



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude épidémiologique descriptive des motifs de recours observés  
chez les patientes migrantes consultant dans les antennes de  
Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de sa mission  
« CAMINOR » en 2018**

Présentée et soutenue publiquement le 27 janvier 2022 à 14h  
au Pôle Formation  
par **Simon BAILLEUL**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Madame le Docteur Louise GHESQUIERE**

**Monsieur le Docteur Richard MATIS**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Vincent PEZ**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
I.    DEFINITIONS.....	4
II.   CONTEXTE.....	6
III.  STRUCTURES PRESENTES.....	7
A. <i>Gynécologie Sans Frontières (GSF)</i> .....	7
1.  Présentation.....	7
2.  La mission « CAMINOR ».....	8
B. <i>Les structures hospitalières</i> .....	10
1.  La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	10
2.  Les Urgences Gynécologiques.....	10
3.  Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	10
C. <i>Les autres ONG à visée sanitaire</i> .....	11
D. <i>Praticiens libéraux</i> .....	11
IV.  CHOIX DU SUJET.....	12
A. <i>Expérience personnelle</i> .....	12
B. <i>Enjeu de Santé Publique</i> .....	12
C. <i>Lien avec la Médecine Générale</i> .....	13
V.  PROBLEMATIQUE.....	14
A. <i>Objectif principal</i> .....	15
B. <i>Objectifs secondaires</i> .....	15
<b>MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>16</b>
I.    TYPE D'ETUDE.....	16
II.   POPULATION DE L'ETUDE.....	16
A. <i>Critères d'inclusion</i> .....	16
B. <i>Critères d'exclusion</i> .....	16
III.  PERIODE D'ETUDE ET RECUEIL DES DONNEES.....	16
A. <i>Période de recueil des données</i> .....	16
B. <i>Mode de recueil des données</i> .....	16
C. <i>Données recueillies</i> .....	17
D. <i>Regroupement des données</i> .....	17
IV.  ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	17
V.  METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS.....	18
VI.  RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	18
<b>RESULTATS.....</b>	<b>19</b>
I.    EFFECTIF DE L'ECHANTILLON ETUDIE.....	19
II.   DESCRIPTION DE LA POPULATION MIGRANTE CONSULTANT DANS LES ANTENNES « CAMINOR ».....	19
A. <i>Age</i> .....	19
B. <i>Origine géographique</i> .....	21
1.  Nationalités.....	21
2.  Regroupement géographique.....	22
3.  Âge en fonction de l'origine géographique.....	23
C. <i>Antennes de GSF</i> .....	24
1.  Lieux de consultation.....	24
2.  Lieu de consultation et origine géographique.....	24

III. MOTIFS DE RECOURS APRES REGROUPEMENT .....	26
A. <i>Descriptif par groupe</i> .....	26
a) Motifs liés à une problématique sociale .....	26
b) Motifs liés à la grossesse .....	27
c) Motifs liés à la contraception .....	28
d) Motifs infectiologiques .....	28
e) Motifs liés aux violences sexuelles .....	29
f) Motifs liés à une IVG .....	29
g) Motifs dermatologiques .....	30
h) Motifs psychiatriques .....	30
i) Motifs endocrinologiques .....	30
j) Motifs liés au post-partum .....	31
k) Motifs dentaires .....	31
l) Motifs sénologiques .....	31
m) Motifs liés à une fausse-couche .....	32
n) Motifs liés à l'hygiène féminine .....	32
B. <i>Motifs par classes d'âge</i> .....	33
C. <i>Motifs par regroupement géographique</i> .....	35
IV. CARACTERISTIQUES GYNECO-OBSTETRIQUES DE L'EFFECTIF .....	37
A. <i>Grossesse</i> .....	37
1. Grossesse en cours .....	37
2. Grossesse désirée .....	37
B. <i>Antécédents obstétricaux</i> .....	38
1. Gestité .....	38
2. Parité .....	38
3. Césariennes antérieures .....	39
C. <i>Mutilations sexuelles</i> .....	39
1. Présence de mutilations sexuelles .....	39
2. Type de mutilations sexuelles .....	40
D. <i>Statuts sérologiques</i> .....	41
1. Statut VHB .....	41
2. Statut VHC .....	41
3. Statut VIH .....	42
4. Statut Toxoplasmose .....	42
5. Statut Syphilis .....	43
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>44</b>
I. DISCUSSION DE LA METHODE .....	44
A. <i>Biais</i> .....	44
1. Biais de sélection .....	44
2. Biais d'information .....	44
3. Biais de mesure .....	44
B. <i>Limites de l'étude</i> .....	45
1. Type d'étude .....	45
2. Origine géographique .....	45
3. Variabilité temporelle .....	45
4. Sources bibliographiques .....	46
C. <i>Forces de l'étude</i> .....	46
1. Etude centrée sur les femmes .....	46
2. Etude multicentrique .....	46
3. Complémentarité avec des études antérieures .....	47

II. DISCUSSION DES RESULTATS.....	48
A. <i>Profil d'une patiente consultant auprès de GSF</i> .....	48
1. Age .....	48
2. Origine géographique .....	48
3. Age en fonction de l'origine géographique.....	49
4. Lieu de consultation en fonction de l'origine géographique .....	49
B. <i>Motifs de recours auprès de GSF</i> .....	50
1. Motifs importants .....	50
a) Problématique sociale.....	50
b) Motifs liés à la grossesse .....	51
c) Motifs liés à la contraception.....	51
d) Motifs infectiologiques.....	52
e) Motifs liés aux violences sexuelles.....	53
f) Motifs liés à une IVG .....	54
g) Motifs psychiatriques.....	55
2. Motifs de recours par classe d'âge .....	55
C. <i>Caractéristiques gynéco-obstétricales</i> .....	56
1. Grossesse .....	56
2. Antécédents obstétricaux .....	56
3. Mutilations sexuelles.....	57
4. Statuts sérologiques .....	57
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>59</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>61</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>70</b>
ANNEXE 1 : MODELE DE DOSSIER GSF « OBSTETRIQUE ».....	70
ANNEXE 2 : MODELE DE DOSSIER GSF « GYNECOLOGIE ».....	72

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AME</b>	Aide Médicale d'Etat
<b>CASO</b>	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (MdM)
<b>CeGIDD</b>	Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CNDA</b>	Cour Nationale du Droit d'Asile
<b>DIU</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>EBCOG</b>	European Board and College of Obstetrics and Gynaecology
<b>FCS</b>	Fausse-couche spontanée
<b>GSF</b>	Gynécologie Sans Frontières
<b>IC</b>	Intervalle de Confiance
<b>InVS</b>	Institut de Veille Sanitaire
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MdM</b>	Médecins Du Monde
<b>OFPRA</b>	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
<b>OIM</b>	Organisation Internationale pour les Migrations
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>RRE</b>	Refugee Rights Europe
<b>SA</b>	Semaines d'Aménorrhée
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>UNHCR</b>	Haut-Commissariat des Nation Unies pour les Réfugiés
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VHB</b>	Virus de l'Hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'Hépatite C
<b>WONCA</b>	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

## RESUME

Après les démantèlements successifs de camps dont celui de la « Jungle » de Calais, les migrants sont toujours présents mais moins nombreux et dispersés dans plusieurs petits campements le long du littoral nord français avec le souhait de rejoindre le Royaume-Uni. La situation des femmes dans ces camps de personnes exilées, l'extrême précarité des conditions de vie et les vulnérabilités auxquelles elles font face semblent préoccupantes. GSF agissant au plus près de ces patientes, en fait le constat. L'objectif de ce travail est de décrire les principaux motifs de recours des patientes migrantes consultant dans les antennes de GSF dans sa mission « CAMINOR » durant l'année 2018 ainsi que leurs caractéristiques épidémiologiques et gynéco-obstétricales.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique. Ont été incluses toutes les patientes de sexe féminin et de nationalité étrangère consultant auprès des antennes de GSF. Pour faciliter l'interprétation des données, les motifs de recours observés sont ensuite regroupés par grandes catégories.

Au total, 225 dossiers de consultations ont été analysés. Les patientes sont d'âge jeune (26,4 ans en moyenne) et les mineures représentent 20,8% de l'effectif. 15 nationalités sont représentées principalement par le Moyen et Proche Orient (48,4%) et l'Afrique de l'Est (33%). Les femmes originaires d'Afrique de l'Est sont à 52,1% mineures. Les principaux regroupements de motifs sont une problématique sociale (28,9%), un suivi de grossesse (25,8%), une demande de contraception (13,8%) et un sujet infectiologique (8,0%).

Les principaux motifs sont la demande d'hébergement temporaire (18,7%), les grossesses non suivies (13,4%), les découvertes de grossesse (11,1%) et la protection de mineures isolées (4,9%). Les violences sexuelles représentent 5,8% des consultations et concernent à 30,8% des patientes mineures. Les motifs observés sont en partie liés aux conditions d'accueil et au manque d'accès aux services de soins adaptés.

Ce travail montre à quel point ces patientes se trouvent dans des situations précaires en cumulant un grand nombre de facteurs de risque de vulnérabilités ainsi que leur isolement et leur difficulté d'accès par les professionnels de santé. Il serait souhaitable de promouvoir plus d'actions auprès de ces populations afin d'améliorer leur accès à l'information en termes de droits et de santé, d'améliorer leur accès aux structures de soins voisines, de repérer et protéger plus rapidement les plus fragiles d'entre-elles ainsi que de mener des missions de prévention et de dépistage plus nombreuses tout en leur proposant des conditions d'accueil et d'hébergement plus décentes et adaptées. Enfin, les violences physiques et psychiques subies par ces populations sont préoccupantes et il serait pertinent de les étudier davantage.

# INTRODUCTION

## I. DEFINITIONS

Migrants, immigrés ou étrangers, demandeurs d'asile et réfugiés, déboutés et sans-papiers, ou encore « clandestins », l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans notre société sur le statut des personnes concernées.

Dépendante de l'ONU, l'Organisation Internationale pour les Migrations définit la personne migrante comme :

*« Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants ; les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définies, comme les migrants objets d'un trafic illicite ; ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux. Note : Au niveau international, il n'existe pas de définition universellement acceptée du terme migrant. » (1)*

La convention de Genève relative au statut des réfugiés, signée en 1951, définit le statut de réfugié comme :

*« Toute personne (...) qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne*

*peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. » (2)*

En France, c'est l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) qui examine les demandes des « demandeurs d'asile » et qui leur accorde le statut de « réfugié » sous contrôle de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Dans le cas contraire, la personne devient « sans-papiers » ou « clandestin », c'est-à-dire un étranger en séjour irrégulier. Ces termes soulignent le caractère illégitime de cette situation (3).

On remarque que chacune de ces définitions désigne une population particulière, mettant l'accent sur le caractère durable, forcé ou impératif du départ et ne prennent donc pas en compte l'intégralité des personnes migrantes.

De par son utilisation majoritaire dans la littérature scientifique, les institutions et les acteurs locaux, le terme « migrant » sera utilisé dans la suite de ce travail avec une définition plus généraliste caractérisant *toute personne ayant franchi une frontière afin de résider dans un pays dans lequel elle n'est pas née et dont elle ne possède pas la nationalité, pour une raison et une durée indéterminée.*

## II. CONTEXTE

On observe depuis le début des années 2010 une majoration importante du flux migratoire en Europe avec une nette augmentation du nombre de migrants en provenance de l'Afrique, du Moyen Orient et du sud de l'Asie passant par la mer Méditerranée ou les Balkans pour arriver en Union Européenne. Les causes sont multiples mais principalement liées aux conflits, aux violences, persécutions et violations des droits humains subies par les populations ou des difficultés économiques.

En 2018, selon le Haut-Commissariat des Nation Unies pour les Réfugiés (UNHCR), la population migrante présente sur le continent européen compte 6 474 600 individus soit 32% de la population migrante mondiale. Sur ces données, la proportion de femmes migrantes en Europe est estimée à 44% (4).

Cette même année sont recensées par la même organisation 141 472 personnes migrantes arrivant par la mer Méditerranée (5).

Une fois parvenus en Europe, la détermination pour la majorité est de poursuivre la route et de traverser la Manche en direction de l'Angleterre. Selon une enquête réalisée en 2016 par Refugee Rights Europe (RRE) sur 870 migrants dans le camp de Calais, ils seraient 94.6% à souhaiter rejoindre l'Angleterre dont 40% d'entre eux dans le but de rejoindre un membre de leur famille déjà installé. La langue étant un facteur essentiel pour trouver du travail et entamer des démarches administratives, elle joue aussi un rôle primordial car ils déclarent à 58.6% un niveau d'anglais comme bon voire très bon contre seulement 11% en français. Une autre raison avancée serait les conditions d'asile plus favorables pour les clandestins outre-Manche (6).

De par leur proximité avec l'Angleterre, les villes du littoral du nord de la France comme Calais ou Grande-Synthe occupent une place centrale dans les flux migratoires en Europe de l'Ouest. Calais et sa « jungle » ont compté plus de 9000 migrants au maximum (7) et ont suscité de nombreux débats dans le monde entier sur des thématiques sanitaires, éthiques et politiques. La « jungle » est démantelée en 2016 (8).

En 2018, les populations migrantes restent cependant en situation de grande précarité, dans des conditions sanitaires toujours aussi difficiles, la population étant moins nombreuse mais beaucoup plus dispersée sur un territoire large, dans de petits campements (9).

### **III. STRUCTURES PRESENTES**

#### **A. Gynécologie Sans Frontières (GSF)**

##### *1. Présentation*

Créée en 1995 selon la loi 1901, l'association Gynécologie Sans Frontières est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) composée de médecins et sages-femmes préoccupés par la santé des femmes dans les pays où précarités médicale, psychologique ou sociale existent (10).

Les actions de GSF concernent l'éducation des populations, la formation de professionnels et les soins apportés aux populations. L'association GSF intervient soit à titre individuel, soit le plus souvent en partenariat avec d'autres ONG. La fréquence et la sévérité des problèmes touchant les femmes nécessitent l'expertise et l'action de spécialistes. GSF intervient partout dans le monde, dans le cadre de pathologies obstétricales ou gynécologiques où les infrastructures locales sont insatisfaisantes, insuffisantes ou inaccessibles (11).

Sa finalité est d'aider la femme, en situation de précarité, partout dans le monde où son développement, sa dignité, sa santé sont négligés, menacés ou niés. Ses missions sont exercées en toute impartialité et neutralité, au nom d'une éthique médicale universelle et en totale indépendance de tout pouvoir politique, économique, ethnique et confessionnel. En tant que témoin des situations difficiles dans lesquelles elle s'engage, GSF s'efforce d'informer et si nécessaire d'alerter l'opinion publique.

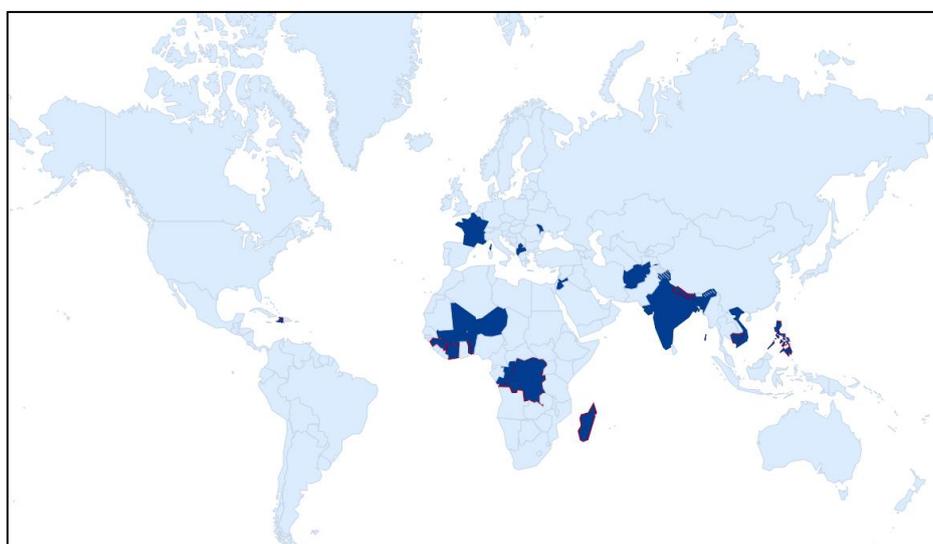


Figure 1: Lieux d'actions de GSF, d'après leur site internet gynsf.org

## 2. La mission « CAMINOR »

Face à la situation migratoire inédite ainsi que l'extrême précarité et vulnérabilité auxquelles font face les femmes dans les camps de personnes exilées souhaitant rejoindre le Royaume-Uni, GSF lance le 15 novembre 2015 sa mission dite « CAMINOR ».

Cette mission consiste à prendre en charge la santé globale des femmes exilées vivant dans le Nord de la France, avec pour objectifs :

- Faire l'interface entre les femmes exilées et les professionnels de santé des centres hospitaliers de proximité en les accompagnant dans les établissements de santé pour la réalisation des actes et des consultations et en leur prodiguant

quelques soins équivalents à la surveillance à domicile des sages-femmes.

- Etre présent à leurs côtés pour les aider, les accompagner dans leurs démarches administratives.
- Prendre en charge au niveau médico-psycho-social les victimes de violences faites aux femmes.

Pour ce faire, GSF intervient sur différents sites de la région que sont : Grande-Synthe, Calais, Nedonchel, Belval, Saint-Omer, Béthune, Merville, Lesquin, Bailleul et Fouquières-les-Béthune.



Figure 2: Lieux d'intervention de GSF « CAMINOR »

Avec les multiples démantèlements dont ceux de la « jungle » de Calais en 2016 et l'incendie du camp de Grande-Synthe en 2017 (12), les femmes exilées deviennent moins nombreuses dans le Nord-Pas-de-Calais. Elles sont en réalité maintenant réparties en France dans des camps, des centres d'hébergement, d'accueil, de rétention ou dans la nature. Pour cette raison GSF clôture sa mission « CAMINOR » fin 2018 et lance en 2019 sa nouvelle mission « CAMIFRANCE » avec les mêmes objectifs que la précédente mais sur la France entière (13).

## **B. Les structures hospitalières**

### *1. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)*

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont au nombre de 22 dans le Nord et de 8 dans le Pas-de-Calais. Elles ont été créées dans les Centres Hospitaliers par la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998 et ont pour objectif d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité (14). Sont alors aussi concernés les étrangers résidants en France depuis moins de 3 mois, dès lors qu'ils ne relèvent pas de l'AME (Aide Médicale d'Etat).

La PASS propose à ce public un accès à des consultations de médecine générale et spécialisée, des soins dentaires, des examens complémentaires, une délivrance de médicaments ainsi qu'une prise en charge sociale et administrative (15).

### *2. Les Urgences Gynécologiques*

Dans le cadre des soins d'urgence en matière de Gynécologie-Obstétrique, les différents hôpitaux à proximité (CH Calais, CH Dunkerque, CH Saint-Omer, CH Béthune et CH Bailleul) disposent d'urgences gynécologiques assurées par des Gynécologues Obstétriciens, des Sages-Femmes et des internes en médecine. Elles peuvent aussi permettre d'être un premier contact afin d'assurer un suivi obstétrical et/ou gynécologique.

Les urgences gynécologiques sont rarement sollicitées en accès direct, les patientes sont plutôt orientées dans ces services par les services d'urgence mobile, dans les suites d'une consultation à la PASS ou par des ONG comme GSF.

### *3. Service d'Accueil des Urgences (SAU)*

Les SAU des hôpitaux de proximité (CH de Calais, Dunkerque, Saint-Omer, Béthune et Bailleul) sont souvent le premier recours aux soins des personnes migrantes.

Ils accueillent principalement les personnes migrantes dans les situations d'urgence.

Malheureusement, cette mission de prise en charge n'est pas toujours adaptée aux affections bénignes ou chroniques relevant des soins primaires. Dans la plupart des cas, les patientes sont soit amenées par les services mobiles d'urgence sur appel téléphonique soit adressées par la PASS.

### **C. Les autres ONG à visée sanitaire**

Principalement représentées par Médecins Du Monde et la Croix-Rouge présentes sur la côte, elles apportent directement leur aide sur le lieu de vie des personnes migrantes. Depuis les différents démantèlements, elles fournissent une information et une orientation vers les structures adaptées ainsi qu'une action de prévention et d'éducation à la santé (16). Il existe un partenariat concernant les prises en charge entre Médecins du Monde et GSF.

### **D. Praticiens libéraux**

Il existe une possibilité pour les patientes migrantes titulaires de l'AME (Aide Médicale d'Etat) de bénéficier de consultations libérales de Médecine Générale ou d'autres spécialités. Le recours reste cependant anecdotique par manque d'information des migrantes sur le système de soins français ainsi que par la lourdeur administrative pour obtenir l'AME.

## IV. CHOIX DU SUJET

### A. Expérience personnelle

De mai à novembre 2018 j'ai effectué dans le cadre de mon internat de Médecine Générale un stage dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CH de Saint-Omer où j'ai de nombreuses fois été en contact avec des patientes en situation de migration.

J'ai alors été confronté aux spécificités des patientes migrantes avec principalement la barrière de la langue qui rend difficile la relation et la communication médecin/patiente, d'autant plus dans cette thématique de la Gynécologie-Obstétrique qui touche à l'intime. Cela s'inclut d'autant plus dans les différences de représentations culturelles et de croyances personnelles.

Ma rencontre avec une sage-femme bénévole auprès de GSF exerçant dans ce service ainsi que son aide et ses conseils m'ont permis de m'intéresser plus spécifiquement à cette population ce qui m'a poussé à m'interroger sur mes pratiques professionnelles et de réfléchir sur l'exercice de la Médecine Générale au contact avec les populations vulnérables.

### B. Enjeu de Santé Publique

La promotion de la santé des personnes migrantes et réfugiées est considérée comme un axe prioritaire selon l'OMS (17).

En France, comme le précise la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, article 67 : « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies* » (18).

La promotion de la santé des femmes s'inclut dans la continuité et la poursuite du travail sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) prononcé en 2000 par l'ONU (19) avec, entre autres, comme visée l'amélioration de la santé maternelle, la promotion de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes à l'horizon 2015.

Ces travaux sont par ailleurs repris par l'OMS dans sa stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent en 2015 dans ses objectifs 2016-2030 pour corriger les inégalités à l'intérieur des pays et entre eux, et pour aider les pays à commencer à mettre en œuvre sans retard le programme de développement durable (20).

Des progrès certains ont été réalisés, avec notamment une diminution de 44% du nombre de décès maternels dans le monde entre 1990 et 2015 (21). Cependant, les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, de par leur prévalence, leur gravité et leurs conséquences représentent toujours des enjeux de santé publique majeurs.

En France, l'OMS met en évidence dans son rapport annuel sur la santé des migrants de 2018 une mortalité maternelle 2.5 fois plus élevée chez les femmes migrantes que chez les françaises. Ce taux monte même à 3.5 fois pour les migrantes d'origine sub-saharienne. Une des premières causes avancée est le manque d'accès aux soins dans les délais nécessaires (22).

### **C. Lien avec la Médecine Générale**

Premièrement, le Conseil National de l'Ordre des Médecins définit dans son référentiel des métiers la « Santé des migrants » comme l'un des champs d'action du médecin généraliste (23).

La WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician), autrement dit l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes, déclare lors de sa conférence d'Istanbul en 2015 que les migrants doivent pouvoir avoir accès à des soins de qualité, abordables et équitables dans toute l'Europe. Elle affirme alors le rôle central du médecin généraliste pour atteindre ces objectifs et recommande par ailleurs une évolution de nos pratiques et de nos formations pour prendre en charge correctement ces populations. Elle insiste en outre sur l'implication du Généraliste à reconnaître rapidement les situations de violences ou de maltraitance dans cette population particulièrement vulnérable (24) (25).

## V. PROBLEMATIQUE

Nous avons vu que les femmes représentent 44% de la population migrante européenne (4), cependant d'autres travaux sur ce territoire en 2016 retrouvent un taux de consultation en PASS très faible des femmes, avec une part masculine fortement majoritaire à 91.5% en 2016 et 89.6% en 2018. Les motifs de gynécologie-obstétrique de ces femmes ne représentent par ailleurs que 10% des consultations en 2016 et 16.7% en 2018 (26) (27).

Nous nous sommes demandé quels pouvaient être les motifs médicaux et non médicaux amenant les patientes migrantes à consulter auprès de GSF dans ses antennes « CAMINOR », en dehors des structures hospitalières.

Nous avons voulu aussi déterminer les caractéristiques socio démographiques (âge, nationalité) ainsi que leurs antécédents gynéco-obstétricaux (grossesses, césariennes, mutilations, sérologies).

### **A. Objectif principal**

L'objectif principal de ce travail de recherche est de décrire les principaux motifs de recours des patientes migrantes consultant dans les antennes de Gynécologie Sans Frontières dans sa mission « CAMINOR » durant l'année 2018.

### **B. Objectifs secondaires**

Ce travail de thèse a pour objectif de décrire la population de femmes consultant auprès des antennes de GSF dans sa mission « CAMINOR » ainsi que leurs caractéristiques en termes de Gynécologie-Obstétrique.

## MATERIELS ET METHODES

### I. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique.

### II. POPULATION DE L'ETUDE

La population de l'étude est celle des patientes migrantes consultant auprès des antennes de Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de sa mission « CAMINOR » en 2018.

#### A. Critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les patientes de sexe féminin et de nationalité étrangère consultant auprès des antennes de GSF.

#### B. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients de sexe masculin ou la population pédiatrique ainsi que les dossiers dont les données étaient inexploitable (données illisibles).

### III. PERIODE D'ETUDE ET RECUEIL DES DONNEES

#### A. Période de recueil des données

La période de l'étude s'étend sur la totalité de l'année 2018.

#### B. Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies à partir de dossiers papier renseignés lors de chaque consultation par le personnel soignant bénévole de GSF.

Les données sur les dossiers papier ont ensuite été saisies sur le logiciel Microsoft EXCEL® afin d'y être exploitées.

### **C. Données recueillies**

Les données recueillies ont été les suivantes :

- L'âge de la patiente
- La nationalité de la patiente
- Le lieu de la consultation
- Le motif de la consultation
- Si la patiente est enceinte ou non
  - o Si oui, si la grossesse est désirée ou non
- La gestité et la parité de la patiente
- Le nombre de césariennes antérieures
- La présence ou non de mutilations sexuelles
  - o Si oui, le type de mutilation sexuelle
- Le statut sérologique de la patiente concernant :
  - o VIH
  - o VHB
  - o VHC
  - o Syphilis
  - o Toxoplasmose

### **D. Regroupement des données**

Pour faciliter l'interprétation des données, les motifs de recours ont été regroupés par grandes catégories.

## **IV. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES**

Le traitement des données a été réalisé dans le cadre de la méthodologie de référence MR-003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), conformément à l'engagement pris par Gynécologie Sans Frontières, responsable des données.

## V. METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

Les analyses statistiques ont été réalisées par l'équipe de l'Unité de Méthodologie - Biostatistique du CHRU de Lille à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. La variable quantitative non gaussienne (âge) a été décrite en termes de médiane et d'intervalle interquartiles. La normalité de cette distribution a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

## VI. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée sur les bases de données spécialisées PubMed, EM Consulte, Google Scholar, SUDOC ainsi qu'avec l'aide du Service Commun de Documentation de l'Université de Lille et de leur archive institutionnelle PEPITE.

Les mots clés étaient : « migrant », « santé des migrants », « précarité », « accès aux soins », « femmes », « grossesse », « gynécologie », « ONG », « violences », « refugee », « women's health », « VIH », « sérologie », « dépistage ».

La bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel ZOTERO® et a été mise en page selon le système Vancouver.

## RESULTATS

### I. EFFECTIF DE L'ECHANTILLON ETUDIE

Sur les 236 dossiers de consultation papier recueillis, 11 ont été exclus soit 9%.

Parmi les patients exclus, 6 concernaient des motifs de pédiatrie, 4 comportaient des données illisibles ne pouvant pas être exploitées et 1 concernait un patient de sexe masculin.

Au total, 225 dossiers ont été analysés sur l'année 2018.

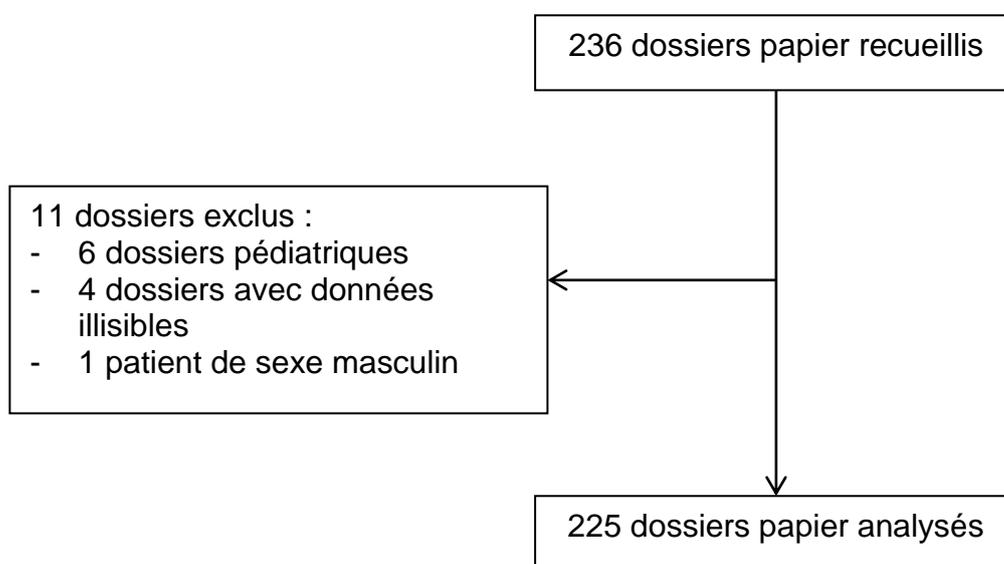


Figure 3 : Diagramme de flux

### II. DESCRIPTION DE LA POPULATION MIGRANTE CONSULTANT DANS LES ANTENNES « CAMINOR »

#### A. Age

L'âge moyen est de 26,4 ans +/- 8,8 ans et l'âge médian est de 25,0 ans (Q1 : 19.0; Q4 : 32.0). L'âge minimal est de 14 ans et l'âge maximal est de 59 ans.

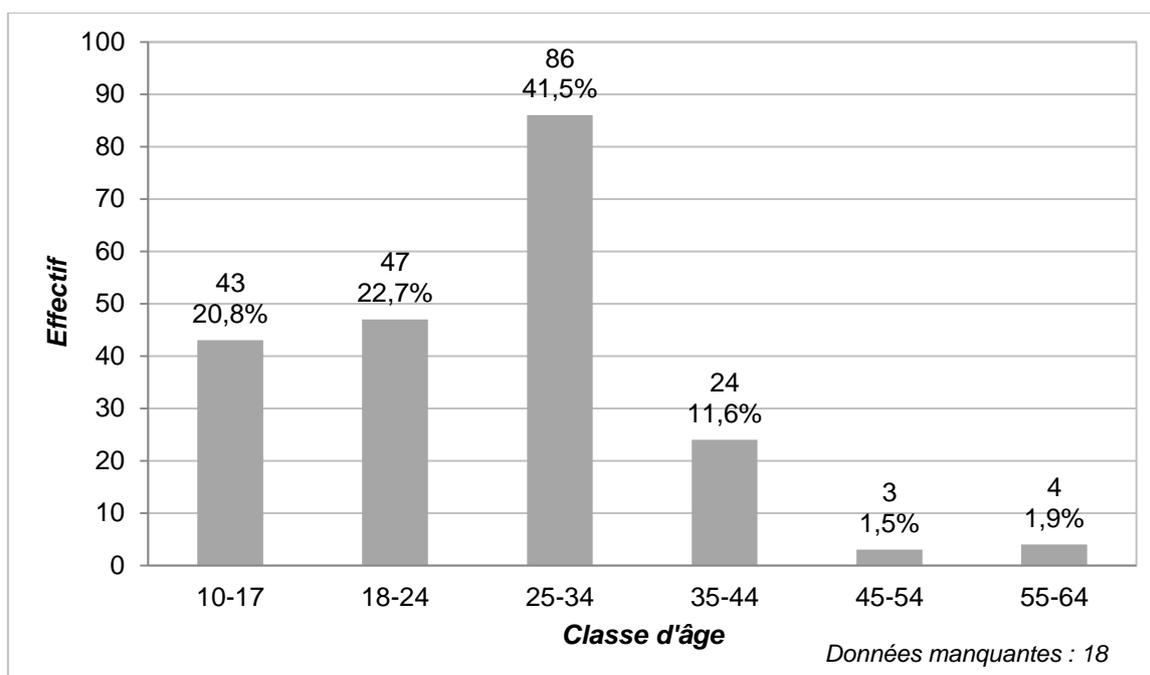


Figure 4 : Distribution des âges des patients par classe d'âge

La classe d'âge la plus représentée est celle des 25-34 ans et représente 41,5% de l'effectif total. Les 18-34 ans représentent 64,2% de l'effectif, avec au total 85% de l'effectif ayant moins de 35 ans.

On dénombre 43 patientes se définissant comme mineures soit 20,8% de l'effectif.

Seulement 4 patientes ont plus de 55 ans dans l'effectif.

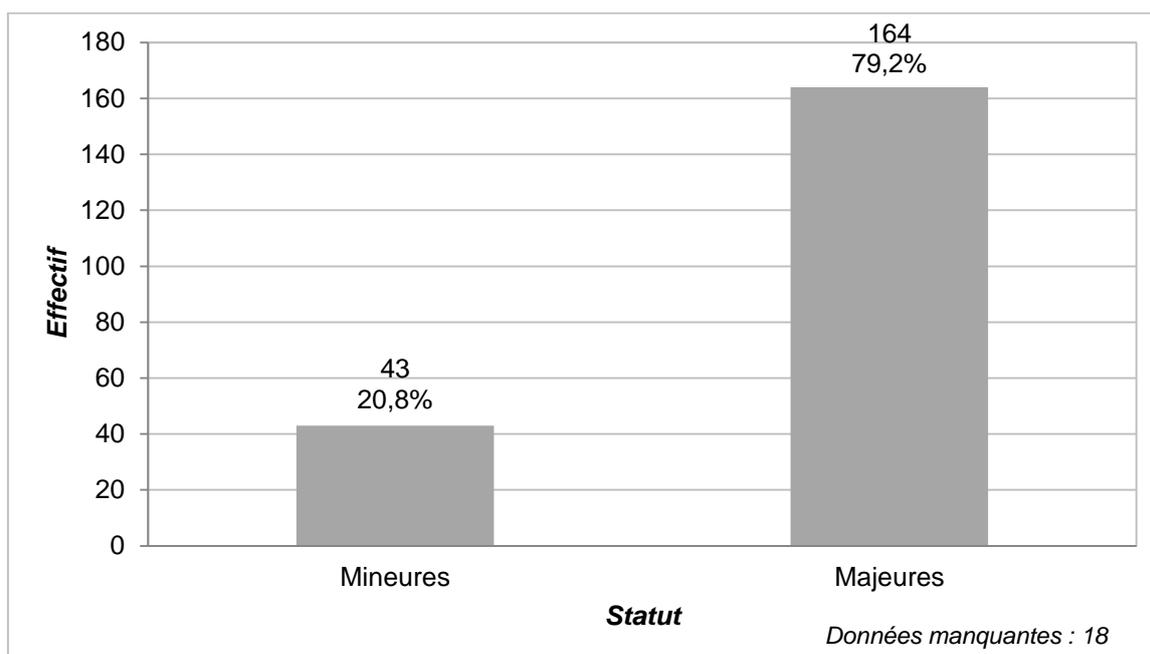


Figure 5 : Répartition des mineures et des majeures dans la population étudiée

## B. Origine géographique

### 1. Nationalités

Au total, 15 nationalités sont représentées. Parmi les nationalités les plus représentées on retrouve l'Erythrée avec 24,2% (n=52) puis l'Irak avec 20,5% (n=44) et les patientes se définissant de nationalité kurde 20,5% (n=44). L'Ethiopie compte 8,8% (n=19) et le Congo 6,5% (n=14).

Nationalité	Effectif (N=225)	Proportion
Erythrée	52	24.2%
Irak	44	20.5%
Kurde	44	20.5%
Ethiopie	19	8.8%
Congo	14	6.5%
Guinée	13	6.0%
Iran	7	3.0%
Afghanistan	7	3.3%
Albanie	6	2.8%
Nigéria	3	1.4%
Syrie	2	0.9%
Côte d'Ivoire	1	0.5%
Vietnam	1	0.5%
Bulgarie	1	0.5%
Brésil	1	0.5%

Données manquantes : 10

Tableau 1 : Origine géographique des patientes par nationalité.



Figure 6 : Représentation des effectifs de patientes pour chaque pays

## 2. Regroupement géographique

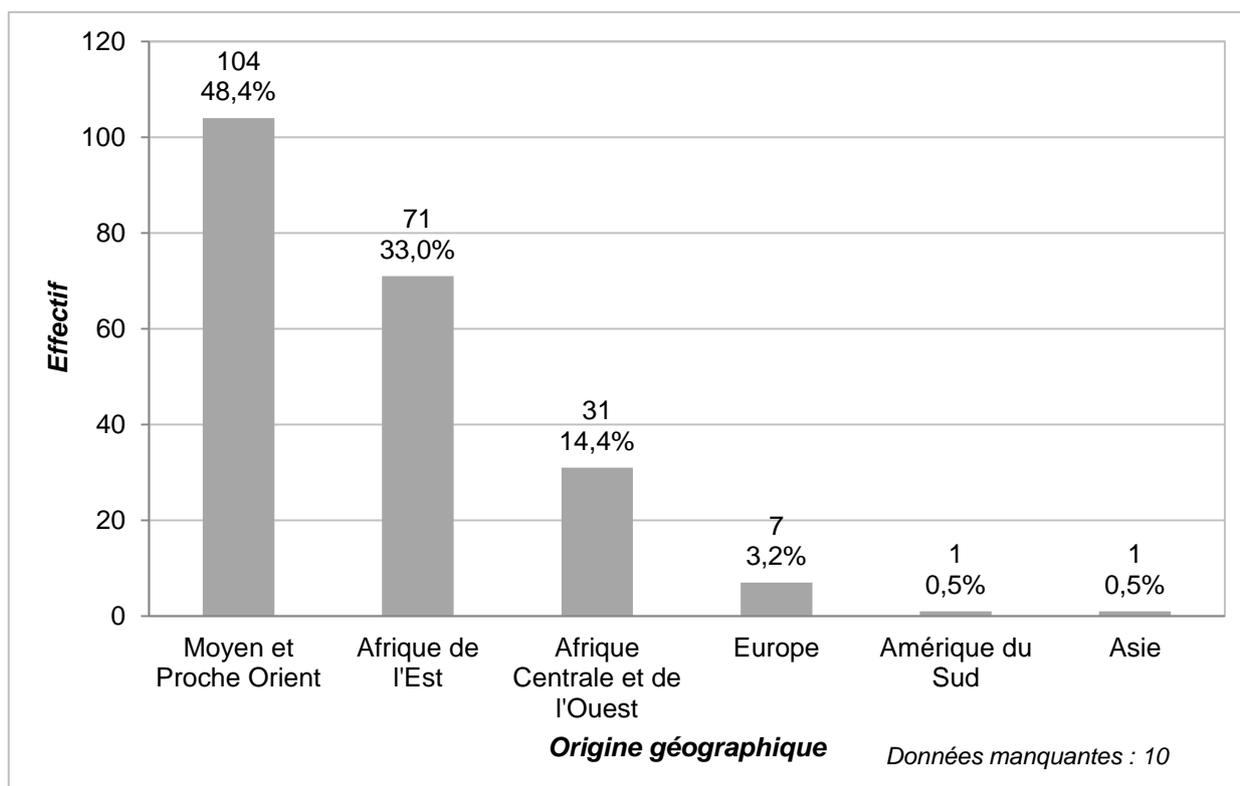


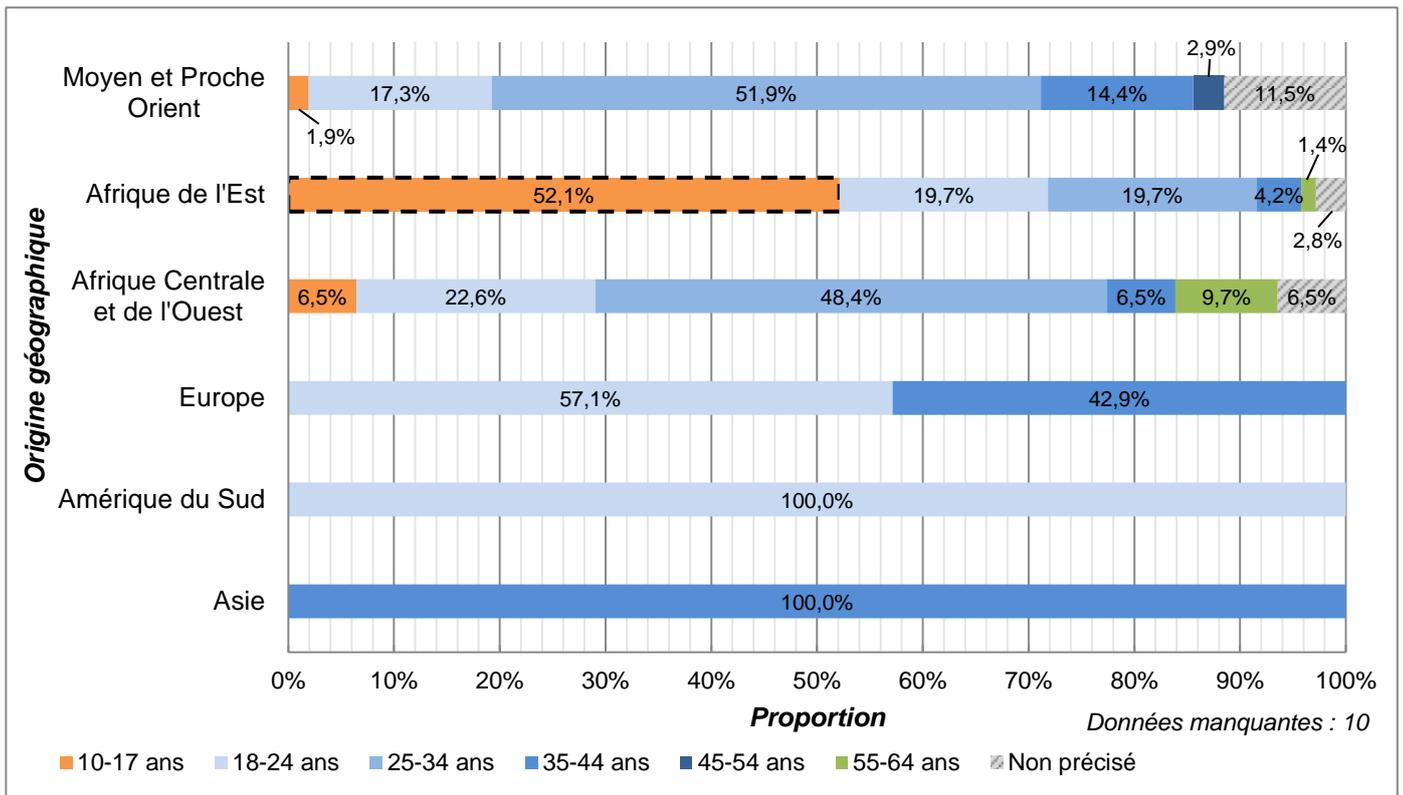
Figure 7 : Origine des patientes par regroupement géographique

Les regroupements géographiques réalisés sont les suivants :

- Moyen et Proche Orient : Afghanistan, Irak, Iran, Syrie.
- Afrique de l'Est : Ethiopie, Erythrée.
- Afrique Centrale et de l'Ouest : Côte d'Ivoire, Guinée Conakry, Nigéria, République Démocratique du Congo.
- Europe : Albanie, Bulgarie.
- Amérique du Sud : Brésil.
- Asie : Vietnam.

Le Moyen et Proche Orient est l'origine géographique la plus représentée avec 48,4% (n=104) de l'échantillon. Il y a ensuite l'Afrique de l'Est avec 33% (n=71) et l'Afrique Centrale et de l'Ouest avec 14,4% (n=31) des patientes.

### 3. Âge en fonction de l'origine géographique



**Figure 8 :** Classes d'âge en fonction de l'origine géographique

Les classes d'âge principalement représentées sont celles des 18-24 ans et des 25-34 ans dans la plupart des zones géographiques.

L'Afrique de l'Est fait exception, puisqu'on retrouve une majorité de patientes mineures à hauteur de 52,1%.

## C. Antennes de GSF

### 1. Lieux de consultation

Ville	Effectif (N=225)	Proportion
Calais	85	37.8%
Grande-Synthe	65	28.9%
Nedonchel	32	14.2%
Fouquières	14	6.2%
Belval	8	3.6%
Merville	7	3.1%
Bailleul	6	2.7%
Saint-Omer	4	1.8%
Béthune	2	0.9%
Lesquin	2	0.9%

Données manquantes : 0

Tableau 2 : Effectif de patientes par lieu de consultation.

### 2. Lieu de consultation et origine géographique

A Calais, les patientes originaires de l'Afrique de l'Est représentent 69,4% (n=59) de l'effectif, contre 3,1% (n=2) à Grande-Synthe.

A Grande-Synthe, l'effectif est composé à 93,8% (n=61) de migrantes originaires du Moyen et Proche-Orient contre 15,3% (n=13) à Calais.

La figure 9 qui présente le lieu de consultation en fonction de l'origine géographique illustre ce contraste.

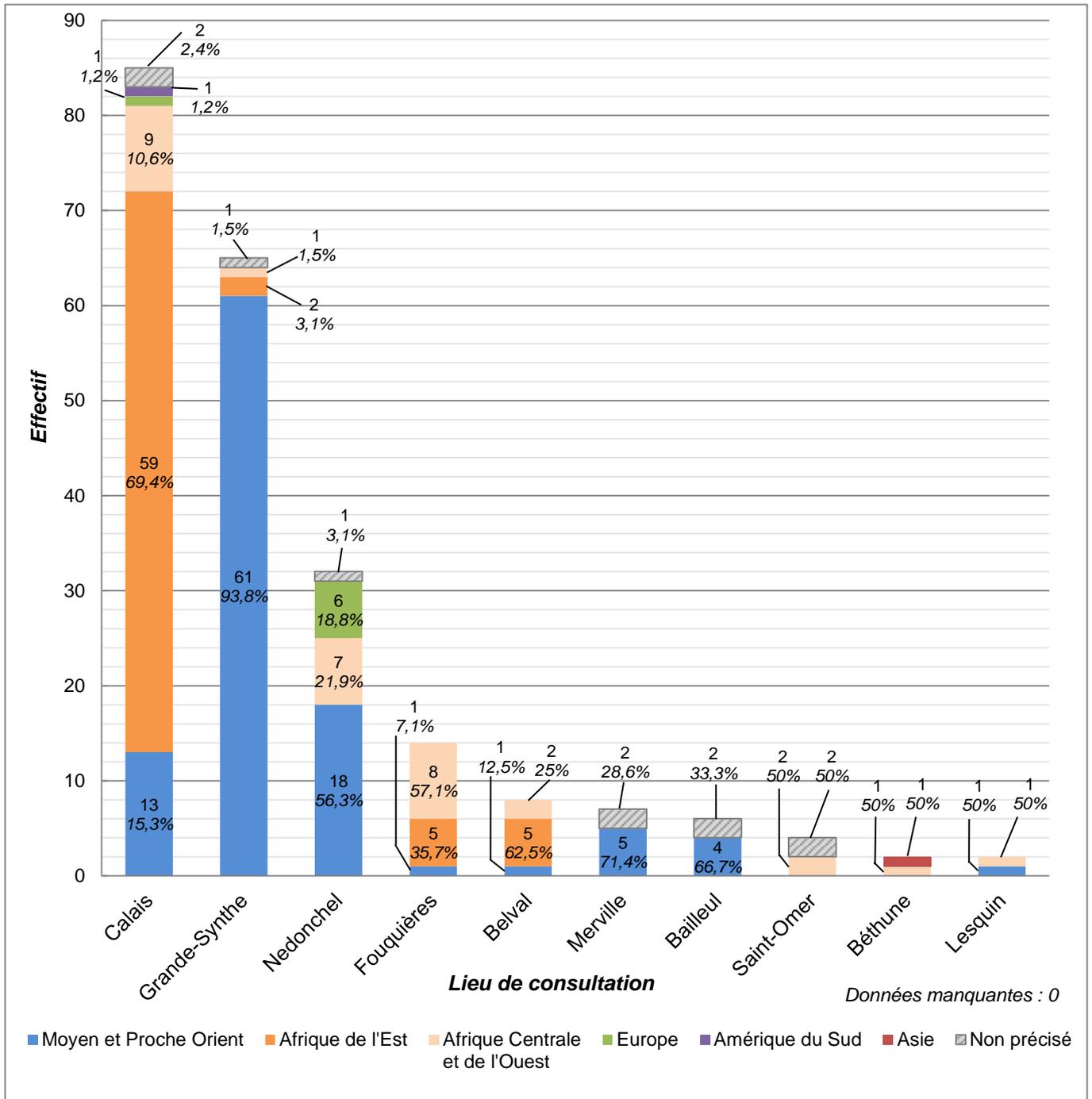


Figure 9 : Lieu de consultation en fonction de l'origine géographique

### III. MOTIFS DE RECOURS APRES REGROUPEMENT

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Social/hébergement</b>	65	28.9%
<b>Suivi de grossesse</b>	58	25.8%
<b>Contraception</b>	31	13.8%
<b>Infectiologie</b>	18	8.0%
<b>Violences sexuelles</b>	13	5.8%
<b>Demande d'IVG</b>	12	5.3%
<b>Dermatologie</b>	7	3.1%
<b>Psychiatrie</b>	6	2.7%
<b>Endocrinologie</b>	4	1.8%
<b>Suivi post-partum</b>	3	1.3%
<b>Soins Dentaires</b>	3	1.3%
<b>Sénologie</b>	3	1.3%
<b>Fausse-couche</b>	1	0.4%
<b>Hygiène</b>	1	0.4%

*Données  
manquantes : 0*

Tableau 3 : Motif de recours après regroupement par catégories

#### A. Descriptif par groupe

##### a) Motifs liés à une problématique sociale

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Social/hébergement</b>	<b>65</b>	<b>28.9%</b>
Demande hébergement temporaire	42	18.7%
Protection mineure isolée	11	4.9%
Aide pour demande d'asile	10	4.4%
Demande de protection juridique	1	0.4%
Victime de traite	1	0.4%

Tableau 4 : Motifs de recours liés à une problématique sociale

Les motifs de recours liés à une problématique sociale représentent 65 patientes soit 28,9% des consultations.

Parmi ces motifs, le plus fréquent est celui d'une demande d'hébergement temporaire à hauteur de 18,7% (n=42) des motifs principaux. Viennent ensuite la protection de mineures isolées pour 4,9% (n=11) et l'aide pour la demande d'asile pour 4,4% (n=10).

b) Motifs liés à la grossesse

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Suivi de grossesse</b>	<b>58</b>	<b>25.8%</b>
Découverte de grossesse < 14 SA	20	8.9%
Grossesse non suivie entre 14 et 28 SA	14	6.2%
Grossesse non suivie < 14 SA	8	3.6%
Grossesse non suivie > 28SA	8	3.6%
Découverte de grossesse > 14 SA	5	2.2%
Début de travail	2	0.9%
Découverte diabète gestationnel	1	0.4%

Tableau 5 : Motifs de recours liés à la grossesse

Pour les motifs liés à la grossesse, ils concernent 25,8% des consultations totales soit 58 migrantes. Les découvertes de grossesses y représentent 8,9% (n=20) pour des termes inférieurs à 14 semaines d'aménorrhée et à 2,2% (n=5) pour des termes supérieurs à 14 semaines d'aménorrhée, soit un total de 11,1% (n=25).

Ensuite, on observe les grossesses non suivies à hauteur de 6,2% (n=14) pour des termes compris entre 14 et 18SA, de 3,6% (n=8) pour des termes inférieurs à 14SA et de 3,6% (n=8) pour des termes supérieurs à 28SA, soit un total de 13,4% (n= 30).

## c) Motifs liés à la contraception

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Contraception</b>	<b>31</b>	<b>13.8%</b>
Demande de pilule contraceptive	10	4.4%
Demande d'implant contraceptif	6	2.7%
Pose d'un implant contraceptif	4	1.8%
Dysménorrhée sous contraceptifs	3	1.3%
Ablation d'un implant contraceptif	2	0.9%
Changement de DIU	2	0.9%
Demande de préservatifs	2	0.9%
Pose de DIU	1	0.4%
Demande de pilule du lendemain	1	0.4%

Tableau 6 : Motifs de recours liés à la contraception

La contraception est retrouvée dans 13,8% des motifs totaux de l'étude, soit 31 personnes. La demande la plus fréquente est celle de pilule contraceptive pour 4,4% (n=10) suivie par celle d'implant contraceptif à 2,7% (n=6) et la pose de ces derniers pour 1,8% (n=4) ou leur ablation à 0,9% (n=2).

## d) Motifs infectiologiques

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Infectiologie</b>	<b>18</b>	<b>8.0%</b>
Mycose vaginale	11	4.9%
Herpès	3	1.3%
Infection urinaire	2	0.9%
Hyperthermie	1	0.4%
Dépistage IST	1	0.4%

Tableau 7 : Motifs de recours infectiologiques

Parmi les 225 dossiers analysés, 18 d'entre eux concernent un motif infectiologique soit 8,0% de l'effectif total. Les principaux motifs de cette catégorie sont la mycose vaginale avec 4,9% soit 11 patientes puis les infections à herpès pour 1,3% (n=3).

## e) Motifs liés aux violences sexuelles

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Violences sexuelles</b>	<b>13</b>	<b>5.8%</b>
Viol(s)	6	2.7%
Certificat d'excision	4	1.8%
Tentative(s) de viol	2	0.9%
Violences conjugales	1	0.4%

Tableau 8 : Motifs de recours liés à des violences sexuelles

13 personnes ont un motif de recours lié aux violences sexuelles soit 5,8% de l'effectif total. Parmi ces derniers 2,7% (n=6) concernent un ou des viol(s) et 0,9% (n=2) des tentatives de viol(s).

## f) Motifs liés à une IVG

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Demande d'IVG</b>	<b>12</b>	<b>5.3%</b>
IVG médicamenteuse (orientation)*	10	4.4%
IVG par aspiration (orientation)	2	0.9%

\*Dont 4 avec découverte de grossesse sur le même temps

Tableau 9 : Motifs de recours liés à une interruption volontaire de grossesse

Les demandes d'interruption volontaire de grossesse concernent 12 migrantes soit 5,3% au total. La totalité de ces patientes ont été orientées vers des structures référentes réalisant des IVG. Il s'agit de 10 IVG médicamenteuses soit 4,4% de l'ensemble des patientes (dont 4 avec une découverte de grossesse sur le même temps de consultation) et de 2 IVG par aspiration soit 0,9%.

## g) Motifs dermatologiques

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Dermatologie</b>	<b>7</b>	<b>3.1%</b>
Gale	4	1.8%
Psoriasis	1	0.4%
Eczéma	1	0.4%
Dyshidrose	1	0.4%

Tableau 10 : Motifs de recours dermatologiques

3,1% des consultations totales ont pour motif une affection dermatologique, soit 7 patientes. La principale pathologie observée est la gale pour 1,8% (n=4).

## h) Motifs psychiatriques

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Psychiatrie</b>	<b>6</b>	<b>2.7%</b>
Dépression	4	1.8%
Syndrome de stress post-traumatique	1	0.4%
Tentative de suicide	1	0.4%

Tableau 11 : Motifs de recours psychiatriques

La part des motifs psychiatriques est de 2,7% soit 6 migrantes. La dépression est l'affection la plus représentée avec 1,8% (n=4).

## i) Motifs endocrinologiques

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Endocrinologie</b>	<b>4</b>	<b>1.8%</b>
Diabète	2	0.9%
Hypothyroïdie	1	0.4%
Galactorrhée	1	0.4%

Tableau 12 : motifs de recours endocrinologiques

Sur les 225 dossiers analysés, 4 concernaient un motif endocrinologique soit 1,8%.

## j) Motifs liés au post-partum

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Suivi post-partum</b>	<b>3</b>	<b>1.3%</b>
Suivi général	2	0.9%
Douleurs post-césarienne	1	0.4%

Tableau 13 : Motifs de recours liés au post-partum

La surveillance et le suivi après l'accouchement ont concerné 3 patientes soit 1,3% des motifs totaux.

## k) Motifs dentaires

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Soins Dentaires</b>	<b>3</b>	<b>1.3%</b>
Douleurs dentaires	3	1.3%

Tableau 14 : Motifs de recours dentaires

Les motifs pour soins dentaires sont observés pour 1,3% (n=3) du total et sont exclusivement composés de douleurs dentaires.

## l) Motifs sénologiques

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Sénologie</b>	<b>3</b>	<b>1.3%</b>
Mastodynies	2	0.9%
Abcès du sein	1	0.4%

Tableau 15 : Motifs de recours sénologiques

Pour les motifs liés à des pathologies du sein, on retrouve 3 consultations soit 1,3%.

## m) Motifs liés à une fausse-couche

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Fausse-couche</b>	<b>1</b>	<b>0.4%</b>
FCS à 8 SA	1	0.4%

Tableau 16 : Motifs de recours liés à une fausse-couche

Une seule consultation pour fausse-couche à 8SA est observée dans cette catégorie, soit 0,4% de recours totaux.

## n) Motifs liés à l'hygiène féminine

Motif de recours	Effectif (N=225)	Proportion
<b>Hygiène</b>	<b>1</b>	<b>0.4%</b>
Demande de protections féminines	1	0.4%

Tableau 17 : Motifs de recours liés à l'hygiène féminine

On retrouve une seule demande de protections hygiéniques, ce qui représente 0,4% des motifs totaux.

**B. Motifs par classes d'âge**

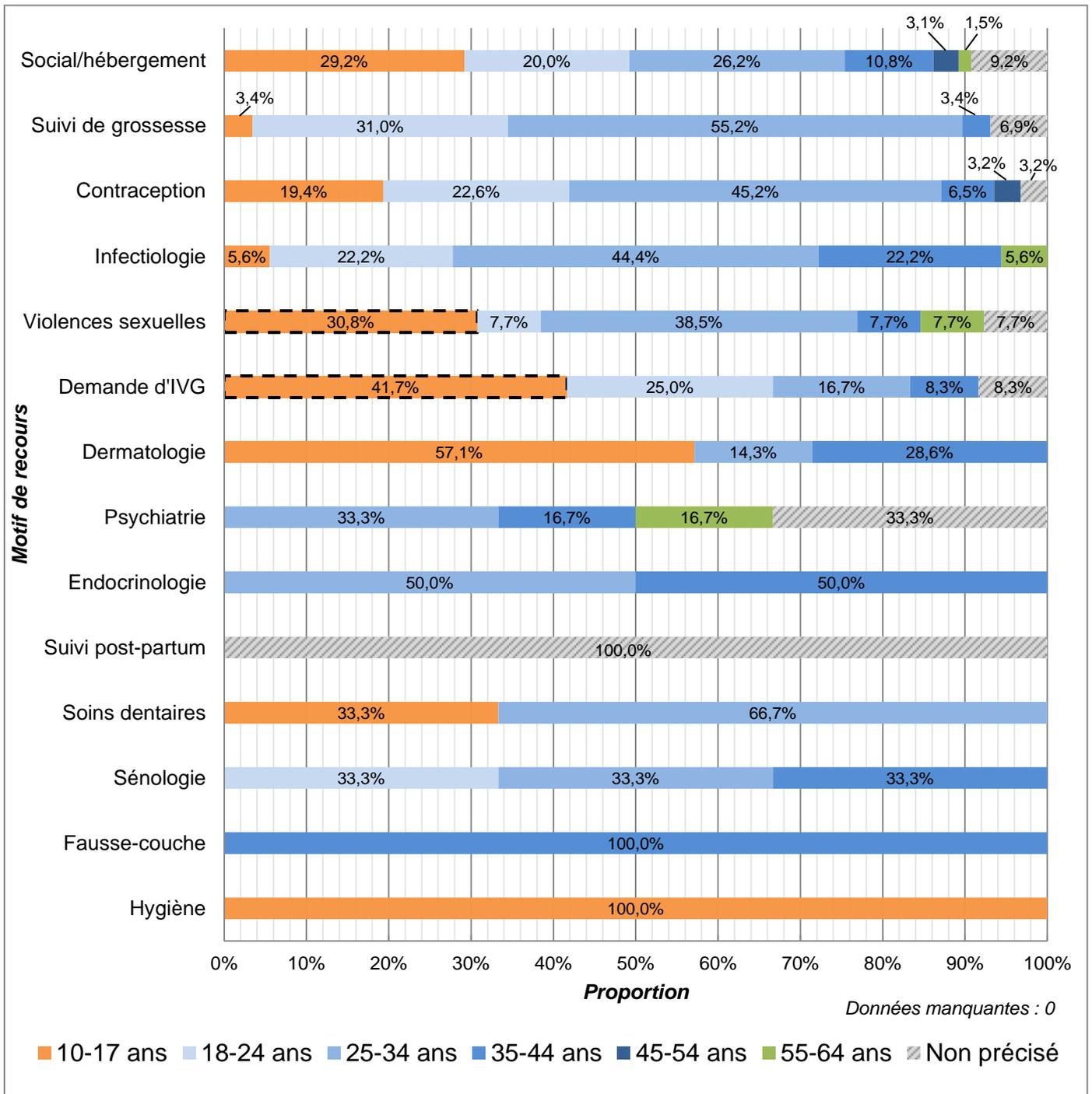


Figure 10 : Motif de recours en fonction de l'âge

On remarque une forte proportion des patientes mineures pour des motifs liés à une demande d'IVG (41,7%) et liés à des violences sexuelles (30,8%).

Les migrantes âgées de 25-34 ans représentent la majorité des patientes consultant pour des motifs liés au suivi de grossesse (55,2%) et à la contraception (45,2%).

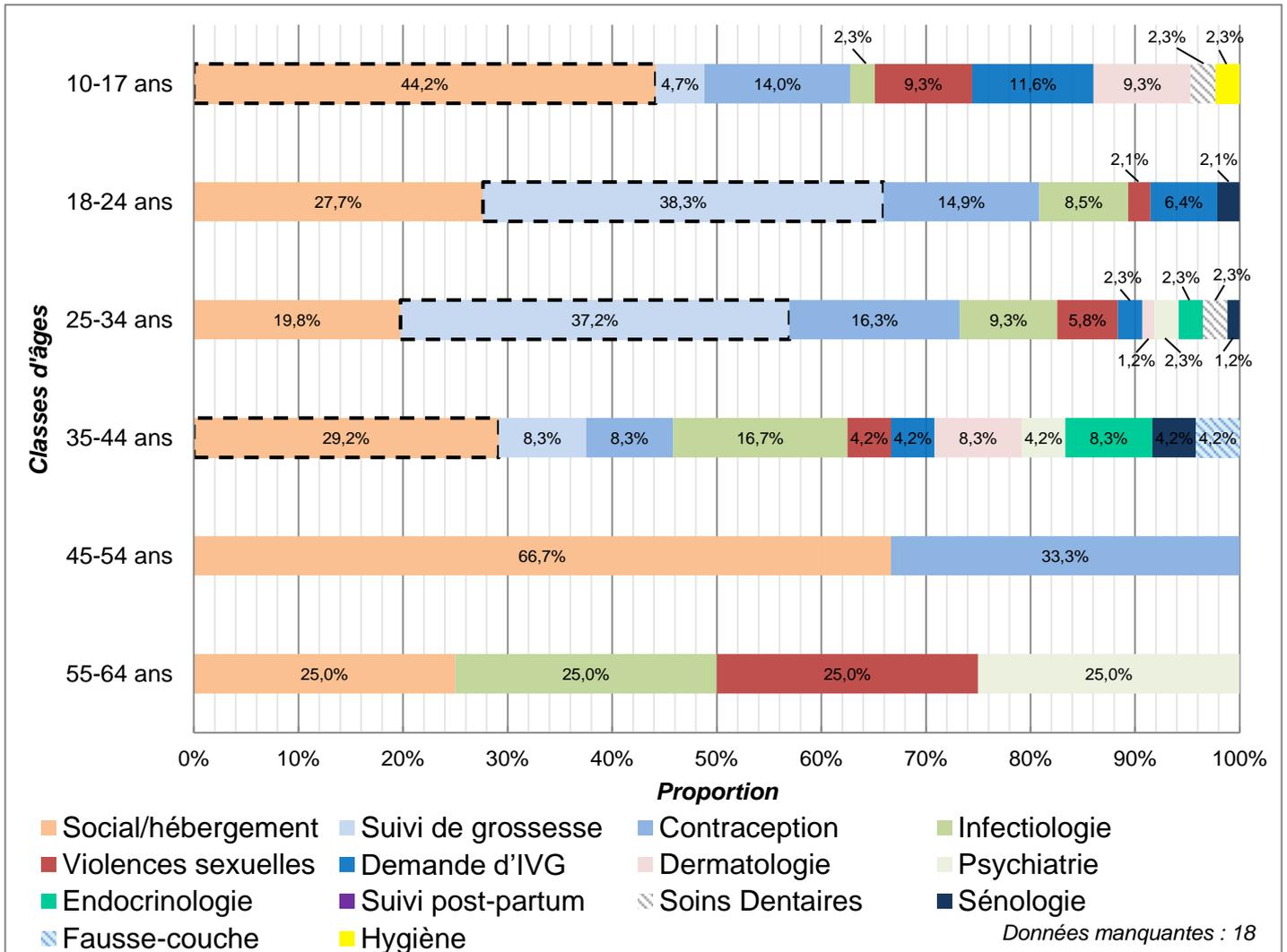


Figure 11 : Classes d'âge en fonction du motif de recours

Les consultations liées à la grossesse sont le motif principal pour les patientes âgées de 18-24 ans (38,3%) et pour celles de 25-34 ans (37,2%). La problématique sociale est prédominante pour les mineures (44,2%) et pour les 35-44 ans (29,2%).

On remarque une même proportion sur la thématique de la contraception (aux alentours de 15%) pour les mineures et pour les 18-34 ans.

### C. Motifs par regroupement géographique

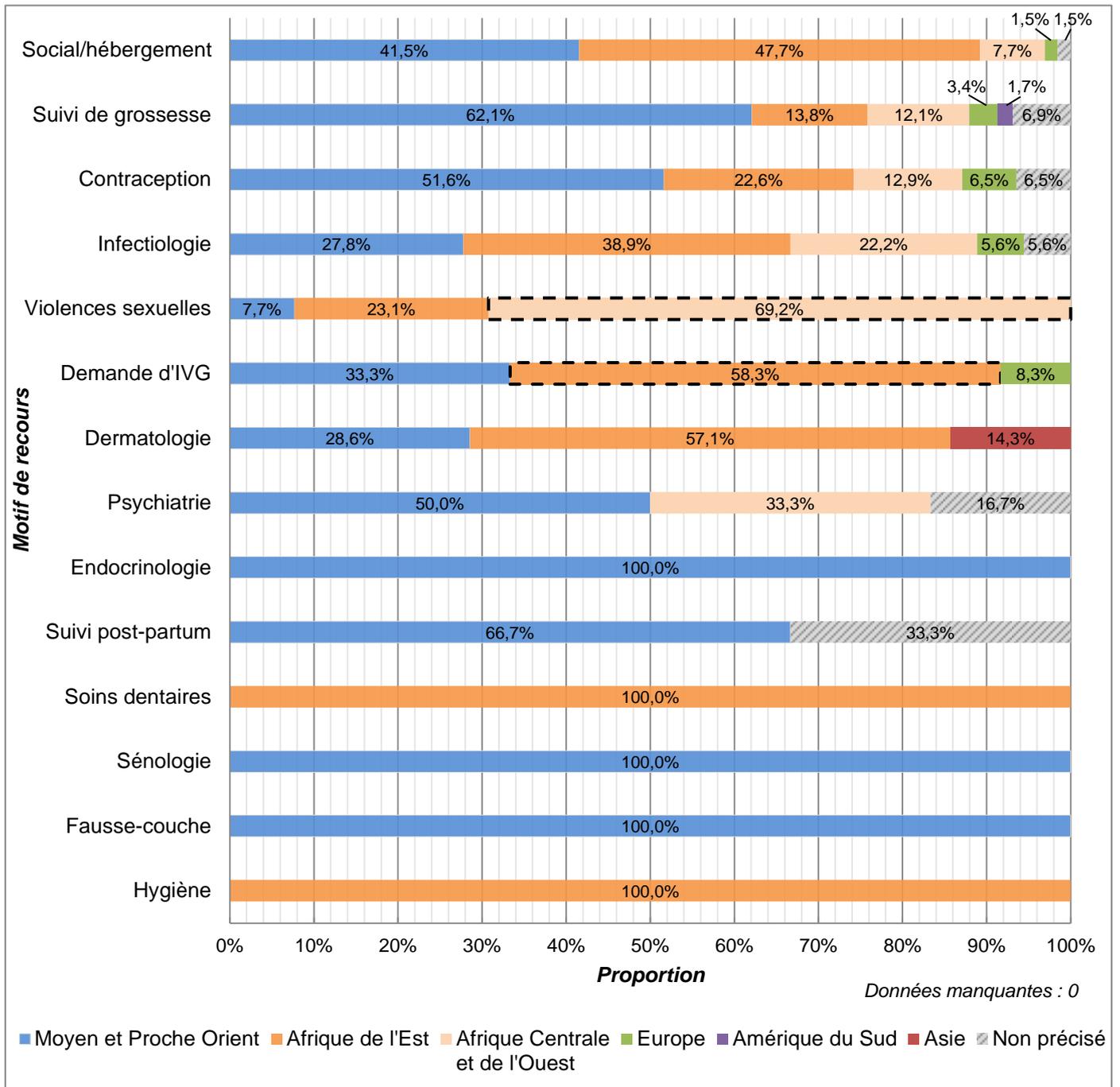


Figure 12 : Motif de recours en fonction de l'origine géographique

Les consultations de suivi de grossesse (62,1%) et de contraception (51,6%) sont principalement représentées par des patientes originaires du Moyen et Proche Orient et beaucoup moins par celles originaires d'Afrique de l'Est (respectivement 19,8% et 22,6%). Ces dernières sont majoritaires pour les motifs sociaux (47,7%), infectiologiques (38,9%), liés à une IVG (58,3%) et dermatologiques (57,1%).

On observe une forte proportion des migrantes originaires d’Afrique Centrale et de l’Ouest pour des motifs liés à des violences sexuelles (69,2%) par rapport aux autres groupes.

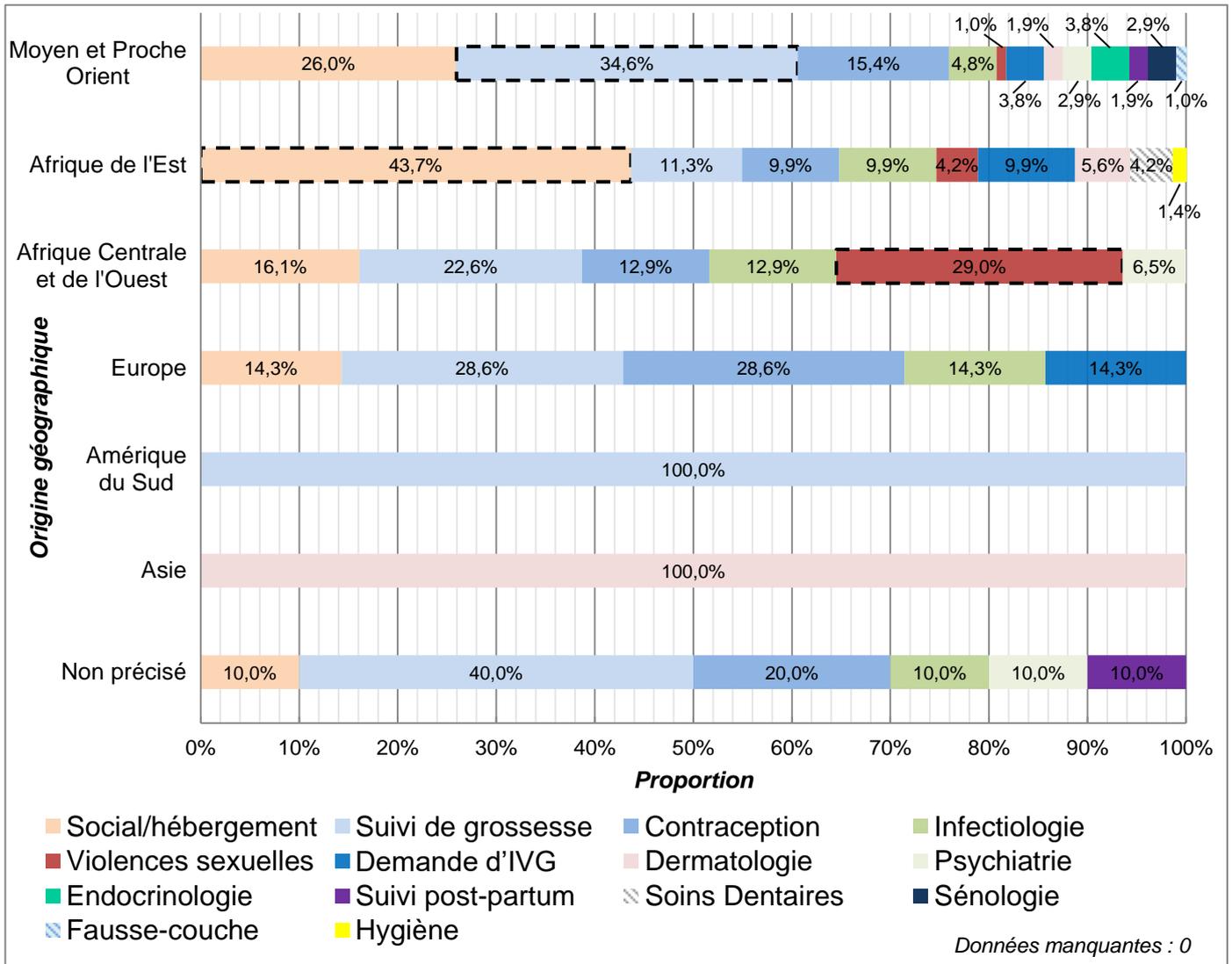


Figure 13 : Motifs de recours par origine géographique

Pour le regroupement par zones géographiques, on observe comme motif principal pour les patientes originaires du Proche et Moyen Orient le suivi de grossesse (34,6%), pour celles originaires d’Afrique de l’Est une problématique sociale (43,7%) et pour les migrantes originaires d’Afrique Centrale et de l’Ouest des violences sexuelles (29%).

#### IV. CARACTERISTIQUES GYNECO-OBSTETRIQUES DE L'EFFECTIF

##### A. Grossesse

###### 1. Grossesse en cours

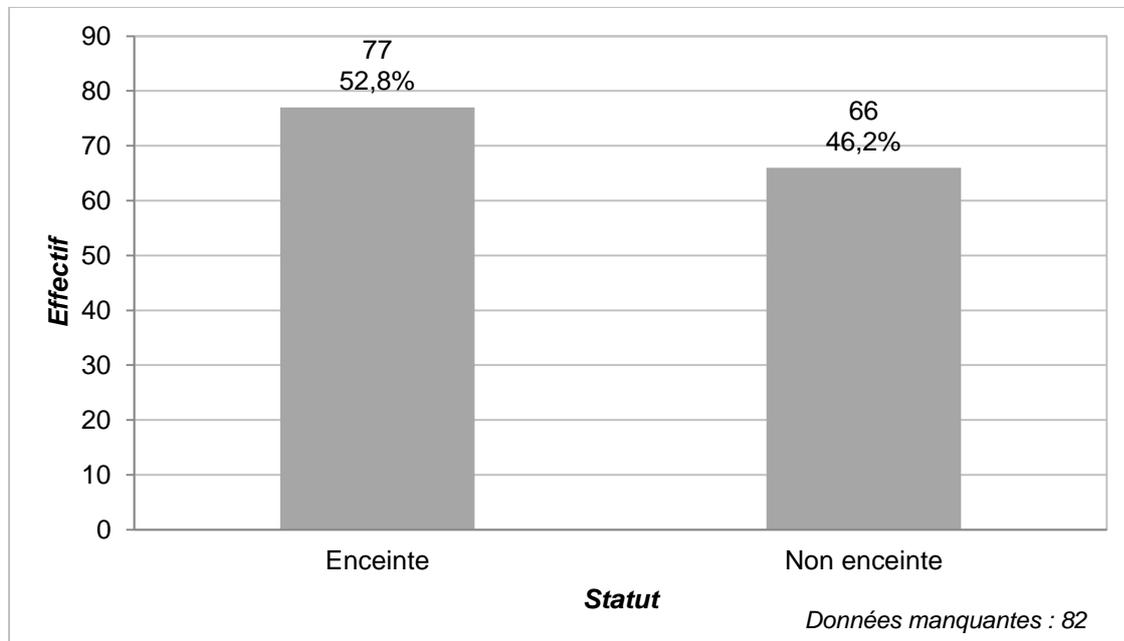


Figure 14 : Statut obstétrical

La grossesse n'étant pas recherchée pour chaque motif, le nombre de données manquantes est important.

###### 2. Grossesse désirée

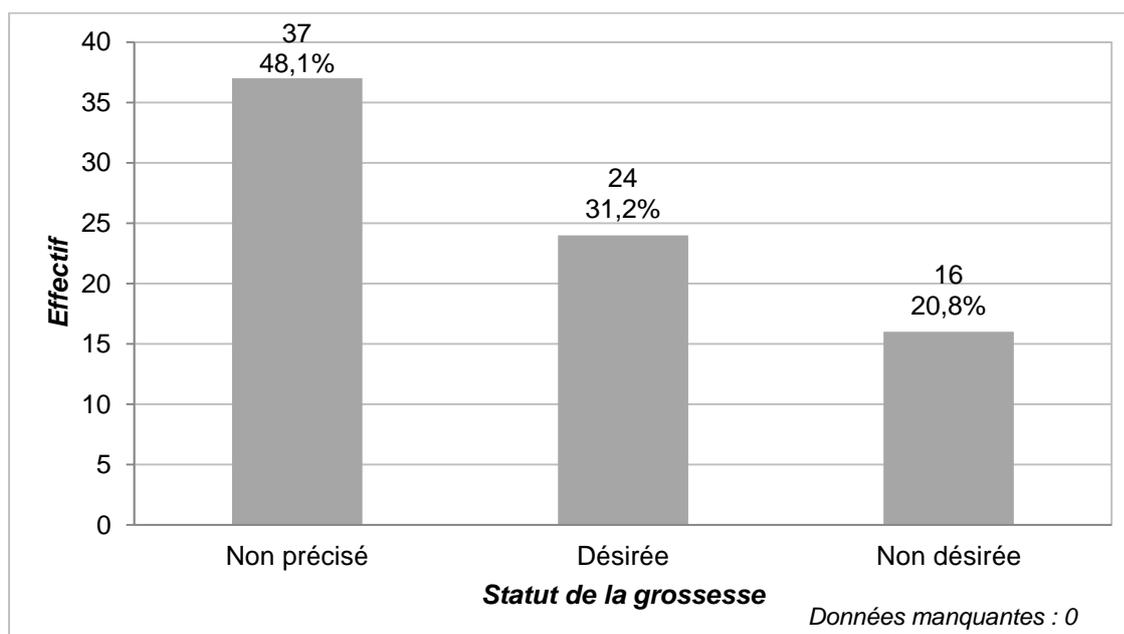


Figure 15 : Désir de grossesse chez les patientes enceintes

## B. Antécédents obstétricaux

### 1. Gestité

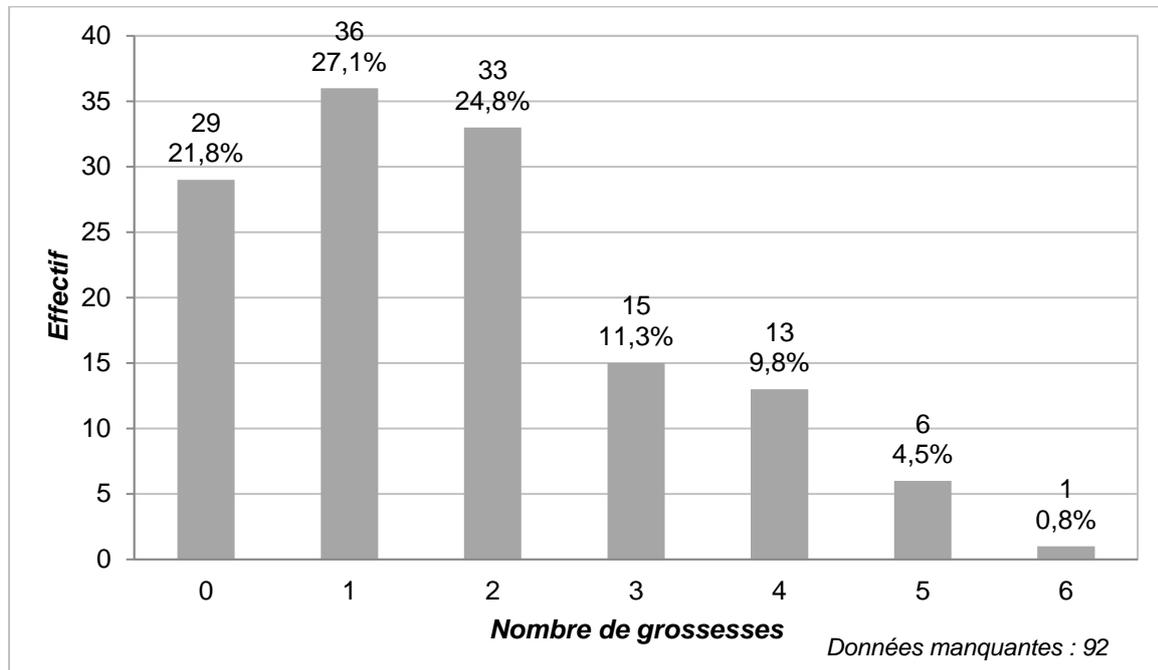


Figure 16 : Nombre de gestités

Cet antécédent n'étant pas recherché pour chaque motif, le nombre de données manquantes est important.

### 2. Parité

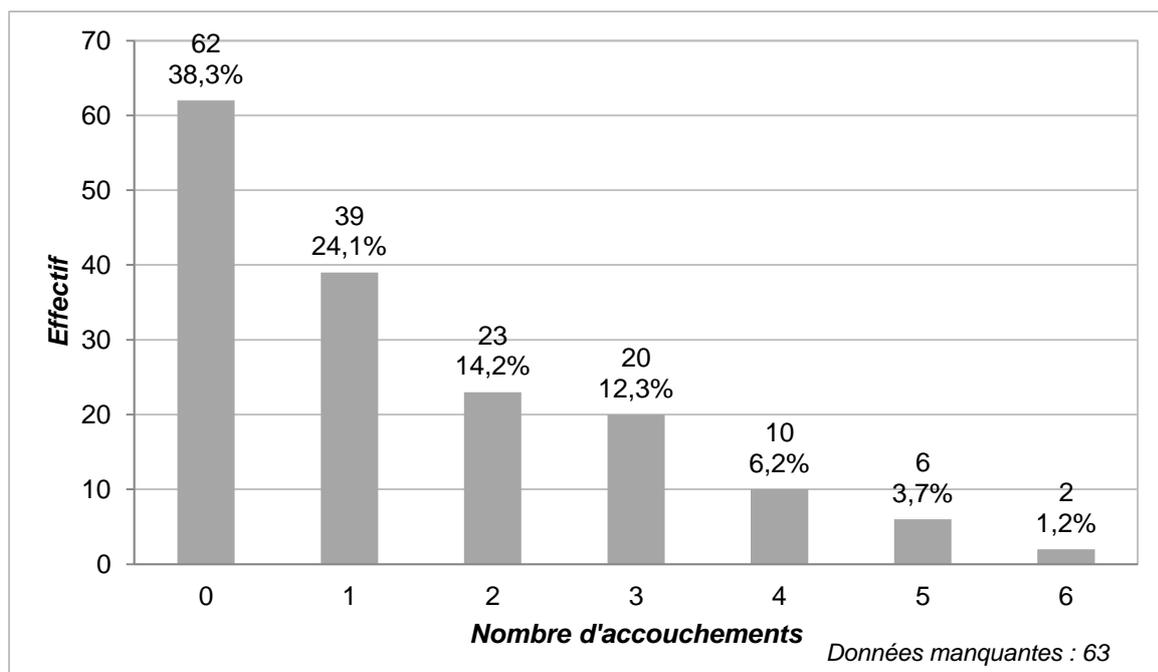


Figure 17 : Nombre de parités

### 3. Césariennes antérieures

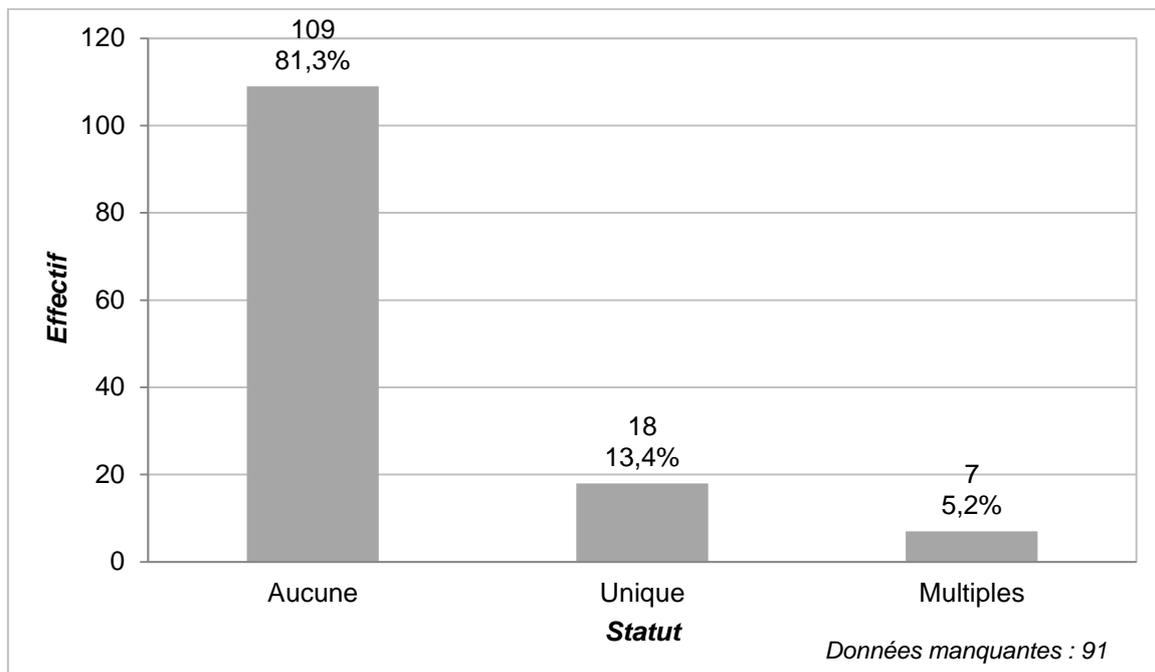


Figure 18 : Nombre de césariennes antérieures

## C. Mutilations sexuelles

### 1. Présence de mutilations sexuelles

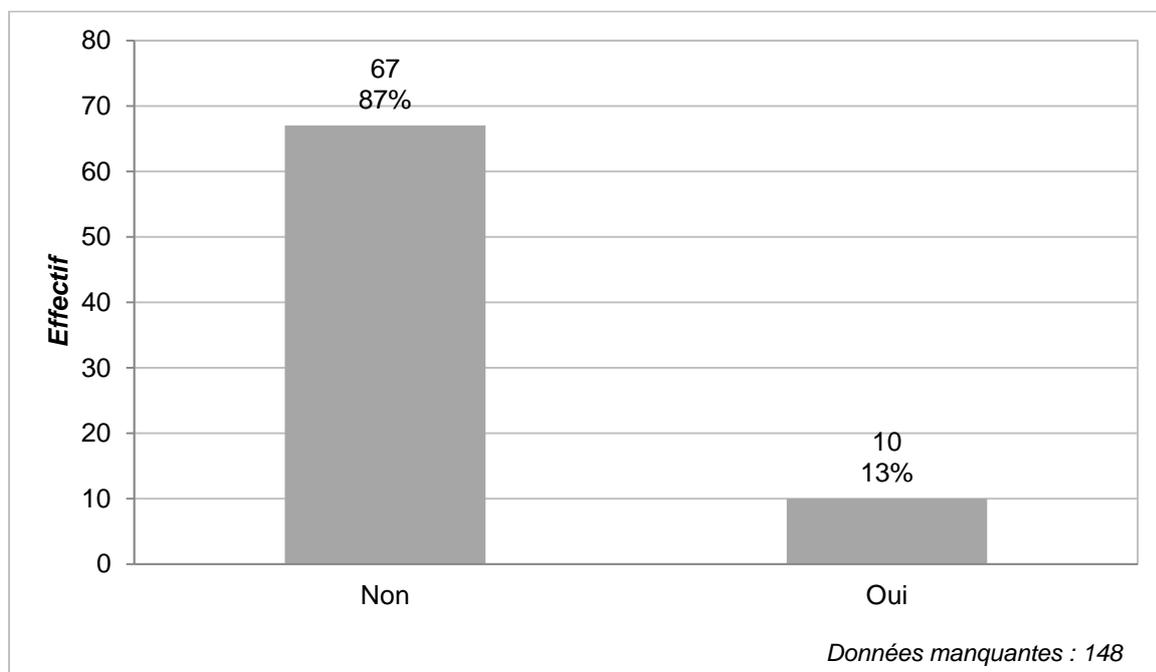


Figure 19 : Présence de mutilations sexuelles

## 2. Type de mutilations sexuelles

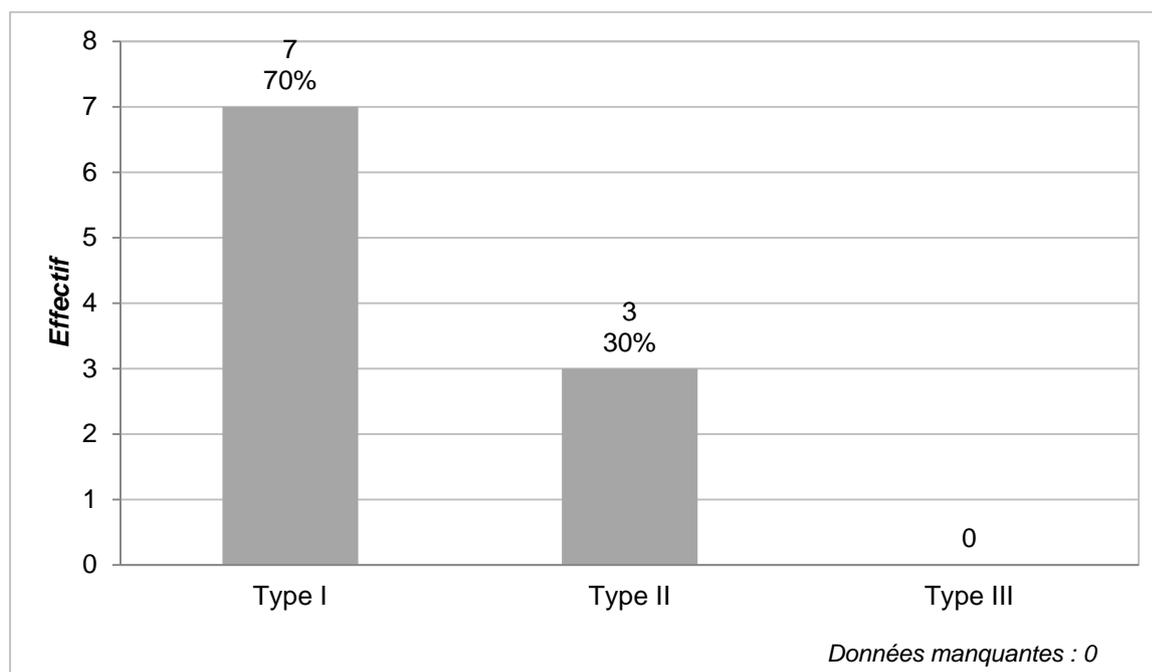


Figure 20 : Types de mutilations sexuelles observées, selon les critères OMS

### Classification des mutilations sexuelles féminines selon l'OMS (28) :

- *Type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie).*
- *Type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision).*
- *Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation).*
- *Type IV : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.*

## D. Statuts sérologiques

### 1. Statut VHB

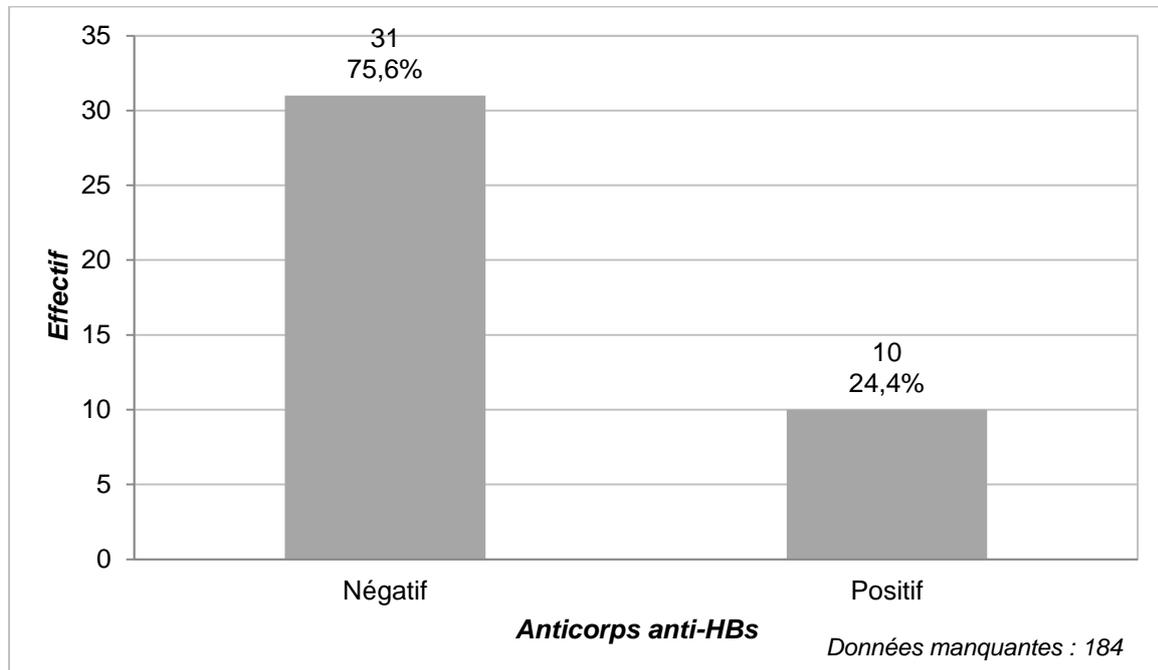


Figure 21 : Statut sérologique VHB

### 2. Statut VHC

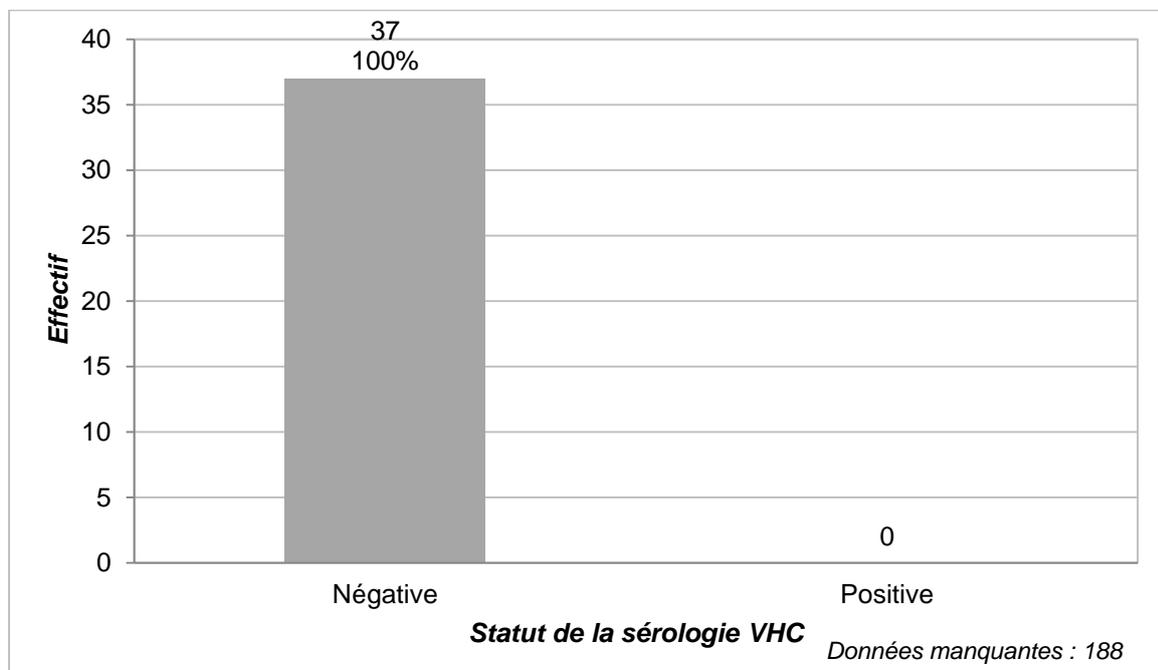


Figure 22 : Statut sérologique VHC

### 3. Statut VIH

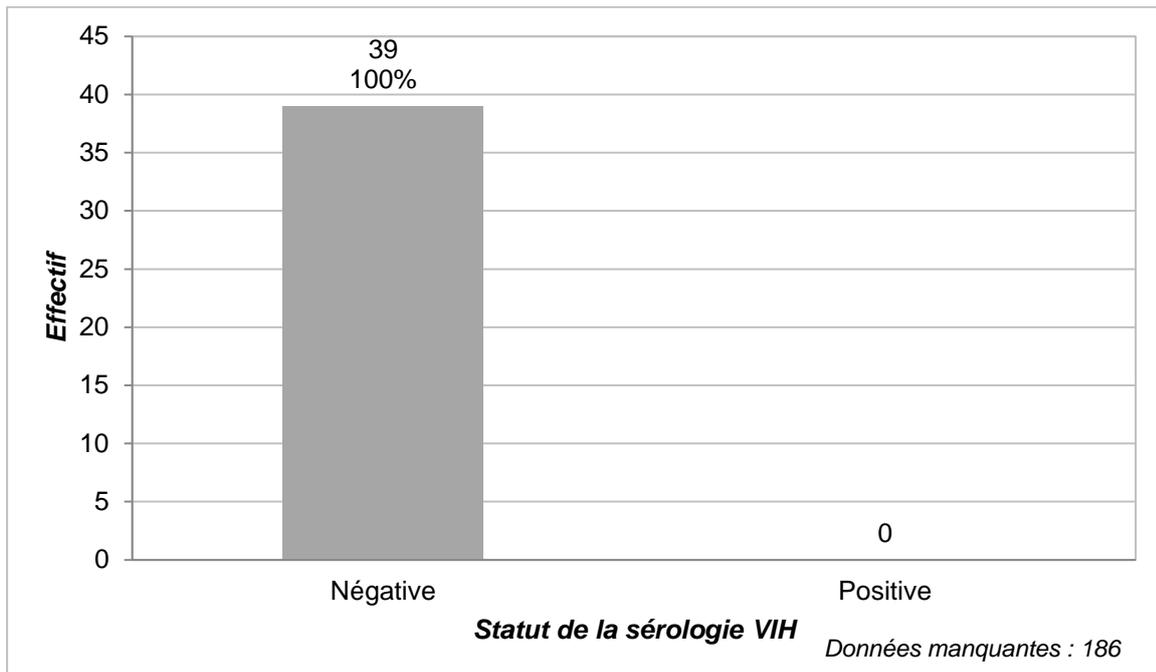


Figure 23 : Statut sérologique VIH

### 4. Statut Toxoplasmose

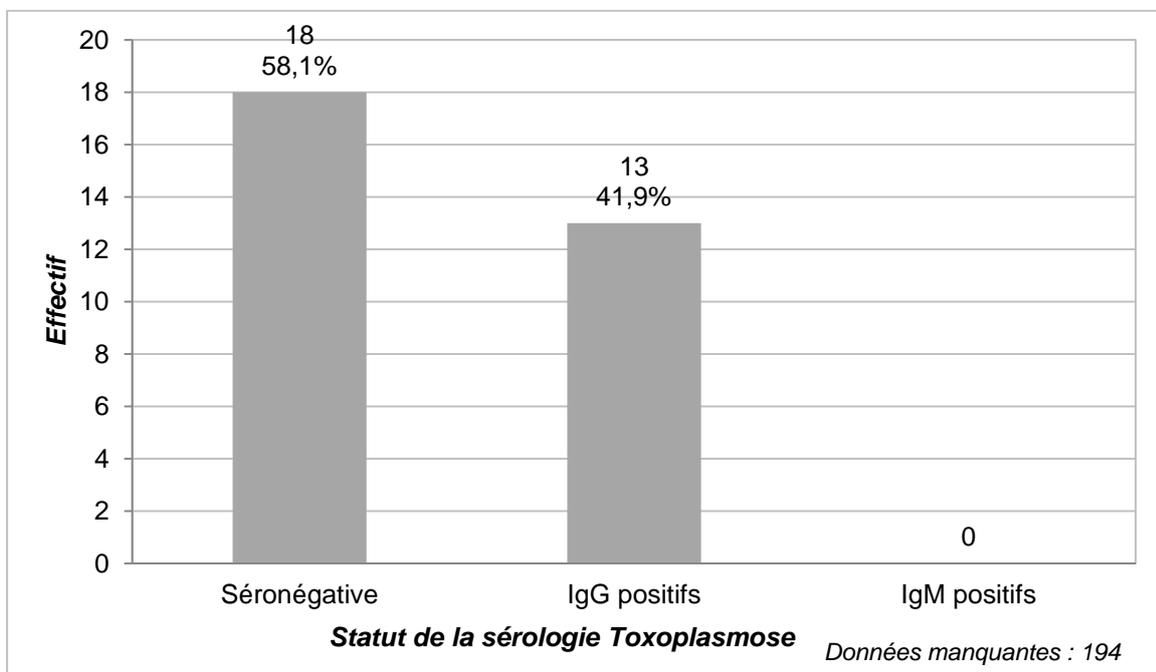


Figure 24 : Statut sérologique de la Toxoplasmose

## 5. Statut Syphilis

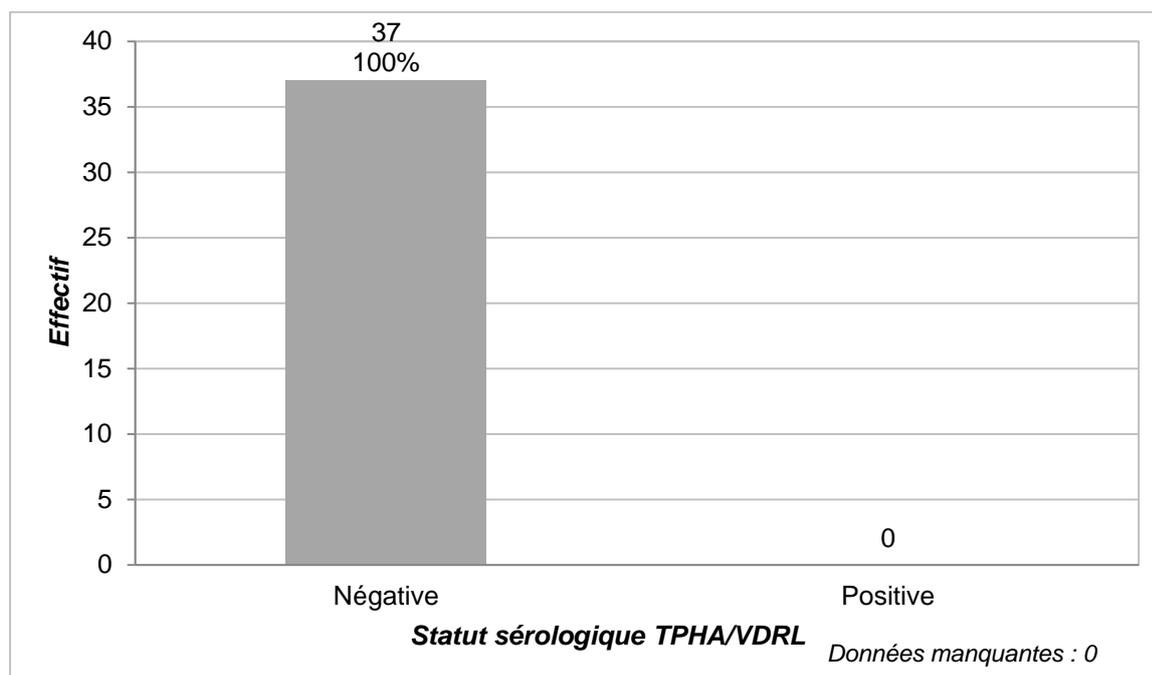


Figure 25 : Statut sérologique de la Syphilis

## DISCUSSION

### I. DISCUSSION DE LA METHODE

#### A. Biais

##### 1. *Biais de sélection*

Au vu des circonstances de recueil dans différentes antennes au plus proche des populations migrantes ainsi que l'utilisation de dossiers papier, il est possible que l'analyse ne soit pas exhaustive malgré le soin apporté pour essayer de centraliser et de récupérer l'intégralité des dossiers des patientes.

##### 2. *Biais d'information*

Le contrôle de l'identité n'est pas réalisé de manière systématique auprès des antennes de GSF et les informations sont donc purement déclaratives.

Les informations concernant l'âge ou l'origine géographique sont aussi, dans certains cas, des informations purement déclaratives et non vérifiables, entraînant un biais d'information.

##### 3. *Biais de mesure*

Les conditions d'accueil hors structure et le temps de consultation dédié au vu de la complexité de prise en charge des patientes migrantes (barrière linguistique, représentations culturelles, précarité, intimité, compréhension) peuvent résulter en une source de diagnostics erronés ou d'erreurs médicales de la part des soignants bénévoles, difficilement mesurable.

On peut enfin relever un probable biais de recueil de données lié au fait d'une exploitation de dossiers papier uniquement.

## **B. Limites de l'étude**

### *1. Type d'étude*

Il s'agit d'une étude multicentrique transversale réalisée dans le Nord Pas-de-Calais. Elle concerne alors uniquement les patientes migrantes présentes aux alentours des antennes de GSF et principalement en situation de transit avec pour objectif le Royaume-Uni.

Les données ne sont par conséquent pas généralisables aux migrantes présentes sur le territoire français car elles ne sont pas représentatives.

### *2. Origine géographique*

Concernant les origines géographiques, un regroupement par zone a été réalisé pour faciliter l'interprétation des résultats. Compte tenu de l'absence d'un référentiel sur le regroupement des pays en zones mondiales admis par tous, le regroupement choisi aurait pu être réalisé différemment.

Concernant le relevé des nationalités, certaines patientes se définissent de nationalité kurde, nous avons alors créé cette catégorie mais cela induit une sous-estimation des nationalités iraqiennes, iraniennes, syriennes et turques.

### *3. Variabilité temporelle*

Par définition, la population migrante est en mouvement, par conséquent l'origine et le nombre de migrantes fluctuent au cours du temps.

Ces données dépendent de plusieurs facteurs comme les flux migratoires, les routes empruntées ou encore les décisions politiques des différents pays sur leur parcours. Elles peuvent alors complètement varier selon une unité de temps ou de lieu différente.

#### 4. Sources bibliographiques

Les références scientifiques relatives à la santé des migrants en France sont peu nombreuses, d'autant plus concernant la santé des femmes.

Cela est d'autant plus marqué depuis le démantèlement de divers camps dont la « Jungle », ayant pour conséquence une diminution de la médiatisation et de l'intérêt public. Les références de cette étude sont en partie associatives et journalistiques limitant les possibilités d'interprétation.

### C. Forces de l'étude

#### 1. Etude centrée sur les femmes

Il s'agit d'une étude sur la santé des femmes en parcours de migration dans la région du Nord-Pas-de-Calais. Cette étude réalisée de manière extrahospitalière avec GSF au plus proche des patientes migrantes est la seule connue pour cette population particulière.

Cela a d'autant plus d'impact que la surveillance sanitaire par Santé Publique France concernant la santé des migrants n'est plus effective sur cette période.

#### 2. Etude multicentrique

Cette étude multicentrique réalisée au travers des 10 lieux d'intervention de GSF permet d'avoir une vision plus globale au niveau de la région, zone de flux migratoire et de dégager des spécificités par localité.

Les populations sont par ailleurs plus dispersées depuis le démantèlement de la « Jungle ».

### 3. Complémentarité avec des études antérieures

Une première étude menée en 2014 par le Dr Anthony Hendrycks décrit les pathologies observées chez les patients migrants au sein du Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital de Calais. (29)

En 2015 le Dr Alexandre Poisvert a réalisé une étude descriptive des pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais (26) complétée par des données de 2018 par le Dr Justine Wyts (27).

Des travaux réalisés par le European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) en 2016 décrivent les difficultés d'accès aux soins généraux pour les femmes migrantes en UE (30). Une étude de 2019 du Dr Konstantina Davaki met en évidence les conditions d'accès aux soins obstétricaux pour les personnes vulnérables au sein de l'UE dont font partie les migrantes (31).

Ce travail permet d'étudier de manière complémentaire et plus spécifique la population féminine migrante au sein d'une zone majeure de flux migratoires en Europe.

## II. DISCUSSION DES RESULTATS

### A. Profil d'une patiente consultant auprès de GSF

#### 1. Age

Dans notre étude, l'âge moyen est de 26,4 ans +/- 8 ans et l'âge médian est de 25 ans (19 ; 32).

Cet âge est sensiblement identique à ceux retrouvés en 2018 et 2015 sur les consultations de la PASS de Calais (26) (27) mais différent de celui des centres de soins de Médecins du Monde en 2018 avec un âge moyen à 32,3 ans (32).

Notre population est aussi plus jeune en comparaison de celles des services d'urgences gynécologiques et obstétricales en population générale en France, pour lesquelles on observe une population en moyenne plus âgée avec un âge médian à 29 ans en 2011 au CHU de Grenoble (33) et un âge moyen de 30 ans en 2016 au CHU de Reims (34).

Les patientes mineures représentent 20,8% de notre effectif. Ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés sur d'autres territoires français pour la population migrante générale : 11% en 2019 dans les centres du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) (35) et 14,8% par Médecins du Monde dans ses centres de soins (CASO) en 2018 (32). Il est cependant relativement similaire à ceux de l'UNHCR au niveau de la Méditerranée en 2018 (22-28%)(5) et à celui de la PASS de Calais en 2018 (24%) (27).

#### 2. Origine géographique

Sur la période étudiée, on dénombre dans notre travail 15 nationalités différentes.

Le Moyen (Irak, Iran) et Proche Orient puis l'Afrique de l'Est (Erythrée) sont les origines les plus représentées.

Ces données restent proches de celles relevées à la PASS de Calais (26) (27) avec les 3 mêmes origines principales.

En 2018, sur le pourtour méditerranéen, l'UNHCR observe une majorité de patients originaires du Maroc, Mali et Guinée (5), nationalités non représentées dans notre effectif. On remarque une même différence pour le COMEDE avec une prédominance des patients originaires du Maghreb et de l'Afrique de l'Ouest en 2019 (35).

Cette différence au niveau de la région peut s'expliquer par la présence importante en Angleterre de communautés iraqiennes, iraniennes et érythréennes ainsi que leur prédominance anglophone (6).

### *3. Age en fonction de l'origine géographique*

L'âge principal est compris entre 18 et 34 ans dans la plupart des zones géographiques dans notre étude comme dans la plupart des autres travaux.

L'Afrique de l'Est fait exception, avec une majorité de patientes mineures (52,1%). Dans son enquête de 2016 sur les mineurs non accompagnés dans le Nord de la France, l'UNICEF retrouve aussi une forte proportion de mineures de nationalité Erythréenne (36) ayant pour destination l'Angleterre.

### *4. Lieu de consultation en fonction de l'origine géographique*

On observe une nette différence entre les 2 lieux principaux : une majorité de migrantes d'Afrique de l'Est sont à Calais alors qu'une majorité originaire du Moyen et Proche Orient sont à Grande-Synthe.

## B. Motifs de recours auprès de GSF

### 1. Motifs importants

#### a) Problématique sociale

Les demandes liées à un hébergement temporaire, à la protection des mineures isolées et à l'aide pour la demande d'asile sont les motifs majoritaires de notre étude. Ces chiffres font écho à d'autres travaux mettant en évidence les conditions d'insécurité pour les femmes migrantes en situation de vulnérabilité (37), la part importante de mineures non accompagnées sur le territoire (36) ainsi que la difficulté et la peur de réaliser des démarches administratives (38).

Une étude menée par une ONG « France Terre d'Asile » en 2018 évoque les différents types de traumatismes, violences et isolement que subissent plus particulièrement les femmes migrantes en cumulant les critères de vulnérabilité. Les facteurs de risque sont le manque d'hébergement (motif principal dans notre étude) pouvant menacer leur sécurité, l'isolement, le manque de ressources économiques et le manque de prise en compte des besoins spécifiques des femmes (39).

Être une mineure isolée constitue de plus un facteur de vulnérabilité cumulé aux précédents par manque de représentant légal pour les démarches administratives ainsi que par la méconnaissance de leurs droits (40). Amnesty International alerte en 2020 sur la situation de ces mineurs à la frontière franco-britannique, exposés aux violences, privations de libertés et expulsions et évoque des manquements et dysfonctionnements de l'Etat français face à ses obligations pour la protection de ces derniers (41), énoncées dans l'Article 20 de la Convention internationale des droits de l'enfant (42) :

*« Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'État. »*

### b) Motifs liés à la grossesse

Pour les motifs liés à la grossesse, ils concernent 25,8% des consultations totales.

Concernant le suivi, il s'agit exclusivement dans nos données de découvertes de grossesses ou de grossesses non suivies, cela corrobore les données du CASO retrouvant 42,3% des femmes enceintes avec un retard du suivi de grossesse (32). Le COMEDE observe un taux de 45% de femmes migrantes entre 2012 et 2017 n'ayant pas réalisé l'échographie du premier trimestre (35).

Ce défaut d'accès aux soins renforce par ailleurs le risque de mort maternelle et foetale (31). Ce risque est même 2 fois plus important qu'en population générale selon une étude de 2008 (43), mettant déjà en évidence le manque d'accès aux soins obstétricaux pour cette population. Pour ces patientes pas ou peu suivies les complications sont plus élevées qu'en population générale avec une augmentation des taux de fausses-couches, hémorragies de la délivrance, pré-éclampsie, détresse foetale et interruption médicale de grossesse (31)(44). A noter qu'en 2008 en France, seulement 9,1% des femmes enceintes migrantes ont reçu des soins et une surveillance optimale. (43)

Ces données mettent en évidence un défaut de surveillance prénatale parmi ces femmes migrantes en situation de précarité avec pour conséquence des risques plus élevés d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou de mise au monde d'enfants de petit poids. Cela renforce par ailleurs le rôle de GSF dans sa démarche.

### c) Motifs liés à la contraception

La contraception est le motif de 13,8% des consultations de notre travail et concerne principalement des patientes sans contraception préalable.

En 2018, 89 % des femmes en âge de procréer ne disposent d'aucune contraception lors de leur première venue au CASO de MdM, alors que ce motif ne représente que 0,2% de leurs consultations (32). En 2016, selon Santé Publique France, 71,8% des femmes en âge de procréer en population générale française utilisent une méthode médicalisée de contraception (45).

Dans un travail de synthèse sur la contraception des migrantes de 2019, le Dr Tatiana Droissart évoque plusieurs hypothèses dont la difficulté de suivi, un faible taux de prescription, une connaissance et une utilisation très faibles dans les pays en conflit ainsi qu'un faible recours par manque d'accessibilité, coût et stigmatisation possible (46). Ces chiffres expliquent en partie la prévalence des grossesses non désirées et/ou non prévues chez ces femmes en grande situation de précarité.

#### d) Motifs infectiologiques

Les motifs infectiologiques représentent 8,0% de l'effectif total.

Ils représentent 21,65% des patients de la PASS de Calais en 2018 mais 6,79% des consultations féminines (27), 27% pour le COMEDE entre 2008 et 2017 (35) et 20,4% dans les CASO de MdM (32). Concernant les IST, seulement 2,56% des consultations leur étaient dédiées à la PASS de Calais en 2018 (27).

Le degré de connaissance des statuts sérologiques VIH/VHB/VHC est estimé à moins de 30% dans divers travaux (32) (47) alors que leur prévalence est plus importante qu'en population générale (48) (49), principalement chez les patientes d'origine subsaharienne.

Les femmes se voient tout de même proposer plus facilement le dépistage VIH au cours de leur grossesse mais les actions de prévention et de dépistages restent très marginales.

Dans cet objectif, le Dr Pauti de MdM France propose d'être plus proactif et de proposer de manière plus systématique des dépistages et d'informer sur les pathologies afin de ne pas retarder leur diagnostic et leur prise en charge (47).

#### e) Motifs liés aux violences sexuelles

Les violences sexuelles représentent 5,8% de notre population totale.

Au sein du COMEDE, parmi les personnes ayant subi des violences en 2017, 15% ont subi des violences sexuelles (35). Ces chiffres sont très fortement sous-estimés.

En effet, dans son observatoire de 2014, MdM évoque en Europe parmi les différentes formes de violences rapportées par les migrants (avant pendant et après leur départ) des agressions sexuelles pour 37,6% des femmes et des viols à hauteur de 24,1% des femmes. Parmi ces répondants, 9,8% confient avoir subi des violences après leur arrivée dans le pays d'accueil : 21,1% sont des viols et 17,7% des agressions sexuelles (50).

La sociologue Jane Freedman décrit dans un travail de 2016 différentes formes de violences sexuelles et de violences basées sur le genre au sein du camp de Calais (51) dont des situations d'exploitation sexuelle, des demandes diverses en échange de faveurs sexuelles et des réseaux de prostitution organisés sur le camp. Dans un rapport de 2014 du ministère des Droits des Femmes, il est observé que les femmes migrantes ont 6 fois plus de risques de subir un viol et 2 fois plus de risques de subir des comportements déplacés que les femmes françaises (52). Les patientes les plus exposées seraient celles originaires d'Afrique subsaharienne (53)(50). Nous retrouvons des données identiques dans notre étude.

Un hébergement précaire, non sécurisé ou inadapté aux besoins des femmes, le manque complet d'hébergement, ainsi que l'instabilité et l'insécurité administrative sont signalés comme facteurs les rendant plus vulnérables à souffrir de multiples violences.(39) Dans ce contexte, l'ONU a ratifié en 2016 la Déclaration de New York sur les migrants et les réfugiés (54) qui exhorte les États à faire en sorte que « *les solutions apportées aux grands mouvements de migrants et réfugiés intègrent une perspective de genre, promeuvent l'égalité des sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et les filles, et respectent et protègent entièrement les droits humains des femmes et des filles* ».

f) Motifs liés à une IVG

Les demandes d'interruption volontaire de grossesse concernent 5,3% de notre effectif. Entre 2012 et 2017 8% des femmes enceintes prises en charge par le COMEDE demandent une IVG et 14% de ces femmes étaient enceintes dans les suites d'un viol (35). Le taux d'IVG en population générale française métropolitaine est en 2018 de 15,0 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (55).

Dans une présentation de 2016 sur la thématique de l'IVG et des migrantes, l'Association Nationale des Centres d'Interruption volontaire de grossesse et de Contraception (ANCIC) expose les difficultés cumulées par ces patientes dans leur accès à l'IVG : l'accès à l'information (éducation, compréhension) et aux soins (démarches administratives, distance des différents examens), les obstacles socio-culturels (interdits culturels, honte), la question de la liberté et de l'indépendance de la femme (pression familiale), la barrière de la langue (souvent avec présence d'un interprète) (56).

Ces données expliquent aussi un grand retard dans les prises en charge de ces patientes vulnérables avec des délais légaux qui sont souvent dépassés.

#### g) Motifs psychiatriques

La part des motifs psychiatriques de notre étude est de 2,7%. Ce chiffre est très probablement sous-évalué car le COMEDE recense 35% de troubles psychiques parmi ses consultations entre 2008 et 2017 en France (35) et 9% dans les CASO de MdM en 2018 (32). Le taux est de 5,18% à la PASS de Calais en 2018 (27).

Dans un travail de 2017 sur les migrants consultant au COMEDE entre 2007 et 2016, le Dr Arnaud Veïsse met en évidence une prévalence nettement plus importante de troubles psychiques graves chez les femmes à 23,5% contre 13,5% chez les hommes. 62% de ces personnes ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (29% chez les femmes contre 4% chez les hommes) (57).

Il faut donc prendre en considération le risque très élevé de ces troubles psychiques chez ces patientes avec comme principale cause l'exposition à tous types de violences (d'autant plus les violences liées au genre) ainsi que tous les critères de vulnérabilité précédemment cités.

#### 2. *Motifs de recours par classe d'âge*

On remarque une forte proportion des patientes mineures pour des motifs liés à une demande d'IVG (41,7%) et liés à des violences sexuelles (30,8%). La problématique sociale est prédominante pour les mineures (44,2%).

Dans son rapport de 2016, l'UNICEF observe aussi une part importante de violences sexuelles et d'abus sur les mineures non accompagnées ainsi qu'une difficulté à l'accès aux formalités juridiques et de protection (36).

Ces données synthétisent toutes celles précédemment citées en exposant les multiples critères de vulnérabilité et de précarité que présentent et cumulent ces patientes : mineures, femmes, migrantes et isolées.

### **C. Caractéristiques gynéco-obstétricales**

#### *1. Grossesse*

Nous observons dans notre étude un ratio de femmes enceintes/non enceintes de 52,8%/46,2%. Une étude réalisée en 2018 au sein des urgences gynéco-obstétricales de l'Hôpital Jeanne de Flandre à Lille observe un ratio de 64,2% de patientes enceintes et de 33,9% non enceintes (58).

Ces données diffèrent légèrement mais peuvent s'expliquer par des motifs non médicaux du côté de GSF d'une part et par le fait que cet hôpital soit un centre de référence d'autre part. A noter que pour MdM, 12,4 % des femmes âgées de 11 à 49 ans étaient enceintes lors de leur consultation de soins généraux au CASO (32).

#### *2. Antécédents obstétricaux*

La moyenne de la gestité est de 1,76 +/- 1,45 et celle de la parité est de 1,40 +/- 1,52 dans ce travail. Ces taux sont légèrement inférieurs à la moyenne française avec 1,88 enfant par femme en 2018 (59).

Dans l'étude, le taux de grossesses non désirées est de 20,8%, chiffre largement sous-estimé au vu des informations manquantes et difficilement extrapolable en population générale. Néanmoins, on peut éventuellement le rapprocher au taux d'IVG estimé en 2019 à 15,6 pour 1000 femmes en France (60).

Le taux de patientes avec un antécédent de césarienne est de 18,6% dans notre étude, difficilement comparable avec d'autres données mais peut être mis en lien avec un taux de césarienne en France à 19,9% en 2018 selon les chiffres de la DREES (61).

### 3. *Mutilations sexuelles*

Lorsqu'un examen gynécologique a été effectué, il a été observé une prévalence de mutilations sexuelles de 13%. Il est difficile de comparer ce chiffre avec d'autres travaux car notre population est composée de nationalités, ethnies et croyances religieuses diverses et variées. Pour apporter quelques éléments de comparaison, une étude réalisée par l'UNICEF en Irak en 2018 observe un taux à 7,4% en population générale mais à 37,5% dans la région du Kurdistan (62) (63).

L'OMS décrit pour le continent africain une prévalence de mutilations sexuelles de 88,7% en Erythrée en 2002 et de 74,3% en 2005 en Ethiopie (64).

### 4. *Statuts sérologiques*

Dans l'ensemble, les statuts sérologiques (lorsqu'ils ont été prélevés) VIH, VHC et syphilis sont négatifs dans notre étude.

Concernant le VIH, ces données contrastent avec une étude de 2012 de l'InVS objectivant un taux de découverte de séropositivité chez les migrants 10 fois supérieur au taux national (49).

A noter qu'en 2017, les découvertes de séropositivité concernent 48% de personnes nées à l'étranger dont 65% en Afrique sub-saharienne (65). En 2018 une étude menée dans les centres de dépistage français (CeGIDD) observait un taux de sérologies positives HIV global de 0,37% (66).

L'immunité contre le VHB avec des anticorps anti-HBs positifs est de 24,4%, chiffre inférieur à celui de 31,9% de patients vaccinés retrouvé par Médecins du Monde dans ses CASO en 2018 (32).

Pour le VHC, la séoprévalence des Ac anti-VHC est estimée à 0,75% en population générale métropolitaine contre 1,83% chez les personnes migrantes en 2011 (67). Ce taux est de 0,94% au sein des CeGIDD en 2018 (66).

A propos de la syphilis, les CASO Médecins du Monde décrivent une séropositivité à 2,4% entre 2008 et 2015 (47) et elle est à 1,04% dans les CeGIDD en 2018 (66). Une étude italienne retrouve un taux à 0,7% avec des patientes migrantes principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (48).

Le taux de patientes immunisées vis-à-vis de la Toxoplasmose est de 41,9% et il n'a pas été observé de séroconversion. Ce taux est relativement proche de la population générale avec 36,7% en France en 2010 (68).

## CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques et aux motifs de consultation des migrantes au sein des antennes de Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de sa mission « CAMINOR » durant l'année 2018.

Les patientes de cette étude sont d'âge jeune (moyenne de 26,4 ans) et avec une part importante de migrantes mineures (20,8%). Elles sont principalement originaires du Moyen et Proche Orient ainsi que de l'Afrique de l'Est et l'essentiel de l'effectif se concentre sur Calais et Grande-Synthe.

Cette étude a permis de mettre en évidence que les principaux motifs de recours auprès de GSF par les migrantes sont premièrement une problématique sociale (28,9%), un suivi de grossesse (25,8%) puis une demande de contraception (13,8%). Les violences sexuelles représentent 5,8% des consultations et concernent à 30,8% des patientes mineures.

Le point central de ce travail a montré à quel point ces patientes se trouvent dans des situations précaires en cumulant un grand nombre de facteurs de risque de vulnérabilités ainsi qu'une exposition très forte à tous types de violences (accentuées par des hébergements inexistantes ou inadaptés aux femmes). Le démantèlement des camps comme la « Jungle » de Calais accentue de plus leur isolement et leur difficulté d'accès par les professionnels de santé.

Il est évident qu'un faible accès aux soins est un important facteur de risque entraînant une dégradation de la santé. Selon l'OMS, toutes les femmes enceintes doivent pouvoir avoir accès à l'interruption de grossesse, aux soins prénataux et postnataux et à un accouchement sans danger. C'est l'une des missions que s'est donné Gynécologie Sans Frontières.

Il serait souhaitable de promouvoir plus d'actions auprès de ces populations afin d'améliorer leur accès à l'information en termes de droits et de santé, d'améliorer leur accès aux structures de soins voisines, de repérer et protéger plus rapidement les plus fragiles d'entre elles ainsi que de mener des missions de prévention et de dépistage plus nombreuses tout en leur proposant des conditions d'accueil et d'hébergement plus décentes et adaptées.

De ce fait, il serait judicieux que les pouvoirs publics prennent davantage part à ces missions afin de pouvoir y apporter une approche plus centralisée et collective.

A l'avenir, il pourrait être intéressant de compléter cette étude par une analyse comparative avec des données épidémiologiques des services d'urgences gynéco-obstétricales de la région. De plus, une approche centrée sur les violences physiques et psychiques subies par la population migrante serait pertinente, tant ce chiffre est sous-évalué dans notre étude et d'autres et semble pour autant préoccupant.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. International Organization for Migration, Glossary on migration, IML Series No. 34, 2019.
2. HCDH | Convention de Genève relative au statut des réfugiés [Internet]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/statusofrefugees.aspx>
3. Ministère de l'Intérieur. Guide du demandeur d'asile en France [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>. 2020. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>
4. UNHCR - Global Trends - Forced Displacement in 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>
5. UNHCR Mediterranean Situation 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
6. Refugee Right Europe - Filling data gaps relating to refugees in the Calais camp - 2016 [Internet]. Disponible sur: [https://refugee-rights.eu/wp-content/uploads/2018/08/RRE\\_TheLongWait.pdf](https://refugee-rights.eu/wp-content/uploads/2018/08/RRE_TheLongWait.pdf)
7. Hendriks E, Vrebos H, de Zwart J. The Influence of Flux on Auto-construction in the Jungle of Calais. 17 juill 2018;95-110.
8. « Jungle » de Calais : le démantèlement débutera lundi à l'aube. Le Monde.fr [Internet]. 21 oct 2016; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2016/10/21/jungle-de-calais-le-gouvernement-detaille-l-operation-de-demantelement-qui-debutera-lundi\\_5018279\\_1653578.html](https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2016/10/21/jungle-de-calais-le-gouvernement-detaille-l-operation-de-demantelement-qui-debutera-lundi_5018279_1653578.html)
9. Exilés et droits fondamentaux, trois ans après le rapport Calais [Internet]. Défenseur des Droits. 2018. Disponible sur:

<https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/12/exiles-et-droits-fondamentaux-trois-ans-apres-le-rapport-calais>

10. Matis R. Gynécologie Sans Frontières. Constats - Historique - Objectifs [Internet]. GSF Gynécologie Sans Frontières. Disponible sur: <https://gynsf.org/gsf/constats-historique-objectifs/>

11. Matis R. Charte de Gynécologie Sans Frontières [Internet]. GSF Gynécologie Sans Frontières. Disponible sur: <https://gynsf.org/charte-de-gynecologie-sans-frontieres/>

12. Incendie à Grande-Synthe : un camp détruit, des migrants démunis [Internet]. leparisien.fr. 2017. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/faits-divers/incendie-a-grande-synthe-un-camp-detruit-des-migrants-demunis-12-04-2017-6847020.php>

13. Guiho R. La mission Camifrance | Camifrance [Internet]. Disponible sur: <https://camifrance.fr/la-mission-camifrance/>

14. Bulletin Officiel n°99/1 - Circulaire DH/AF 1/DGS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>

15. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37144>

16. Mission Migrants Littoral - Médecins du Monde [Internet]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/program/calais-dunkerque-migrants>

17. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé en vue d'améliorer

la santé des réfugiés et des migrants. ISBN 978 92 890 5380 8. [Internet]. 2018. 48 p. Disponible sur: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/388363/tc-health-promotion-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/388363/tc-health-promotion-eng.pdf)

18. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

19. ONU. Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) [Internet]. WHO. World Health Organization; 2000. Disponible sur: [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/fr/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/fr/)

20. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. World Health Organization; 2015 p. 108. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/)

21. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 30 janv 2016;387(10017):462-74.

22. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health (2018) [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>

23. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en Médecine Générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. 26 juin 2008;7.

24. WONCA Europe 2015 Istanbul: Refugees Should Have Access to Equitable, Affordable and High-Quality Health Care Services in all Europe | WONCA Europe [Internet]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/kb/wonca-europe-2015-istanbul-refugees-should-have-access-to-equitable-affordable-and-high-quality-heal>
25. Fox H, Tang EYH. GP attitudes to migrant health care across Europe. *Br J Gen Pract.* 1 juin 2016;66(647):313-313.
26. Poisvert A. Etude épidémiologique descriptive des pathologies observées chez les patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais sur le site Jules Ferry de novembre 2015 à avril 2016 [Internet]. Université Lille 2; 2017. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7899>
27. Wyts J. Etude épidémiologique descriptive de l'état de santé des patients migrants consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Calais de novembre 2018 à avril 2019. Université Lille 2; 2021.
28. OMS | Classification des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/fr/>
29. Hendrycks A. Accueil de la population migrante dans le service des urgences du centre hospitalier de calais: enquête épidémiologique, rétrospective sur la population migrante avec revue des pathologies menée sur l'année 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7019>
30. Mahmood T, Mercer C. Migrant women's health issues: addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status. *European Board and College of Obstetrics and Gynaecology.* 2016;4.
31. Davaki DK, Fellow V. Access to maternal health and midwifery for vulnerable

groups in the EU. 2019;64.

32. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2018 [Internet]. Disponible sur:

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-2018>

33. Marco M. Caractéristiques des venues non programmées aux urgences gynécologiques et obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : étude rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année 2011. 31 mai 2012;45.

34. Calvo J, Louges MA, Sanchez S, Lipere A, Duminil L, Graesslin O. Urgences gynécologiques : étude prospective sur les motifs de consultation et devenir des patientes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 nov 2016;45(9):1060-6.

35. COMEDE. Rapport d'activité et d'observation 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.comede.org/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-Comede-2019.pdf>

36. UNICEF France. Ni sains, ni saufs : enquête sur les mineurs non accompagnés dans le Nord de la France [Internet]. UNICEF France. 2016. Disponible sur: [https://www.unicef.fr/sites/default/files/atoms/files/ni-sains-ni-saufs\\_mna\\_france\\_2016\\_0.pdf](https://www.unicef.fr/sites/default/files/atoms/files/ni-sains-ni-saufs_mna_france_2016_0.pdf)

37. Pour les femmes migrantes, le risque de subir des violences sexuelles augmente en France. Le Monde.fr [Internet]. 13 mai 2020; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/05/13/pour-les-femmes-migrantes-le-risque-de-subir-des-violences-sexuelles-augmente-en-france\\_6039519\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/05/13/pour-les-femmes-migrantes-le-risque-de-subir-des-violences-sexuelles-augmente-en-france_6039519_3224.html)

38. La CIMADE. Rapport d'activité 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/publication/rapport-dactivite-2018/>

39. France Terre d'Asile. Les violences à l'égard des femmes demandeuses

d'asile et réfugiées en France [Internet]. Les Cahiers du social. 2018. Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/images/pdf/synthese-etude-vida-francais.pdf>

40. France Terre d'Asile. L'accueil et la prise en charge des mineurs isolés étrangers en France [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/La\\_prise\\_en\\_charge\\_et\\_l\\_accueil\\_des\\_MIE\\_pages.pdf](https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/La_prise_en_charge_et_l_accueil_des_MIE_pages.pdf)

41. Amnesty International. Des enfants en danger aux frontières de la France [Internet]. Amnesty France. Disponible sur: <https://www.amnesty.fr/refugies-et-migrants/actualites/mineurs-isoles-etrangeurs-des-enfants-en-danger-aux-frontieres-de-la-france>

42. Haut Commissariat des Nations Unies. HCDH | Convention relative aux droits de l'enfant [Internet]. sept 2, 1990. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>

43. Philibert M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. oct 2008;115(11):1411.

44. Geltman PL, Meyers AF. Immigration legal status and use of public programs and prenatal care. J Immigr Health. avr 1999;1(2):91-7.

45. SPF. Baromètre de Santé publique France 2016. Contraception. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-delais-de-prise-toujours-sous-estimes>

46. Droissart T. Vulnérabilité sexuelle et contraception chez les femmes migrantes. 2019;26.

47. Pauti M-D. VIH, hépatites B et C, IST, Tuberculose : favoriser le dépistage chez les personnes étrangères en situation de précarité [Internet]. SPILF; 2017. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journee-gvp-20170504/depistage-migrants-mdpauti.pdf>
48. Cuomo G, Franconi I, Riva N, Bianchi A, Digaetano M, Santoro A, et al. Migration and health: A retrospective study about the prevalence of HBV, HIV, HCV, tuberculosis and syphilis infections amongst newly arrived migrants screened at the Infectious Diseases Unit of Modena, Italy. *Journal of Infection and Public Health*. 1 mars 2019;12(2):200-4.
49. Lot F, Antoine D, Pioche C. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *BEH*. 17 janv 2012;25-30.
50. Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Macherey A-L, et al. Access to healthcare for people facing multiple health vulnerabilities [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316096>
51. Freedman J. Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee « crisis ». *Reproductive Health Matters*. 1 janv 2016;24(47):18-26.
52. Noblecourt O. L'égalité pour les femmes migrantes. p. 43.
53. Petruzzi M. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. *Bull Epidémiol Hebd*. 26 déc 2018;7.
54. Nations Unies. Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our\\_work/ODG/GCM/NY\\_Declaration\\_FR.pdf](https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/ODG/GCM/NY_Declaration_FR.pdf)

55. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
56. Esterle L, Lhomme E. L'accès des droits à l'IVG et à la contraception pour les migrantes [Internet]. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception; 2016. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article626>
57. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidemiol Hebd. 2017;10.
58. Vandorpe-Manier L. Les parcours de soins des patientes aux urgences gynécologique-obstétrique de Jeanne de Flandre au CHRU de Lille [Internet]. Université de Lille; 2018. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-9501>
59. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>
60. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
61. DREES 2020 - La naissance caractéristiques des accouchements .pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2025%20-%20La%20naissance%20%20caract%C3%A9ristiques%20des%20accouchements%20.pdf>

62. UNICEF. IRAQ - Monitoring the situation of children and women Multiple Indicator Cluster Survey 2018 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://mics.unicef.org/files?job=W1siZilsljIwMTkvMDMvMDEvMTkvMjMvMTgvNTg5L0VuZ2xpc2gucGRmll1d&sha=aea1de7cc6f6ec09>
63. Shabila N. Geographical variation in the prevalence of female genital mutilation in the Kurdistan region of Iraq. *East Mediterr Health J.* 13 oct 2019;25(9):630-6.
64. OMS | Prévalence des mutilations sexuelles féminines [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/fr/>
65. Santé Publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de sida - Point épidémiologique du 23 mars 2017 [Internet]. 2017 mars. Disponible sur: [http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Corevih/corevih\\_spf\\_surveillance-vihsida\\_2003\\_2015.pdf](http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Corevih/corevih_spf_surveillance-vihsida_2003_2015.pdf)
66. Ngangro NN. Dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2018 : données individuelles de la surveillance SurCeGIDD. 16 sept 2020;13.
67. Pioche C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. :6.
68. Tourdjman M, Strat YL. Toxoplasmose chez les femmes enceintes en France : évolution de la séroprévalence et des facteurs associés entre 1995 et 2010, à partir des Enquêtes nationales périnatales. 19 févr 2015;9.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Modèle de dossier GSF « Obstétrique »



### FICHE CONSULTATION OBSTETRIQUE

CAMP :  
SHELTER :  
TERME PREVU :  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
originaire du : \_\_\_\_\_

Arrivée sur le camp le : \_\_\_\_\_  
Parcours migratoire : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_  
Langues parlées : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

**Dossier partagé ouvert le : \_\_\_\_\_ remis à la patiente le : \_\_\_\_\_**

	Prévue le	Fait le
échographie		
T1		
T2		
T3		
consultations GSF		
prophylaxie rhesus au 6 ieme mois		
consultation CH 9 ieme mois		
consultation anesthésiste		
Bilan sanguin		
carte de groupe		
sulvi psy		
autres référencement		
demande AME		
proposition d'hebergement		
visite post partum GSF		
relai PMI cs infantile		

### SEROLOGIES :

Groupe sanguin 1 er deter :	2 ieme deter :
Toxoplasmose :	Rubéole :
VIH :	HepB :
HepC :	Syphilis :
Varicelle :	Autres :
DDR	DDG
	TP

**ANTECEDENTS :**

Obstétricaux :            G            P            FCP            IVG

Mode d'accouchement :

Présence de Mutilation sexuelles : OUI / NON

Si oui, quel type ? :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Traitement Habituel :

Allergie

CONSULTATION N° 1 :

DATE :

**Motif de Consultation :**

**Examen Clinique :** TA

FC

T°

Poids :

HU :

BDC :

MAF :

CU :

Douleurs :

Signes urinaires :

BŪ :

Vomissements :

Leucorrhées :

Métrorragies :

TV :

Spéculum :

**Échographie :**

**CAT :**

## Annexe 2 : Modèle de dossier GSF « Gynécologie »

 <p>Gynécologie Sans Frontières</p>	DATE :	
	LIEU :	
	EXAMINEE PAR :	
	MISSION N°	
<b>CONSULTATION GYNECOLOGIE</b>		
<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>DDN :</b>
Langue parlée :	Se trouve sur le camp de :	shelter :
<b>PAYS D'ORIGINE :</b>	Date Départ du Pays :	
	Date Arrivée au Camp :	
<b>SITUATION :</b>		
Nombre d'enfants au total / Nombre d'enfants SUR LE CAMP : /		
<b>ANTECEDENTS :</b>		
Médicaux :	Chirurgicaux :	
Traitement Habituel :	Allergies :	
<b>Gynécologiques :</b>		
Présence de mutilations sexuelles : OUI / NON	Si oui, quel type ? :	
<b>Obstétricaux :</b> G P FCP	IVG	Rhésus
Mode d'accouchement :		



**AUTEUR: Nom : BAILLEUL**

**Prénom : Simon**

**Date de soutenance : 27 janvier 2022**

**Titre de la thèse : Etude épidémiologique descriptive des motifs de recours observés chez les patientes migrantes consultant dans les antennes de Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de sa mission « CAMINOR » en 2018.**

**Thèse - Médecine - Lille « 2022 »**

**Cadre de classement : DES Médecine Générale**

**Mots-clés : migrante, santé, précarité, GSF, gynécologie, obstétrique, accès aux soins.**

**Résumé :**

**Introduction :** Après les démantèlements successifs de camps dont celui de la « Jungle » de Calais, les migrants sont toujours présents mais moins nombreux et dispersés dans plusieurs petits campements le long du littoral nord français avec le souhait de rejoindre le Royaume-Uni. La situation des femmes dans ces camps de personnes exilées, l'extrême précarité des conditions de vie et vulnérabilités auxquelles elles font face, semble préoccupante. GSF agissant au plus près de ces patientes, en fait le constat. L'objectif de ce travail est de décrire les principaux motifs de recours des patientes migrantes consultant dans les antennes de GSF dans sa mission « CAMINOR » durant l'année 2018 ainsi que leurs caractéristiques épidémiologiques et gynéco-obstétricales.

**Matériel et Méthode :** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique. Ont été incluses toutes les patientes de sexe féminin et de nationalité étrangère consultant auprès des antennes de GSF. Pour faciliter l'interprétation des données, les motifs de recours observés sont ensuite regroupés par grandes catégories.

**Résultats :** Au total, 225 dossiers de consultations ont été analysés. Les patientes sont d'âge jeune (26,4 ans en moyenne) et les mineures représentent 20,8% de l'effectif. 15 nationalités sont représentées principalement par le Moyen et Proche Orient (48,4%) et l'Afrique de l'Est (33%). Les femmes originaires d'Afrique de l'Est sont à 52,1% mineures. Les principaux regroupements de motifs sont une problématique sociale (28,9%), un suivi de grossesse (25,8%), une demande de contraception (13,8%) et infectiologiques (8,0%). Les principaux motifs sont la demande d'hébergement temporaire (18,7%), les grossesses non suivies (13,4%), les découvertes de grossesse (11,1%) et la protection de mineures isolées (4,9%). Les violences sexuelles représentent 5,8% des consultations et concernent à 30,8% des patientes mineures. Les motifs observés sont en partie liés aux conditions d'accueil et au manque d'accès aux services de soins adaptés.

**Conclusion :** Ce travail a montré à quel point ces patientes se trouvent dans des situations précaires en cumulant un grand nombre de facteurs de risque de vulnérabilités ainsi que leur isolement et leur difficulté d'accès par les professionnels de santé. Il serait souhaitable de promouvoir plus d'actions auprès de ces populations afin d'améliorer leur accès à l'information en termes de droits et de santé, d'améliorer leur accès aux structures de soins voisines, de repérer et protéger plus rapidement les plus fragiles d'entre elles ainsi que de mener des missions de prévention et de dépistage plus nombreuses tout en leur proposant des conditions d'accueil et d'hébergement plus décentes et adaptées. Enfin, les violences physiques et psychiques subies par ces populations sont préoccupantes et il serait pertinent de les étudier davantage.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN**

**Assesseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Madame le Docteur Louise GHESQUIERE**

**Monsieur le Docteur Richard MATIS**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent PEZ**