



Aix Marseille Université – Faculté de Médecine

Mémoire de Master 2 Santé Publique

Prévention, éducation pour la santé, éducation thérapeutique

Année universitaire 2016-17

**Pratiques professionnelles et recours aux soins  
gynécologiques des femmes en situation de grande  
précarité dans le Var**

Soutenu par

Nathalie Agostini

Le 06 septembre 2017

Jury

Docteur Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni

Professeur Xavier Thirion

Professeur Nicolas Tanti-Hardouin

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement :

Madame le Docteur Marie-Claude LAGOUANELLE-SIMÉONI et l'ensemble des intervenants, pour leurs enseignements et le partage d'expériences qui vont modifier et enrichir ma pratique.

Monsieur le Professeur Nicolas TANTI-HARDOUIN, dont les enseignements m'ont inspiré ce sujet d'étude,

Monsieur le Professeur THIRION Xavier pour sa bienveillance,

Madame Laurence PALLIER, Directrice du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Var, et son équipe qui m'ont accueillie et guidée pour ce travail.

L'ensemble des professionnels des structures d'accueil et d'hébergement social rencontrés, pour leur participation à l'enquête et leur enthousiasme,

Ma famille, en particulier mon mari et mes enfants qui ont encouragé ma démarche.

# PLAN

## **INTRODUCTION** p.2

### **CONTEXTE** p.5

Définitions et généralités

Description du public concerné

*Les femmes et la précarité*

*État de santé générale des femmes en situation de précarité*

*État de santé sexuelle et reproductive des femmes sans domicile*

*Parcours de vie et parcours de soins*

Mesures facilitant le soin de santé des femmes en situation de précarité

Pratiques professionnelles d'accompagnement social

## **MATÉRIEL ET METHODE** p.21

Populations

Outils

## **RESULTATS** p.25

Description de la population étudiée

Analyse du questionnaire

Analyse des entretiens dirigés

## **DISCUSSION** p.42

Forces et limites

Analyse des résultats à partir du questionnaire et des entretiens

Mise en perspective de l'étude

Conclusion

## **REFERENCES** p.52

### **ANNEXES**

Annexe 1 : Questionnaire PASS santé gyneco

Annexe 2: domaines explorés par le questionnaire

Annexe 3 : bilan journée d'échanges

## INTRODUCTION

Pour faire face aux inégalités sociales grandissantes depuis les années 70, la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998, a fixé des orientations précises pour garantir aux plus démunis les mêmes droits fondamentaux qu'à l'ensemble de la population. Ces droits concernent les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.

Actuellement en France environ 141500 personnes n'ont pas de domicile fixe, 20% vivent en couple, 25% sont accompagnés d'enfants, 65% vivent seuls, 9% sont sans-abris (INSEE Statistiques (2013)). Selon le rapport de l'INSEE, en 2012 le nombre des personnes sans domicile a augmenté de 50 % en 11 ans et on compte parmi elles 56 600 (40%) femmes, leur nombre diminuant avec l'âge (48% ont de 18 à 29 ans, 31% ont plus de 50 ans) (INSEE Statistiques (2013)).

Au cours des dernières années s'est produit une féminisation globale de la pauvreté liée à différents facteurs. L'état de santé des femmes en situation de précarité se caractérise par un ensemble de troubles spécifiques et différenciés selon le degré de précarité de leur situation. Ces inégalités sociales de santé marquées sont la conséquence de leurs conditions de vie et d'un moindre recours aux soins et à la prévention (Després C. (2011) ; Rapport du CESE (2013)). La santé sexuelle et reproductive en est un des aspects préoccupants car les inégalités sociales de santé qui en résultent sont importantes (Rapport Brunet L. (2005)).

L'étude de trajectoires de vie (Rapport ARS PACA AP-HM (2015) ; Rapport Brunet L. (2005)), les travaux de psychiatrie (Furtos J., Emmanuelli X.) et de sociologie (Bresson M, Paugam S, Castel R) ont montré les liens entre le parcours de vie et le parcours de soins. Ceci a permis aux pouvoirs publics de mesurer la nécessité de valoriser et renforcer d'une part, le travail social et associatif (Rapport du CNLE (2016) ; Plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social (2015)), autour des publics démunis, et d'autre part les mesures déjà prises pour adapter le système de soin aux spécificités de ces publics (*Loi de lutte contre les exclusions 1998, Loi HPST 2009*). Au niveau régional les Agences Régionales de santé (ARS) sont tenues d'appliquer ces mesures selon différentes modalités et actions définies dans le Programme régional d'Accès à la prévention et aux soins des

personnes les plus démunies (PRAPS). Les ARS sont responsables également de la mise en place de Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qu'elles financent. Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale facilitant l'accès aux soins des personnes en les accompagnant pour l'acquisition de leurs droits sociaux.

La région PACA est une des plus pauvres, 3<sup>ème</sup> région de France en 2013 ayant le plus fort taux de pauvreté après la Corse et les Hauts-de-France, **850 000 personnes vivant en dessous du seuil de Pauvreté, soit 17,3% de la population** (14,1% en France métropolitaine), ((Rapport du DROS 2016). Le PRAPS PACA a représenté en 2016 le 3<sup>e</sup> poste des dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé après ceux du dépistage organisé des cancers et des actions auprès des enfants et adolescents. Il existe 38 PASS sur 33 établissements de soins en PACA.

Compte tenu des grandes inégalités sociales existant dans le Var dont le taux de pauvreté est de 15,7% ((Rapport du DROS 2016 ; Rapport du CREDOC (2016)), l'ARS PACA a souhaité financer l'ouverture d'une PASS gynécologique de type PASS mobile, sur l'hôpital intercommunal Toulon-La Seyne/Mer (CHITS), qui compte déjà cinq PASS (trois à Toulon et deux à La Seyne/Mer). Une PASS mobile à orientation gynécologique existe déjà sur Marseille depuis 2016, la PASS COLETTE.

Il s'agit donc une offre de soin hospitalière « hors les murs », dont les actions de consultations et de promotion de la santé sexuelle et reproductive se dérouleraient sur les centres d'hébergement et de réinsertion sociale ainsi que sur les Accueils de jour accueillant les femmes en situation de grande précarité sur le territoire Toulon Provence Méditerranée, particulièrement touché par la pauvreté. Le Comité départemental d'éducation pour la santé du Var (CODES 83) a proposé l'accompagnement de la mise en place du dispositif pour optimiser l'adéquation des moyens alloués aux besoins de la zone choisie. La future intervenante médicale de la PASS, une sage-femme, en stage de Master 2 Santé publique associée à l'équipe du CODES 83 et du Cadre socio-éducatif coordonnateur des PASS sur le CHITS, a souhaité étudier l'impact des pratiques des professionnels sur le recours aux soins gynécologiques des résidentes dans ces lieux d'accueils. Deux options se présentaient, soit une enquête auprès des femmes en hébergement social ou accueillies sur les accueils de jours, soit une étude des pratiques des professionnels des structures relatives au recours au soin gynécologique des femmes qu'ils prennent en charge. Pour des raisons méthodologiques la deuxième option a été choisie.

Cette option devait permettre d'étudier le rôle des professionnels de première ligne dans l'accès aux soins des publics précaires et d'identifier leurs représentations de ce type de population ainsi que la spécificité de leur prise en charge. Dès lors la problématique s'est centrée sur la question suivante : Comment les pratiques professionnelles des acteurs des structures d'hébergement impactent-elles le recours aux soins gynécologiques des femmes sans domicile ? Quels en sont les freins et les leviers ?

L'exposé du contexte permettra de définir les notions en présence et de mieux comprendre la complexité des trajectoires de vie et des situations dans lesquelles se trouvent les femmes en situation de précarité dont le non recours aux soins de santé n'est qu'une des multiples conséquences. L'étude sera présentée puis l'analyse des résultats suivra pour permettre d'identifier les freins et leviers des pratiques professionnelles qui influencent le recours aux soins gynécologiques des femmes accueillies.

## CONTEXTE

### Définitions et généralités

#### ➤ SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

« La **santé sexuelle** est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. » (OMS, (CBS)). En 2016, le Haut Conseil de Santé publique considère que « **la santé sexuelle** concerne toutes les personnes, quels que soient leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs. ». Selon le Haut conseil de santé publique « **la santé reproductive** implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent. » (Rapport du HCSP, 2016 « Santé sexuelle et reproductive »). « (...) La santé reproductive s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. » (OMS, définition)

#### ➤ PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ, EXCLUSION SOCIALE

Avant de s'intéresser à l'état de santé des femmes en situation de précarité, il est nécessaire de définir les notions de pauvreté, de précarité et d'exclusion sociale. Selon plusieurs auteurs, l'étude de ces notions imbriquées les unes aux autres, est nécessaire pour comprendre les changements de société et en suivre l'évolution, mais elle pose de réelles difficultés méthodologiques, car cela implique théoriquement de définir de quoi les individus sont démunis et de déterminer à partir de quel degré de privation ils sont considérés comme relevant de ces situations. (Bresson M (2007) ; Paugam S (2005) ; Sichére P (2016)).

## Définition de la pauvreté

La pauvreté est une notion économique, considérée le plus souvent comme une situation de manque, manque de revenu, manque d'éducation, manque d'emploi. Elle est spécifique d'une époque et d'une société. Pour pouvoir définir et mesurer la pauvreté malgré le caractère relatif évident de ce concept, la France et les autres pays européens en ont adopté une approche monétaire relative. La **pauvreté monétaire** se définit et se comptabilise à partir d'un seuil, le **seuil de pauvreté**, déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie (niveaux de revenus) de l'ensemble de la population, ce seuil été fixé à **60% du revenu médian** (1008€ mensuels), « un individu est considéré comme pauvre s'il vit dans un ménage dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, soit inférieur à 60% du revenu médian » (Observatoire des inégalités (2016)). A partir de l'établissement de ce seuil, plusieurs mesures sont possibles, ce sont les indicateurs de pauvreté dits « centraux » définis par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) et regroupé dans un tableau de bord, à l'usage des acteurs politiques et sociaux. (Rapport du Sénat (2008)). L'ONPES a pris également en compte le caractère multidimensionnel de la pauvreté, en définissant des indicateurs de conditions de vie, relatifs à l'emploi, à l'accès aux droits, à la santé, au logement ou à la culture pour définir la **pauvreté en conditions de vie** qui complète les données de la pauvreté monétaire. Elle mesure la proportion de ménages qui déclarent connaître au moins huit restrictions parmi 27 répertoriées conventionnellement (Rapport du Conseil national de lutte contre l'exclusion (2015)). Tous ces indicateurs relatifs à la pauvreté sont importants pour le suivi et l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (Rapport du CNLE (2016)).

## Définition de la précarité

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leur responsabilités élémentaires et de jouir de leur droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle peut conduire à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de l'individu de reconquérir ses droits par soi-même pour un avenir prévisible » (Rapport Wresinski (1987)), définition proposée par Joseph Wresinski.—C'est dans les années 2000 qu'apparaît la notion de *précarité* qui se caractérise par le *caractère incertain, aléatoire ou irrégulier des ressources* et par la fragilité qui résulte de cette insécurité dans la vie



quotidienne, familiale et sociale. C'est une notion subjective et relative étudiée en sciences sociales, considérée comme un problème social majeur, car ce phénomène d'incertitude généralisée impacte les liens sociaux en induisant une « dualisation de la société », opposant les inclus et les exclus du marché du travail (Bresson M (2007) ; Paugam S (2005)).

### Définition de l'exclusion sociale

Pour le Haut Conseil de Santé publique, la notion d'exclusion sociale correspond à la « non possession de bénéfices de droits » tandis que pour le Conseil de l'Europe elle se caractérise par le « non respect de droits fondamentaux et de droits sociaux » (Rapport du HCSP (1998) ; Conseil de l'Europe, définition). Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) définit l'exclusion comme la « non réalisation des droits sociaux garantis par la loi » (CNLE, définition). Pour Xavier Emmanuelli, l'exclusion sociale est la perte des liens communautaires et affectifs, elle a pour conséquence l'**isolement** puis la perte des représentations du « vivre ensemble », des possibilités de secours et d'assistance, les mécanismes qui relient l'individu au groupe n'existent plus. (Sichère P (2016)).

L'**invisibilité sociale** est également une notion importante caractérisant les publics en situation de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale, elle est à prendre en compte pour approcher l'état de santé des personnes démunies.

### ➤ LA PRÉCARITÉ EN PACA ET DANS LE VAR

En 2013, la Région PACA a été la **3<sup>ème</sup> région de France ayant le plus fort taux de pauvreté** après la Corse et les Hauts-de-France, **850 000 personnes vivant en dessous du seuil de Pauvreté, soit 17,3% de la population** (14,1% en France métropolitaine). Tous les départements de la région, à l'exception des Hautes Alpes (14,1%), ont eu un taux supérieur à la moyenne nationale. Le département le plus touché a été le Vaucluse (20,2%) (Rapport du DROS (2016)).

La région PACA se caractérise également par de très **fortes inégalités de revenus**. Les travailleurs pauvres représentent 22,9% de la population salariée (13,7% de femmes), le **taux de bas revenus salariaux des femmes est supérieur d'environ 10 points à celui des hommes** (27,8 % contre 18,1 %). Une personne de moins de 30 ans sur quatre se trouve en situation de pauvreté (Rapport du DROS (2016) ; INSEE Statistiques (2016)). Malgré une

forte hausse du nombre d'emplois salariés sur l'année 2015 (+10 000), la Région PACA est restée l'une des régions les plus touchées par le chômage (11,6%, vs 10 % en France). Dans ce contexte, les acteurs de terrain constatent une paupérisation des publics les plus précarisés qui cumulent plusieurs problématiques : éloignement plus marqué vis-à-vis de l'emploi, la pauvreté, le renoncement aux soins, un état de santé qui se dégrade, des difficultés d'accès aux droits, des problèmes de logement et l'isolement (Rapport du DROS 2016). Fin 2015, plus de 210 000 foyers sont allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA) en Paca, soit une augmentation de 7 562 foyers en un an (+ 3,7 %) (Rapport du DROS 2016).

**Dans le département du Var** le taux de pauvreté est de 15,7%. On estime que dans le grand bassin toulonnais environ 84000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté dont 51,8% de femmes. Les communes de Toulon Provence Méditerranée, Ollioules, Six-fours-les plages, La Seyne-sur-mer, Toulon, La Garde, Le Pradet, Hyères (environ 77000 personnes) sont particulièrement concernées. C'est à Toulon et à la Seyne/Mer qu'il y a le plus de personnes dans cette situation. L'isolement social, paramètre important associé au processus de non recours aux droits sociaux et aux soins, touche environ 28000 femmes sur ce territoire ((Rapport du DROS 2016 ; Rapport du CREDOC (2016)). Le Service intégré de l'accueil et de l'orientation du Var (SIAO) (« 115 » du Var) a pris en charge 1027 femmes sans domicile, 94,25% vivaient seules. (Rapport d'activité du SIAO 2015).

## Description du public concerné

### *Les femmes et la précarité*

En France, en 2014, 8,8 millions de personnes : 4,8 millions de femmes et 4,7 millions d'hommes avaient un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté estimé à 60 % du revenu médian (Observatoire des inégalités (2016 bis)). Si l'on s'intéresse aux catégories les plus précaires, c'est à dire les personnes les plus vulnérables face au risque de pauvreté, on retrouve dans chacune des **spécificités féminines** qui témoignent d'une **féminisation globale de la pauvreté** : les « actifs occupés » ou « travailleurs pauvres » qui occupent un emploi dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, **70% sont des femmes**. Parmi les retraités :

les femmes à âge équivalent perçoivent des retraites plus faibles. 57% des bénéficiaires du minimum vieillesse sont des femmes d'après le Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) (Rapport du CESE (2013)).

- Les chômeurs : les femmes sont plus exposées à la précarité de l'emploi, plus de temps partiels (2/3), vivent plus de situations discriminantes que les hommes, et occupent des postes moins qualifiés (27%) que les hommes (14%) en 2010, elles sont aussi plus exposées à des ruptures ou discontinuités de parcours professionnel pour raisons familiales (Rapport du CESE (2013)).

- Les familles monoparentales : **dans 86 % des situations de monoparentalité, le parent avec lequel réside (ou réside principalement) le ou les enfants est la mère** Être en situation de monoparentalité est un facteur incontestable de précarisation pour les femmes les plus vulnérables qui sont plus exposées à la pauvreté monétaire (**2,5 fois plus** que l'ensemble de la population). La situation de monoparentalité expose également aux difficultés de concilier garde d'enfant et occupation d'un emploi, et aux difficultés de se loger correctement (logements plus petits, moins confortables) (Rapport du CESE (2013)).

### **Les femmes sans domicile**

Cette situation ayant été définie pour les besoins de l'enquête de l'INSEE en 2012, il a été admis qu' « Une personne est dite sans domicile si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de sans-abri), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir, ou dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid). » (INSEE Statistiques (2013)). L'Enquête INSEE a recensé 141 500 personnes sans-domicile début 2012 en France métropolitaine, **56 600 (40%) sont des femmes**. La proportion de femmes diminue lorsque l'âge augmente (48 % parmi les 18-29 ans, 31 % parmi les plus de 50 ans). Les personnes sans-domicile vivent en majorité **seules (65 %)**. Les hébergements en hôtels ou en logements accueillent une plus forte proportion de femmes et de personnes, en couple ou non, accompagnées d'enfants. Les femmes seules bénéficient de conditions d'hébergement plus stables : elles sont moins souvent sans abri que les hommes seuls et plus rarement hébergées dans des centres que l'on doit quitter dans la journée (6 % contre 20 %) (INSEE Statistiques (2013)). Les femmes sans domicile se caractérisent par une « invisibilité » conséquence d'un sentiment de honte et d'une volonté de se protéger du regard

des hommes et des dangers de la vie dans la rue, gommant leur féminité, correctement vêtues ou dissimulant leur corps sous des épaisseurs de vêtements. (Lajeunie C. (2015)).

### *État de santé générale des femmes en situation de précarité*

Il est préférable de distinguer la santé des femmes en situation de précarité qui disposent d'un logement des femmes sans domicile, dont les spécificités seront développées. Comme l'a souligné le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes, les problématiques de santé des femmes en situation de précarité relèvent à la fois des inégalités sociales de santé et des spécificités liées au genre. En témoignent une plus forte hausse de certains indicateurs de santé détériorée chez les femmes que chez les hommes : **les maladies professionnelles, les accidents du travail et de trajet, les maladies cardio-cérébro-vasculaires, les troubles psychologiques et affections psychiatriques** ainsi que **l'obésité** (Rapport de l'ANACT (2017) ; Rapport de la FFR (2016) ; Rapport de F2RSM Psy (2013) ; Rapport Danne A. (2010)).

**Le renoncement aux soins** est un comportement plus fréquent chez les publics précaires. Les raisons du renoncement peuvent être économiques (difficultés à l'avance de frais), « renoncement barrière » ou relever de freins personnels « renoncement refus » (autres priorités domestiques, lourdeur administrative, manque d'information, antécédents d'expériences négatives dans les établissements de santé, vécu de stigmatisation de la part les professionnels de santé...) (Després C. (2011)). Il a été observé lors d'étude de trajectoires de soin, qu'il s'agissait le plus souvent pour les personnes d'une combinaison des deux types de renoncement. (Rapport ARS PACA AP-HM (2015)). L'état de santé physique des femmes sans domicile est davantage dégradé. Les pathologies diagnostiquées sont par ordre de fréquence, les **affections respiratoires, digestives, ostéo-articulaires, et dermatologiques**. Ces femmes ont un très **mauvais état de santé dentaire** pour plus d'un tiers (Rapport Médecins du Monde (2015)). Ces personnes peuvent souffrir de pathologies multiples dues au **manque d'hygiène** (plaies infectées, mycoses...), à la **malnutrition** responsables de **nombreuses carences** à l'origine de troubles plus ou moins graves qui tendent à se compliquer dans le temps (fractures, hémorragies, troubles neurologiques, ulcères de jambes...). Les **addictions**, forme d'« automédications » pour supporter le dureté de la vie à la rue, altèrent aussi la santé de ces femmes. (Dequiré AF (2010)). Elles sont aussi victimes de

**traumatismes physiques** consécutifs à des chutes, des agressions physiques ou des violences sexuelles (Rapport Médecins du Monde (2015)). Il existe une fréquence élevée de **pathologies chroniques** : 59% des patients, lors de l'enquête réalisée dans les centres d'accueils de soins et d'orientation CASO de Médecins du Monde en 2015, une pathologie chronique était diagnostiquée par les médecins pour plus d'un patient sur deux lors de consultations réalisées. La couverture vaccinale des femmes sans abris étrangère est inférieure à la population générale (Rapport Médecins du Monde (2015)).

La prévalence des troubles psychologiques est également plus importante chez les femmes sans domicile que chez les hommes dans la même situation : d'après l'enquête SAMENTA (2010), **35,8 % des femmes sans domicile rencontrées souffraient d'au moins un trouble psychiatrique sévère** contre 29,2 % des hommes. Les femmes étaient trois fois plus concernées par les troubles anxieux (états de stress post-traumatique, anxiété généralisée et troubles de l'adaptation) que les hommes : 21,0 % contre 7,5 %. 26 (Laporte (2010)). La souffrance psychique est favorisée par la pénibilité des conditions de vie, et l'isolement. La perte de l'estime de soi, le manque de sommeil dû à l'insécurité y contribuent. L'**espérance de vie** des personnes sans abris est de **48 ans** (80 ans en moyenne pour l'ensemble de la population), et de 37 ans pour les personnes ayant une pathologie psychiatrique (Etude AP-HM, Médecins du Monde (2009)).

La **réticence aux soins** des femmes sans domicile est fréquente, pour les mêmes raisons que pour les autres femmes en situation de précarité, auxquelles peuvent s'ajouter la crainte de se rendre sur les lieux de soins, le sentiment d'incapacité à effectuer les démarches administratives pour l'ouverture de droits, le sentiment de honte de leur situation, la **perte des rapports au corps et au temps** qui les éloignent de la nécessité de prendre soin de soi (Emmanuelli X. (2014) ; Furtos (2011)). La privation de logement place aussi ces femmes dans l'urgence de satisfaire leurs besoins primaires, se nourrir, trouver un abri, se laver ; il est observé un retard aux soins dans 40% des cas. (Rapport Médecins du Monde (2015)).

### *État de santé sexuelle et reproductive des femmes sans domicile*

Deux études ont permis de disposer d'éléments objectifs concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes sans domicile, la première est celle du rapport de l'observatoire du Samu Social remis à la DGS en 2005 (Rapport Brunet L. (2005)), et la seconde est l'étude de Médecin du Monde réalisée 2015 (Rapport Médecins du Monde (2015)). Il a été observé que

la plupart de ces femmes ont un vécu de violences physiques et/ou sexuelles et ont un rapport au corps perturbé. Elles utilisent peu de moyens contraceptifs. La grossesse peut être perçue comme un moyen d'être socialement protégée, de bénéficier d'un hébergement prolongé, et d'être reconnue socialement, un moyen d'accéder à la « normalité » (Rapport Brunet L. (2005)). De plus, d'après les témoignages, la grossesse peut procurer des états émotionnels positifs, et permettre de retrouver un sens à sa vie. L'image maternelle est fréquemment défailante, témoignant de carences affectives précoces, les femmes enquêtées avaient vécu de nombreux placements suite à des maltraitances. Le rapport relève pour ces femmes un manque d'accès à la contraception et aux examens de dépistage, ainsi qu'à des consultations de gynécologie. Les conditions de vie très dégradée ne rendent pas l'utilisation d'une contraception prioritaire (Rapport Brunet L. (2005)). Elles sont nombreuses à avoir eu recours à l'IVG au cours de leur vie. En 2015 l'étude de Médecins du Monde a mis en évidence que plus de 37,3% des femmes de 15-54 ans de l'échantillon de l'étude avaient eu recours à l'IVG (17,4% des femmes en population générale) (Rapport Médecins du Monde (2015)). Une étude a mis en évidence que le recours répété à l'IVG était plus fréquent chez des femmes isolées en situation de précarité (Opatowski M. (2017)).

En 2015 l'étude de Médecins du Monde Observatoire de l'accès à la prévention et aux soins rapportait que 40% de femmes n'avaient pas eu d'examen gynécologique au cours des trois dernières années, Seulement 33 % des femmes de 25-65 ans ont déclaré avoir fait un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie (les freins socio-culturels, linguistiques, associés à la pudeur). Plus d'un tiers des femmes concernées ne connaissaient pas le frottis cervico-vaginal et 72 % des moins de 35 ans ne connaissaient pas le vaccin HPV. 71 % des femmes de 50-74 ans déclaraient n'avoir jamais réalisé de mammographie (Rapport Médecins du Monde (2015)).

Parmi les femmes enquêtées, 7% des femmes étaient enceintes, dont 4/10 présentaient un retard de suivi de grossesse. Parmi les femmes enceintes 15% étaient sans domicile, et 12% vivaient dans un squat ou un campement, ces grossesses peu suivies présentent plus souvent des risques (Herschkorn-Barnu (2014)). Malgré l'accessibilité théorique des dispositifs de prévention (planning familial, PMI, PASS, Cegidd...) il existait une méconnaissance de ces structures, et des barrières culturelles et linguistiques (Rapport Médecins du Monde (2015)).

La prévalence des **hépatites B et C, et du VIH** était plus élevée que dans la population générale. Les femmes connaissaient mieux leur statut sérologique du VIH que les hommes

(34%). La **prostitution** pouvait être un moyen de survie pour certaines femmes (Rapport Médecins du Monde (2015)). Les troubles psychiatriques peuvent s'associer à des conduites sexuelles à risque

L'impact de la précarité sur la santé des femmes enceintes a fait l'objet d'une étude du Samu social de Paris en 2015. Cette étude a permis de mettre en évidence certains axes prioritaires pour l'amélioration de la santé des futures mères en situation de précarité et de leur nouveau né : **Faciliter leur orientation** dans le système de santé dès le début du suivi de grossesse (professionnels de santé pour la déclaration de grossesse, l'établissement de santé...), Valoriser l'existence de **l'entourage** des femmes en situation de précarité est très important car en l'absence d'un tiers plus expérimenté dans l'entourage, la grossesse se complique, les problèmes de communication sont plus importants, en particulier pour les femmes étrangères. Il peut s'agir d'autres femmes qui ont une expérience personnelle de la grossesse ou du système de santé (mère, membre de la famille, amie, collègue de travail).

Diminuer le **renoncement aux soins** surtout lié aux difficultés financières mais associé aussi à d'autres insécurités. Le suivi médical passe après d'autres priorités (se nourrir, se vêtir, se loger). Retard et ruptures de suivi (rdv manqués, défaut d'observance d'exams prescrits, consultations en urgence) sont mal vécus par les professionnels de santé, qui en réorientant les patientes peuvent favoriser le non recours aux soins (Rapport du SAMU Social de Paris (2015)).

### *Parcours de vie et parcours de soins*

Compte tenu de l'hétérogénéité des personnes susceptibles de se retrouver sans abris, les études de trajectoires de vie des personnes sans-abris sont indispensables pour comprendre les processus d'exclusion sociale et identifier les situations d'alerte pour déterminer les actions à mettre en place. Parcours de vie et parcours de soins sont indissociables

#### *Parcours de vie*

De nombreuses études se sont intéressées aux parcours de vie des personnes sans-abris, et aussi plus spécifiquement à ceux des femmes. Malgré la grande diversité de situations il est possible aujourd'hui de connaître certaines caractéristiques observées lors des études de trajectoires de vie. Plusieurs théories viennent éclairer les constats. Ces parcours se caractérisent souvent par des événements traumatisants dans l'enfance ou des parcours de vie

irréguliers (violences familiales, décès ou maladie grave d'un des parents), ou marqués par la maltraitance ou la négligence ( Schiltz L. (2014)).

Le placement en institution (Aide sociale à l'enfance) est retrouvé pour 23% des personnes SDF (Rapport Girard (2009)). Une grande majorité de femme SDF ont subi des violences physiques et sexuelles dans l'enfance, et/ou des violences à l'âge adulte (violences conjugales ou familiales) (Rapport Brunet L. (2005); Macé D. (2012)).

Le manque de sécurité affective est une des conséquences de ces évènements. La construction des liens à l'autre se construit dans l'enfance. A l'éclairage de la Théorie de l'attachement\* que John Bowlby a développée «les comportements d'attachement ont, d'un point de vue adaptatif, une fonction de protection, de socialisation et constituent un facteur de structuration de la personnalité. » Partant du constat que les personnes sans domicile décrivent des relations familiales chaotiques ou inexistantes, A.Vinay, professeure de psychologie clinique, a étudié les liens qui peuvent exister entre le type d'attachement et les relations aux autres et, par conséquent, le **processus de « désocialisation » des personnes SDF**. A.Vinay a utilisé les quatre types d'attachements «modèles internes opérants », allant de **l'attachement le plus sécurisant** et souhaitable pour le développement cognitif de la personne, la confiance en soi et dans le **lien social**, jusqu'au type d'attachement « **désorganisé** », **le plus insécurisant**, pouvant être à l'origine d'une retenue relationnelle, d'inhibition, de violences et d'un manque de confiance en l'autre. Les travaux de A.Vinay ont montré une forte proportion d'attachement « détaché » (deux fois plus que dans la population générale) et d'attachement désorganisé (quatre fois plus que dans la population générale), ce qui permettrait de comprendre d'une part la difficulté pour les professionnels de maintenir le lien dans certaines situations et d'autre part les passages à l'acte de certains SDF violents. L'auteure propose d'adapter l'accompagnement de ces personnes à partir de ces observations afin de prévenir les risques d'exclusion et de précarité et d'accompagner au mieux les personnes sans domicile (Vinay A. (2011)).

La Théorie de l'attachement a d'ailleurs récemment été aussi utilisée par Serge Paugam, sociologue responsable de nombreux travaux de recherche sur la pauvreté pour démontrer l'influence des liens précoces sur la construction des liens sociaux entre les individus et par conséquent leur perception de la pauvreté (Paugam S (2016)). Les trois formes de perception de la pauvreté qu'il décrit, la naturalisation, la culpabilisation et la victimisation, « inévitablement diffuses et présentes dans toutes les sociétés », constitueraient une sorte de « **tessiture de la société** », reposant finalement sur une forme **morale collective** variable. Ce raisonnement théorique augmenterait les possibilités d'analyser les changements sociétaux



afin d'adapter les réponses publiques pour protéger les personnes les plus vulnérables et développer les liens de solidarité. Cette approche permet finalement d'envisager l'impact des parcours de vie individuels sur l'ensemble de la société et sur sa cohésion à long terme, et souligne l'urgence d'accompagner les personnes le plus précocement dans leur parcours de vie.

Le parcours de vie a aussi été considéré par Jean Furtos, psychiatre, à travers la notion de santé mentale (Furtos (2011)). Il fait une distinction entre la précarité psychique existentielle liée à la construction relationnelle et affective de l'individu, (selon, également, la théorie de l'attachement) et la **précarité sociale** dont, selon lui, la **société moderne** néolibérale est responsable. Il insiste sur **l'importance du lien social** dans une situation d'insécurité matérielle et sur la nécessité d'adapter les pratiques professionnelles à la **spécificité des troubles des personnes sans domicile, au refus de soins et à la clinique psychiatrique d'auto-exclusion** liés au désespoir de l'exclusion sociale et au sentiment de ne plus faire partie de l'humanité (« désaffiliation », commune à plusieurs groupes d'individus vivant le rejet social, l'humiliation, ou l'indifférence (SDF, malades mentaux, personnes isolées, personnes souffrant de pathologies liées au travail). La personne « transforme le subir en agir », « s'exclut plutôt que d'être exclu ». J.Furtos explique que c'est la reconnaissance réciproque, le sentiment d'appartenance au groupe qui permet à la personne démunie d'accepter l'aide de la société (Furtos (2007)). Plus la personne se sent exclue, moins elle va demander de l'aide.

Pour adapter les prises en charge médicales à ces spécificités de comportement qui découlent de certaines trajectoire de vie, il faut modifier les pratiques professionnelles et être dans un accompagnement qui accepte les limites posées par les personnes en situation d'exclusion en privilégiant le lien thérapeutique au lieu de prise en charge. C'est dans ce sens que l'offre de soin à destination des personnes démunies est peu à peu repensée, les équipes mobile précarité psychiatriques dont A.Mercuel, psychiatre, a pu défendre l'intérêt en sont un exemple. Comme J.Furtos, A.Mercuel, évoquant aussi l'impact du type d'attachement de l'individu sur la continuité de la relation thérapeutique, explique que l'apaisement de la souffrance sociale de certains sujets provoque un sentiment de « dette » relationnelle chez ces derniers. Ces personnes aidées se sentent dépendantes et « débitrices », la solution pour elles est la rupture du lien, l'éloignement. Pouvoir « **aller vers** » et maintenir le lien est pour A.Mercuel un levier important pour prévenir le risque d'auto-exclusion et de retrait relationnel du patient (Mercuel A. (2011)).

Cette question de rupture de lien social, La perte des liens affectifs et communautaires a aussi été un sujet d'étude du psychiatre X.Emmanueli. qui explique que la perception économique du monde moderne et urbain fait confondre pauvreté et exclusion, selon lui cette confusion détruit les mécanismes de solidarité et favorise l'**isolement** (Emmanueli X. (2009)). Il constate cliniquement que l'isolement entraîne une « perte des représentations du vivre ensemble, des possibilités de secours et d'assistance » puis « une disparition des représentations du corps et de l'espace, du temps et de l'altérité, c'est à dire des mécanismes qui relie l'individu au groupe ». Pour R.Castel vivre à la rue implique une diminution ou un empêchement au lien social (Castel R (1995)).

### Maltraitances institutionnelles

Indépendamment des comportements associés à leur histoire personnelles, les femmes sans domicile, comme les hommes, ont vécu de mauvaises expériences, stigmatisantes, de prises en charge médicales expéditives ou de refus de soins qui favorisent le renoncement aux soins et renforce le sentiment de honte (Demeure O. (2005)). L'efficacité des politiques mises en place pour augmenter le recours au soin repose aussi sur la sensibilisation et la formation des professionnels de santé à l'accueil des personnes en situation de précarité.

### Mesures facilitant le soin de santé des femmes en situation de précarité

#### > Les dispositifs :

La Loi de lutte contre les exclusions de 1998 (Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998) a défini comment les établissements de santé participant au service public hospitalier devaient concourir à la lutte contre l'exclusion sociale (faciliter l'accueil des plus démunis, organiser la mobilité d'équipes hospitalières pour participer au réseaux sanitaires et sociaux) et organiser la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dispositifs hospitaliers permettant une prise en charge médicale et sociale des personnes en situation de précarité. Les PASS sont des « cellules de prise en charge médico-sociales qui doivent faciliter l'accès aux soins des personnes démunies au système hospitalier (...) et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale ». (Article L.6112-6 du Code de la santé publique, commenté dans la circulaire *Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998*).

Ce dispositif dispose sur plusieurs types d'organisation pouvant coexister :

- les « PASS dédiées » ou « médicalisées », consultations avec un accès sans rendez-vous à des consultations de médecine générale et des consultations sociales ;
- les « PASS transversales », dans laquelle l'assistante sociale est la personne référente et intervient sur tout l'hôpital ;
- les « PASS mobiles » et les « PASS spécialisées (PASS dermatologique, bucco-dentaire, psychiatrique (Georges C. (2015))).

Le Centre hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne/Mer dispose de deux PASS médicalisée de médecine générale articulées avec les services des Urgence, de deux « PASS spécialisées » de psychiatrie et d'une PASS Enfant-Environnement pour la prévention du saturnisme (comprenant l'intervention à domicile d'une infirmière Conseillère Habitat Santé).La « PASS spécialisée » de gynécologie sera mobile.

Concernant la Santé sexuelle et reproductive, la circulaire 1998 pointait aussi le rôle des établissement de santé participant au service public hospitalier pour répondre aux demandes des « femmes démunies à la recherche de mesures de prévention en matière de contraception ou d'IVG... ».

#### >Lutte contre le renoncement aux soins (Rapport CNAM (2017))

Le renoncement aux soins concerne : 26,5% d'assurés,

Peut s'expliquer par l'**instabilité par rapport à l'emploi**, les **ruptures** parfois successives **dans le parcours de vie**, des expériences administratives vécues comme compliquées... Le phénomène peut concerner aussi des personnes **bien insérées socialement aux revenus modestes**. Le renoncement aux soins concernent : **58,6% de femmes** et **17,7% familles monoparentales**, et les personnes vivant **seules, 36,6%**.

Les raisons sont surtout financières (reste à charge, avance de frais), et liées aussi au manque d'information. Les conséquences sont la fragilisation de l'état de santé physique et mentale, le renoncement aux soins affecterait significativement dans le temps l'état de santé général ressenti. (Paul Dourgnon « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé » 2012).

Face à ces constats la CNAM a élaboré un « **Plan d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures** » **PLANIR**, inscrit dans le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013. L'enjeu de ce dispositif « d'accompagnement personnalisé » est de favoriser l'accès aux droits et aux prestations aux plus fragiles (déploiement progressif jusqu'en 2018) par l'octroi des droits (CMUC, ACS),

l'orientation et le suivi dans le système de soins et de santé, l'accompagnement financier (montage financier pour les restants à charge).

### **Pratiques professionnelles d'accompagnement social :**

Selon Emile Durkeim, le droit et le travail social participent ensemble à la régulation des rapports sociaux, l'intervention du travailleur social se situe à ce niveau d'entre-deux, œuvrant à la cohésion sociale, en participant à la régulation des rapports entre les institutions, le droit et les citoyens.

### **>Définition du travail social :**

Un décret récent du 6 mai 2017 en a précisé la définition qui, jusqu'alors, ne figurait pas dans le code de l'action sociale et des familles

### **Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social**

Après l'article D. 142-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. D. 142-1-1.-Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement.

« A cette fin, le travail social regroupe un ensemble de pratiques professionnelles qui s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Il s'appuie sur des principes éthiques et déontologiques, sur des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, sur les savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et les savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins. Il se fonde sur la relation entre le professionnel du travail social et la personne accompagnée, dans le respect de la dignité de cette dernière. « Le travail social s'exerce dans le cadre des principes de solidarité, de justice sociale et prend en considération la diversité des personnes bénéficiant d'un accompagnement social. »

**>Le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (PPLPIS) 2013**, objectivité, actions non stigmatisantes, participation des personnes accompagnées au Conseil National de Lutte contre l'Exclusion, instituée fin 2013, juste droit, et décroissement.

>**Le Plan d'action en faveur du travail social et du développement social 2015** (Rapport du CNLE (2016)), décidé à la suite des États généraux du travail social lancés en 2013, en concertation entre les Départements et les régions, pour **simplifier l'accès aux droits**, mieux **coordonner** les politiques sociales et mieux **reconnaître et valoriser les travailleurs sociaux**. Le travail des intervenants sociaux est recentré sur : **l'accompagnement**. A ces fins, plusieurs mesures importantes ont été adoptées :

- le « **premier accueil social inconditionnel de proximité** »
- la création de « **référents de parcours** » Le référent de parcours doit avoir une vision globale des diverses interventions sociales qu'il coordonne, sur mandat de la personne.
- la **participation des personnes accompagnées** ou ayant un vécu d'accompagnement sont associées à la conception et au suivi des politiques sociales publiques, qui permettra de s'adapter à leurs attentes et à la simplification des démarches administratives.

L'objectif de l'accompagnement doit être pratique, aider la personne à résoudre ses problèmes (sociaux et individuels), il doit associer l'aide, la persuasion et la contrainte, et mobilise, de la part de l'intervenant, « une compétence moins psychologique que relationnelle qui peut s'enrichir, ou non, de la psychologie. La mobilisation des récits de vie a comme principal effet de faire prendre conscience à l'utilisateur de son parcours et de produire une subjectivité qui découle de cette autoréférence comme individu responsable, autonome » (Bresson M (2012)).

> **Amélioration des mesures de lutte contre le non-recours aux droits sociaux** (Rapport Biémouret G. (2016)) :

**Pour un plus grand repérage des personnes éligibles**, de nouvelles orientations sont prises :

- Un changement d'approche : « **faire venir** » repérage des **moments importants du parcours de vie** (identifier les périodes de rupture (naissance, deuil, divorces, accident du travail), et « **aller vers** » les « poches de précarité » (Centre de formation d'apprentis, missions locales), agir auprès des plus fragiles, mener des actions coordonnées et fonctionner en réseau.
- Banaliser la demande d'aide (attractivité de « produits d'appels » non stigmatisant).
- Mieux détecter et mieux informer les personnes.
- Simplifier l'accès aux prestations.
- Envisager la hausse des minima sociaux.

- Constat que la réalité du non recours aux droits est **méconnue**, que les responsabilités sont diluées sur le terrain, qu'il y a plus d'incitations à réduire la fraude qu'à ouvrir les droits, un manque d'information du public est constaté, cette remise en cause du travail social a suscité des décisions :
  - Le Conseil départemental doit gérer les domiciliations (accessibilité des prestations, condition sine qua non) et identifier la structure d'accueil et le référent de parcours.
  - L'Accessibilité des prestations devra être facilitée : Domiciliation, dossier numérique, accompagnement personnalisé, « premier accueil inconditionnel », accompagnement plus humain, médiation.

## MATÉRIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une enquête de pratiques professionnelles qualitative à visée exploratoire qui s'est déroulée du 1<sup>er</sup> mai 2017 au 30 juin 2017 sur le Territoire Toulon Provence Méditerranée, d'Ouest en Est : Ollioules, Six-fours-les plages, La Seyne-sur-mer, Toulon, La Garde, Le Pradet, Hyères.

L'enquête a été réalisée avec trois outils principaux : un questionnaire envoyé aux professionnels, des entretiens dirigés aux seins de structures spécialisées et une synthèse de journée d'échange de pratiques

### Populations

#### Population interrogée avec le questionnaire (Population 1)

Professionnels inscrits à la journée d'échange de pratiques du 27 juin 2017 organisée par le CODES 83 (17).

Professionnels exerçant dans les structures définies dans la population 2.

Parmi l'ensemble de ces professionnels, les professionnels éligibles étaient des professionnels exerçant dans des structures varoises qui accueillent des femmes en situation de précarité définies dans la population 2. Ces professionnels pouvaient être de formation sociale (assistants sociaux, éducateurs, moniteur éducateurs, animateurs) ou sanitaire (médecin, infirmière) et travaillent dans les structures.

#### Population interrogée pour les entretiens dirigés (Population 2)

Les entretiens dirigés ont été réalisés avec les équipes travaillant dans les structures d'hébergement social.

Identification des structures.

Les structures éligibles ont été sélectionnées d'après l'annuaire du Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) qui recense les lieux d'accueil et d'hébergement des personnes démunies, en l'occurrence des femmes en situation de grande précarité et particulièrement éloignées des soins de santé, Centres d'Hébergement et de réinsertion sociale et Accueils de jour, sur le territoire Toulon Provence Méditerranée.

Les responsables des structures ont été contactés par téléphone pour proposition d'un entretien avec l'équipe.

Les professionnels appartenant à l'équipe qui participaient aux entretiens étaient uniquement de formation sociale (assistants sociaux, éducateurs, moniteur éducateurs, animateurs).

### Population participant à la journée d'échange (Population 3).

Il s'agissait de 17 participants inscrits à la journée d'échange de pratiques professionnelles « *Comment promouvoir la santé gynécologique dans l'accompagnement des femmes en situation de précarité afin de favoriser le recours au soin ?* » organisée par le CODES 83 du 27 juin 2017. Invitation à participer adressée à tous les abonnés à la News letter du CODES 83 (1954 destinataires), participation soumise à inscription. Envoi effectué 45 jours avant la date du 27 juin 2017. Inscription effective à la réception de la demande du professionnel, par ordre chronologique. Nombre d'inscrits limités initialement à 15 personnes.

### Outils

#### Questionnaire

Il s'agit de questions ouvertes et fermées (ANNEXE PASS SANTE GYNECO).

Le questionnaire a été élaboré par la personne qui a réalisé l'enquête, puis testé et modifié par lors de réunion avec l'équipe du CODES83, partenaire des travaux.

Les questions ont été préalablement organisées en quatre parties :

1. « Le Contexte de l'enquête et profil du répondant »,
2. « La santé générale des personnes accueillies »,
3. « La santé gynécologique des femmes accueillies »,
4. « l'avis du répondant » concernant l'évaluation du questionnaire par le répondant.

Il a été décidé de catégoriser les questions selon **les domaines que l'étude explore**, puis de faire des sous-catégories plus précises du domaine étudié. Au total, il y avait **5 domaines d'exploration** (profil du répondant, représentations et perceptions des professionnels, mécanismes et pratiques de prise en charge, attente des professionnels, évaluation du questionnaire et remarques). Pour 3 domaines, **Représentations et perceptions des professionnels, Mécanismes et pratiques de prise en charge, Attente des professionnels**, il y avait des sous domaines (annexe 2).



Modalités de diffusion du questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé auprès des futurs participants, inscrits à la journée d'échange de pratiques du 27 juin 2017 organisée par le CODES83 (17), et aux responsables des structures à partir d'un logiciel de sondage en ligne, *Survey Monkey*, pour faciliter les réponses et le recueil. Le responsable de chaque structure a diffusé le questionnaire à l'ensemble des professionnels de celle-ci.

Recueil des données à partir du logiciel de sondage en ligne, *Survey Monkey*, qui permet un recueil et une restitution automatiques des données.

Méthode d'analyse du questionnaire

1. Analyse des données quantitatives du questionnaire

Les données quantitatives ont été rapportées sous forme de taux avec leur pourcentage.

2. Analyse des données qualitatives du questionnaire

### Entretien semi dirigé

Mené auprès des équipes des structures par deux intervenants : un professionnel médical, sage-femme, exerçant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et un chargé de projet du CODES. La prise de notes a été facilitée par la co-direction de l'entretien. Les questions de l'entretien ont été orientées selon les 3 axes étudiés : **Représentations et perceptions des professionnels, Mécanismes et pratiques de prise en charge, attentes des professionnels** sans entrer dans le détail des questions. Une large place a été laissée à l'expression spontanée des professionnels concernant leurs pratiques. Le nombre de professionnels présents allait de 1 à 6. Les synthèses des entretiens ont été structurées selon les 3 axes étudiés, Représentation et perceptions des professionnels, Mécanisme et pratiques de prise en charge, Attentes des professionnels.

Le recueil des données d'entretien s'est fait par prise de notes directes, puis réajustées et résumées par les deux intervenants. Les comptes rendus d'entretiens ont été restitués selon les 3 items retenus, Représentation et perception des professionnels, Mécanismes et pratiques de prise en charge, Attentes des professionnels. La récurrence des propos tenus sur les différentes structures a permis une synthèse pour chaque item exploré (cf tableaux).

## Méthode d'analyse de l'entretien

Pour rendre possible l'exploitation des données des entretiens, un compte-rendu de chaque entretien a été réalisé à partir des prises de notes et après concertation des deux auditeurs. Il a été réalisé une catégorisation des propos tenus puis une analyse selon les items retenus, Représentation et perception des professionnels, Mécanismes et pratiques de pec, Attentes des professionnels.

## Synthèse de la journée d'échange de pratiques

La co-animation était menée par une chargée de projet du CODES83 et une sage-femme. Pour des raisons de rigueur méthodologique, le bilan de la journée d'échange ne pourra être intégré à l'analyse des résultats mais illustrera certains points de la discussion de l'analyse des résultats du questionnaire et des entretiens.

## Méthode d'analyse de la journée

Un bilan a été réalisé par le chargé de projet du CODES83 qui organisait la Journée d'échange de pratiques à partir du contenu des différentes animations qui structuraient les échanges (Annexe 3).

Pour des raisons de rigueur méthodologique, le bilan de la journée d'échange ne pourra être intégré à l'analyse des résultats mais illustrera certains points de la discussion de l'analyse des résultats du questionnaire et des entretiens

## RESULTATS

### Description de la population étudiée

Effectifs des répondants au questionnaire (Population 1)

La population interrogée comprenait donc les inscrits à la journée d'échanges (17 personnes) et les professionnels exerçant dans les structures (41 personnes dont 7 inscrits à la journée). Le questionnaire a donc été envoyé à 51 personnes. Parmi ces 51 personnes, 21 ont répondu (41,2%).

Effectifs des structures ayant participé aux entretiens (Population 2)

Sur les 8 structures identifiées, 7 ont acceptés de réaliser l'entretien (87,5%) %. Lors de ces entretiens, 20 professionnels ont participé aux entretiens.

**Tableau 1 : Ensemble des structures contactées pour les entretiens dirigés.**

Type de structure	Nom	Commune(s)	Fonctionnement	Nombre de places pour femmes
Équipe mobile	EMPS	TPM*	365j/an de 10h à 23h	
Accueils de jours	Les Amis de Jéricho	Toulon	365j/an de 8h15 à 18h	
	Archaos	Toulon	Du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h30 à 17h	
	AVAF le Relais	La Seyne-sur-mer	Du lundi au vendredi de 9h à 13h et sur rdv l'après-midi	
CHRS**	Accueil Fémina	La Garde	365j/an, 24h/24h	34
	AVAF*** Argence	Toulon	365j/an, 24h/24h	87
	La Respélido	Toulon	365j/an, 24h/24h	29
	Les Favières	Le Revest	365j/an, 24h/24h	12

\* TPM : Territoire Toulon Provence Méditerranée

\*\* CHRS : Centre Hébergement Réinsertion Sociale

\*\*\* AVAF : Association Varoise d'Accueil Familial

Effectifs des professionnels participants à la journée d'échanges de pratiques (Population 3).

Il y a eu 17 participants qui ont assisté à la journée d'échange.

## Analyse du questionnaire

### Profil du répondant

Le type de structures dans lesquelles travaillent les répondants ainsi que leur ancienneté dans la structure sont exposés dans les tableaux 2 et 3. La profession des répondants est rapportée dans le tableau 4. Nous avons mis en annexe le nom des structures (annexe PASS SANTE GYNECO). Parmi les répondants, il y avait 20 femmes (95,2%) et un homme.

**Tableau 2 : Type de structure dans lesquelles exercent les répondants**

Structure	Nombre (%) n : 21
CHRS*	3 (14,3)
Accueil de jour	4 (19)
Association dispensant des soins	3 (14,3)
Résidence mères-enfants	2 (9,5)
Equipe mobile précarité santé	1 (4,8)
Maison relais	1 (4,8)
Centre de dépistage et de prévention	1 (4,8)
Association d'accueil et d'information	1 (4,8)
SAMSAH**	1 (4,8)
Accueil parental	1 (4,8)
Association de prévention Santé	1 (4,8)
Association de prévention santé parentalité	1 (4,8)
Secours populaire français	1 (4,8)

\* CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

\*\*SAMSAH : Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé & Appartement thérapeutique

**Tableau 3: Ancienneté dans la structure**

Ancienneté	Nombre (%) n : 21
moins de 3 ans	8 (38,1)
entre 3 et 10 ans	6 (28,6)
plus de 10 ans	7 (33,3)

**Tableau 4 : profession des répondants**

Profession	Nombre (%) n : 21
Assistant social	4 (19)
Éducateur	3 (14,3)
Moniteur éducateur	3 (14,3)
Animateur	1 (4,8)
Chef de service	2 (9,5)
TISF*	1 (4,8)
infirmière	3 (14,3)
Conseillère conjugale	1 (4,8)
Médecin coordinateur	1 (4,8)
Bénévole	1 (4,8)
Chargée de mission Espace Famille	1 (4,8)

\* TISF : Technicien d'intervention sociale et familiale.

## Les représentations et perceptions des professionnels

### **Estimation de son propre rôle dans le domaine de la santé des femmes accueillies**

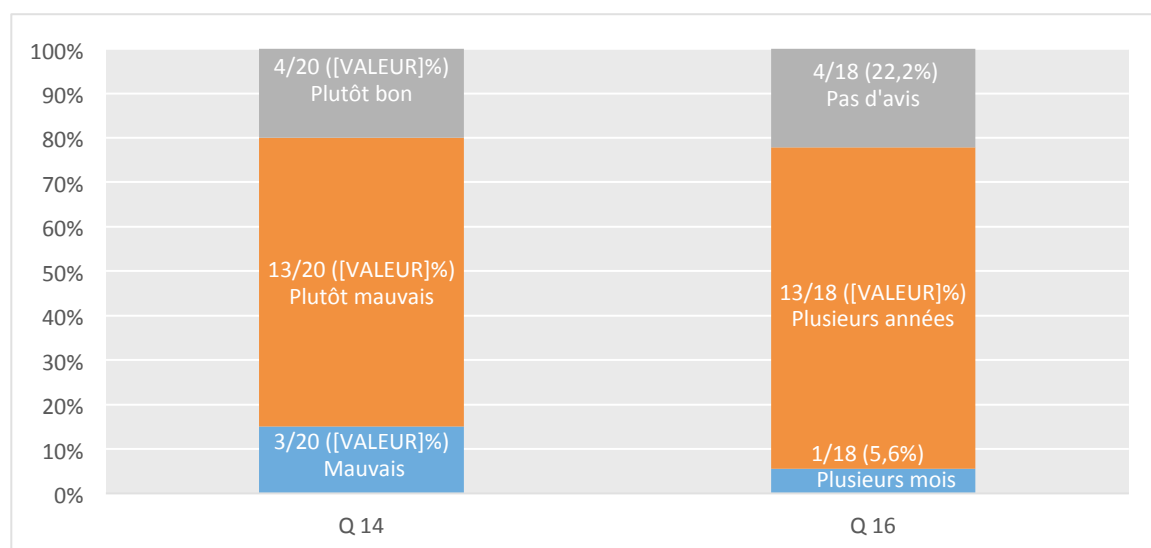
Q6 : « Dans le cadre de vos fonctions, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans le domaine de la santé et de sa promotion ? »

Pour 100% des répondants la réponse a été « Oui »

Questions concernant la santé gynécologique perçue des femmes accueillies :

Les réponses aux questions Q14 et Q16 sont rapportées dans le graphique 1.

**Graphique 1: réponses aux questions Q14 et Q16.**



Q14 : « Selon vous, quel est le niveau de santé gynécologique des femmes que vous accompagnez ? »

Q16 : « La durée de rupture de suivi gynécologique se situe dans quelle proportion selon vous ? »

### Connaissances relatives à la santé gynécologique

Les réponses à la question Q24 : « Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances relatives à la santé gynécologique ? » sont rapportées dans le tableau 5. A la question Q 25 « Pensez-vous que votre niveau de connaissance sur ce sujet peut avoir un impact sur la qualité de votre accompagnement des femmes accueillies sur la structure ? », 14/21 (67%) des répondants ont répondu oui. L'argumentation pour les réponses de la question Q25 est rapportée dans le tableau 6.

**Tableau 5: Réponses à la question Q 24**

Niveau	Nombre (%) n : 21
Mauvais	1 (4,8)
Plutôt mauvais	0
Moyen	14 (66,7)
Plutôt bon	5 (23,8)
Bon	1 (4,8)

**Tableau 6 : Argumentation aux réponses de la question Q25« Pensez-vous que votre niveau de connaissance sur ce sujet peut avoir un impact sur la qualité de votre accompagnement des femmes accueillies sur la structure ? »**

<b>Q25 : Impact du niveau de connaissances sur la qualité de l'accompagnement des femmes accueillies.</b>	
Arguments pour le « Oui »	
1. Majorer ses capacités à orienter les femmes accueillies	
« Une bonne connaissance améliore l'évaluation de la situation et donc l'orientation.»	4/11 36,3%
« Une meilleure connaissance du sujet permet des repérages plus précis et donc des orientations mieux adaptées à chaque situation ».	
« Je devrais être capable de répondre à leurs questions simples et les orienter vers un médecin si cela sort de mon champ de compétences »	
« Pour savoir identifier la problématique et orienter correctement la personne »	
2. Centrer l'accompagnement sur les besoins de la personne	
« Oui parce qu'il y a un impératif d'immédiateté à satisfaire auprès de ce public abîmé. »	5/11 45,5%
Les informations détenues cohérentes et adaptées à la problématique permettent un accompagnement au plus près de la demande/besoin »	
« Une réponse de qualité et adaptée permettrait de rassurer la personne »	
« De part ma profession (sage-femme) la confiance est assez rapide ».	
« Car les hébergées ne sont pas toujours conscientes des risques. »	
3. Augmenter sa sécurité professionnelle	
« Selon mes connaissances je pense que je serai plus sensibilisée et ouverte, mais je pense aussi sur la façon d'aborder cet aspect du soin »	2/11 18,2%
« Plus d'informations, de connaissances »	
Arguments pour la réponse « Non »	
1. Centrer l'accompagnement sur l'accueil et l'écoute	
« Je pense que c'est surtout la qualité de l'accueil et de l'écoute qui prédominent sur le niveau de connaissances. »	3/7 43%
« Les personnes ne recherchent pas forcément une réponse médicale immédiate mais plutôt de l'écoute et elles attendent de nous que nous les mettions en lien avec de professionnels spécialisés ».	
« Mais non aussi car si l'on a tissé un vrai lien il pourra aider à une rencontre avec un pro du sujet ! Mais cela demande de ne pas lâcher l'attention. »	
2. Connaissances et expérience propres de l'accompagnateur	
« Je me documente sur le sujet, et j'oriente vers des professionnels de santé pour le meilleur suivi »	2/7 28,5%
« C'est mon expérience en tant que femme et de mère qui m'aide mais un professionnel de santé est plus à même de répondre. »	
3. Accompagnateur non concerné par les connaissances relatives à la santé gynécologique	
« Parce que j'encadre des professionnels de santé en capacité de répondre aux interrogations de ces femmes. »	2/7 28,5%
« Je ne suis que l'assistante »	

## Contribution du soin gynécologique à la réinsertion sociale des Femmes

Concernant la question Q33 : « Pensez-vous que le soin gynécologique des femmes en situation de grande précarité, peut contribuer à leur accompagnement vers la réinsertion sociale ? », pour 18/21 (86%) la réponse a été « Oui ». Pour les autres, 3/21 (14%), la réponse a été « Je ne sais pas ». L'argumentation pour les réponses de la question Q33 est rapportée dans le tableau 7.

**Tableau 7: Argumentation aux réponses de la question Q33 « Pensez-vous que le soin gynécologique des femmes en situation de grande précarité, peut contribuer à leur accompagnement vers la réinsertion sociale ? »**

Contribution du soin gynécologique à l'accompagnement vers la réinsertion sociale ? Arguments pour le	Nombre (%)
<b>1. La santé, étape nécessaire à l'insertion</b>	<b>7/14(50)</b>
« Car la santé est un facteur important à l'insertion/isolement »	
« Être en bonne santé »	
« Selon moi l'accès aux soins est une des étapes de la réinsertion »	
« Un suivi correct met la personne en position de réinsertion. »	
« Un parcours de réinsertion réussi se base tout d'abord sur un état de santé en adéquation avec des responsabilités professionnelles. »	
« L'ensemble des soins offerts aux femmes en situation de grande précarité peut contribuer à leur accompagnement vers la réinsertion sociale. »	
« Par le soin, la femme entame une démarche de réappropriation d'elle-même, elle prend soin d'elle, véritable levier à la démarche d'insertion . »	
<b>2. La santé et le soin corporel, déterminants de l'estime de soi</b>	<b>4/14(28,6)</b>
« Soin gynécologique=soin de santé qui permet de tendre vers un mieux être donc potentiellement vers une meilleure image de soi..(spirale ascendante).»	
« Car la santé est une des clés de la confiance en soi et d'une bonne estime de soi. »	
« Participe à la conscience de son propre corps, à la valorisation de soi, à condition que l'écoute fasse partie intégrante des moments de soin. »	
« Prendre soin de sa santé y compris sous l'angle gynécologique, peut favoriser le mécanisme de l'estime de soi et donc les capacités de projection vers un avenir meilleur. »	
<b>3. Intérêt d'une offre de soin gynécologique sur la structure</b>	<b>3/14(21,4)</b>
« Parce qu'en général elles s'occupent de leurs enfants en priorité et se négligent. »	
« Oui parce que dans le déni de leur corps les femmes de l'accueil si on leur offre la possibilité vont pouvoir la saisir et parler de leur intimité et de ce qui les tracasse. »	
« Je pense qu'elles ont besoin d'un étayage d'une équipe pluridisciplinaire et le soin gynéco en fait partie ; de plus c'est une autre façon de les aborder en étant dans le « prendre soin » et la bienveillance pour des personnes qui ont été maltraitées et qui le sont toujours dans la rue à la fois par leur compagnon et les autres personnes qui vivent dans la rue et la société. Cette action permet aussi la prévention. »	



## **Les mécanismes et pratiques de prise en charge**

### **Recueil par les professionnels d'informations et communication relatives à la santé**

Q7 : « Lors de l'hébergement de femmes en situation de précarité ou d'exclusion sociale, vous informez-vous de leur parcours de soin ? »

Pour 18/20 (90%) des répondants la réponse a été « Oui » et 2/20 (10%), la réponse était « non ».

Q8 : « Abordez-vous la question de la santé avec les personnes accueillies sur la structure ? »

Pour 20/21 (95%) des répondants la réponse a été « Oui ». Cette question est abordée lors d'entretien individuel uniquement dans et parmi ceux-ci, 2/20 (10%) l'abordent uniquement en entretien collectif, 12 (60%) uniquement en entretien individuel et 6 (30%) utilisent les deux. La fréquence de ces entretiens était hebdomadaire, bi mensuelle ou mensuelle.

### **Formation et accompagnement vers le soin de santé et modalités**

A la question Q11 : « L'accompagnement des publics vers le soin de santé a-t-il été envisagé au cours de votre formation ? », pour 14/21 (76,2%) des répondants la réponse a été « Oui » et pour 7/21 (23,8%) la réponse était « non ». Les précisions concernant la réponse Q11 sont rapportées dans le tableau 8.

**Tableau 8 : Précisions concernant la question Q11 « Formation à l'accompagnement des publics vers le soin de santé ? »**

Q11 : Formation à l'accompagnement des publics vers le soin de santé ?
Précisions pour le « Oui »
« Au cours de ma formation visant à obtenir le diplôme d'État d'éducatrice spécialisée, j'ai pu accéder à des formations et cours sur la psychopathologie, sur les risques liés aux conduites addictives et à la précarité(...) avec des publics spécifiques. »
« Dans le cadre de la formation continue. »
« Assistante sociale »
« Pas dans le cadre de l'exclusion sociale à proprement parler, mais plus en matière de prévention et dans le cadre des politiques publiques. »
« Essentiellement pendant les stages.»
« Oui nous travaillons à cela et à informer nos patientes qu'il faudra quand elles auront acquis des droits, se faire suivre. »
« Sage-femme »
« Formation DEJEPS en animation sociale. Savoir accueillir, orienter le public précaire ou les familles vers le soin de santé. » chargée de mission espace famille
« Je suis infirmière puéricultrice.»
« Intérêt personnel pour cette thématique donc suivi de formation(s) complémentaire(s) via le CODES d'Alsace. »
« Repérage des acteurs de santé, orientation du public vers les acteurs de santé »
Précisions pour le « Non »
« Absence de formation médicale », « Pas de module sur le thème de la santé »
« Étant l'assistante du médecin, c'est lui qui se renseigne. Je l'aide simplement quand nous devons expliquer quelque chose aux patientes étrangères. Mon rôle principal est de leur faire accepter d'être examiné par un homme ! » ide
«Formation au CODES » éducateur de formation

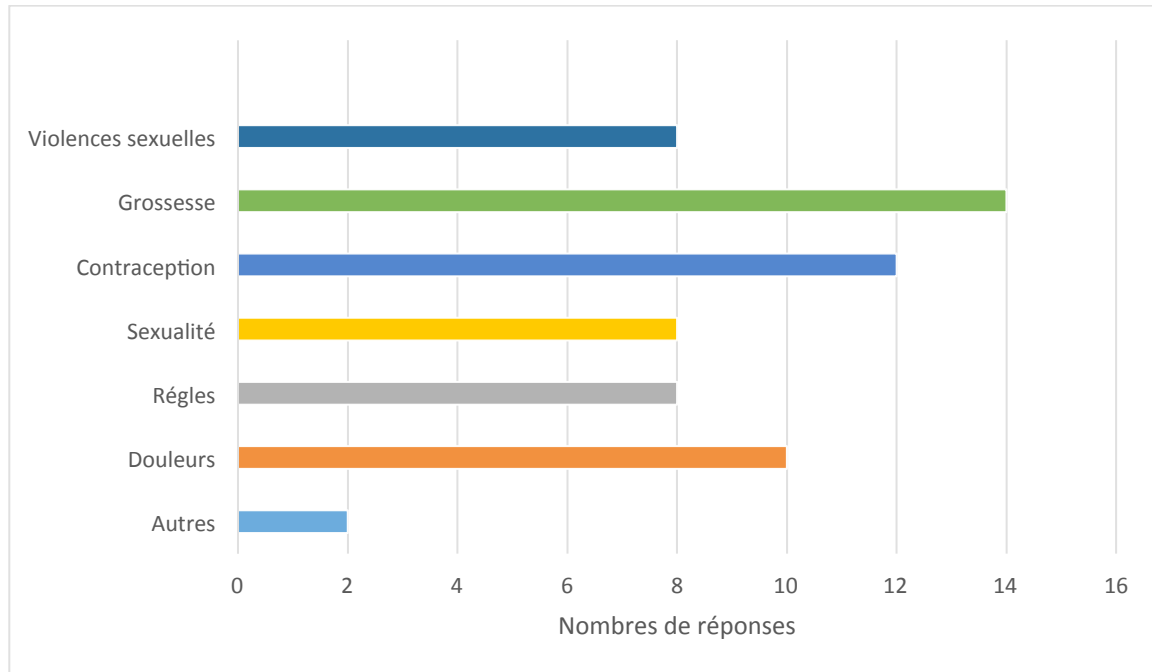
### Besoins/demandes des femmes accueillies

A la question Q15 : « Accompagnez-vous des femmes en situation de précarité qui n'ont plus recours au soin gynécologique ? », pour 17/21 (81%) répondants la réponse a été « Oui », 1/21 (4,8%) la réponse était « non » et 3/21 (14,3%) la réponse était « je ne sais pas ».

A la question Q17 : « Êtes-vous confronté à des demandes de santé pouvant être d'ordre gynécologique ? », pour 19/20 (95%) répondants la réponse a été « Oui ». En terme de fréquence (Q18), sur les 20 répondants, la réponse était « très souvent » pour 1/20 (5%), « Souvent » pour 11/20 (55%) d'entre eux, et « Rarement » pour 8/20 (40%) d'entre eux.

Les demandes d'ordre gynécologiques (Q19) sont exposées dans le graphique 2.

**Graphique 2 : Réponses proposées (plusieurs possibles) à la question Q19« Les demandes d'ordre gynécologique concernent : (plusieurs réponses possibles)».**



Pour 2/21 (9,5%) répondant la réponse « Autre » a été :

« Demande de FIV chez des patientes étrangères de plus de 40 ans. »

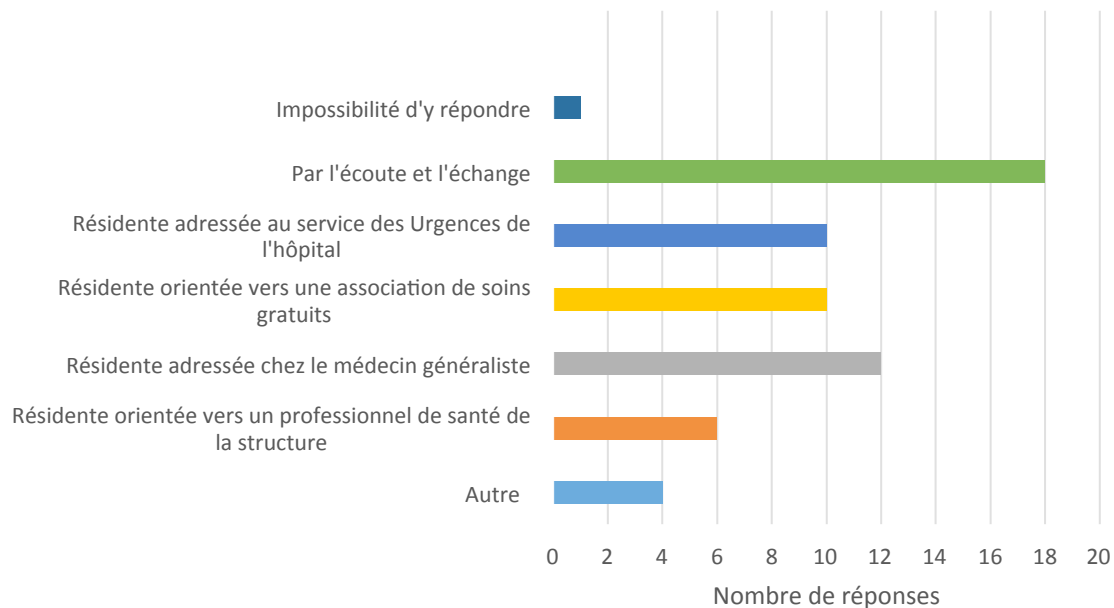
et « Frottis, mammographie ».

### **Pratiques relatives à la santé gynécologique**

A la question Q20 : « Êtes-vous à l'aise pour recueillir les demandes d'ordre gynécologique ? », pour 21/21 (100%) répondants la réponse a été « Oui », pour 11/21 (52,4%) d'entre eux « Oui tout-à-fait » et pour 10/21(47,6%) d'entre eux « Oui en partie ».

Les réponses à la question Q21 : « De quelle façon y répondez-vous ? (plusieurs réponses possibles)» sont exposées dans le graphique 3.

**Graphique 3 : Réponse à la question Q21 : « De quelle façon répondez-vous aux demandes d'ordre gynécologique ? (plusieurs réponses possibles)»**



Les quatre personnes ayant répondu « Autre » **orientent** les résidentes vers d'autres professionnels : 2/4 répondants vers un spécialiste, 1/4 répondant vers le CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale), 1/4 vers les gynécologues de la structure.

A la question Q22 : « Rencontrez-vous des difficultés pour y répondre ? », pour 11/19 (57,9%) répondants la réponse a été « Non » et pour 8/19 (42,1%) la réponse a été « Oui ».

Les réponses aux propositions de la question Q23 : « Quels freins rencontrez-vous pour y répondre ? (Plusieurs réponses possibles) » sont rapportées dans le tableau 9.

Pour 10/19 (52,6%) répondants, deux des réponses ont été « la pathologie psychiatrique des résidentes » et « le refus de soins des résidentes ».

Pour 7/19 (36,8%) répondants deux des réponses ont été « Des délais importants de prise en charge sur les structures de soin » et « La barrière linguistique ».

**Tableau 9: Réponses aux propositions de la question Q23 « Quels freins rencontrez-vous pour y répondre ? (Plusieurs réponses possibles) »**

Propositions	Nombre (plusieurs réponses possibles par répondant) n (% de répondants (19) ayant choisi cette réponse)
Le refus de soins des résidentes.	10 (52,6)
La pathologie psychiatrique des résidentes.	10 (52,6)
La barrière linguistique.	7 (36,8)
Des délais importants de prise en charge sur les structures de soin.	7 (36,8)
Les comportements à risque des résidentes.	6 (31,6)
L'attitude inadaptée de certains médecins ou professionnels de santé.	5 (26,3)
Le manque d'information ou la méconnaissance de ce sujet.	4 (21)
La méconnaissance des pratiques religieuses et culturelles des résidentes.	4 (21)
Les locaux de votre structure ne permettent pas d'échanger sur des questions de santé en toute confidentialité.	3 (15,8)
L'absence de disponibilité des professionnels de santé partenaires.	3 (15,8)
L'impossibilité d'accompagner sur les structures de soin les résidentes qui ne peuvent pas se déplacer seules.	2 (10,5)
Le manque de temps.	2 (10,5)
je n ai pas assez d'ancienneté dans l'association pour pouvoir répondre	1 (5,3)
Impossibilité pour la sécurité sociale d'accéder à la demande de ces patientes qui par ailleurs ont déjà des enfants Fr	1 (5,3)
La priorité donnée à la mise à l'abri :travailler avec la personne l'orientation vers un CHRS pour sortir de la rue.	1 (5,3)
La gêne personnelle ressentie pour un domaine de santé touchant à l'intimité des personnes.	0

Freins propres aux patientes

Freins propres aux professionnels sociaux eux-mêmes

Freins propres aux structures de soins

Freins propres aux structures de soins

Freins propres aux professionnels de santé

## Les attentes des professionnels

### Besoins des professionnels déduits des freins rencontrés

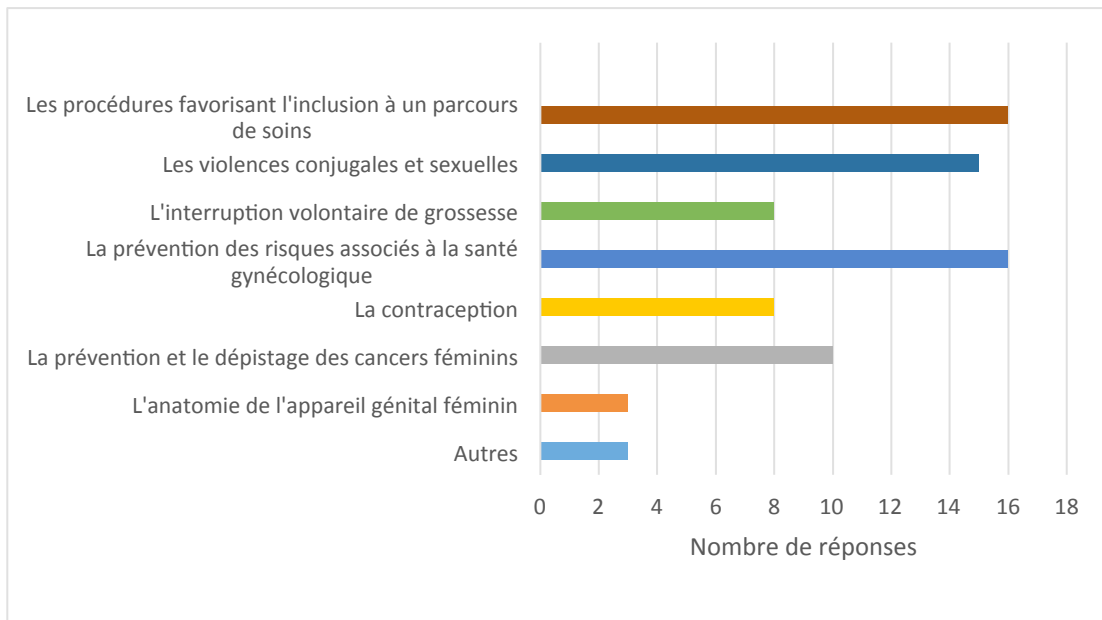
Q23 : « Quels freins rencontrez-vous pour y répondre ? (Plusieurs réponses possibles) » (Tableau 9). Pour 10/19 (52,6%) répondants, deux des réponses ont été « la pathologie psychiatrique des résidentes » et « le refus de soins des résidentes ». Pour 7/19 (36,8%) répondants deux des réponses ont été « Des délais importants de prise en charge sur les structures de soin » et « La barrière linguistique ».

### Amélioration des connaissances

A la question Q28 : « Souhaiteriez-vous améliorer vos connaissances relatives à la santé gynécologique ? », pour 20/21 (95%) répondants la réponse a été « Oui »

Les réponses à la question Q29 : « Sur quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous avoir des informations ? (Plusieurs réponses possibles) » sont rapportées dans le graphique 4.

**Graphique 4: Réponses à la question Q29 « Sur quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous avoir des informations ? (Plusieurs réponses possibles) ».**



Pour les réponses « Autres », il s'agissait dans un cas de « la loi et les informations médicales des usagers », dans un cas de « gynécologie / culture / croyances » et dans un cas de « comment gérer la non demande, voire le refus de se soigner ? ».

### **Aide à l'accompagnement par la proposition de soin gynécologique sur la structure**

A la question Q30 : « Vous semble-t-il pertinent d'organiser une offre de soin gynécologique dans votre structure pour vous aider dans l'accompagnement des résidentes ? », pour 15/21 (71,4%) répondants la réponse a été « Oui », dont 13/15 (86,6%) ont expliqué pourquoi. Pour 6/21 (28,6%) répondants la réponse a été « Non », dont 5/6 (83%) ont expliqué pourquoi (Tableau 10).

**Tableau 10: Argumentaire concernant les réponses à la question Q30 « Vous semble-t-il pertinent d'organiser une offre de soin gynécologique dans votre structure pour vous aider dans l'accompagnement des résidentes ? »**

Arguments pour le « Oui »
Nous allons bientôt aborder la sexualité auprès des jeunes
Accueil que de femmes au CHRS, elles sont âgées de 18 à 60 ans et plus, avec différentes problématiques.
Beaucoup d'hébergées ont interrompus leurs suivi gynécologique
Le choix appartient aux personnes accueillies
Car le public a confiance dans notre structure.
Les femmes sont démunies en offre de soins
Les femmes les plus marginalisées que j'ai accompagnées ne vont pas chez le gynéco car elles sont dans un parcours quotidien de survie à savoir où dormir où manger ... et ne sont plus dans une logique de soin de protection pour elles-mêmes.
L'offre existe déjà, mais elle a besoin d'être renforcée par la facilitation de l'accès à certains
Cela permettrait d'optimiser l'accompagnement par le biais d'une écoute professionnelle et plus adaptée.
Parce que s'il y a une possibilité sur la structure même ca facilite grandement !
L'accès aux soins en serait simplifié pour certaines personnes
Afin de pouvoir créer un partenariat de proximité avec des personnes ressources en capacité de mettre en confiance les personnes de notre association souffrant de problématiques très complexes et associées.
Oui puisque la prise de rendez-vous et le déplacement chez un professionnel peuvent être un frein pour certaines femmes
Arguments pour le « Non »
« Car l'autonomie des bénéficiaires est primordiale et l'orientation vers l'extérieur avec accompagnement peut la favoriser.»
« projet prématuré actuellement : le planning doit d'abord retisser un réseau de partenaires identifié et accessible pour le public concerné» <i>ide</i>
«La structure SAMSAH ne s'y prête pas, correspond à un "accompagnement"»
« Je ne pense pas que nous pourrions y faire face Nous ne sommes que des bénévoles et notre moyenne d'âge est élevée».
« Parce que nous n'accueillons pas le public mais allons vers lui dans la rue »

## Analyse des entretiens dirigés avec les professionnels des structures

### Représentations et perceptions des professionnels

L'analyse des entretiens dirigés concernant les Représentations et perceptions des professionnels est rapportée dans le tableau 11.

**Tableau 11 : Représentations et perceptions des professionnels exprimés lors des entretiens dirigés.**

Représentations et perceptions des professionnels		
	Synthèse des entretiens	Exemples d'avis exprimés
a. Propre rôle dans le domaine de la santé des femmes accueillies	<p>→ La santé, un des principaux objectifs à travailler avec le public accueilli 1/8</p> <p>→ Abord de la santé difficile avec les femmes accueillies. Vécu difficile, manque d'expression 1/8, crainte du milieu médical 2/8. La santé reconnue comme un des principaux objectifs à travailler avec le public accueilli 1/8</p>	<p>« Il est difficile d'aborder la santé avec les publics accueillis, le vécu n'est pas toujours exprimé, il y a une crainte du milieu médical. »</p> <p>« Les principaux freins au recours au soin sont les freins administratifs (démarches, papiers à faire...), la pathologie psychiatrique, la peur de l'hôpital, le refus de soin, le refus de se déplacer. »</p>
<p>b. Approche du niveau de santé gynécologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Absence de suivi gynécologique des femmes accueillies</li> <li>❖ Perception de la durée de rupture de suivi gynécologique</li> </ul>	<p>→ Femmes accueillies perçues en mauvaise santé, sans soins depuis plusieurs années 2/8.</p>	<p>« Les femmes sans abris prises en charge paraissent sans soins depuis plusieurs années ».</p> <p>« Ce sont surtout des femmes éloignées du soin qui constituent notre public »</p>
<p>c. Connaissances relatives à la santé gynécologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Auto-évaluation</li> <li>❖ Impact du niveau de connaissance des professionnels sur la qualité de l'accompagnement</li> </ul>	<p>Non interrogé en cours d'entretien.</p>	
d. Contribution du soin gynécologique à l'accompagnement vers la réinsertion	<p>→ Offre de soin : réel intérêt 3/8, contribution à l'accompagnement vers la réinsertion car le soin favorise l'estime de soi 1/8 et la prise de conscience du corps 1/8.</p>	<p>« Prendre soin de son corps favorise l'estime de soi ».</p> <p>« Le soin présente un intérêt pour une prise de conscience de son corps ».</p>



## Mécanismes et pratiques de prise en charge des professionnels

L'analyse des entretiens dirigés concernant les Mécanismes et pratiques de prise en charge des professionnels est rapportée dans le tableau 12.

**Tableau 12 : Mécanismes et pratiques de prise en charge des professionnels exprimés lors des entretiens dirigés.**

Mécanismes et pratiques de prise en charge		
	Synthèse des entretiens	Exemples d'avis exprimés
e. Recueil par les professionnels d'informations et communication relatives à la santé :	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Entretiens menés par les professionnels sociaux, orientés sur le volet social de la prise en charge, les priorités des usagers étant le logement et la nourriture. 1/7</li> <li>→ Abord de la santé générale en entretien individuel par AS ou professionnel de santé. 5/7</li> <li>→ Gêne professionnelle provoquée par la question du dépistage, pouvant être mal perçue par les publics accueillis. 1/7</li> <li>→ L'absence d'interprète, frein à la communication sur la santé. 1/7</li> </ul>	<p>« L'équipe, assistants sociaux et éducateurs, n'aborde pas les questions de santé en priorité car les entretiens sont d'abord orientés sur le volet social, la priorité pour ces publics est de se loger et se nourrir. »</p> <p>« La question du dépistage peut être très mal perçue et avoir des effets relationnels négatifs, refus des professionnels si c'est imposé. »</p> <p>« L'absence d'interprète sur la structure est une vraie difficulté. »</p>
f. Formation initiale et accompagnement vers le soin de santé et modalités	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Manque de compétences des travailleurs sociaux concernant la santé 1/7</li> <li>→ Manque d'information : frein potentiel au recours au soin 1/7</li> </ul>	« La santé et la prévention nécessitent des compétences que les travailleurs sociaux n'ont pas. »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Principaux freins à l'accompagnement vers le soin de santé : freins administratifs (ouverture de droits) et freins propres aux publics accueillis, la pathologie psychiatrique, la peur de l'hôpital, le refus de soin, le refus de se déplacer. 3/7.</li> <li>→ Nécessité de créer un lien de confiance avant d'envisager le soin. 2/7</li> </ul>	« Le niveau de santé est souvent nul à l'arrivée des personnes, une fois la confiance établie, on peut envisager l'ouverture des droits, puis le choix d'un médecin traitant. »
	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Organisation d'ateliers réguliers collectifs ou individuels (culturels, sportifs, esthétiques, bien-être, repas-rencontre et partage de vécu) sur plusieurs structures, présentés comme des « outils » favorisant l'« accroche » et le suivi des publics accueillis 3/8 et l'adhésion aux soins 2/7. Un atelier mensuel est dédié exclusivement aux femmes. 1/7</li> </ul>	« Un atelier est dédié aux femmes exclusivement (fermeture des portes de la structure aux hommes), les activités sont diverses : la nourriture, le cinéma, l'expression sur son vécu... »

	<p>→ Accompagnement vers le soin de santé considéré comme assez facile en dehors de situations très à la marge 1/7,</p> <p>→ Adhésion aux soins facilitée par un « accompagnement double » éducatif et médical 1/7</p> <p>→ Recours au soin de santé favorisé par l'intervention d'un(e) psychologue 1/7, ou d'ethno psychiatre 2/7.</p> <p>→ Accompagnement facilité par un partenariat important avec différents professionnels et associations. 7/7</p>	<p>« Les infirmières libérales viennent faire les soins sur la structures. »</p> <p>« C'est l'infirmière qui aborde la santé en entretien. »</p> <p>« L'intervention d'une psychologue ethno clinicienne nous a beaucoup aidé à comprendre les croyances des femmes accueillies ».</p> <p>«La PMI nous aide pour le suivi sur la structure de certaines femmes enceinte ou accompagnées de jeunes enfant ».</p>
g. Besoins/demandes des femmes accueillies	<p>→ Pas de demande particulière des femmes accueillies en dehors de situations symptomatiques. 1/7</p> <p>→ Les problématiques des femmes accueillies sur les structures sont multiples : les violences conjugales, la prostitution dissimulée, la détresse psychologique, les carences affectives, le manque d'hygiène, les violences sexuelles, le besoin de protection, la demande de titre de séjour, des problèmes financiers, la clandestinité.</p> <p>→ Autres problématiques : difficultés sociales, addictions.</p> <p>→ plus de jeunes filles et de femmes à la rue.</p>	<p>« Concernant les addictions l'accompagnement par les professionnels de la structure se porte plus sur la prévention des risques que sur le sevrage »</p> <p>« Le bilan d'activité 2016 montre une augmentation des jeunes et des femmes à la rue, plus de jeunes filles. »</p>
h. Pratiques relatives à la santé gynécologique	<p>→ Les pratiques professionnelles ne sont pas facilitées par le caractère intime de la santé gynécologique pouvant être associé aux croyances, aux souffrances et à la violence subies, et la mixité des structures d'accueil.</p> <p>→ La santé gynécologique est rarement envisagée en dehors de la grossesse</p> <p>→ Difficultés de collaboration avec l'hôpital.</p>	<p>« L'accompagnement vers des soins généraux est assez facile en revanche la santé gynécologique est rarement envisagée en dehors de la grossesse. »</p> <p>« Il y a des difficultés importantes de fonctionnement avec les Urgences à l'hôpital, la nuit en particulier. »</p>

## Attentes des professionnels

L'analyse des entretiens dirigés concernant les Attentes des professionnels est rapportée dans le tableau 13.

**Tableau 13 : Attentes des professionnels exprimés lors des entretiens dirigés.**

Attentes des professionnels		
	Synthèse des entretiens	Exemples d'avis exprimés
i. Besoins déduits des freins	<p>→ <i>Collaboration plus soutenue avec des professionnels du champ psychique pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies. 2/8</i></p> <p>→ <i>Améliorer l'articulation entre les domaines sanitaire et social, pour faciliter la circulation des publics en situation de précarité entre l'hôpital et les structures. 2/8</i></p> <p>→ <i>L'intervention de professionnels de santé sur les structures favorise la sécurité des équipes et des résidents. 1/8</i></p> <p>→ <i>Adapter les locaux pour permettre le soin de santé. 3/8</i></p> <p>→ <i>Actualiser le répertoire des partenaires. 1/8</i></p>	<p>« Nous attendons un soutien plus important pour l'accompagnement des personnes ayant une problématique psychiatrique...consultations sur la structure...temps de supervision, pour savoir se positionner. »</p> <p>« Avoir des professionnels de santé sur place sécurise l'équipe et les résidents, on a moins recours à l'hôpital, et l'ambiance est apaisée. »</p>
j. Amélioration des connaissances	<p>→ <i>Améliorer les connaissances en santé gynécologique 2/8</i></p> <p>→ <i>Informations relatives au niveau de remboursement des soins souhaitées 1/8</i></p>	
k. Aide à l'accompagnement par la proposition de soin gynécologique sur la structure.	<p>→ <i>Intérêt de l'offre de soin gynécologique sur la structure 3/8</i></p> <p>→ <i>Réponse à un besoin des femmes accueillies 7/8</i></p> <p>→ <i>Soutien à la parentalité, 1/8</i></p> <p>→ <i>Réponse au besoin d'informations relatives à la prévention des risques associés à la sexualité, à la contraception... 2/8</i></p> <p>→ <i>Moyen de diminuer le recours aux urgences gynécologiques. 2/8</i></p> <p>→ <i>Interventions pouvant associer les autres professionnels de santé intervenant sur la structure.1/8</i></p> <p>→ <i>Moyen de faciliter l'accès à l'hôpital, ou le recours à d'autres professionnels de santé de ville. 1/8</i></p>	<p>« L'intervenant pourrait animer des ateliers autour de la santé gynécologique et faciliter l'accès à des examens sur l'hôpital. »</p> <p>« Une offre de soin sur la structure pourrait faciliter le recours au soin gynécologique car les usagères de la structure craignent souvent d'aller à l'hôpital du fait de mauvais vécus antérieurs. »</p> <p>« Des ateliers collectifs de prévention seraient intéressant, en y associant les infirmières libérales de la structure. »</p>

## DISCUSSION

### Forces et limites

#### Les forces

L'enquête concernait un territoire précis et délimité permettant une relative exhaustivité des professionnels et structures concernées. De plus ce territoire est identifié comme un des plus pauvres du département.

Les outils que nous avons évalués étaient diversifiés afin de recueillir le plus fidèlement les données recherchées. Le questionnaire a permis d'obtenir des réponses sous anonymat et après réflexion du répondant. Les entretiens semi dirigés ont permis aux répondants rencontrés de formuler et exprimer des commentaires complémentaires. Enfin la journée d'échanges a permis de mettre en commun des problématiques et perspectives.

#### Les limites

##### **Validité des outils utilisés**

Le questionnaire utilisé a été construit par l'intervenante stagiaire responsable de l'enquête puis validé lors de différentes réunions avec les membres du CODES. Le choix du terme de « santé gynécologique » à la place de « santé sexuelle et reproductive » a été fait de façon arbitraire car le terme de « santé sexuelle et reproductive » a été jugé trop restrictif et inapproprié aux objectifs de l'enquête par l'équipe. Il s'agit de professionnels ayant l'habitude de mettre en place ces outils. Cependant ce questionnaire n'a pas été évalué et validé auprès d'un groupe test de répondants. L'analyse de la journée d'échange n'a pas été rapporté sous forme classique de résultats mais a permis d'étayer la discussion. La perception du propre niveau de connaissances relatives à la santé gynécologique n'a pas été interrogée en cours d'entretien.

##### **Biais de l'étude**

Biais d'analyse :

L'analyse a été réalisée par la personne qui devrait être la future intervenante de la PASS gynécologique mobile. Il est ainsi possible que l'analyse soit biaisée par les fonctions théoriques sur le rôle de la future PASS gynécologique présumées par cette personne. Les

pratiques professionnelles sont explorées en trois dimensions, les représentations et perceptions professionnelles, les mécanismes et pratiques de prise en charge, les attentes des professionnels, à partir de questions ouvertes et fermées du questionnaire et du contenu des entretiens avec les professionnels rencontrés, l'analyse des résultats comporte une part de subjectivité que l'on ne peut pas évaluer.

Biais de recrutement :

Les répondants n'étaient peut-être pas représentatif de la population globale. Il est probable que les répondants étaient des personnes motivées par cette problématique très spécifique. Il est donc important de considérer ce biais pour évaluer la valeur relative de nos résultats.

Il peut y avoir eu un effet de « désirabilité sociale ». En effet les participants étaient au courant du projet de PASS gynécologique porté par la personne responsable de cette étude.

### Analyse des résultats à partir du questionnaire et des entretiens

**Profil des répondants au questionnaire :** ces professionnels sont surtout des femmes (20/21), de professions majoritairement du champ social. Ils se répartissent globalement de façon équilibrée pour ce qui est de l'ancienneté dans la structure.

**Freins et les leviers des pratiques professionnelles** qui peuvent impacter le recours au soin gynécologique des femmes accueillies sur les structures, à partir des trois domaines explorés (les représentations et perceptions professionnelles, les mécanismes et pratiques de prise en charge, les attentes des professionnels).

### Leviers des pratiques professionnelles :

Ce sont les pratiques pouvant faciliter le recours au soin gynécologique.

#### ➤ Représentations et perceptions professionnelles :

Toutes les personnes enquêtées estiment qu'elles ont **un rôle à jouer pour la santé des femmes accueillies**. C'est aussi la tendance exprimée dans les entretiens au cours desquels, au cours desquels 5/7 (71%) des professionnels soulignaient leur rôle dans le domaine de la santé des femmes accueillies. Pour 2/3 des répondants **la santé gynécologique** des femmes accueillies est plutôt mauvaise et la durée de non recours au soin gynécologique est évaluée à plusieurs

années. Perceptions conformes à ce que la plupart des études citées dans le chapitre « contexte ».

La **perception des professionnels** plutôt positive concernant leur propre **niveau de connaissances en santé gynécologique** de « moyen » à « bon », est un levier car cette perception peut favoriser une écoute attentive des demandes et une orientation vers le professionnel de santé.

Pour 14/21 répondants (67%) le **niveau de connaissance pouvait impacter la qualité de leur accompagnement des femmes accueillies** car selon les tendances des arguments avancés, un bon niveau permet d'augmenter ses capacités d'orientation, de centrer l'accompagnement sur les besoins de la personne et de renforcer son exercice professionnel. Pour 7/21 répondants, le niveau de connaissances n'impacte la qualité de leurs prises en charge, car pour ces personnes la qualité de l'accompagnement dépend surtout de « **l'accueil et l'écoute** », et de **l'expérience personnelle** « en tant que femme », reconnaissant néanmoins l'intérêt de l'intervention d'un professionnel de santé.

Au total, en reconsidérant les commentaires des réponses « oui » et « non » une majorité de réponses 19/21 (90%) témoignent d'un accompagnement favorisant le recours au soin gynécologique (levier) axé sur l'accueil, l'écoute, les besoins de la personne accueillie, et associé à des connaissances apprises ou acquises par l'expérience. Les connaissances résultant de l'expérience, d'un professionnel ou d'un proche de la femme accueillie, peuvent avoir une influence positive sur le recours au soin d'une femme accueillie. En effet, l'entourage féminin d'une femme en situation de précarité est retrouvé comme facteur favorisant l'orientation, le recours aux soins, en particulier dans l'observance du suivi de grossesse. Le centrage sur la personne est important pour favoriser le soin car les femmes en situation de précarité hébergées sur des structures sociales sont souvent isolées et en position d'« invisibilité » sociale (Rapport de l'ONPES (2016)). Cette attitude est favorable à **l'instauration d'une confiance** et à l'adhésion au soin ultérieurement.

Pour une majorité de répondants (86%) **le soin gynécologique peut contribuer à la réinsertion sociale des femmes accueillies**. Cette tendance constitue un véritable levier car elle témoigne d'un **intérêt professionnel commun** autour du devenir de la femme accueillie. Les arguments sont exprimés autour de trois tendances qui désignent la santé comme l'étape nécessaire à l'insertion, et **la santé et le soin corporel comme déterminants de l'estime de soi**, et l'offre de soin gynécologique sur la structure comme une opportunité pour les femmes accueillies de s'occuper de soi, de sortir d'un « déni » du corps consécutif à des situations de maltraitance, dans un contexte de bienveillance et du « prendre soin ».

Les entretiens vont également dans ce sens pour 5/7 (71%), l'intérêt d'un soin sur la structure-même a été exprimé dans 3/7 (42%) entretiens et perçu comme une contribution à la réinsertion car il favorise l'estime de soi et la conscience du corps dans 2/7 (28,5%) entretiens.

➤ **Mécanismes et pratiques de prise en charge :**

Le **recueil d'informations et la communication relatifs à la santé** sont pratiqués par la plupart des professionnels (18/21 (90%)). Pour 19/21 (95%) répondants la question de la santé avec les femmes accueillies est abordée, surtout sur des **temps individuels** (18/20, 90%) plutôt favorable à l'instauration d'une **relation de confiance** favorable à l'accompagnement vers le soin de santé et des temps collectifs pour 8/20 (40%) répondants, les deux modalités peuvent être complémentaires. La fréquence de ces temps consacrés à la santé est variable, mais surtout hebdomadaire pour 9/17 (53%) répondants, fréquence qui facilite le suivi, puis bimensuelle 5/17 (29%) ou mensuelle 6/17 (35%).

Les entretiens montrent pour une majorité 5/7(71%) un abord de la santé générale en temps individuel. Une majorité de professionnels 14/21 (76,2%) ont été **formés à l'accompagnement vers le soin de santé** dans le cadre de leur formation initiale ou de leur formation continue, les répondants sont surtout du champ social. La formation professionnelle à l'accompagnement vers le soin de santé rend compte de la place de la santé, et donc, du recours au soin dans l'accompagnement social. Lors des entretiens la formation apparaît peu, ce sont davantage les pratiques d'accompagnement qui apparaissent comme des leviers possible de l'accompagnement vers la santé, selon différentes modalités : L'organisation **d'ateliers réguliers collectifs ou individuels** (3/7), dont un atelier dédié aux femmes (1/3), sur différentes thématiques (sport, partage de vécus, culture, bien-être, esthétique, nourriture) qui permettent une « accroche » des publics accueillis puis un suivi favorable à l'adhésion aux soins de santé (2/3), les ateliers sont des outils utilisés pour **renforcer l'estime de soi**, un **changement du rapport au corps**, le plaisir des résidents accueillis, les **liens sociaux**. Au cours d'un entretien, l'accompagnement vers le soin paraît facile en dehors de situation complexe. Au cours des entretiens les professionnels ont exprimé que leur accompagnement vers le soin était facilité par le **partenariat important avec différents professionnels de santé et associations de prévention** (6/7), confirmant l'intérêt d'un « accompagnement double » social-médical favorisant l'adhésion au soin évoqué dans un autre entretien. Le partenariat sur la structure d'un **professionnel du champ psychique** facilite le recours au soin de santé pour (3/7) structures rencontrées, d'autant plus si ce **professionnel est formé en ethnologie** (2/7).

Concernant la santé gynécologique et plus précisément les **besoins des femmes accueillies**, 17/21(81%) répondants accompagnent des femmes qui n'ont plus recours aux soins gynécologiques. La grande majorité des professionnels 19/20 (95%), sont confrontés à des demandes d'ordre gynécologique, « souvent » pour un peu plus de la moitié d'entre eux (55%) et « rarement » pour 8/20 40% d'entre eux.

Ces résultats sont en faveur d'un « levier » des pratiques pour le recours au soin gynécologique car ils traduisent un niveau de **confiance** suffisant entre les femmes accueillies et les professionnels qui les accompagnent. Les demandes concernent plusieurs domaines, mais par ordre de fréquence les principaux domaines sont la grossesse (14/21 soit 67%) la contraception (14/21 soit 57%), les douleurs (10/21 47,7%), puis avec la même fréquence de 8/21(38%) répondants les règles, la sexualité, les violences sexuelles. Le dépistage est cité une fois, cet élément peut être mis en lien avec le fait que le recours au soin gynécologique des femmes en situation de précarité est souvent fonction de la symptomatologie.

Les entretiens font apparaître que les femmes accueillies ont peu de demande en dehors de situations symptomatiques (1/7), mais leurs problématiques sont nombreuses pour 7/7 (100%) structures rencontrées. Au cours d'un entretien il a été rapporté qu'il y avait davantage de jeunes filles et de femmes à la rue. Ces constats font écho aux études et rapports récents sur la santé des femmes en situation de grande précarité rapportées dans « contexte ».

**Concernant les pratiques relatives à la santé gynécologique des femmes accueillies : Tous les professionnels sont à l'aise pour recueillir les demandes d'ordre gynécologique des femmes accueillies**, pour 10/21 (47,6%) répondants la réponse a été « oui, en partie ». Pour 18/21 (85,7%) « **Par l'écoute et l'échange** » pratique professionnelle en faveur d'une relation de confiance, et majoritairement par **l'orientation des femmes vers des professionnels de santé** (sur leur structure 7/21 (33%), aux urgences de l'hôpital 10/21(33%), en ville 14/21(66%). L'orientation vers un médecin généraliste est faite par 12/21 (57%) répondants et vers un spécialiste par 3/21 (14%) répondants. L'écoute et l'échange ainsi que l'orientation sont des pratiques recommandées pour favoriser le recours aux soins. Néanmoins les professionnels répondants rencontrent des difficultés qui seront considérées dans les freins.

#### ➤ **Attentes des professionnels**

Pour 20/21 (95%) répondants il existait un souhait d'**améliorer ses connaissances relatives à la santé gynécologique** sur les différents domaines proposés. Les principales demandes concernent « la prévention des risques associés à la santé gynécologique » et les « procédures



favorisant l'inclusion à un parcours de soin » 16/21 (80%) puis les « Violences conjugales et sexuelles » 15/20 (75%) et « La prévention et le dépistage des cancers féminins » 10/20 (50%). Ces réponses traduisent non seulement un intérêt pour la santé des femmes, mais aussi très majoritairement aussi pour les moyens de les intégrer à un parcours de soin.

Par ailleurs 15/21 (71%) professionnels pensent **pertinent d'organiser une offre de soins gynécologique sur leur structure pour les aider dans l'accompagnement des résidentes**. Globalement les raisons avancées justifiant la pertinence de l'offre de soin gynécologique sur la structure se divisent en **bénéfices d'ordre médical**, concernant directement le besoins de soin de santé et d'exams des résidentes, et en **bénéfices liés à la proximité de l'offre de soin** (facilité d'accès, confiance des résidentes, les déplacements freine le recours, association à des actions de prévention sur la structure). Ces éléments permettent d'envisager de la part de ces professionnels un encouragement des femmes accueillies à recourir à un soin proposé sur la structure.

Concernant les attentes des professionnels sociaux exprimées dans les entretiens, un entretien rapporte que l'intervention de professionnels de santé sur les structures peut **favoriser la sécurité professionnelle des équipes et celle des résidents**. Le souhait d'amélioration des connaissances apparaît dans les domaines de la santé gynécologique (2/7) et dans celui des droits (les restants à charge de l'assurance maladie) (1/7). L'offre de soin gynécologique sur la structure est globalement perçue comme une **aide à l'accompagnement**, présente un intérêt (3/7), pour répondre aux besoins des femmes accueillies (6/7), pour aider au soutien à la parentalité (1/7), pour répondre aux besoins d'informations concernant prévention des risques, la contraception...2/7. L'offre de soin sur la structure peut **diminuer le recours aux urgences hospitalières** (2/7), **initier un partenariat** avec d'autres professionnels de santé qui interviennent sur la structure (1/7), et faciliter l'accès à l'hôpital ou le recours aux soins auprès d'autres professionnels de santé de ville (1/7). Ces attentes vont tout à fait dans le sens du renforcement du **travail en réseau** préconisé par les politiques publiques pour lutter contre le non recours aux soins, et fait envisager sur les structures sociales d'hébergement une collaboration concrète entre professionnels sociaux et sanitaires favorables à la santé des publics accueillis, en l'occurrence des femmes.

Le bilan de la journée a apporté des éléments complémentaires concernant les leviers du recours au soin gynécologique relevés dans les bénéfices et les attentes des professionnels (Annexe 3).

A l'issue de la journée l'évaluation réalisée auprès des participants faisait apparaître que pour une majorité de participants la journée avait répondu à un **besoin d'information** concernant l'orientation des patientes, les dispositifs existants, et de connaître les professionnels des autres structures accueillant des femmes. Les attentes exprimées étaient de **développer le partenariat entre les acteurs du champ social et ceux du champ sanitaire**, et **d'augmenter les liens entre les structures accueillant les mêmes publics**, la nécessité de coordonner les missions des différents acteurs sont apparues clairement. D'autres attentes exprimées sont différentes de ceux identifiés dans le questionnaire et les entretiens, elles s'orientent sur un besoin de formation aux techniques d'entretiens avec ce public et l'utilisation d'outils pédagogiques.

Un dispositif de soin gynécologique sur le mode « aller vers » les femmes hébergées sur les structures sociales a suscité un grand intérêt non seulement chez les professionnels de ces structures mais aussi chez d'autres professionnels accueillant également des femmes en situation de précarité avec d'autres problématiques, telles que les SAMSAH, ou les centres d'exams de santé.

### Freins des pratiques professionnelles

#### ➤ Représentations et perceptions professionnelles

Lors des entretiens, **l'abord de la santé est perçu comme difficile** avec les femmes accueillies compte-tenu de leur vécu difficile peu exprimé (1/7) et leur crainte du milieu médical (2/7). Ces appréhensions ne favorisent pas le recueil d'informations relatives à la santé et à leur parcours de soin. De plus, la mixité des structures ne favorise pas la communication sur cette question (1/7).

#### ➤ Mécanismes et pratiques de prise en charge

Les professionnels connaissent des **difficultés pour répondre aux demandes d'ordre gynécologique des femmes accueillies 7/19 (42%)**. Ces difficultés sont de différents niveaux, il peut s'agir de difficultés liées à l'organisation des structures d'hébergement ou à celle des établissements de soin, de difficultés au niveau des professionnels de santé, ou des professionnels sociaux eux-mêmes et enfin de difficultés propres aux femmes accueillies sur les structures d'hébergement.

Certaines difficultés se démarquent : Les **difficultés propres aux résidentes** sont majoritaires, en particulier le **refus de soin 10/19 (52,6%)** et la **pathologie psychiatrique 10/19 (52,6%)**, les

comportements à risque des résidentes 6/19 (31%). Les délais importants de prise en charge sur les structures de soins sont aussi un problème pour 7/19 (37%) répondants.

Les difficultés propres aux professionnels de santé sont aussi souvent exprimées 8/19 (42%), l'absence de professionnels de santé partenaires (3/8) et l'attitude inadaptée, de certains (5/8).

La barrière linguistique est une difficulté fréquente 7/19 (37%).

Pour ce qui est des difficultés **propres aux professionnels** sociaux des structures, apparaissent le manque de temps, la méconnaissance du sujet et des pratiques culturelles et religieuses des femmes accueillies. Par ailleurs l'impossibilité d'accompagner les résidentes sur les structures de soin participe aussi au non recours au soin gynécologique compte tenu des freins propres aux femmes accueillies sur les hébergements sociaux. Un entretien a fait apparaître une gêne professionnelle vis à vis de la question du dépistage qui peut être mal perçu par les publics accueillis. Les entretiens ont permis de rapporter les mêmes types de freins au recours au soin de santé gynécologique dans leurs pratiques de prise en charge, soulignant le caractère intime de la santé gynécologique souvent associés à des croyances ou à des vécus de violences subies (6/7) ainsi que les freins d'ordre psychiatrique, les addictions, la peur de l'hôpital, le refus de soins, le refus de se déplacer, (3/7). La santé gynécologique est rarement envisagée en dehors de la grossesse ou de symptômes.

#### ➤ Attentes des professionnels

2/21 répondants ont considéré qu'une offre de soin gynécologique sur la structure n'était pas pertinente, pour privilégier l'autonomie des résidentes pouvant être accompagnées sur les structures de soins, et prématurée par rapport au développement urgent d'un réseau de partenaires pour sa structure, un Centre de Planification et Education Familial. Dans les entretiens, il apparaît que la collaboration des professionnels du champ psychique est insuffisante pour améliorer l'accompagnement des femmes accueillies (2/7), compte-tenu de la fréquence des troubles psychiques.

#### Mise en perspective de l'étude

L'étude de l'Observatoire du Samu social de 2005 a fait des recommandations pour les modalités d'hébergement pour les femmes et pour favoriser le recours aux soins gynécologiques (Rapport Brunet L. (2005)). Cette étude préconisait l'existence de lieux dédiés aux femmes car les femmes se sentent souvent en danger, c'est le cas de plusieurs CHRS (accueillant des femmes seules avec enfants) enquêtés. La mixité est malheureusement

systematique sur les accueils de jours, néanmoins un **atelier mensuel dédié** aux femmes est organisé sur un des accueils de jour à Toulon fermé aux hommes ce jour-là, un autre sur la Seyne/Mer souhaite faire de même. **L'entre soi féminin** augmenterait le sentiment de sécurité des femmes le soin corporel, associé à l'estime de soi. L'enquête a montré que les ateliers organisés sur plusieurs structures sur différentes thématiques avaient d'ailleurs permis de **fidéliser les publics accueillis**, et permis l'adhésion aux soins de santé de quelques personnes accueillies. La **fidélisation** était recommandée comme facteur favorisant le recours aux soins par l'instauration de la **confiance**, la construction de la confiance est identifiée comme une notion essentielle aux conditions de recours aux soins pour la plupart de professionnels de l'enquête. Les professionnels de santé doivent être **féminins** pour favoriser le recours. Les comportements à risques (addictions) et la pathologie psychiatrique des résidentes identifiés par les professionnels comme des freins au recours aux soins gynécologiques apparaissent dans l'étude comme les situations qu'il faut prioriser dans les prises en charge, car ces femmes sont considérées comme étant le plus à risque de violences sexuelles, d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées, s'ajoute également le risque de répétition transgénérationnelle de placements d'enfants. La forte attente des professionnels de **soutien psychiatrique** sur les structures pour faciliter le soin de santé des résidentes, été pointé dans l'étude, le recours aux soins des femmes interrogées ayant été favorisé par une collaboration entre professionnels du domaine psychique et professionnels sociaux.

Enfin, les leviers des pratiques professionnelles mis en évidence, la **priorité de l'accueil et l'écoute**, de **l'orientation**, **l'instauration d'une confiance**, à l'aise pour **recueillir les demandes**, vont dans le sens des pratiques favorables au recours aux soins de santé rapportées dans l'étude TREPSAM de 2015 qui avait souligné le rôle essentiel des professionnels des structures d'hébergement, considéré comme « professionnels de première ligne » (Rapport ARS PACA AP-HM (2015)). Le niveau de connaissance médical importait peu, en revanche la **formation à la bienveillance de l'écoute** paraissait fondamentale ainsi que la priorité de **l'orientation**, compte tenu de la « **contingence** » du recours aux soins, c'est à dire que celui-ci peut avoir lieu ou pas en fonction de certaines conditions réunies. La présence des professionnels des structures, leur accessibilité immédiate et leur disponibilité pour pouvoir donner une réponse sont indispensables. Les mêmes conditions peuvent permettre une continuité des soins.

Ces notions sont fondamentales au regard des études de trajectoires des personnes sans domicile qui ont bien montré que la motivation au recours aux soins dépendait de la **gravité perçue** selon les symptômes et des incapacités physiques ressenties.

## CONCLUSION

Le travail réalisé a montré la pertinence des pratiques professionnels des structures d'hébergement et d'accueil de femmes en situation de grande précarité sur le territoire Toulon Provence Méditerranée pour faciliter un recours aux soins gynécologique proposé par une intervenante médicale sur ces mêmes lieux. Ces professionnels ont montré un grand intérêt pour le futur dispositif hospitalier PASS gynécologique mobile qui se caractérise par une mission de « aller vers » les publics démunis, ils l'ont perçu comme innovant et très adapté aux problématiques complexes des femmes accueillies.

La nécessité d'une « accroche » des femmes socialement vulnérables avant la proposition de soin est soulignée. La présence régulière de l'intervenante sur les structures concernées devrait permettre de l'identifier et l'instauration d'une relation de confiance sera facilité par des ateliers envisagés pour favoriser les échanges et partages d'expériences, le recours à la contraception, et la sensibilisation aux risques associés à la sexualité et au dépistage des cancers féminins. Ces modalités d'intervention sont déjà expérimentées par l'équipe mobile de la PASS à orientation gynécologique Colette de Marseille et sont indiquées dans le nouveau cahier des charges de l'ARS 2017 relatif au recours aux soins gynécologiques des femmes démunies.

L'objectif du projet de la PASS gynéco mobile sur le territoire TPM est de pouvoir intégrer à un suivi gynécologique quatre-vingt femmes en situation de grande précarité par an. Il sera nécessaire de tenir compte des obstacles au recours aux soins relevés par les professionnels de ce territoire (et objectivées par d'autres études), en particulier ceux concernant la pathologie psychiatrique et les conduites addictives des femmes accueillies, renforcer la collaboration avec les professionnels de ces domaines est essentiel. Les futurs liens entre les secteurs social et sanitaire, entre la ville et l'hôpital devraient créer les passerelles vers le système de santé dont les femmes éloignées du soin ont besoin, et soutenir l'accompagnement des professionnels des structures d'hébergement du territoire TPM.

## REFERENCES

- Bresson M (2007). La pauvreté est-elle encore une question sociologique d'actualité ? Un enjeu de définition, de méthode et de théorie. *Pensée plurielle* 2007/3 ; 16 : 9-17.
- Bresson M (2012). La psychologisation de l'intervention sociale : paradoxes et enjeux. *Informations sociales* 2012/1 ; 169 :68-75
- Castel R (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale*. Castel R. 1995, Edition Fayard.
- CNLE, définition. Disponible sur <http://www.cnle.gouv.fr/Exclusion-sociale.html>
- Conseil de l'Europe, définition. Disponible sur <http://www.coe.int/en/web/human-rights-rule-of-law/-/social-and-economic-rights-are-also-fundamental-rights>
- Demeure O. (2005). Violences institutionnelles faites aux femmes enceintes en situation de grande précarité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2005 ; 34 :68-73.
- Després C. (2011). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 170.
- Després C. (2011 bis). «Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 169.
- Dequiré AF (2010). Le Corps des sans domicile fixe. De la désinsertion sociale à la disqualification corporelle. *Recherches et Education* 2010 ; 3 :261-86.
- Emmanuelli X (2014). Éléments cliniques de l'exclusion. X. Emmanuelli, S. Tartière. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 2014 ; 26 : 147-53.
- Emmanuelli X (2009).L'exclusion et la pauvreté. Y-a-t-il une clinique de l'exclusion ? Emmanuelli X. *La revue de médecine interne* 2009; 30 : 206-7.
- Etude AP-HM, Médecins du Monde (2009). Equipe mobile santé mentale communautaire. Mortalité des personnes sans abri à Marseille. 2009. Disponible sur [https://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/etude\\_mortalite\\_sans\\_abris\\_Marseille.pdf](https://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/etude_mortalite_sans_abris_Marseille.pdf)
- Furtos J (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Souffrance et Société. Mental'idées* 2007 ; 09.
- Furtos J (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le carnet psy* 2011/7 n° 156 : 29-34.
- Georges, C. (2015). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : tradition d'hospitalité et modèle d'organisation innovante. *La Revue de Médecine Interne* 2015 ; 36 : 8-10.
- Hersch Korn-Barnu (2014). Éditorial. Femmes enceintes et bébé sdf  
Hersch Korn-Barnu P. *Enfances & Psy* 2014/3 ; 64 : 6-8.
- INSEE Analyses (2015). Var, Forte croissance démographique, sous l'effet des migrations résidentielles. 2015, 15. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285653>
- INSEE Statistiques (2013). L'hébergement des sans-domiciles en 2012. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
- INSEE Statistiques (2016). Ménages fiscaux et revenus disponibles en 2013. Comparaisons régionales et départementales. Disponible sur [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012717#tableau-TCRD\\_022\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012717#tableau-TCRD_022_tab1_departements)

Lajeunie C. Sur la route des invisibles. 2015, Edition Michalon.

Laporte (2010). "La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel en Ile-de-France", Laporte A., Le Méner E., Chauvin P. La lettre de l'Observatoire 2010 (5).

Macé D. (2012). Mémoire de fin d'étude de sage femme « Prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes en errance au CHU de Nantes : accompagnement dans la parentalité et l'insertion sociale ». 2012.

Mercuel A. (2011). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Mercuel A. 2011 ; 169 ; 656-9.

Observatoire des inégalités (2016). Les seuils de pauvreté en France, septembre 2016. Disponible sur <http://www.inegalites.fr/spip.php?article343>

Observatoire des inégalités (2016 bis). Un million de pauvres de plus en dix ans, décembre 2016. Disponible sur <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>

OMS, (CBS), Communication brève relative à la sexualité, Recommandations pour une approche de santé publique 2015. Disponible sur [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sexuality-related-communication/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/)

OMS, définition. Disponible sur [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/)

Opatowski M. (2017). Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. M Opatowski, F. Bardy, P. David, A. Dunbavand, M.-J. Saurel-Cubizolles. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2017; 45:22-7.

Paugam S (2005). Science et conscience de la pauvreté. L'économie politique 2005/2 ; 26 :66-79.

Paugam S (2016). La perception de la pauvreté sous l'angle de la théorie de l'attachement. Paugam S. Communications. 2016 ; 98 : 125-46.

Plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social (2015). Disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/travail-social/article/plan-d-action-interministeriel-en-faveur-du-travail-social-et-du-developpement>

Rapport de l'ANACT (2017). Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015. Mars 2017-08-18. Disponible sur <https://www.anact.fr/photographie-statistique-des-accidents-de-travail-des-accidents-de-trajet-et-des-maladies-0>

Rapport Biémouret G. (2016). Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux 2016.

Rapport Brunet L. (2005). Rapport de l'observatoire du SAMU social de Paris pour la DGS. 2005. Disponible sur <https://www.samusocial.paris/lobservatoire>

Rapport de la FFR (2016). Rapport de la Fédération Française de Cardiologie « Cœur artères et femmes. ». Disponible sur <https://www.fedecardio.org/sites/default/files/brochure-coeur-arteres-et-femmes.pdf>

Rapport de F2RSM Psy (2013). Rapport de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale « Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie : la situation du Nord » 2013. Disponible sur <https://www.f2rsmpsy.fr/095-disparites-regionales-sante-mentale-psychiatrie-situation-nord-pas-calais.html>

Rapport Danne A. (2010). Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité - Rapport au Président de la République, 2010. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000238/index.shtml>

Rapport ARS PACA AP-HM (2015). Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. Rapport de recherche final. ARS-PACA/APHM/UMI 3189, 2015. Disponible sur <http://lassa-org.fr/chercheurs-formateurs/cyril-farnarier-socio-anthropologue/>

Rapport du CESE (2013). Femmes et précarité. Mars 2013  
Disponible sur <http://www.lecese.fr/content/femmes-et-precarite>

Rapport de la CNAM (2017). Dossier de presse « Agir contre le renoncement aux soins, diagnostic, solutions et déploiement. Mars 2017. Disponible sur  
[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Lutte\\_contre\\_le\\_renoncement\\_aux\\_soins\\_-\\_VDEF.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Lutte_contre_le_renoncement_aux_soins_-_VDEF.pdf)

Rapport du CNLE (2015). Chiffre clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Octobre 2015.  
Disponible sur <http://www.cnle.gouv.fr/Les-chiffres-cles-de-la-pauvrete.html>

Rapport du CNLE (2016). Plan pluriannuel contre la pauvreté et l'inclusion sociale. Bilan de la mise en œuvre du Plan en 2013-2015 et perspectives pour 2016-2017. Avril 2016.  
Disponible sur <http://www.cnle.gouv.fr/Bilan-de-la-mise-en-oeuvre-du-Plan.html>

Rapport du CREDOC (2016)). RSA, prestations familiales et accueil de la petite enfance. Eta de l'opinion en 2016. Collection des rapports N°335. Octobre 2016. Disponible sur <http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R335.pdf>

Rapport du DROS (2016). Cahier du DROS PACA N°18. « Barème social 2015 ». décembre 2016. Disponible sur <http://www.dros-paca.org/fr/les-cahiers-du-dros>

Rapport Girard (2009). Rapport sur « La santé des personnes sans chez soi ». Girard V. 2009. Disponible sur [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sante\\_des\\_personnes\\_sans\\_chez\\_so\\_i.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_so_i.pdf)

Rapport du HCSP, 2016 « Santé sexuelle et reproductive ».  
Disponible sur <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>

Rapport du HCSP (1998). Rapport du Haut Comité de la santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Février 1998.

Rapport Médecins du Monde (2015). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins.  
Disponible sur [www.medecinsdumonde.org/fr/file/22173/download?token=MFh71CRj](http://www.medecinsdumonde.org/fr/file/22173/download?token=MFh71CRj)

Rapport de l'ONPES (2016). Rapport « l'invisibilité sociale : une responsabilité collective » 2016. Disponible sur [www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONPES\\_2016\\_bd-2.pdf](http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2016_bd-2.pdf)

Rapport du SAMU social de Paris (2015). Disponible sur  
<https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapgyn1005w.pdf>

Rapport du Sénat (2008). La mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale : quels indicateurs ? juin 2008.  
Disponible sur <https://www.senat.fr/notice-rapport/2007/ec01-notice.html>

Rapport d'activité du SIAO 2015. Activité du Service intégré de l'accueil et de l'orientation du Var, 2015. Disponible sur <http://www.siao115var.com/observation>

Rapport Wresinski (1987). Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». Journal Officiel du 28 février 1987. JO 1987(6) Disponible sur <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>

Sichère P (2016). Pauvreté, précarité, exclusion : questions posées au docteur Emmanuelli. Douleurs-Diagnostic-Evaluation 2016 ; 17 :34-6.

Schiltz L. (2014). Grande précarité, psycho-traumatisme, souffrance narcissique : résultats d'une recherche-action à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. Schiltz L. Ciccarello A. Ricci-Boyer L. Schiltz J. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2014 ; 172 : 513-8.

Vinay A. (2011). La construction relationnelle et affective des personnes sans domicile fixe : quels attachements ?. Annales Médico-psychologiques Vinay A., Salvi FA., N'Djin M. 2011 ;169. 496-502.