la médecine, parfois pas la même langue.

De plus cette méthodologie a permis de replacer les femmes migrantes au cœur de leur prise en charge, leur permettant de s'exprimer sur leur vécu, leur ressenti et leurs attentes.

b- Choix de la population étudiée

Le dernier Rapport du Sénat sur la santé des femmes montre bien que des progrès sont nécessaires. De plus les inégalités en matière de santé se creusent avec les inégalités socio-économiques. Sur le territoire de Marseille où la migration est une réalité quotidienne, il semble absolument essentiel de se préoccuper de la santé des femmes ayant pris la décision de migrer. L'impression première dans la rue est celle d'une migration majoritairement masculine et jeune. Cette étude s'est attachée à questionner la place des femmes dans le phénomène migratoire et l'impact sur leur état de santé. Peu de données ont encore été publiées sur le sujet.

II) Synthèse des principaux résultats

1) La survie

Une donnée majeure de cette étude est que les femmes interrogées rapportent leur expérience de la migration comme un non-choix.

Le *primum movens* du parcours migratoire est celui de la survie. Il n'est pas question pour ces femmes de confort de vie, de perspectives économiques plus réjouissantes. L'imaginaire du pays d'accueil intervient très peu, il est parfois complètement inexistant, cela prouve bien que ce qui compte avant tout pour elles c'est la fuite. Tout vaudra mieux que la situation dans laquelle elle se trouve au moment du départ. La migration est pour les femmes interrogées la seule solution qui s'offre à elle. Parfois même la question de leur propre survie est secondaire, ce sont les enfants qui les obligent à prendre cette décision radicale.

Cette donnée est essentielle avant d'aborder la prise en charge médicale d'une femme migrante. La santé caractérisant l'état physiologique d'un être vivant, ces femmes ont commencé par choisir la vie plutôt que la mort ou la souffrance. Le rôle du médecin est donc en premier lieu de soutenir sa patiente dans les choix qu'elle a faits.

2) La santé des femmes au prisme de la migration

Les résultats de notre étude concernant la santé des femmes migrantes sont assez représentatifs du Rapport du Sénat sur la santé des femmes.

Le rôle social qui leur incombe étant celui du « prendre soin » la santé des autres est souvent perçue comme prioritaire : enfants, conjoint, parents... Leur santé est reléguée sur un plan secondaire. Concernant les femmes migrantes cette question apparaît clairement.

De plus leur statut socio-économique précaire les expose à des problématiques de santé bien spécifiques. L'instabilité du logement complique considérablement le suivi médical. Les modes de vie en foyer ou en squat, l'absence

d'eau courante les exposent à des maladies infectieuses et parasitaires. La malnutrition est également un problème qui a été soulevé de façon récurrente au cours de nos entretiens.

Certaines problématiques de santé sont spécifiques des pays d'origine des femmes. Ainsi au cours de l'étude plusieurs femmes ont évoquées la question des mutilations sexuelles féminines. Ces mutilations sexuelles sont facteurs de souffrances psychologiques et physiques. Autant la prévalence des mutilations sexuelles féminines en population générale est faible, autant celle-ci est loin d'être négligeable considérant la population migrante.

Sur le plan psychologique, plusieurs femmes présentent un réel tableau d'état de stress post-traumatique. La prise en charge de ces souffrances est souvent tardive, priorité étant faites aux questions sociales et somatiques. Les raisons de la migration et le parcours migratoire peuvent être des facteurs traumatisants. Loin de la phase immédiate ou post-immédiate, les syndromes psycho-traumatiques présentés par les patientes sont ceux de la phase de long terme. Nous pouvons noter ainsi dans nos entretiens les symptômes suivants caractérisant l'état de stress post-traumatique dans sa phase à long terme :

- altération du caractère : débordement émotionnel ou abattement
- altération du rapport à soi-même : sentiment de se sentir brisé, sentiment de culpabilité, faillite narcissique avec désinvestissement de soi, négligence de l'hygiène, des soins de santé...
- altération de la relation aux autres : altération de l'intérêt porté aux autres, impression de ne plus appartenir au même monde, méfiance, repli sur soi
- altération de la relation au monde extérieur : la perte de sens, sentiment de détachement, sentiment d'insécurité...
- altération de la relation au temps.

3) Les conditions de vie en France

Cette étude met également en avant que les préoccupations principales de nos patientes sont leurs conditions de vie dans leurs dimensions administratives et

sociales.

En effet, nos patientes migrantes ont quitté leur pays d'origine du jour au lendemain. La clandestinité débute pour elles dès le premier jour de la migration. Entre leur passé qu'elles laissent derrière elles et la clandestinité qui démarre, le sentiment d'insécurité est majeur. Il faut aussi noter que quelque chose de central se joue autour de la notion d'identité. A leur arrivée en France, entreprendre des démarches administratives pourrait être une première étape de stabilisation. Ceci est à relativiser à travers notre étude. Bien que la procédure de demande d'asile permette aux femmes d'acquérir un statut de présence sur le territoire dit « régulier », la menace plane toujours d'être déboutée. Nos patientes interrogées rapportent ce sentiment d'insécurité, l'angoisse que cela fait surgir chez elle et l'absence d'issue à leur situation. L'impossibilité persistante de pouvoir travailler ou se déplacer sans risque perpétue le sentiment de clandestinité. Ceci participe à marginaliser nos patientes. La reconstruction d'une identité, d'un réseau relationnel, d'une sécurité financière, d'une confiance en soi et en l'avenir reste donc suspendue.

Par ailleurs, l'obtention d'un logement est primordiale. Après parfois plusieurs mois de transit, le logement devient nécessaire. L'espace public peut être hostile pour les femmes. Avoir un logement stable est une priorité soulevée par nos patientes.

4) L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire

Cette étude fait ressortir l'importance d'une prise en charge en soins primaires. De nombreux acteurs sont essentiels afin de garantir la promotion de la santé auprès des femmes migrantes.

Du point de vue médical, une prise en charge holistique est absolument nécessaire puisque ces patientes nécessitent une prise en charge globale. Le regard panoramique et attentif du médecin généraliste garantit un bon point de départ. A l'affût des problématiques somatiques, psychologiques et sociales, le médecin généraliste en tant que médecin de soins primaires occupe une place centrale. Consultant au sein des Permanences d'Accès aux Soins de Santé lorsque les patientes n'ont pas encore de couverture maladie ou au sein de cabinet de médecine

générale dès que cela est possible, le médecin généraliste constitue un pivot.

Les travailleurs sociaux occupent également une place centrale. Comme nous l'avons vu plus haut, les femmes migrantes rencontrent beaucoup de difficultés à connaître le système administratif français et à faire valoir leur droit. L'étude a montré que les préoccupations sociales et administratives sont prioritaires pour nos patientes. D'autres études ont montré le lien direct entre déterminants sociaux et déterminants de santé. Ceci confirme la place cruciale des acteurs sociaux.

Une prise en charge spécialisée sur le plan psychologique par des psychiatres ou des psychologues est essentielle devant les traumatismes présentés par nos patientes. Cependant cela ne doit dispenser aucun des acteurs de soin de se préoccuper de cette souffrance.

III) Perspectives

1) Former les médecins généralistes

En effet, cette étude nous montre que quelques connaissances manquent aux médecins généralistes. Afin d'améliorer la prise en charge de nos patientes migrantes, une formation sur quelques problématiques spécifiques des femmes migrantes comme celle des mutilations sexuelles féminines et des difficultés liées au parcours migratoire pourrait être dispensée. En tant qu'acteur de santé publique, afin de prévenir des mutilations sexuelles féminines chez les petites filles ou dans la prise en charge des femmes en ayant déjà été victimes, le médecin généraliste doit être en mesure de les dépister et d'en prendre en charge les complications.

Par ailleurs, une meilleure connaissance par le médecin généraliste des démarches administratives et des couvertures médicales des patientes migrantes permettrait de les conseiller et de les orienter.

2) L'intérêt d'un dispositif de soin orienté vers les femmes migrantes

Cette étude met en avant l'intérêt qu'aurait un dispositif de soin orienté vers les femmes migrantes, un dispositif qui aille au devant des femmes migrantes pour plusieurs raisons :

- tout d'abord, comme expliqué plus haut, du fait que leur santé est souvent reléguée au second plan, après la santé des autres membres de la famille ainsi qu'après les préoccupations sociales ou administratives,
- ensuite, parce que la sphère publique est un espace majoritairement masculin, qui peut être considéré comme un espace d'insécurité pour les femmes,
- et enfin, parce que leur condition socio-économique les expose à un risque sanitaire plus important que la population générale.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé Colette est un dispositif de ce type qui a vu le jour il y a maintenant un peu plus d'un an. Notre étude prouve bien que cette initiative est à promouvoir et à répandre.

3) Améliorer l'offre de soins sur le territoire et valoriser la médecine générale

La prise en charge médicale des patients migrants nécessite des circonstances particulières qui ne sont pas toujours compatibles avec l'exercice en cabinet de ville :

- le temps nécessaire au patient pour s'exprimer sur leur histoire de vie, leur souffrance, leur vécu,
- la compréhension d'une langue étrangère

Plusieurs solutions sont à envisager :

- mettre à disposition des médecins généralistes un système d'interprétariat téléphonique pour les médecins exerçant dans des régions géographiques à fort taux d'immigration
- valoriser l'exercice du médecin généraliste auprès du patient migrant
- établir un réseau de soin comprenant travailleurs sociaux et professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients migrants.

CONCLUSION

En 2013, la France comptait 5,7 millions d'immigrés (Ministère de l'Intérieur) et 3,9 millions d'étrangers (INSEE). L'immigration était majoritairement européenne jusque dans les années 1990. Puis, les origines des immigrés ont évolué, Maghreb puis Afrique subsaharienne et Asie. Parallèlement, la population immigrée s'est féminisée. En 2013, 51 % des immigrés sont des femmes alors qu'elles représentaient 44 % en 1968. Le nombre de demandes d'asile est en hausse constante + 6,5 % en 2016. D'après l'INSEE, un tiers des demandes d'asile seraient déposées par des femmes. Il existe peu de statistiques sur la part de l'immigration clandestine. Les femmes immigrées étrangères arrivées pour la première fois sur le territoire français et ayant un désir d'installation durable sont dites primo arrivantes.

Par ailleurs, les inégalités de santé persistent en France. Qu'elles soient liées au sexe féminin, à la couleur de peau, au niveau socio-économique, les différences de prise en charge sont réelles. Les femmes migrantes présentent des déterminants de santé globalement moins bons que ceux de la population générale. Du fait de leur situation de précarité, elles consultent plus tardivement, sont moins sensibles aux campagnes de dépistage et présentent des facteurs de risques plus importants.

Le médecin généraliste est en première ligne. Il assure la prise en charge des personnes migrantes en premier recours. Celui-ci est confronté à certains obstacles : barrière de la langue, spécificité des problématiques de santé, couvertures sociales de ces patients... Aucune formation ne lui est dispensée au cours de ses études afin de l'y préparer. Les consultations pratiquées en langue étrangère sont souvent longues et difficiles. La prescription éventuelle de médicaments ou d'examens complémentaires doit être lourdement pesée car certains patients ne bénéficient pas de couvertures sociales. Peu d'outils sont mis à la disposition du médecin généraliste afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Cette étude s'est intéressée au besoin en santé des femmes issues de la migration. A travers une étude qualitative les patientes se sont exprimées dans leur langue maternelle sur l'impact de la migration sur leur santé. Les résultats de cette étude sont multiples.

Premièrement il ressort que les femmes migrantes primo-arrivantes sur le

territoire de Marseille présentent des problématiques de santé qui leur sont propres. Sur le plan psychologique, l'état de stress post-traumatique est une pathologie courante. Les difficultés sociales et économiques aboutissent aussi à une malnutrition. De plus, que ce soit dans leurs pays d'origine, au cours du trajet migratoire, ou depuis leur arrivée en France, beaucoup des femmes migrantes ont été victimes de violences. Une attention particulière doit être portée à la question des mutilations sexuelles féminines en particulier chez les patientes en provenance d'Afrique.

Par ailleurs, cette étude met en avant l'intérêt d'un dispositif de soin adressé aux femmes en situation de précarité comme peut l'être celui de la PASS Colette. Un dispositif qui permet aux femmes de reprendre contact avec leur santé, de les accompagner vers le parcours de soin classique. Conformément aux recommandations du Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes, la prise en charge des femmes en situation de précarité constitue une urgence.

Enfin, former les médecins généralistes à la prise en charge des patients migrants semble une nécessité devant la fréquence de ces situations cliniques rencontrées en médecine libérale, particulièrement dans le département des Bouches-du-Rhône. Adapter les conditions de travail des médecins généralistes pourrait également permettre d'améliorer la prise en charge des patients migrants à travers par exemple l'instauration d'un système d'interprétariat, la mise en place de réseau de travailleurs sociaux et la valorisation de leur travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le film : deux siècles d'histoire de l'immigration en France | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. Disponible sur: <http://www.histoire-immigration.fr/ressources/histoire-de-l-immigration/le-film-deux-siecles-d-histoire-de-l-immigration-en-france>
2. Au travail | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. Disponible sur: <http://www.histoire-immigration.fr/musee-numerique/reperes/au-travail>
3. Terre d'accueil, France hostile | Musée national de l'histoire de l'immigration [Internet]. Disponible sur: <http://www.histoire-immigration.fr/musee-numerique/reperes/terre-d-accueil-france-hostile>
4. Le peuplement de la France - L'immigration européenne de 1914 à 1974 - Herodote.net [Internet]. Disponible sur: https://www.herodote.net/Le_peuplement_de_la_France-synthese-1913.php
5. Chronologie: histoire de l'immigration en dates. La politique d'immigration . Politiques publiques - repères - vie-publique.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-immigration/chronologie-immigration/>
6. Chiffres clefs / Essentiel de l'immigration / Statistiques / Données statistiques / Info-ressources - Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France - Ministère de l'Intérieur [Internet]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs>

7. Statistiques sur la migration et la population migrante - Statistics Explained [Internet]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr
8. Population étrangère et immigrée par sexe et âge en 2014 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381759>
9. Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui [Internet]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r14-592/r14-592.html>
10. Espérance de vie [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
11. Statistiques sur les années de vie en bonne santé - Statistics Explained [Internet]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/fr#Principaux_tableaux
12. Notre documentation | Fédération Française de Cardiologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/notre-documentation>
13. Le cancer du poumon - Les cancers les plus fréquents | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-poumon>
14. ...Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>

15. Le cancer colorectal - Les cancers les plus fréquents | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
16. Contraception - Avortements, contraception - France - Les chiffres - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
17. Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/file/29158/download?token=TecKhlwX>
18. La contraception dans le monde - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>
19. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
20. Quelques chiffres - Cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
21. Chappuis M, Antonielli AB, Laurence S, Rochefort J, Giboin C, Corty JF. Cervical and breast cancer prevention among underprivileged women in France: an epidemiological study. Bull Cancer (Paris). 2014 ;(7-8):663–668.
22. Bouris SS, Merry LA, Kebe A, Gagnon AJ. Mothering Here and Mothering There:

International Migration and Postbirth Mental Health. *Obstet Gynecol Int.* 2012;(1-6).

23. Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2012;2:30–34.
24. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - N°11 - « Les mutilations sexuelles féminines » - fev 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/No11-Les-mutilations-sexuelles.html>
25. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - n°9 - « Mutilations sexuelles féminines : données et bonnes pratiques » - fev 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no9-Mutilations-sexuelles.html>
26. Ressources et outils - Les outils de formation sur les mutilations sexuelles féminines [Internet]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-outils-de-formation-sur-les>
27. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - N°10 - « Les viols, tentatives de viol et agressions sexuelles en France » - nov 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/No10-Les-viols-tentatives-de-viol.html>
28. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - n°8 - « Violences faites aux femmes : les principales données » - nov 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-Violences-faites-aux-femmes.html>
29. guide-comede-2015.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.comede.org/download/guide-comede-2015/>

30. Ministère de l'Intérieur. Le cadre juridique des visas [Internet]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/Les-visas/Le-cadre-juridique-des-visas>

31. Ministère de l'Intérieur. Les deux grands types de visas [Internet]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/Les-visas/Les-deux-grands-types-de-visas>

32. Ministère de l'Intérieur. Les visas de long séjour [Internet]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/Les-visas/Les-visas-de-long-sejour>

33. Ministère de l'Intérieur. Le regroupement familial [Internet]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/L-immigration-familiale/Le-regroupement-familial>

34. Ministère de l'Intérieur. Les étrangers malades et leurs accompagnants [Internet]. Disponible sur: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Immigration/Les-etrangers-malades-et-leurs-accompagnants2>

35. Ministère de l'Intérieur. Le parcours du demandeur d'asile [Internet]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/Le-parcours-du-demandeur-d-asile>

36. Ministère de l'Intérieur. Le dispositif d'accueil et d'intégration des réfugiés [Internet]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-sous-sites/Accueil-des-demandeurs-d-asile/Livret-d-information-des-maires/Le-dispositif-d-accueil-et-d-integration-des-refugies>

37. Le portail du service public de la Sécurité sociale / Historique du système français de (...) [Internet]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du->

système-français-de-Sécurité-sociale

38. ameli.fr - Histoire de l'Assurance Maladie [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>
39. Histoire de la protection sociale en France [Internet]. Frédéric Bizard. 2017. Disponible sur: <https://www.fredericbizard.com/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/>
40. REFORME DE LA PROTECTION MALADIE UNIVERSELLE (PUMa) : - Observatoire du droit à la santé des étrangers [Internet]. Disponible sur: <http://www.odse.eu.org/REFORME-DE-LA-PROTECTION-MALADIE>
41. Contribution_Mdm_au_CNLE_groupe_A_Version_3.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_Mdm_au_CNLE_groupe_A_Version_3.pdf
42. Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/congres_clermont_2013/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
43. Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste [Internet]. Disponible sur: <https://humanitaire.revues.org/2793>
44. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
45. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.

46. Exercer_84:Exercer_84 - 3446_2008_introduction__RQ_Exercer.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications/documents/3446_2008_introduction__RQ_Exercer.pdf

47. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Singly F de, éditeur. Paris, France: Nathan, DL 1992; 1992. 125 p.

48. Toumert T. Entretien ou questionnaire : quelle méthode de collecte de donnés pour son mémoire ? [Internet]. art, langage, apprentissage. Disponible sur: <https://arlap.hypotheses.org/8170>

ANNEXE 1 : Entretien numéro 5

Cet entretien s'est déroulé dans une salle de consultation de la PASS médico-social Rimbaud à l'hôpital de la Timone. La patiente interrogée était très laconique dans ses réponses. La place du langage non verbale était importante. La patiente présentait une amimie.

E5 correspond aux réponses données par la traductrice.

CP : Est-ce que vous pouvez lui demander de me rappeler sa nationalité, son âge ?

E5 : Elle dit : ma nationalité est éthiopienne.

CP : D'accord. Et son âge s'il vous plaît ?

E5 : 35 ans.

CP : D'accord. Est-ce que vous pouvez lui demander depuis quelle date elle est arrivée en France ?

E5 : Depuis le 15 novembre 2016.

CP : Est-ce que vous pouvez lui demander comment elle fait pour le logement ?

E5 : Elle dit : je vis en appartement foyer, dans un hôtel pardon.

CP : Dans un hôtel. Et elle a eu son logement longtemps après qu'elle soit arrivée en France ou assez rapidement ?

E5 : A la préfecture, à son entrée en France.

CP : Ils lui ont donné l'appartement quand elle a été à la préfecture, c'est ça ?

E5 : Oui, c'est ça. Dans un hôtel.

CP : D'accord, donc là elle est dans une démarche de demande d'asile en France c'est ça ?

E5 : Oui, oui.

CP : D'accord, donc là en ce moment ses ressources pour vivre, est-ce qu'elle a autre chose que l'allocation de demande d'asile ?

E5 : La dame dit j'ai reçu de l'argent hier.

CP : D'accord. Elle l'a reçu d'où son argent ?

E5 : C'est l'OFII.

CP : D'accord, donc c'est l'allocation de demande d'asile du coup. Très bien. Alors, est-ce que vous pouvez lui demander combien de temps lui a pris le trajet depuis l'Éthiopie jusqu'en France et comment ça s'est passé, si elle était toute seule, si elle était accompagnée ?

E5 : Elle dit : oui j'ai eu de grands problèmes.

CP : D'accord, est-ce que vous pouvez me raconter ?

E5 : Elle dit : en Libye, ça a été très dur. J'ai eu aussi des problèmes en Italie.

CP : D'accord. Est-ce que vous pouvez lui demander de me raconter ce qui s'est

passé ?

E5 : La dame dit : j'ai été maltraitée en Libye... c'est comme ça...

CP : Quand elle est partie d'Éthiopie, elle était toute seule, accompagnée, comment elle s'est débrouillée ?

E5 : Elle dit : j'étais toute seule, je ne connaissais personne.

CP : D'accord, et elle a trouvé des passeurs pour l'accompagner ou elle a entrepris un voyage toute seule, toute seule ?

E5 : Elle dit : oui, j'avais des passeurs soudanais et d'Érythrée aussi.

CP : D'accord. Et une fois en Libye comment ça s'est passé pour aller jusqu'en Italie ?

E5 : Elle dit : je sais pas si c'est des policiers, mais il y a quelqu'un qui m'a tabassée, ils m'ont frappée avec une kalachnikov, avec des armes en fait.

CP : D'accord, et du coup elle est restée longtemps en Libye ?

E5 : Elle y est restée trois mois.

CP : Trois mois. Et après, elle a trouvé un bateau pour venir jusqu'en Italie ?

E5 : Oui.

CP : D'accord. Comment elle a réussi à trouver ce bateau du coup ?

E5 : Elle dit : en fait, j'avais des amies qui ont travaillé comme femmes de ménage chez quelqu'un. C'est eux qui m'ont aidée. J'étais malade donc j'ai pas travaillé.

CP : D'accord, qu'est-ce qu'elle a eu comme maladie du coup ?

E5 : Elle dit : j'avais des vertiges, j'avais mal partout, je n'arrivais pas à manger. Je faisais rien de la journée en fait... (*silence*) J'étais très malade.

CP : D'accord, donc le voyage pour arriver jusqu'en France a pris plusieurs mois, entre quatre et cinq mois c'est ça ?

E5 : Elle dit : à peu près cinq mois, je ne sais pas du tout.

CP : D'accord, OK. Alors est-ce que vous pouvez lui demander qu'est-ce qui l'a décidée à quitter l'Éthiopie ?

E5 : Elle dit : en fait, grand problème en Éthiopie.

CP : Qu'est-ce que c'est le problème en Éthiopie du coup ?

E5 : Elle dit : en fait que nous c'est l'ethnie Oromia, que mon mari à chaque fois il est prisonnier de la police éthiopienne et du gouvernement d'Éthiopie.

CP : Son mari est prisonnier du gouvernement d'Éthiopie, c'est ça ?

E5 : Oui.

CP : D'accord. Et du coup elle a du fuir pour ne pas être emprisonnée aussi ?

E5 : Elle dit : mon mari est décédé.

CP : Il est décédé d'accord. Il a été tué du coup ?

E5 : Elle dit : je ne sais pas si c'est l'armée ou la police mais il a été tué.

CP : D'accord. Elle a des enfants ?

E5 : Oui. (*silence*)

CP : Qui sont restés en Éthiopie du coup ?

E5 : Elle dit : oui j'ai laissé là-bas les enfants.

CP : D'accord. Vous les avez laissés avec qui du coup ?

E5 : Elle dit : je les ai laissés à la maison comme ça...

CP : D'accord. Est-ce que vous pouvez lui demander ce qu'elle aimerait pour l'avenir ?

E5 : ...

CP : Oui, il y a beaucoup d'émotions c'est pour ça, ça prend du temps.

E5 : (L'interprète : ah elle pleure, d'accord, je suis désolé...) Elle dit : je ne sais pas je n'ai pas analysé.

CP : D'accord, est-ce que vous pouvez lui demander si elle a des ressources amicales en France pour l'aider dans tout ça ?

E5 : Elle dit : je connais une association...

CP : C'est quoi comme association ?

E5 : Elle dit que c'est un collectif mais je ne sais pas quel nom d'association.

CP : D'accord. est-ce que vous pouvez lui demander si en Éthiopie elle avait des soucis de santé particulier ?

E5 : Elle dit : j'avais mal aux yeux, j'avais mal au ventre mais sinon ça va.

CP : Il y avait des douleurs au ventre de temps en temps mais sinon ça allait ?

E5 : Oui.

CP : D'accord. Est-ce que du coup les problèmes de santé qu'elle a eu sur le parcours, ils sont arrivés du fait des violences qu'elle a subies sur le parcours ?

E5 : Elle dit : ça fait trop mal en fait le parcours.

CP : D'accord. Est-ce que vous pouvez lui demander quand elle avait des soucis de santé en Éthiopie comment elle faisait ? Qui est-ce qui la soignait ?

E5 : Elle dit : j'avais un médecin.

CP : Comment ça fonctionne le système ?

E5 : Elle dit : en fait en Éthiopie c'est pas comme en France. Je faisais une visite médicale chaque année et il y avait des médecins.

CP : D'accord. Et du coup, est-ce que les soins sont gratuits ou est-ce qu'il faut payer la visite médicale ?

E5 : En Éthiopie aucun gratuit, c'est payant.

CP : C'est payant, d'accord. Bon là, vu ce qu'elle nous a dit, ça a l'air très compliqué pour elle en ce moment, est-ce qu'elle arrive à voir des perspectives ou pas du tout ? Est-ce qu'elle a un peu des objectifs ?

E5 : Elle dit : non, non, au contraire...

CP : Donc là elle est dans l'attente de son rendez-vous à la préfecture, c'est ça ?

E5 : Oui, oui.

CP : D'accord, et vu qu'elle est passée par l'Italie, est-ce que sa demande d'asile dépend de l'Italie ?

E5 : Elle dit : en fait en Italie c'est très compliqué de se stabiliser il n'y a rien.

CP : D'accord, mais du coup elle fait sa demande d'asile en France, elle ne dépend pas de l'Italie ?

E5 : Elle dit : oui, je veux rester ici en France. En fait entre l'Italie et en France j'ai marché à pied.

CP : Oui d'accord. En fait elle a pas de traces de son passage en Italie donc elle dépend de la France. Est-ce que vous pouvez lui demander si elle a des choses à me dire, des questions que je lui aurais pas posé ?

E5 : Elle dit : en fait j'ai des problèmes de... mentalité... en fait j'ai besoin de vous pour m'aider.

CP : Est-ce que vous pouvez lui demander qui est la personne qui l'accompagne aujourd'hui, la dame qui était avec elle ?

E5 : C'est une dame du collectif.

CP : Et elle, elle l'aide pour ses démarches et tout ça ?

E5 : Oui elle l'aide.

CP : Super, OK. Est-ce que vous pouvez la remercier d'avoir répondu aux questions ?

E5 : Elle dit : moi aussi je vous remercie.

ANNEXE 2 : Entretien numéro 9

L'entretien 9 s'est tenu dans une salle de consultation de la PASS médico-social Rimbaud à l'hôpital de la Timone. Cet entretien témoigne d'un fossé culturel important. Connaître la place des mutilations sexuelles féminines est une donnée anthropologique essentielle pour réaliser ce que cette patiente a vécu.

E9 correspond aux réponses données par l'interviewée.

CP : S'il y a des questions que vous ne comprenez pas vous me demandez de les reposer, il y a pas de soucis, d'accord ?

E9 : D'accord.

CP : Alors est-ce que vous pouvez me rappeler votre nationalité, votre âge ?

E9 : Je suis guinéenne, de nationalité guinéenne, j'ai 31 ans.

CP : D'accord, et de quelle Guinée vous venez ?

E9 : Conakry, la Guinée-Conakry.

CP : D'accord, est-ce que vous êtes en couple, est-ce que vous êtes célibataire, est-ce que vous avez des enfants ?

E9 : Je suis en couple.

CP : Et pas d'enfants ?

E9 : Non, pas d'enfants.

CP : D'accord, là vous êtes arrivée en France depuis combien de temps ?

E9 : Je suis arrivée le 17 mars.

CP : Le 17 mars, d'accord.

E9 : J'étais arrivée au mois de juin, mais après je suis passée en Belgique. Et après je suis revenue le 17 mars.

CP : D'accord, très bien. Vous êtes allée en Belgique parce que vous préfériez allée en Belgique ?

E9 : Oui je pensais que là-bas... J'aimais ici mais... Mais comme... Je voulais pas prendre le risque de rester ici vu que...

CP : Et la vie en Belgique avait l'air plus simple ? Vous connaissiez du monde en Belgique ?

E9 : Oui un peu, j'ai des connaissances là-bas.

CP : Et c'est pour ça que vous avez voulu aller là-bas ?

E9 : Non c'était à cause de mon mari, si je restais ici, il voulait que je rentre au pays. Et moi je ne voulais pas et comme il a beaucoup de relations en France, j'ai préféré aller en Belgique.

CP : D'accord, et votre mari est resté en Guinée ?

E9 : Des fois, il est en Guinée, des fois il est au Gabon, il voyage.

CP : OK, donc là vous faites une procédure de demande d'asile en France ?

E9 : Oui.

CP : Comment vous faites pour vous loger, pour vous nourrir ? Est-ce que vous avez des aides, est-ce que vous avez rencontré du monde ?

E9 : J'appelle le 115, c'est eux qui me loge. Tous les jours, c'est là où je dors.

CP : Tous les jours vous devez appeler le 115 pour savoir ?

E9 : Là, j'avais appelé, ils m'ont donné un mois, c'est fini, hier j'ai rappelé, avant-hier j'ai rappelé, ils m'ont donné neuf jours encore.

CP : D'accord. Donc là vous êtes à Saint-Louis, au centre d'hébergement de Saint-Louis ?

E9 : Oui, à Saint-Louis.

CP : Alors est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu ce qui vous a poussé à quitter la Guinée ?

E9 : Je vivais au Gabon avec mon mari, il vient de là-bas. On a eu une petite dispute. Enfin pas une petite. Lui c'est mon cousin, mes parents m'ont obligée à me marier avec lui. Comme je suis enfant unique de mes parents, et chez nous on dit quand tu es une fille unique, tu ne dois pas te marier en-dehors de la famille, tu dois toujours rester dans la famille. Ils m'ont obligée mais lui il est marié et moi je ne voulais pas me marier avec lui il était déjà marié et me marier avec un cousin je n'aime pas. Mon père et ma mère sont des cousins. Donc après mon père a insisté donc comme je connais comme ma mère a souffert de mon éducation, mon père est parti à l'âge de deux mois et il est revenu qu'à l'âge de treize ans, donc ma mère avait beaucoup souffert, alors j'ai accepté le mariage. Après le mariage, je suis partie rejoindre mon mari au Gabon.

CP : Vous vous êtes mariée pour soulager un peu votre maman, c'est ça ?

E9 : Oui parce que mon père disait que si je n'avais pas accepté il allait devoir se rendre.

CP : Ah d'accord, et vous, vous étiez la seule enfant ?

E9 : Oui.

CP : Donc vous vous êtes disputée avec votre mari, c'est ça que vous disiez ?

E9 : Oui après quelques temps en 2015 il vient me dire qu'il veut que j'apprenne à exciser les filles.

CP : Il voulait vous apprendre à faire ça ?

E9 : Il voulait que j'apprenne.

CP : Il voulait que vous appreniez à faire le geste ou il voulait que vous, vous soyez excisée ?

E9 : Non, non, je suis déjà excisée.

CP : Vous êtes déjà excisée. Il voulait que vous appreniez à faire le geste ?

E9 : Oui.

CP : D'accord.

E9 : Au Gabon, c'est la communauté malienne et guinéenne qui excise les gens.

CP : D'accord.

E9 : Il voulait m'obliger à le faire, je lui ai dit non je ne veux pas faire ça. Parce que je sais, quand j'avais été excisée j'ai beaucoup souffert, j'ai mis deux mois avant de guérir. Ma mère avait beaucoup souffert. Désinfection, la plaie s'était infectée. Elle a beaucoup souffert pour que je guérisse.

CP : Et vous aviez quel âge à ce moment-là ?

E9 : 7-8 ans.

CP : 7-8 ans, vous vous souvenez du coup ?

E9 : Je me souviens parce qu'on a souffert. Parce que j'ai crié. Ma mère faisait des aller-retours à l'hôpital, je me souviens de tout ça. C'est pour ça que je ne voulais pas je sais comme j'ai souffert, comme ma mère aussi a souffert pour que je guérisse. Je ne voulais pas le faire.

CP : D'accord.

E9 : Et le médicament, que je le veuille ou non il fallait que je le prenne. Après il m'a obligée, il a dit que la femme qui est l'exciseuse, maintenant elle est vieille elle tremblait des mains. Et moi comme j'avais l'école, je n'avais pas encore d'enfants peut-être que j'aurais le courage d'exciser les filles. Je lui ai dit que non c'est une chose que je ne veux pas et que je n'aime pas. Il m'a forcée, il m'a forcée, il m'a dit que je le veuille ou non je vais le faire. Il m'a dit que maintenant je dois participer. Je suis allée, on tenait la fille, on avait des petits couteaux, des ciseaux et des lames. Je tenais la petite fille, on était quatre à tenir la petite fille, plus la femme qui excisait. Je la tenais, et dès qu'elle a commencé à couper j'ai vu le sang et la fille qui criait, je suis tombée je me suis évanouie. Je me suis évanouie là-bas. Comme c'était la femme de l'ami de mon mari qui était l'exciseuse. Son mari est parti voir mon mari, il a dit que j'avais fait exprès, pourquoi mon mari m'a envoyée exciser s'il savait que

j'allais tomber ou faire des crises. Il a dit que non elle fait exprès.

CP : Ah oui d'accord.

E9 : J'ai dit que non je n'ai pas fait exprès, c'est une chose que je ne veux pas, c'est une chose que j'ai vécu moi-même donc je ne veux pas faire ces choses. Tu m'as obligée, tu m'as forcée, j'y suis allée. Mais je n'ai pas supporté.

CP : D'accord.

E9 : Après il me dit que je l'ai fait exprès, non je n'ai pas fait exprès. Il dit qu'il me laisse je ne vais plus faire ça mais que je ne dois le dire à personne. Comme là-bas ils font ça en cachette, c'est interdit dans le pays. J'ai dit que je ne vais dire à personne. L'essentiel c'est que je ne participe pas à ça. Il me dit d'accord. Maintenant lui aussi dit que ce n'est plus la peine que je parte là-bas. On s'est dit d'accord, on est restés comme ça, on est restés quelques mois après.

CP : Au Gabon, toujours du coup ?

E9 : Oui toujours au Gabon. Mes parents aussi sont là-bas, ils sont au Gabon. Mais eux ils vivent dans la capitale. Des fois je peux rester un mois, deux mois, deux semaines et je reviens chez mon mari. Et puis un jour encore, c'était un vendredi. Comme la famille de mon mari est nombreuse là-bas, ils sont bien connus dans la ville là où on était. Chaque vendredi on prépare en famille, après la prière de vendredi les gens viennent manger, on reste là-bas et après chacun rentre. Depuis presque mon enfance j'ai des maux de tête qui m'embêtent, quand je commence à avoir des migraines ça peut durer trois jours, quatre jours, cinq jours, des maux de têtes. Ce jour-là j'étais malade, le vendredi je ne veux pas aller mais si je lui dis je ne veux pas aller je suis malade, il me dit je fais exprès je ne veux pas aller seulement. Bon ce jour je suis allée mais je n'ai pas pu rester longtemps. Durant le repas j'avais des maux de tête et je n'avais pas de médicaments à prendre, je voulais me reposer aussi. J'ai dit que je vais rentrer chez moi. Maintenant arrivée chez moi devant la

porte il y avait beaucoup de chaussures, je voyais beaucoup de chaussures. Et puis j'étais étonnée, j'ai ouvert la porte. J'ai ouvert la porte et j'ai vu beaucoup d'enfants, d'hommes et de femmes, qui étaient bizarres, qui avaient du sang sur les mains, d'autres avaient mis des masques, des choses bizarres, j'ai vu des grigris comme on appelle ça là-bas. Je suis rentrée, je suis restée étonnée.

CP : Des criquets vous dîtes ?

E9 : Des grigris.

CP : Ah des grigris.

E9 : Oui pour la magie noire. J'ai essayé de m'enfuir, ils m'ont rattrapée et mon mari m'a giflée. Il me dit qu'est-ce que tu fais ici ? Tu n'as pas l'habitude de rentrer le vendredi à cette heure-ci. Qu'est-ce que tu fais ici ? Je lui dis que je suis malade, j'ai des maux de tête, depuis avant-hier je suis malade. Il me dit tu as vu des choses que je ne voulais pas que tu vois. Bon après il m'a enfermée dans la chambre. Après que ses invités sont partis il vient me rejoindre dans la chambre, il me dit comme tu nous as vus, tu as vu ce qu'on était en train de faire, maintenant tu vas rentrer dans notre groupe. Je lui ai dit non je vais faire semblant comme si je n'ai rien vu, laisse moi en dehors de ça. Il était entré dans un groupe de secte, je ne le savais pas. Et là-bas au Gabon ils appellent ça la croix rouge. Il me dit que non tu vas rentrer dans le groupe, si tu ne rentres pas dans le groupe, ils risquent de te faire du mal. Il a dit que si tu m'avais vu moi seul je t'aurais peut-être laissée mais comme tu nous as vus nous tous tu vas rentrer dans le groupe. On a décidé ça et puis tu ne seras pas la seule femme, il y a d'autres femmes. Je lui dis que non je ne veux pas, il me dit que tu le veuilles ou non tu vas rentrer. J'ai dit d'accord, si je voulais rester chez moi. Comme il fait dix jours chez moi dix jours chez son autre femme j'ai attendu. Il était chez moi ce vendredi, et le samedi, et le dimanche je me suis enfuie je suis partie. Je suis partie mais je sais que quand je vais appeler mon père il va crier sur moi, il va parler il va crier. Bon, j'ai appelé ma mère au téléphone je lui ai expliqué, je lui dis que moi je m'enfuis je pars en Guinée, elle me dit d'accord. Je pars en Guinée mais quelques

jours après mon arrivée mon mari me rejoint, j'étais partie chez une tante. Il est venu avec des hommes, des gendarmes en uniforme. Ils sont venus, il est venu pour qu'il me ramène. Il me dit que je ne peux pas le fuir, partout où je vais il va me retrouver. Bon j'ai essayé d'expliquer aux gendarmes, dès que j'ai commencé le gendarme a dit tais toi, c'est les femmes comme vous qui détruisent notre religion et nos valeurs ! Il m'a insultée, insultée et ils m'ont ramenée de force au Gabon. Il me dit je dois le faire si je ne le fais pas, soit ils me rendent folle en tout cas quelque chose que personne quand il me voit... ou même la mort. Après comme je n'ai pas pu tenir j'ai appelé mon père, j'ai dit à mon père là je ne veux plus, tu m'as obligée à me marier, je ne voulais pas me marier avec lui. Après tout lui il est là avec sa femme ses enfants, j'ai pleuré sur mon père, je lui ai dit qu'on est restés huit ans, comme je n'ai pas fait d'enfant lui il part se marier avec une troisième femme pour avoir encore des enfants. Moi je suis la seule qui n'a pas d'enfant, donc s'il veut divorcer à un moment tu peux divorcer. Il me dit que non c'est ton mari tu dois lui obéir même s'il te dit de rentrer, tu dois rentrer, c'est ton mari tu dois lui obéir. Je lui dis que je ne peux pas je suis au bout, je ne veux pas ce genre de vie, je suis l'enfant unique de chez toi et chez ma mère, donc si vous ne pouvez pas m'aider, qui va m'aider ? Après j'ai pleuré, j'ai pleuré sur lui. Après il a réfléchi et il est parti voir les gendarmes, les autorités.

CP : Les gendarmes de là-bas ?

E9 : Oui, au Gabon. Il dit qu'il va porter plainte. Arrivé là-bas il explique à un gendarme, un commandant ou quoi, il lui dit qu'il veut porter plainte. Oh non, c'est quelque chose au Gabon que personne n'ose, même pour parler de ça, nous on n'y peut rien, rien, rien. Comme ta fille a tout vu, on n'y peut rien nous. Parce qu'ici il y a beaucoup d'hommes riches qui le font. Donc il a dit ça à mon père. Je ne savais plus quoi faire. Comme je sais que pour eux il y a la facilité pour voyager partout, aux États-Unis en Europe, ma mère me dit voilà ce que tu vas faire on va essayer ça si ça marche tu vas voir. Tu vas dire à ton mari je vais accepter je vais entrer dans votre groupe mais à une condition qu'il me fasse venir en Europe que je me soigne, je vais essayer d'avoir un enfant et après je vais rentrer. Je lui dirai que mon accès à leur groupe ce serait ma progéniture. Même si je ne voulais plus avoir d'enfant c'était ça.

Je lui ai dit après être aller en Europe, dès que j'ai un enfant je vais revenir, je vais rentrer dans votre groupe. Et puis pour essayer de le convaincre je lui dis qui va refuser d'être riche d'avoir de l'argent, personne ne va refuser ça. Et si j'ai un enfant avec toi aussi ça va faire beaucoup de bruit. Bon comme il sait que tout ce qu'il me dit je l'accepte tout ce qu'il me dit de faire je le fais, il me dit d'accord je vais réfléchir. Après ils lui ont dit que son père est malade en Guinée, il s'est déplacé, il est parti en Guinée il a pris son père et l'a ramené au Maroc. Après ça il est revenu. Mais dans son groupe il y en a d'autres qui lui ont dit non il ne faut pas l'envoyer là-bas. Il dit comme elle n'a pas fait d'enfant ma première en a quatre et la troisième est enceinte je vais voir je vais l'amener pour trois mois si ça ne va pas elle va rentrer. Les autres disaient il faut qu'elle reste en France il ne faut pas qu'elle quitte la France. Il a cherché le visa et je suis venue.

CP : Vous êtes venues en avion depuis...

E9 : Oui, on est allé à l'ambassade, on a cherché les visas et moi j'étais la première à venir.

CP : Lui il prévoit de vous rejoindre ?

E9 : Lui il est là tout le temps ils lui donnent des visas de un an deux ans trois ans. Donc s'il décide de venir il va venir.

CP : Et vous avez atterri à Marseille ?

E9 : Non à Paris.

CP : Pourquoi vous êtes descendue à Marseille ?

E9 : Quand je suis arrivée j'étais chez son ami, je suis restée là-bas quelques temps, jusqu'à ce que j'ai essayé de m'enfuir. J'étais à deux heures et quelques de Belgique. J'ai juste essayé de m'enfuir et comme j'ai réussi, j'ai marché, j'avais peur qu'on me

ratrache, j'avais faim, j'étais fatiguée, j'avais froid. C'était le mois d'octobre parce que nous là-bas il ne faisait pas froid. J'ai rencontré une femme congolaise. Comme avec les blancs j'hésitais un peu de parler avec eux.

CP : C'était pas possible ?

E9 : Oui et comme j'ai vu qu'elle était noire je l'ai saluée. Elle était gentille parce que...

CP : Elle était en France depuis longtemps ?

E9 : Oui après je lui ai demandé, je lui ai expliqué mon problème mais pas beaucoup. Elle me dit qu'elle ne peut rien pour moi, seules les autorités peuvent quelque chose pour moi, à part ça rien, ici c'est comme ça, c'est pas comme en Afrique. Elle m'a amenée chez elle, elle m'a bien nourrie, elle m'a hébergée, j'ai dormi chez elle. Après je lui ai dit que je voulais aller en Belgique. J'étais déjà allée là-bas pour une consultation avec mon mari parce qu'en 2015 j'étais déjà venue en France avec mon mari. J'aime bien rester en France mais j'ai peur de rester ici. Mon mari et son groupe... Moi je ne peux pas les reconnaître mais eux ils peuvent me reconnaître s'ils me voient. Et s'ils me renvoient au pays je vais faire comment ? Elle m'a dit d'accord, elle m'a aidée jusqu'à je parte en Belgique, j'ai demandé l'asile. Je lui ai demandé son nom, son numéro de téléphone, elle m'a dit non, elle m'a aidée comme ça sur un instant. Elle a refusé de me donner son numéro. Je suis partie demander l'asile on m'a dit que non comme j'ai déjà donné mes empreintes en France je dois revenir en France. Ils m'ont dit qu'ils vont me ramener en France, mais ici je vais pas demander l'asile, je ne voudrais pas que mon mari ou son groupe me voient. Je l'ai appelé, il m'a dit tu es où ? Tu es où ? Pourquoi tu as quitté là où je t'ai laissée ? Je lui ai dit que j'avais peur mais maintenant je regrette. Il m'a dit tu es où ? J'ai dit je suis venue en Belgique demander l'asile. Pourquoi tu as demandé l'asile, qu'est-ce que tu as raconté là-bas ? J'ai dit que je n'ai rien raconté, ils m'ont rien demandé, ils m'ont dit seulement que peut-être ils vont me ramener en France. J'étais obligée de l'appeler de parler avec lui calmement, parce que si on me ramène

en France, pour pas qu'il vienne me chercher et me dise de rentrer. Il m'a dit d'accord, ici le consulat de France m'a appelé, ils m'ont demandé pourquoi tu n'es pas rentrée, mais moi j'ai dit que tu ne voulais plus rentrer parce que tu veux rester là-bas tu veux avoir un enfant, comme tu n'arrives pas à faire d'enfant. Donc il me dit s'ils te demandent pourquoi tu demandes l'asile tu dis que tu veux rester ici pour faire des enfants, tu as compris ? Je lui ai dit d'accord.

CP : OK.

E9 : Après la France m'a répondu et m'a dit de venir ici pour s'occuper de ces dossiers. Ils m'ont transférée direct ici à Marseille.

CP : Et du coup vous avez eu votre rendez-vous déjà avec l'OFPRA ?

E9 : Oui.

CP : Qu'est-ce que vous leur avez dit ?

E9 : Cela, cette histoire que j'ai racontée. Ce que mon mari m'a dit de dire, je n'ai pas dit ça. Au fond de moi-même je voulais m'échapper. Des enfants ? Je voulais avoir des enfants mais... Moi je voulais seulement un moyen de m'échapper. On en est là maintenant.

CP : Là vous attendez la réponse ?

E9 : Oui, ils ont écrit mon histoire, ils vont envoyer ça à Paris et c'est eux qui vont me répondre. Voilà, je tourne un peu, un peu...

CP : Vous tournez en rond un peu ?

E9 : Oui.

CP : Vous avez rencontré du monde à Marseille ?

E9 : Oui un peu.

CP : Est-ce qu'il y a d'autres femmes qui viennent de Guinée aussi ?

E9 : Oui, oui...

CP : Vous faites attention ?

E9 : Oui, je fais toujours attention, ce n'est pas à n'importe qui que je raconte mon histoire.

CP : Et là plus de nouvelles de votre mari ?

E9 : Il sait que je suis là, mais il m'a dit ce que je dois dire si on me demande... il sait que je suis là en tout cas. Il m'a appelée il m'a dit qu'est-ce qu'ils t'ont dit en France ? Il m'a dit je veux que tu rentres. Je fais tout pour que tu rentres. Je lui dis ce qu'on avait convenu, dès que j'ai mon enfant je rentre. J'ai dit ils m'ont rien dit là-bas, ils vont m'appeler. J'ai essayé de mentir, je n'ai pas le choix. Si je lui dit j'ai tout raconté... J'ai peur, j'ai peur pour mes parents, pour moi, qu'est-ce que je vais devenir...

CP : Bien sur , c'est difficile...

E9 : C'est difficile.

CP : Mais il faut prendre les choses petit à petit. C'est sur que quand on regarde l'avenir comme ça, ça peut paraître écrasant. Mais... jour après jour...

E9 : C'est comme ça.

CP : Et je reviens un peu sur ce que vous disiez sur l'excision, c'est seulement les femmes qui excisent au Gabon ? Les hommes, ils ne font pas les excisions ?

E9 : Si, les hommes c'est pas interdit. Pour les femmes c'est interdit.

CP : C'est interdit par les autorités du Gabon que les femmes ?

E9 : Oui c'est interdit. Mais ils pensent que c'est une coutume, quelque chose qui ne doit pas s'arrêter. Alors on souffre beaucoup de ça. Moi j'ai mis plus de deux mois pour guérir, ma mère souffrait, elle vendait du pain mais elle ne trouvait pas d'argent, même pour manger, c'était difficile pour elle. On avait beaucoup souffert, beaucoup, beaucoup... Alors elle pleurait, elle pleurait toute la journée, elle avait des regrets. Alors quand mon mari m'a dit de faire ça, c'était impossible. Même s'il me dit de mourir, je préfère mourir que faire ça.

CP : Votre mère, elle vous a quand même soutenue, c'était quelqu'un d'important pour vous ?

E9 : Oui, elle m'a beaucoup soutenue.

CP : Et au niveau de votre santé, est-ce que vous aviez des soucis de santé quand vous étiez au Gabon, à cette époque-là ?

E9 : Surtout la tête, les migraines.

CP : Et depuis que vous êtes en France, le fait de dormir en foyer, est-ce que vous avez des problèmes particuliers ?

E9 : C'est difficile pour moi mais je ne sais pas comment faire pour avoir un logement. Et c'est difficile avec la nourriture, comme moi, je ne bois pas de lait, je ne mange pas de fromages, le beurre, beaucoup de choses.

CP : D'accord, parce que vous faites des allergies ?

E9 : Ben, je suis née comme ça...

CP : Ah d'accord, ça ne passe pas.

E9 : Oui, ça ne passe je vomis ou j'ai la diarrhée, ou les deux.

CP : Et du coup, c'est compliqué de se nourrir correctement là-bas...

E9 : Oui, je ne me nourris pas correctement et la vie aussi, c'est un peu difficile. Mais je préfère tenir le coup que retourner au Gabon. J'ai demandé pour le logement mais jusqu'à présent...

CP : Vous n'avez pas eu de réponse ?

E9 : Non, pas encore.

CP : Et ça fait depuis le 15 mars, c'est ça ? Depuis mi-mars que vous êtes au foyer ?

E9 : Au foyer, c'était à partir du 20 mars. Le 20 ou le 21 j'ai commencé le foyer. J'ai demandé s'il n'y a pas des associations qui s'occupent de ça, des logements.

CP : Et la PASS ici comment vous avez su que ça existait ?

E9 : C'est à cause des migraines, fortes, fortes, j'ai failli tomber dans le bus. Une semaine j'ai été malade, la tête, migraines. J'avais mes cycles. Le mercredi, arrivée au foyer, j'ai vu qu'ils étaient partis là-bas pour des consultations.

CP : Au camion ?

E9 : Oui c'est ça.

CP : C'est la PASS Colette. Ils vous ont dit de venir ici ?

E9 : Oui, ils m'ont dit de venir ici le lendemain.

CP : Donc vous avez connu la PASS Rimbaud à travers la PASS Colette.

E9 : Voilà, c'est ça.

CP : Est-ce que vous avez des choses à dire ou à proposer sur le fonctionnement du service, comment être plus... comment proposer une prise en charge de meilleure qualité ?

E9 : Non je trouve qu'ici ça s'est bien passé. Tout le monde est accueillant, souriant, respectueux.

CP : Et au foyer l'ambiance entre les femmes, c'est comment ?

E9 : Des fois, il y a des querelles. Il y a beaucoup de femmes, et comme on est tous dans la chambre...

CP : D'accord.

E9 : Toutes les nationalités...

CP : D'accord, on va arrêter l'entretien là, à moins que vous ayez des choses à me dire. Je vous remercie beaucoup, de vous être confiée comme ça, de m'avoir raconté votre histoire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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

Je préserverais l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TITRE DE LA THESE

Enquête qualitative auprès des femmes migrantes primo arrivantes sur leur besoin en santé. Intérêt d'une prise en charge en médecine générale.

RESUME DE LA THESE

Introduction

Les inégalités en santé persistent en France. La prise en charge des femmes migrantes par le médecin généraliste se confronte à certains obstacles : méconnaissances des problématiques de santé, méconnaissances administratives, barrière linguistique. L'objectif de cette étude est d'identifier l'impact de la migration sur la santé des femmes.

Matériel et méthodes

Une étude qualitative par entretien semi-directif a été réalisée auprès de dix femmes migrantes primo-arrivantes, de neuf nationalités différentes, consultant à la Permanence d'accès aux soins de santé Rimbaud ou en cabinet de médecine générale.

Résultats

Cette étude montre que les femmes migrantes sont généralement en situation de précarité, y compris sur le plan administratif et social. La migration influe négativement sur leur état de santé à différentes étapes. Dans le pays d'origine, les soins sont souvent payants, l'accessibilité au traitement est réduite. Certaines d'entre elles ont été exposées à des violences, telles que les mutilations sexuelles féminines particulièrement pour les femmes originaires d'Afrique. Le parcours migratoire est une prise de risque majeure qui s'accompagne souvent de malnutrition et parfois de violences physiques. Enfin à l'arrivée sur le territoire français, les femmes présentent souvent des états de stress post-traumatiques. De plus leurs conditions de vies difficiles aboutissent à des problématiques de santé liées à la précarité.

Conclusion

Les femmes migrantes présentent des problématiques de santé bien spécifiques, liées à leur histoire, au parcours migratoire et à leurs conditions de vie. L'intérêt d'un dispositif de soin pluridisciplinaire destiné aux femmes en situation de précarité est clairement établi.

MOTS CLES

Femmes migrantes ; santé des femmes ; enquête qualitative ; précarité ; soins primaires ; immigration.