



# DROITS ET SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES MIGRANTES EN EUROPE : PRÉSENTATION D'UNE ENQUÊTE INÉDITE MENÉE EN FRANCE

Armelle ANDRO	Socio démographe IDUP, Université Paris I Panthéon Sorbonne
Maud GELLY	Doctorante en sociologie et médecin généraliste, Observatoire du Samusocial de Paris, APHP
L'équipe DSAFHIR <sup>1</sup>	

L'Europe a connu au cours de l'été 2015 une « crise migratoire » sans précédent depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Cette situation de crise est à la fois liée à l'importance des flux qui convergent vers l'Union européenne pour fuir les conflits armés du Proche et Moyen-Orient, du nord et de l'est de l'Afrique mais aussi aux modalités de réaction des états européens qui ont opposé une politique extrêmement dure de restriction à l'accès au territoire de l'Union, dans la droite ligne des politiques migratoires mises en œuvre depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle.

## LA « CRISE MIGRATOIRE » EUROPÉENNE

Selon l'Ined (Fargues, 2016), « un million de personnes sont entrées en Europe sans visa en 2015 au péril de leur vie, au cours de périples variés sur terre et sur mer ». Si les migrations irrégulières de ce type existent depuis de nombreuses années à cause des politiques migratoires européennes restrictives, elles ont pris une ampleur considérable à partir de 2014. La route migratoire méditerranéenne est devenue depuis le début du 21<sup>e</sup> siècle la plus létale du monde (15 personnes sur 1 000 décèdent en mer selon les chiffres fournis par l'Organisation de Migrations Internationales et qui sont vraisemblablement sous-estimés). Après leur arrivée sur le territoire européen, le périple de ces milliers de personnes continue dans un contexte de très forte précarisation. Elles sont au pire soumises au risque de criminalisation de leur situation dans certains pays ou au mieux à de longs délais de traitement de leur demande d'asile, et les

maintenant dans la précarité (MSF, 2016, HCR, 2015). Ces populations déplacées sont donc dans des situations de grande vulnérabilité sociale, économique, légale et sanitaire.

Si quelques pays comme l'Allemagne et les pays scandinaves ont mis en place des dispositifs d'accueil d'envergure pendant quelques mois, les autres pays européens considérés par les populations déplacées comme des destinations souhaitables ont globalement opposé une fin de non-recevoir à ces demandes. C'est le cas de la France et de l'Angleterre notamment. Si l'on peine à définir les profils de ces personnes compte tenu de la précarité de leur statut et des représentations ou fantasmes qui servent trop souvent d'analyse, on sait cependant que ces migrant-e-s sont des hommes, des femmes, des enfants et que ces familles ont des besoins spécifiques en termes de santé, liés à la situation de conflit qu'elles ont enduré avant leur départ, à l'impact que leur dangereux voyage a pu avoir sur leur vie et

à leur situation de déplacées dans un pays inconnu.

On sait qu'aujourd'hui, les femmes représentent près de 50 % des migrants dans le monde. La prise de conscience de la situation et des problèmes spécifiques que peuvent rencontrer ces femmes est apparue progressivement : qu'elles partent seules ou en famille, pour des raisons économiques, pour fuir des conflits ou des violences spécifiques liées au genre (mariages forcés, mutilations sexuelles, persécutions liées à l'orientation sexuelle...), elles sont confrontées à des parcours d'émigration souvent plus longs et dangereux. Dans les pays d'arrivée, dans un contexte où les politiques migratoires créent des situations de vulnérabilité pour les migrant-e-s, elles peuvent être confrontées à des obstacles supplémentaires et des discriminations spécifiques rendent plus complexe leur accès aux droits fondamentaux. La situation de ces femmes reste très mal connue et peu reconnue, leurs besoins et attentes en matière de santé ont rarement été mesurés.

## QUELS ENJEUX POUR LA SANTÉ DES FEMMES MIGRANTES/RÉFUGIÉES ?

Il existe depuis plusieurs années des travaux de recherche en santé publique sur la situation particulière des migrant-e-s vis-à-vis de la santé en Europe. Dans une revue de la littérature publiée en 2013, Woodward et ses collègues ont mis en évidence que l'accès aux soins des migrants sans papiers en Europe était un domaine mal connu. Les auteurs concluaient à la nécessité de promouvoir des études quantitatives, notamment dans une démarche interventionnelle en collaboration avec les professionnels de santé et les pouvoirs publics afin d'améliorer le pilotage des politiques publiques et de mieux prendre en compte les besoins spécifiques des populations concernées (Woodward *et al.*, 2013). Un travail comparatif mené par l'association Médecins du Monde dans 11 pays européens aboutit aux mêmes résultats sur les difficultés des populations migrantes, notamment réfugiées et sans papiers, à accéder aux structures de santé (Chauvin *et al.*, 2009). Le constat est partagé que le statut de migrant-e a un impact sur la santé et le bien-être individuel et collectif, et cette caractéristique contribue fortement à la production des inégalités sociales de santé.

On a longtemps expliqué ces inégalités de santé à partir des caractéristiques des populations concernées et des déterminants sociaux liés à la migration (les caractéristiques avant le départ, l'effet de la migration, les conditions de vie à l'arrivée, etc.). On considère de plus en plus que « le système de santé est lui-même un déterminant social de la santé, qui influence et est influencé par d'autres déterminants sociaux » (OMS, 2009). Ainsi, un système de soins de santé peut amplifier ou atténuer l'impact des inégalités causées par les déterminants sociaux de la santé.

Au-delà de ces constats sur la santé en général, quelques travaux ont été menés sur la santé sexuelle<sup>2</sup> et reproductive des femmes migrant-e-s en termes de prise en charge sanitaire. Le réseau européen EN-HERA (European Network for the promotion of sexual and reproductive health of refugees and asylum seekers)<sup>3</sup> a ainsi centralisé les réflexions sur cette question depuis 2005. En 2009 un rapport de synthèse sur les recherches en santé publique et en sciences sociales sur la situation des femmes réfugiées et migrantes (EN-HERA, 2009) a permis de mettre en évidence que les femmes

concernées ont généralement un moins bon accès aux services de santé sexuelle et reproductive du fait de barrières légales et financières, de difficultés de communication et d'un recours insuffisant aux compétences d'interprétariat dans ces services. Les difficultés sociales et économiques qu'elles rencontrent relèguent au second plan leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Leurs situations d'isolement, de dépendance administrative et financière vis-à-vis de leur partenaire les soumettent à des risques de violences conjugales élevés et elles ont moins souvent recours aux protections légales. Les freins structurels semblent moins liés à un manque d'engagement des pouvoirs publics qu'à un problème d'adéquation entre l'offre et l'accès aux systèmes de soins. C'est une question d'autant plus fondamentale pour ces femmes migrantes en grande précarité et qui sont donc originaires de régions du monde très diverses en terme de normes sociales entourant les questions de sexualité et de reproduction. L'analyse conjointe de l'offre et de la demande de services en matière de santé sexuelle permettra d'étayer des politiques publiques visant l'égalité d'accès aux droits, en évitant le danger d'une quelconque forme de régulation contrainte de la fécondité des seules femmes migrantes et réfugiées.

### LE PROJET DSAPHIR (DROITS ET SANTÉ DES FEMMES HÉBERGÉES ISOLÉES RÉFUGIÉES) : UNE RECHERCHE INTERVENTIONNELLE PLURIDISCIPLINAIRE

Le projet DSAPHIR<sup>4</sup> vise à appréhender la santé sexuelle des femmes migrantes et réfugiées dans une perspective intégrée et à combler les lacunes en matière de connaissances sur ces femmes formant des sous-populations qui échappent largement aux dispositifs des grandes enquêtes menées récemment en France sur la sexualité et la violence de genre (ACSF, CSF et VIRAGE).

Il s'agit de mieux observer à la fois les difficultés rencontrées et les stratégies adoptées par ces femmes pour faire valoir leurs droits et accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. Financée et prévue pour se dérouler sur quatre ans, cette recherche interventionnelle se centre plus spécifiquement sur les problématiques des femmes migrantes hébergées en hôtel par le Samusocial de Paris. Le projet DSAPHIR associe démographie, sociologie et épidémiologie pour analyser les mécanismes producteurs d'inégalités sociales et de genre en termes d'accès à la santé et

aux protections sociales et légales dans les situations de migration, concernant en particulier la santé sexuelle et reproductive. Il vise à mieux identifier les risques spécifiques que rencontrent les femmes migrantes en situation de précarité administrative et sociale, à analyser les éventuels freins structurels à l'accès aux services existants pourtant pensés comme un service public universel et à interroger la mise en place d'offres de services spécifiques à partir de l'analyse longitudinale d'une cohorte de femmes réparties par tirage au sort en trois groupes d'intervention. La méthodologie mixte (qualitative et quantitative) et interventionnelle s'inscrit dans la double perspective de production de connaissances nouvelles sur les migrations féminines et d'outils d'amélioration des politiques publiques facilitant le recours aux droits et aux soins et les parcours d'insertion sociale. Les interventions mises en place pour la recherche DSAPHIR compareront diverses modalités de ce type d'accompagnement ou de médiation : information écrite sur l'adresse des services de santé sexuelle les plus proches, accompagnement individuel par une professionnelle formée, accompagnement collectif dans le cadre de groupes de parole, d'entraide et d'action.

Si dans le cas de la France il n'existe pas d'enquête spécifique d'envergure, quelques enquêtes de santé publique ne ciblant pas spécifiquement les femmes réfugiées ou demandeuses d'asile ont déjà permis de mettre à jour des risques spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive pour les femmes migrantes : risques sexuels accrus par la précarité sociale et administrative (Desgrées du Lou *et al.*, 2013), discriminations (Marsicano *et al.*, 2014), dépendance accrue au conjoint (Bajos, Ferrand, 2002, p. 331).

La recherche DSAPHIR a débuté sur une hypothèse : les femmes auraient une connaissance insuffisante des services dédiés à la santé sexuelle, et donc un accès rendu plus difficile à ces services. Or l'enquête exploratoire, a permis de mettre en évidence que les femmes connaissent pour la plupart d'entre elles les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et dans une moindre mesure les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) qui partagent souvent les locaux des PMI. Si la connaissance du service et l'accès au service semblent non problématiques pour les femmes interrogées, la qualité et la complétude du service sont plus aléatoires. L'enquête préliminaire retrouve des indices de logiques de prescription médicales faisant peu de cas du choix des femmes,

déjà mises en évidence dans d'autres travaux (Bretin, Kotobi, 2016).

En ce qui concerne la complétude du service, si le centre de PMI/CPEF semble clairement identifié comme un lieu-ressource pour la contraception et le suivi des grossesses, il ne l'est pas pour ce qui concerne la prise en charge des violences qu'elles ont subi ou qu'elles subissent encore. En première analyse, il semble que ce sont aussi les professionnels de l'action sociale intervenant auprès de ces femmes qui ne les orientent pas vers les PMI/CPEF dans ces situations. Or cette orientation défaillante est préoccupante puisqu'il existe, dans le contexte français, des mesures légales de protection vis-à-vis des violences, qui seraient susceptibles d'ouvrir des droits au logement et au séjour aux femmes qui en ont été victimes, notamment l'« ordonnance de protection »<sup>5</sup>, par laquelle le juge aux affaires familiales statue sur la résidence de la victime et qui rend possible la délivrance ou le renouvellement d'un titre de séjour par l'autorité administrative.

L'enjeu scientifique et politique du projet DSAPHIR est donc double : il s'agit d'objectiver les conséquences de la précarité administrative sur les droits des femmes et sur leur santé, et de promouvoir une approche adaptée aux spécificités des situations d'asile des femmes migrantes et réfugiées en France. L'approche par

la santé sexuelle et reproductive n'évade pas les questions cruciales du logement, de l'alimentation, du droit au séjour, du soin aux enfants. Elle résulte au contraire d'une hypothèse forte sur la pertinence d'une approche intégrée, qui saisisse la spécificité des parcours et des trajectoires des femmes tout en les inscrivant dans des contextes sociaux, familiaux, économiques et légaux. Elle s'inscrit dans une triple perspective de reconnaissance de leur existence, d'amélioration de leur accès aux droits et donc de renforcement de leur capacité d'agir. ■

## BIBLIOGRAPHIE

FARGUES Philippe, « Un million de migrants arrivés sans visa en Europe en 2015 : Qui sont-ils ? », *Population et Sociétés*, n°532, avril 2016.

CHAUVIN Pierre, PARIZOT Isabelle, SIMONNOT Nathalie, *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*, Paris, Médecins du Monde European observatory on access to healthcare, 2009.

EN-HERA Report 1, *Sexual and reproductive health and rights of refugees, asylum seekers and undocumented migrants*, Ghent University, International Centre for Reproductive Health, 2009, 118 p.

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm, 2002.

BRETIN Hélène, KOTOBLO Laurence, *Inégalités contraceptives au pays de la pilule* (avec Laurence Kotobi). *Agone*, 58, « Quand la santé décuple les inégalités », 2016, p. 123-134.

DESGRÈES-DU-LOÛ Annabel, PANNETIER Julie, RAVALIHASY Andrianolo, et al., *Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration*, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance*, Volume 20, Issue 46, 19 November 2015.

MARSICANO Elise, DRAY-SPIRA Rosemary, LERT France, AUBRIÈRE Cindy, SPIRE Bruno, HAMELIN Christine, the ANRS-Vespa2 study group, the ANRS-Vespa2 study group *Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study*, *AIDS Care* Vol. 26, Iss. suppl, 2014.

MSF, *Obstacle Course to Europe, a policy-made humanitarian crisis at the EU borders*, Report, 2016, 31 p.

OMS, *Comblent le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2009, 246 p.

UNHCR, 2015, *Global Trends reports*, 2015, 66 p.

WOODWARD Aniek, HOWARD Natasha, and WOLFFERS Ivan, *Health and Access to Care for Undocumented Migrants Living in the European Union: A Scoping Review*. *Health Policy and Planning* 29(7): 818-830, 2014.

1 Mireille Eberhard, Françoise Riou, Emmanuelle Guyavarch, Danielle Hassoun, Alfred Spira, Véronica Nosedá, Lorraine Poncet, Claire Scodellaro.

2 L'Organisation mondiale de la santé a défini en 1975 la santé sexuelle comme un « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient

sources de plaisir et sans risques, libres de toute coercition, discrimination ou violence ».

3 Il regroupe des équipes de recherche et des associations de 14 pays européens (Belgique, Irlande, Grèce, Portugal, Pays-Bas, Royaume-Uni, Espagne, Allemagne, Chypre, Roumanie, Bulgarie, Malte, Hongrie, Georgie).

4 Le projet est porté par une équipe de recherche associant le CRIDUP (Université Paris 1) et l'Obser-

vatoire du Samusocial, qui a initié une recherche sur les droits, la santé sexuelle et l'accès aux soins des femmes migrantes, ayant obtenu un financement par l'Agence Nationale de la Recherche.

5 Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants.