



PLAIDOYER

# SANTÉ DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ



Fédération  
des acteurs de  
la solidarité

# Sommaire

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Introduction</b>               | 5 |
| <b>Contexte et constats</b>       | 7 |
| <b>Éléments de positionnement</b> | 8 |

## **Nos propositions**

|   |    |
|---|----|
| → Agir sur les politiques publiques pour réduire les inégalités sociales de santé qui concernent d'abord les femmes | 11 |
| → Adapter l'offre de soins et les dispositifs de prise en charge pour mieux répondre aux besoins                    | 13 |
| → Renforcer et adapter les démarches de prévention et de promotion de la santé                                      | 17 |
| → Décloisonner les secteurs de la santé, du social et du médico-social pour faciliter le parcours de soin           | 19 |
| → Agir pour améliorer les connaissances et les compétences des professionnel-le-s aux besoins en santé globale      | 20 |

## **Focus**

|  |    |
|--|----|
| → Mieux considérer la santé mentale  | 23 |
| → Soutenir et accompagner les femmes en situation de pré et post-maternité                                       | 24 |
| → Défendre les droits à la santé et aux soins des femmes étrangères  | 26 |
| → Proposer un accompagnement médico-psycho- social individualisé et adapté pour les femmes victimes de violences | 28 |

# Introduction

## De l'importance de prendre en considération le sexe et le genre en santé pour l'accompagnement des femmes en situation de précarité

Quand on parle de « sexe », on parle des caractéristiques physiques et biologiques. Le sexe biologique est un déterminant essentiel des différences en santé entre les hommes et les femmes, car il induit des différences physiopathologiques et des écarts de prévalence importantes, souvent mal pris en compte en dehors de la sphère des fonctions reproductives. Au contraire, quand on fait référence au « genre », on prend en considération d'autres déterminants qui influent directement sur les rôles, comportements, expressions et identités socialement construits.

Ainsi, tel que le définit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « **les déterminants de la santé liés au genre sont les normes, les attentes et les rôles sociaux qui, selon des critères de genre, déterminent les taux d'exposition et de vulnérabilité aux risques pour la santé, ou, à l'inverse, les facteurs de protection, qui influent sur la propension à préserver sa santé et à se faire soigner, ainsi que sur les prestations du système de santé conditionnées par le genre. Ils figurent parmi les plus importants déterminants sociaux des inégalités en santé** ».

En matière de santé, les obstacles liés à la précarité au sexe et au genre se conjuguent donc et peuvent plus encore s'aggraver pour les femmes migrantes, les femmes en situation de handicap ou pour les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux<sup>1</sup>.

Concernant l'influence du sexe et du genre sur l'accès aux soins, une étude menée par le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier est venue confirmer la prise en charge de fait différenciée par le système de santé, en fonction du sexe et de l'origine des patient·e·s dans la prise en charge des soins délivrés dans les services d'urgence<sup>2</sup>. Selon cette étude, un homme « blanc » aurait ainsi 50% de possibilité supplémentaire qu'une femme « noire » d'être considéré comme une urgence vitale<sup>3</sup>. A ces réalités, s'ajoutent, la réduction de l'offre médicale spécialisée, accentuant les difficultés et les freins rencontrés par les femmes en situation de précarité pour accéder à un parcours de santé adapté à des besoins particulièrement importants. Force est de constater, qu'encore aujourd'hui, les besoins en santé des femmes continuent d'être insuffisamment pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques de santé et la mise en place des dispositifs de soins.

Comme le préconise la Haute Autorité de Santé (HAS), le genre et le sexe doivent être considérés et intégrés à la liste des déterminants de santé, afin que les stratégies et les déclinaisons opérationnelles des politiques publiques territorialisées de santé et les mesures d'impacts de ces politiques prennent pleinement en compte en tant que tels les besoins spécifiques en santé des femmes.

Pour finir, la santé des femmes se trouve encore trop souvent exclusivement conçue sous l'angle de la santé sexuelle et reproductive. Cela est d'autant plus vrai pour les femmes en situation de précarité.

---

1. HCS, [la santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité](#), 29 mai 2017, 124p.

2. CHU Montpellier, [communiqué de presse du 11 janvier 2024](#), 2p.

3. Étude réalisée auprès de 1 563 soignant·e·s de quatre pays différents. Les résultats ont démontré qu'une personne présentant les mêmes symptômes mais ayant une apparence différente n'induisait pas la même réponse des professionnel·le·s de santé. Ainsi, un cas était considéré comme une urgence vitale dans 62% des cas quand il s'agissait d'un homme et 47% quand il s'agissait d'une femme et 58% quand l'apparence ethnique était blanche et 47% quand c'était une apparence noire.

La féminisation de la précarité et le nombre en constante augmentation de femmes accueillies, hébergées et accompagnées au sein du réseau des adhérent·e·s de la Fédération des acteurs de la solidarité, et l'insuffisante considération (et de prises en charge et en soins) des besoins en santé des femmes dans leurs spécificités amène aujourd'hui la Fédération des acteurs de la solidarité à présenter ce plaidoyer.

La Fédération rappelle également que le système de santé doit être pensé à chaque étape, et tout au long de la vie en prenant en compte des besoins différenciés :

### **Du jeune âge...**

L'INSEE, dans une étude de 2020<sup>4</sup>, constate une différence du suivi prénatale et des comportements à risque entre les femmes cadres et les femmes ouvrières. Ces inégalités ont tendance à se poursuivre et se creuser dans l'enfance avec des habitudes de vie, des facteurs culturels et économiques et l'exposition à un environnement moins favorable à la santé.

### **...À l'âge adulte...**

Devenues adultes, d'autres facteurs et inégalités sociales et territoriales peuvent impacter leur santé. En situation de précarité, les femmes ont une santé dégradée et un moindre accès aux soins, en raison des obstacles rencontrés et engendrés par la précarité cumulée aux discriminations de genre, faisant courir un risque majoré dans certaines situations évoquées précédemment.

### **...Jusqu'au vieillissement**

L'espérance de vie, dès la naissance, entre les femmes et les hommes connaît toujours un écart : les femmes vivent en moyenne jusqu'à 85,7 ans et les hommes jusqu'à 80 ans<sup>5</sup>. L'OMS notamment alerte sur la plus grande vulnérabilité des femmes âgées à la maltraitance physique, verbale, psychologique et financière.

La Fédération des acteurs de la solidarité formule des recommandations, afin de :

- promouvoir des politiques publiques de santé plus adaptées ;
- améliorer le parcours de formation et de sensibilisation des professionnel·le·s du secteur médico-social et sanitaire ;
- mieux répondre aux besoins spécifiques en santé des femmes en situation de précarité.

4. Insee Référence, Eclairage - [Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et de creusent durant l'enfance](#) - 2020, 18p.

5. Insee - [Bilan démographique 2023](#) - Janvier 202 - 4p.

# Contexte et constats

Dans une société encore majoritairement pensée par et pour les hommes, les femmes sont plus victimes aux inégalités et discriminations.

Parce que femmes, elles subissent de fait, de par leur genre, des inégalités et des discriminations dans leurs droits et leurs accès à la santé.

Parce que femmes, elles sont les premières impactées par la précarité, et plus particulièrement les femmes cheffes de famille monoparentale, les femmes étrangères, les femmes âgées et les jeunes filles. Leurs besoins spécifiques des femmes sont encore trop souvent invisibilisés voir ignorés, au sein des politiques publiques de lutte contre l'exclusion et de la précarité. De fait, la prise en comptes des déterminants de sexe et de genre dès leurs élaborations permettrait d'agir en faveur de la réduction des inégalités de genre.

Parce que femmes, elles ont pour la majorité vécue des violences de genre qui ont eu un impact certain sur leur situation de précarité et leur santé mentale.

Le combat contre le sexisme, axe fort du projet fédéral de la FAS, reste plus que jamais central. Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE), dans son rapport annuel 2023 sur « l'État du sexisme en France », alerte sur l'enracinement et l'aggravation des comportements sexistes, et appelle à la mise en place d'une « action publique forte, continue et globale<sup>6</sup>».

Lors de l'enquête, 92% des personnes interrogées considèrent que les femmes et les hommes ne sont pas traités de la même manière. **9 femmes sur 10 déclarent avoir déjà personnellement vécu une situation sexiste et 37% d'entre elles témoignent d'avoir subi une situation de « non-consentement » sexuel.** Les violences sexistes et sexuelles déclarées continuent d'augmenter.

Malheureusement, ces chiffres confirment que les violences sexistes et sexuelles déclarées continuent d'augmenter et de perdurer.

## LES CHIFFRES POUR COMPRENDRE

**4,9 millions de femmes**

vivent en France sous le seuil de pauvreté (et 4,3 millions d'hommes<sup>7</sup>)

**64 %**

des personnes **renonçant aux soins sont des femmes**

**74 %**

de personnes **en situation de non-recours aux minimum vieillesse sont des femmes**

**48 %**

de la part des personnes en situation d'insuffisance alimentaire<sup>8</sup> sont des femmes

**75 %**

**des femmes demeurent majoritaires à occuper des emplois à temps partiels**, avec des conditions et une organisation de travail précaire (horaires décalés, faible rémunération, exposition à des produits chimiques...)

**1,6 millions**

**sur les 2 millions de familles monoparentales en France ont pour cheffe de famille une femme.** Et, quelle que soit leur typologie familiale, elles portent **de manière prédominante la charge mentale** de l'organisation domestique et de l'éducation des enfants.

6. HCE, [Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France](#), 22 janvier 2024, 40p

7. ESR - [Vers l'égalité femme-homme ? Chiffres clés 2023](#) - Mars 2023 - 96p

8. Ibid.

# Éléments de positionnement

- Les besoins des femmes en situation de précarité nécessitent d'adapter l'offre de soins et la prise en charge qui leurs sont proposées.
- Les actions et dispositifs « d'aller vers » doivent être privilégiés pour permettre aux femmes d'accéder et de devenir actrices de leur santé et de leurs parcours de soins.
- Le statut administratif ne doit pas être un frein à l'accès aux soins. Nous défendons une santé globale, et de proximité, pour toutes les femmes.
- Le système de santé et l'accès à la prévention doivent intégrer les spécificités des femmes en situation de précarité.
- Les femmes victimes de violences - quel que soit leur âge ou leur situation familiale - ont besoin d'un accompagnement médico-psycho-social individualisé et spécialisé, délivré par des professionnel-le-s formé-e-s tout au long de leurs parcours.
- Les formations initiales et continues des professionnel-le-s du secteur social, médico-social et sanitaire doivent intégrer des modules sur l'égalité entre les femmes et les hommes, la déconstruction des stéréotypes de genre, sur les violences faites aux femmes et leurs impacts pour améliorer l'identification et le repérage des besoins spécifiques des femmes dans l'accompagnement qui leur est proposé.
- Le sexe et le genre doivent être pleinement intégrés aux déterminants de santé, dans la construction et les analyses d'impact des politiques publiques de lutte contre les inégalités de santé et dans les critères d'évaluation de la qualité du référentiel du HAS sur l'accompagnement des personnes.

# Nos propositions

- **AGIR SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES** pour réduire les inégalités sociales de santé qui concernent d'abord les femmes
- **ADAPTER L'OFFRE DE SOINS ET LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE** pour mieux répondre aux besoins
- **RENFORCER ET ADAPTER LES DÉMARCHES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ**
- **DÉCLOISONNER LES SECTEURS DE LA SANTÉ, DU SOCIAL ET DU MÉDICO-SOCIAL** pour faciliter le parcours de soin
- **AGIR POUR AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNEL·LE·S** aux besoins en santé globale

# AGIR SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES EXISTANTES

## pour réduire les inégalités sociales de santé qui concernent d'abord les femmes

Si la Stratégie Nationale de Santé (SNS), document cadre pour la définition des politiques publiques, aborde de manière globale la santé des personnes. Elle promeut peu à ce jour un parcours spécifique et dédié à destination des femmes, encore moins pour celles en situation de précarité, alors que le Haut Conseil à la Santé Publique (HSCP) alerte sur les importantes inégalités quant à l'état de santé de la population, avec un impact différencié pour les femmes<sup>9</sup>.

Ainsi, malgré les recommandations de la HSCP, le genre et le sexe ne sont toujours pas inclus dans les déterminants de santé alors même que cela permettrait d'agir contre les inégalités et de proposer des actions dédiées dès l'élaboration des politiques publiques de santé territoriales, en s'appuyant sur les Projets Régionaux de Santé (PRS) composés de trois documents (le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), le schéma régional de santé (SRS) et le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)<sup>10</sup>).

Si la SNS apparaît comme un levier peu opérationnel au regard de son aspect généraliste, elle doit au moins pouvoir permettre aux projets et programmes qui en découlent d'agir mieux contre les inégalités de santé afin de garantir l'accès au système de soin pour toutes.

Pour les femmes en situation de précarité, les PRAPS apparaissent comme un des leviers à privilégier pour répondre et lutter contre les inégalités sociales de santé et ainsi garantir l'accès au système de soin à toutes et tous. En effet, les PRAPS ont pour mission de « *s'attacher à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes ces formes* »<sup>11</sup> et ainsi permettre à la fois de lutter contre le non-recours et d'autre part de soutenir le développement d'une offre de soins adaptée en fonction des besoins des territoires notamment pour les femmes en situation de précarité les plus exclues du système de santé.

Si nombre des PRAPS ont désormais inclus des mesures dédiées aux besoins en santé des femmes, élaboré des politiques de prévention et de dépistage adaptés et développé des dispositifs spécialisés d'« aller vers », ce n'est toujours pas suffisant. En effet, les associations constatent que les motifs de renoncement aux soins établis au sein des PRAPS ne sont pas suffisamment mis en perspectives et continuent de considérer que ceux-ci sont principalement le résultat d'une situation financière précaire, alors que d'autres raisons s'y ajoutent.

Ici, les Contrats Locaux de Santé<sup>12</sup> (CLS), à la main des collectivités locales, peuvent être le catalyseur de ces mesures avec une adaptation aux réalités locales du territoire et de sa population. Pour rappel, une bonne santé s'inscrit dans un continuum de prérequis de besoins fondamentaux que sont notamment l'accès au logement, à une alimentation durable et de qualité, un travail justement rémunéré, ou encore un cadre de vie sain.

Afin de lutter contre le non-recours aux droits et aux soins, et de construire une offre de soin adaptée aux femmes en situation de précarité, il convient de s'appuyer sur les outils de politique publique, tels que les PRAPS et les CLS, avec une attention à leur déclinaison sur les territoires, en intégrant en amont et systématiquement le sexe et le genre dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies d'actions publiques en santé, et d'autre part s'inscrire dans un continuum de politiques publiques qui luttent contre l'exclusion.

9. Contribution de la Fédération des acteurs de la solidarité transmis au Haut Conseil de la santé publique sur la SNS 2023-2033.

10. Les PRS sont des feuilles de route définies par les ARS et les acteurs locaux composé de trois volets obligatoires dont le COS (porte une vision régionale, stratégique et partagée en matière de santé pour 10 ans), du SRS (axes déclinés en fiches-action qui présentent les grands objectifs stratégiques et opérationnels pour la santé sur 5 ans) et le PRAPS (favorise l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé)

11. [cnle.gouv.fr](http://cnle.gouv.fr)

12. Le CLS est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain



## RECOMMANDATIONS

- Le sexe et le genre doivent être intégrés au sein des déterminants de santé pour qu'ils soient pris en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques en santé.
- Agir sur l'organisation territoriale de l'offre de soin spécialisée pour la santé des femmes et en garantir l'accessibilité : centres d'IVG, maternité, gynécologues obstétricien-ne-s, sage-femmes...
- Poursuivre le déploiement d'équipes mobiles proposant des binômes infirmiers/intervenant-e-s sociaux-ales.
- Veiller à ce qu'au sein de l'ensemble des PRS, dont les PRAPS et les CLS, des actions permettant le repérage précoce des problématiques de santé soient préconisées et déployées, tenant compte systématiquement des besoins des femmes.
- Lutter contre les refus de soins de la part de professionnel-le-s en mettant en place de réelles sanctions, appréciées avec les autorités compétentes (Ordre des médecins par exemple), à l'encontre de celles et ceux qui n'appliquent pas la loi : les personnes en situation de précarité sont encore trop souvent exclues sous prétexte qu'elles disposent de la CSS ou de l'AME.
- Généraliser le tiers-payant et veiller à son application effective pour les femmes en précarité.
- Généraliser les procédures d'évaluation d'impact de chaque politique publique sur les inégalités de sexe et de genre.



## DISPOSITIFS INSPIRANTS

- **Le Contrat Local de Santé de la Roche-sur-Yon 2021-2024**, basé sur un diagnostic de ce territoire et de son maillage, prévoit dans ses axes une action spécifique pour « Permettre aux femmes en situation de précarité de prendre du temps pour elles de manière à appréhender plus sereinement l'insertion sociale et professionnelle ».
- **Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de la région Auvergne Rhône Alpes 2023-2028** inscrit deux objectifs sur le parcours des femmes enceintes vulnérables et sur la réduction des risques auprès des victimes de prostitution et de traite humaine.

# ADAPTER L'OFFRE DE SOINS ET LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE

## pour mieux répondre aux besoins

### Soutenir et renforcer le pouvoir d'agir des femmes précaires sur leur santé et leurs parcours de soins

Dans son rapport publié en 2020, le HCE préconisait de redonner le pouvoir d'agir aux femmes sur leur santé pour améliorer l'offre de soins en fonction de leurs besoins. Associer les femmes permet d'analyser plus précisément les pathologies et les symptomatologies spécifiques à leur sexe et à leur genre, de formuler de nouvelles hypothèses de recherche pour proposer des parcours de soins plus adaptés.

De plus, favoriser le pouvoir d'agir des femmes en situation de précarité sur leur santé nécessite de les associer dès la constitution des instances de démocratie

en santé, afin de lever les freins rencontrés (accessibilité pratique et financière, organisation de l'offre), d'adapter les supports d'information et de sensibilisation sur le corps, sur les prestations sociales et les droits auxquelles elles peuvent prétendre et ainsi user. Dans une enquête, UFC-Que choisir alerte sur les conventions tarifaires des médecins libéraux où 71,4 % des gynécologues effectuent des dépassements d'honoraires en 2021, contre 62,1 % en 2016. Cette pratique engendre en plus d'un risque important de renoncement aux soins une forte inégalité territoriale d'accès à la médecine<sup>13</sup>.

## RECOMMANDATIONS

- Mieux former et informer les femmes précaires sur leurs droits à la santé en adaptant les outils de communication et de prévention qui leur sont dédiés.
- Instaurer le questionnement systématique pour mieux repérer les facteurs de risques sanitaires et sociaux engendrés par le cumul des précarités vécues, identifier les besoins en santé pour ainsi lever freins rencontrés dans l'accès aux dispositifs de soins.
- Au sein des lieux de vie (établissements de l'Accueil-Hébergement-Logement (AHI) particulièrement), adapter les outils de participation aux besoins et préférences des femmes concernées.
- Proposer un parcours de soins adapté à chaque femme en partant des spécificités de leurs parcours : jeunes femmes, femmes étrangères, femmes âgées, mères isolées, femmes victimes de violences, femmes vivant en milieu rural, etc. et mieux inclure les savoirs expérientiels des femmes accueillies, hébergées et accompagnées au sein de notre réseau.
- Rendre lisible l'offre de soins et les ressources de proximité mobilisables pour en faciliter l'accès : augmenter les budgets en interprétariat, développer des outils/supports (notamment d'information, communication) adaptés tenant compte des compétences et connaissances de chacun-e, soutenir et promouvoir la pair-aidance et la médiation en santé pour faciliter les accompagnements.
- Encourager et financer les partenariats entre les secteurs sanitaire, médico-social et le secteur de l'exclusion pour faciliter l'intervention d'acteurs-rices de santé au sein des structures. Un soutien à la coordination, avec des financements dédiés, est également à soutenir pour participer aux instances contribuant au maillage territorial, telles que les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les Communautés Professionnelles Territoire de Santé (CPTS).



### DISPOSITIF INSPIRANT

La Case Santé à Toulouse s'est dotée d'une équipe pluridisciplinaire de personnel-le-s médicaux-ales (psychologues, infirmières-ers, médecins, sage-femmes) et social (médiateur-trice-s en santé, travailleur-se-s sociaux-ales). Le projet de l'association est de proposer un accompagnement complet en santé, prenant en compte la personne dans sa globalité. Ce centre propose également une permanence téléphonique à l'intention de toutes et tous, y compris celles et ceux qui ne sont pas suivi-e-s en interne.

13. UFC-Que choisir - [Stop à la médecine spécialisée à deux vitesses](#) - 22 février 2024.

## Agir contre le non-recours et le renoncement aux soins

Les femmes en situation de précarité, par les risques et les violences qu'elles peuvent rencontrer, adoptent des stratégies d'invisibilisation contraintes qui les éloignent des services d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. De plus, elles rencontrent de nombreux freins pour faire valoir leurs droits (complexités administratives et financières), aux soins et à la santé (refus de soins par exemple), engendrant de fait une auto-exclusion<sup>14</sup> et leurs renoncements aux soins.

Pour garantir l'accès aux droits et aux soins adaptés aux spécificités des femmes en situation de précarité, les associations ont développé différents dispositifs d'« aller vers », pour à la fois lutter contre le non-recours et favoriser l'inscription dans un parcours de soins adapté, dans une démarche de « ramener vers ». Les démarches et dispositifs d'« aller vers » constituent des leviers utiles et qui ont fait leur preuve dans l'accès au soin pour les

femmes précaires : ils facilitent l'accès à la prévention et à un-e professionnel-le de santé et renforcent les capacités d'autonomisation des femmes sur leur santé.

Le Ségur de la Santé, avec l'instauration de la mesure 27 a permis à de nombreux dispositifs d'« aller vers » d'être soutenu et de déployer leurs actions sur l'ensemble du territoire, comme les ACT et les LHSS « hors les murs », les Équipes Mobiles Santé Précarité, des Équipes de Soins Spécialisés Infirmier et des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité, ou encore les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Grâce à ces dispositifs, les freins financiers et de mobilité sont ainsi levés en allant directement sur les lieux de vie des femmes précaires, offrant un cadre adapté pour les écouter, les informer sur leurs droits, les orienter vers des dispositifs de soins adaptés tout en restant avec elles tout au long de leur parcours.

## RECOMMANDATIONS

- Renforcer les budgets alloués pour poursuivre et soutenir le déploiement des équipes mobiles partout sur le territoire.
- Créer des unités de soins mobiles spécialisées en gynécologie, périnatalité, dépistages, dentaires et ophtalmologique partout sur le territoire, plus particulièrement dans les déserts médicaux.
- Soutenir les associations de promotion des droits des femmes qui mettent en place une approche de santé, notamment par le financement de permanences et de PASS mobiles spécialisées.
- Simplifier et automatiser l'ouverture aux droits et ainsi lutter contre le renoncement aux soins.
- Encourager le déploiement, l'accès de plein droit et le renouvellement à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (automatique depuis le 1er janvier 2022 pour les bénéficiaires du RSA<sup>15</sup>) quelle que soit la situation administrative
- Promouvoir la médiation en santé comme levier pour accompagner les femmes en situation de précarité et faire le lien avec les acteurs du système de santé.
- Poursuivre les dispositions instituant un cadre plus souple pour le développement des expérimentations, telles que définit dans l'Article 51 du PLFSS et augmenter les financements dédiés au déploiement des parcours de soins spécifiques, pour agir contre le renoncement aux soins.
- Promouvoir l'intervention des acteurs du soin au sein des structures de la veille sociale, d'hébergement et de logement adapté à travers le rapprochement des gestionnaires avec les structures de soins habituelles de proximité intervenant à domicile (HAD, SSIAD, Samsah, infirmières-ers libérales-aux, médecins traitants, secteurs de psychiatrie).
- Mieux prendre en compte les besoins des femmes pour améliorer l'efficacité des PASS et le déploiement des PASS de ville, notamment en évaluant le fonctionnement des PASS déjà déployées à partir de statistiques sexuées et genrées, en encourageant les partenaires associatifs et des réseaux de professionnel-le-s locaux-ales (permanences du planning familial ou d'associations spécialisées sur les violences faites aux femmes).
- Adapter les modalités d'accueil des dispositifs de santé et sociaux aux besoins et contraintes des femmes en situation de précarité : horaires d'ouverture, possibilité de disposer d'une entrée dédiée aux femmes.

14. Fédération des acteurs de la solidarité - [Guide accompagnement en santé « Aller vers les personnes en matière de santé »](#) - 2016, 6p.

15. Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2024 prévoit l'automatisation de la CSS à d'autres prestations sociales, telles que l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI), l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) et l'Allocation du Contrat d'Engagement Jeune (ACEJ).



## DISPOSITIF INSPIRANT

Fondée en 2001, l'association ADSF - Agir pour la santé des femmes va à la rencontre, de manière inconditionnelle, des femmes en situation de grande précarité, afin d'améliorer leur prise en charge et leur état de santé globale. Les équipes mobiles de l'ADSF, composées de professionnel-le-s de santé (infirmière, sage-femme, psychologue), d'un-e médiateur-riche en santé, de « Femmes Repaires » (femmes ayant connu un parcours similaire au public accompagné) et de bénévoles, vont à la rencontre de ces femmes dans une démarche d'aller vers, en maraudes pédestres ou véhiculées (frottis truck), là où elles se trouvent. L'objectif est d'établir un premier lien, de leur distribuer des produits d'hygiène et de première nécessité (kit d'hygiène) et de repérer leurs besoins en santé. Puis, l'équipe les oriente vers les Repaires Santé (accueils de jour de Barbès et de la porte de St Ouen). Ces Repaires Santé sont des lieux au sein desquels l'équipe propose des actions de prévention (individuelles ou collectives), de dépistage, des consultations, et ce afin de les accompagner, progressivement et à leur rythme, vers le soin.

Dans ces Repaires santé, espaces sécurisés et sécurisant, les mêmes équipes proposent à toutes les femmes accueillies de se poser seule ou avec leurs enfants (accueil avec collation), de s'y reposer (salle de repos), et de bénéficier de sanitaires et de douches. Ces espaces dédiés où peuvent se poursuivre les échanges, participent également de l'évaluation des situations des femmes pour favoriser l'identification de leurs besoins en santé globale et les accompagner vers les dispositifs de droit communs.

## Renforcer l'offre de soins et les dispositifs en santé sexuelle et reproductive

La reconnaissance en matière de Droits et Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR) constitue une condition essentielle pour une santé inclusive et globale. Les DSSR sont les « *droits de toute personne de prendre des décisions libres, informées et responsables et d'exercer un contrôle entier sur les aspects élémentaires de sa vie privée [...] et de pouvoir - sans ingérence extérieure - prendre des décisions personnelles concernant sa sexualité et la procréation, ainsi que d'avoir accès à l'information, à l'éducation et aux services en matière de santé sexuelle et procréative* »<sup>16</sup>. Les enjeux en matière de santé sexuelle ont été formalisés dans la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) 2017 - 2023, qui porte pour objectif le développement de politiques publiques en faveur de la santé sexuelle, allant de l'éducation à la sexualité, à la prévention, aux dépistages et à la santé reproductive. Néanmoins, malgré les engagements annoncés, cumulé à la raréfaction de l'offre de soins (notamment de dispositifs dédiés à la santé globale des femmes), les moyens financiers sont en constante diminution impactant en première ligne les femmes en situation de précarité.

La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie médicale (FNCGM) dresse d'ailleurs un constat alarmant sur l'insuffisance de l'offre de soins en gynécologie médicale dans les territoires et plus particulièrement sur l'accès des femmes précaires à des spécialistes en santé des femmes. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la moyenne française (département ultramarins compris) de médecins qualifiés en gynécologie médicale en activité régulière et tous modes d'exercices confondus était de 2,6 médecins pour 100 000 femmes en âge de consulter (15 ans ou plus). Faute d'offre de soins de proximité, un certain nombre de femmes renoncent à un suivi médical et plus particulièrement à un suivi gynécologique.

Depuis 2015, dans l'objectif d'améliorer l'accès à l'IVG, les ARS ont élaboré un plan régional d'accès à l'avortement pour garantir une offre diversifiée sur le territoire et

surtout faciliter l'accès des femmes précaires rencontrant de nombreux freins pour faire valoir leurs droits. Par exemple, l'ARS d'Ile de France a intégré au sein de son PRAPS, un plan d'actions pour lutter contre les inégalités d'accès à l'IVG orienté pour les femmes précaires.

Depuis 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) et la généralisation de la T2A (Tarification à l'activité) impactent l'accès aux soins et en particulier à l'avortement. On dénombre 130 centres IVG qui ont été fermés ces 15 dernières années et d'autres fermetures sont prévues. Selon les derniers chiffres des autorités sanitaires (DREES, 2022), on dénombrait 478 maternités en 2020, contre 816 en 1995, soit une baisse de 42%. Pire encore, 35 maternités seraient sous la menace d'une restructuration ou d'une fermeture dans les prochaines années.

Ces fermetures fragilisent et impactent durablement les conditions d'accessibilités des femmes à une offre de soins de proximité et de qualité. Au nom d'une concentration de l'offre de soins, elles ne peuvent être accompagnées tout au long de leur grossesse et en suite de couche ce qui est délétère pour les femmes concernées, tel qu'alerte le syndicat des sage-femmes ONSSF et l'association Santé en Danger.

Enfin, l'accompagnement à la santé sexuelle et reproductive doit mieux considérer la période de préménopause et de ménopause. Le tabou autour de cette étape de la vie de toute femme perdure et les informations et recherches manquent cruellement, alors que ces deux périodes cumulées peuvent durer plusieurs années. Au-delà de l'impact sur la fécondité, il en résulte des manifestations physiologiques et psychologiques tues ou niées : troubles de l'humeur, troubles du sommeil, douleurs physiques. Le silence autour de cette période est encore plus criant pour les femmes en situation de précarité chez qui cette question est rarement abordée.

## RECOMMANDATIONS

- Informer toutes les femmes sur leurs corps, leur sexualité, développer l'éducation à la santé sexuelle et reproductive : des actions dédiées aux femmes en situation de précarité doivent être pensées et encouragées en mobilisant les acteurs de santé et ceux du social pour toucher toutes les femmes. La connaissance est une condition essentielle à la prise de décisions éclairées.
- Faciliter l'accessibilité à la prévention et aux dépistages de proximité des IST, VIH, hépatites, cancers du sein, du col de l'utérus...
- Renforcer et faciliter l'accès aux droits et aux services en santé sexuelle et reproductive de proximité.
- Valoriser et essaimer les initiatives renforçant la cohérence des politiques publiques telle que celle de l'ARS d'Ile-de-France qui, depuis 2015, et pour faire face aux difficultés rencontrées par les femmes en situation de précarité dans leur accès à l'IVG, qui a intégré son plan d'accès à l'IVG<sup>17</sup> au sein de son PRS.
- Penser la santé sexuelle et reproductive à toutes les étapes de la vie ainsi qu'un suivi adapté en fonction de l'âge des patientes et sur les conséquences différenciées sur la santé – tant physiologique que psychologique.
- Cesser les fermetures de lits sans solution pérenne de dispositifs de soins dédiés, et plus spécifiquement ici les lieux de soins à destination des femmes : il n'est pas entendable que certaines femmes n'aient pas accès à une maternité, un centre IVG ni même à un suivi gynécologique.

### En finir avec la précarité menstruelle

On dénombre 4 millions de femmes victimes<sup>18</sup> de précarité menstruelle, c'est-à-dire dans l'incapacité matérielle et financière de pouvoir accéder et subvenir chaque mois à l'achat de leurs protections hygiéniques. A ces freins, se cumulent des facteurs de risques sanitaires, engendrés par des conditions de vie précaires, qui font encourir des risques sérieux sur la santé des femmes précaires.

En effet, le manque d'accès à des sanitaires propres, à des lieux de vie décents ou encore à l'information sur les différentes protections périodiques existantes peuvent être délétères : risque de développer le syndrome du choc toxique (pouvant être mortelle), infections sexuellement

transmissibles (IST), pathologies vulvaires... sans compter l'incidence sur la santé mentale (isolement, sentiment de honte notamment).

Aborder le sujet des règles peut être difficile, voire tabou, pour les femmes en situation de précarité, et plus particulièrement pour les femmes migrantes qui n'ont pas toujours eu accès à des informations sur leur cycle menstruel.

Nombre de femmes usent de stratagèmes non adaptés pour la gestion de leurs règles : papiers journaux, papiers toilettes, morceaux de tissus qui ne peuvent être lavés correctement, etc...

## RECOMMANDATIONS

- Combattre le tabou autour des règles et du cycle menstruel par des actions de sensibilisation et d'information sur les cycles menstruels et sur leurs gestions auprès des femmes en situation de précarité.
- Sensibiliser et former tous·tes les professionnel·le·s amené·e·s à accompagner des femmes en situation de précarité, pour à la fois lever les tabous et surtout repérer les signaux d'alertes et les facteurs de risques encourus par les femmes sur leur santé, comprendre les cycles menstruels (douleurs, niveau de saignement, cycle de l'ovulation) et proposer un accompagnement à la précarité menstruelle adapté et individualisé.
- Multiplier l'accès et la distribution de protections menstruelles adaptées aux pratiques, besoins (différents flux notamment), envies et lieux de vie de chacune.
- Instaurer la gratuité des protections menstruelles pour les femmes et personnes menstruées en précarité : systématiser et financer les kits d'hygiène dans les cahiers des charges des structures de lutte contre les exclusions, et installer des distributeurs de protections périodiques au sein de tous les lieux publics, accessibles à toutes, considérant qu'il s'agit d'un produit de premières nécessités.
- Veiller et mieux encadrer la composition des protections menstruelles afin que l'accès à des produits de qualité et sans risque pour la santé ne soit plus un luxe ou une option.

<sup>17</sup> La circulaire ministérielle n°2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'IVG prévoit l'élaboration des actions que doivent conduire les ARS dont la conduite d'un diagnostic territorial en concertation avec les acteurs et à l'élaboration d'un plan régional IVG.

<sup>18</sup> Assemblée nationale - Proposition de loi visant à mieux lutter contre la précarité menstruelle - 25 avril 2023 - 8p.

# RENFORCER ET ADAPTER LES DÉMARCHES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Dans l'amélioration à la santé des femmes en situation de précarité, l'accès à la prévention et aux dépistages est aussi important que l'accès à une offre de soins<sup>19</sup>. Pourtant, les actions de prévention (dépistages), permettent de prévenir et d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de pathologies, de troubles ou d'incapacités d'ordre physique, de s'inscrire dans un parcours de soins, et ainsi redonner le pouvoir aux femmes sur leur santé. Pour favoriser l'accès des femmes précaires à ces dispositifs de prévention, il est primordial de développer des actions d'« aller vers » pour agir sur les freins rencontrés, comme la mobilité ou encore financiers.

Plus grand défi de notre siècle, axe majeur du projet fédéral de la FAS, les changements climatiques ont également des impacts nombreux et certains sur la dégradation de l'état de santé. Les populations en situation de précarité sont les plus exposées à cette menace de santé publique et d'autant plus les femmes, en raison de conditions de vie précaires, d'exposition plus prononcée à la pollution et aux produits toxiques, ou encore en raison d'une alimentation peu qualitative.

**Les femmes en situation de précarité sont davantage touchées par des pathologies chroniques**, conséquences des cumuls de vulnérabilités subies et de conditions de vie précaires. Une pathologie chronique, est une maladie évoluant lentement sur une longue durée et qui généralement s'aggrave dans le temps. Entre 2016 et 2017, 10% des plus modestes présentaient environ trois fois plus de risque de développer une maladie chronique, à âge et sexe comparables, que la population la plus aisée avec notamment une forte prévalence de diabète, des pathologies du foie ou du pancréas, des maladies psychiatriques, des pathologies respiratoires, des troubles neurologiques et dégénératifs et des pathologies cardiovasculaires<sup>20</sup>. Dans la prévention de ces pathologies, il est mis en évidence une insuffisance de prise en compte des déterminants de sexe et de genre dans la recherche avec un manque de représentation des femmes, et plus particulièrement de celles en situation de précarité. Ainsi, les méthodologies de certains essais cliniques ont été dénoncées car celles-ci ne prenaient ni ne considéraient suffisamment les impacts du genre

et du sexe sur l'état de santé, notamment concernant l'insuffisance cardiaque (sous-évaluation des diagnostics des infarctus et AVC), certains cancers, la dépression, la douleur et le sida<sup>21</sup>.

Selon l'INSERM, **le risque de cancer** est 30% plus élevé chez les femmes que les hommes, en raison du cumul des vulnérabilités vécues, plus particulièrement pour les femmes en situation de précarité, qui se retrouvent de fait plus exposées à leur développement, en raison des freins rencontrés que cela soit dans l'accès aux actes de dépistages comme aux dispositifs de soins.

Il a été constaté que les femmes en situation de précarité rencontraient des facteurs de risques supplémentaires quant au cancer du sein, notamment celles qui travaillent majoritairement de nuit. Ainsi, l'Institut National des Cancers (INCa) observe qu'environ 40% des femmes ciblées ne réalisent pas de dépistages, ou pas régulièrement, dont les groupes les plus concernés sont les femmes en situation économique et/ou sociale défavorable, les femmes bénéficiaires de la CSS, les femmes migrantes ou d'origine immigrée, les femmes en situation de prostitution, ou encore les femmes sous-main de justice.

**Concernant l'endométriose**, une femme sur dix en France serait concernée, d'après les chiffres du rapport portant sur la proposition de loi *visant à soutenir les femmes qui souffrent d'endométriose*<sup>22</sup>.

Maladie longtemps ignorée, elle se développe de manière différenciée chez les femmes qui en sont atteintes (fatigue chronique, douleurs digestives, urinaires, lombaire...).

Les symptômes peuvent se manifester en dehors de cette période, et pour certaines femmes sont quotidiennes, voire handicapantes. On parle aussi de dyspareunie, des douleurs lors des rapports sexuels, mais aussi de troubles de la fertilité. L'endométriose reste la première cause d'infertilité féminine.

Il faut en moyenne sept à dix ans d'errance médicale avant de poser un diagnostic. De plus, les symptômes encourus ont un impact majeur sur la qualité de vie des femmes atteintes avec des conséquences importantes sur leur vie personnelle et conjugale mais également professionnelle et sociale, et participent à leur précarisation.

19. Selon l'OMS, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celui-ci.

20. DREES - [Études et Résultats Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie](#) - n° 1243, octobre 2022, 7p.

21. HCE - [Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique](#) - Novembre 2020 -180p.

22. Assemblée nationale - [Rapport sur la proposition de loi visant à soutenir les femmes qui souffrent d'endométriose](#) - 4 octobre 2023, 45p.

## RECOMMANDATIONS

- Instaurer le questionnement systématique sur l'état de santé dès l'accueil de la personne : proposer un accès aux différents dépistages et bilans de santé tels que les examens de prévention en santé proposé par les services de l'Assurance Maladie<sup>23</sup>, les campagnes organisées par les Centre Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC), etc..
- Renforcer les campagnes d'informations et de dépistages, le plus tôt possible et avec la prise en compte des spécificités des femmes en situation de précarité et l'importance d'aller vers les personnes femmes dans leurs lieux de vie, du dépistage jusqu'à l'annonce et l'accompagnement si une pathologie est décelée.
- Adapter et renforcer l'information et les outils de prévention et de promotion de la santé aux femmes en précarité, visant tous les déterminants de santé, notamment concernant la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, le suivi gynécologique.
- Développer les actions de prévention et promotion de santé et qu'elles soient accessibles (universalisme proportionnée) et faciliter leurs modalités d'accès.
- Promouvoir la littératie en santé et le développement des compétences psycho-sociales pour renforcer le pouvoir d'agir des femmes en situation de précarité.
- Développer la recherche en santé globale et l'innovation concernant les femmes pour permettre l'accès à des traitements de prévention et curatif adaptés à leurs spécificités.
- Renforcer et soutenir les actions d'amélioration de l'environnement des femmes en situation de précarité en identifiant des impacts sexospécifiques, inclure les femmes en situation de précarité dans les instances de décisions. Des actions déjà mise en place pourront être capitaliser par exemple l'adaptation des structures AHI aux normes environnementales ainsi que les actions mises en place par des Collectivités Territoriales et les ARS dans le cadre des Projets Régionaux de Santé Environnementale (PRSe).
- Promouvoir de lieux spécifiques à la santé des femmes en situation de précarité et soutenir les dynamiques d'aller vers comme l'exemple des véhicules itinérants.
- Proposer des dispositifs de santé « hors les murs » permettant d'aller vers les femmes, sur leur lieu de vie, de la mise en œuvre de l'action de prévention à l'accompagnement en santé si une pathologie est détectée, en passant par l'annonce de diagnostics. En ce sens, s'inspirer des bonnes pratiques existantes proposant des antennes mobiles, comme des bus aménagés à vocation sanitaire et sociale avec l'appui d'une équipe pluriprofessionnelle.
- Inclure au sein de la formation initiale et continue des professionnel-le-s de santé un module consacré à l'endométriose, renforcer le parcours de soin adapté sur tout le territoire national (en créant des filières territoriales dédiées à la prise en charge de l'endométriose et en établissant un parcours de soins spécifique) pour garantir une prise en charge globale et personnalisée.



## DISPOSITIFS INSPIRANTS

- **Le Bus du Cœur des Femmes** de l'association Agir pour le Cœur des Femmes a, en 2022, accompagné 3 235 femmes dans 15 villes qui ont pu bénéficier de conseil de prévention et orienter dans un parcours de soins et de prévention.
- Création d'un **espace d'accueil et d'accompagnement pour les femmes étrangères séropositives** porté par l'association Ikambere. Ce lieu offre une sécurité pour les femmes où elles peuvent bénéficier d'une prise en charge globale abordant conjointement les enjeux thérapeutiques et les enjeux de l'insertion sociale et professionnelle. C'est en 2021 que l'association forte de son expérience, décide de dupliquer son modèle à destination des femmes concernées par d'autres pathologie : le diabète, l'obésité et/ou l'hypertension artérielle, dont la prévalence de ces trois pathologies est très importante chez les femmes en situation de précarité. Les trois centres de ressources en Ile-de-France :
  - Ikambere : prise en charge globale des femmes concernées par le VIH ;
  - Kigali : prise en charge globale des femmes concernées par le diabète ;
  - kirambi : séjour bien-être pour les femmes accompagnées.

23. Pris en charge par l'Assurance Maladie, l'examen de prévention en santé (EPS) s'adresse aux personnes de plus 16 ans et assurées au régime général. L'examen est pris en charge à 100 %, sans avancer les frais et permet à la personne d'accéder à des examens médicaux, de prévention (dépistages, vaccinations, dentaires...) et des analyses biologiques réalisés dans l'un des centres d'examen de santé.

# DÉCLOISONNER LES SECTEURS DE LA SANTÉ, DU SOCIAL ET DU MÉDICO-SOCIAL pour faciliter le parcours de soin

En 2021, la Fondation des Femmes et la FAS ont mené une recherche-action sur les « conditions de vie des femmes victimes de violences dans les structures d'hébergement mixtes<sup>24</sup> ». Cet audit a confirmé à la fois que la conception des centres, l'agencement et la répartition de l'occupation des espaces étaient conçus par et pour les hommes et n'étaient en règle générale pas adaptés à la situation des femmes, voire accentuées les inégalités, les discriminations et les violences de genre subies par les femmes. Qui plus est, les professionnel-le-s ont fait état qu'ils et elles se sentaient démuni-e-s pour questionner les femmes sur leurs parcours de violences et leurs besoins spécifiques d'accompagnement médico-social.

Les femmes interrogées ont notamment témoigné de la persistance de violences dans leurs parcours d'hébergement et leurs attentes quant à la pleine prise en compte de leurs besoins spécifiques par ces structures.

Cela a abouti à l'élaboration de préconisations à destination des pouvoirs publics, promouvant le décloisonnement entre les secteurs de l'exclusion, du sanitaire ou encore du médico-social, mais aussi à la nécessité de s'appuyer et de considérer les savoirs expérientiels des femmes accueillies et hébergées au sein des structures d'hébergement généralistes du secteur AHI et logement, afin d'améliorer l'accompagnement médico-psycho-social.

Afin d'encourager le décloisonnement des secteurs de la lutte contre les exclusions, sanitaire et médico-social, dans leurs missions, il est primordial de développer et de financer l'animation de temps de rencontres sous l'égide des délégations départementales de l'ARS et des DREETS, pour à la fois présenter les dispositifs existants sur chaque territoire et favoriser la construction de partenariats.

## RECOMMANDATIONS

- Créer un poste de référent.e « égalité » au sein des dispositifs du secteur AHI-L afin de garantir à la fois la mise en œuvre du protocole d'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des femmes, d'assurer le suivi des violences de genre (via les remontées d'incidents), créer des actions de sensibilisation à destination des équipes et des personnes concernées, offrir les conditions de libération de la parole et ainsi lever les tabous, et ainsi permettre aux femmes de devenir actrices de leurs projets d'accompagnement médico-psycho-social.
- Développer et financer l'animation de temps intersectoriels (secteurs AHI et logement, sanitaire, médico-social, etc.), sous l'égide des délégations départementales de l'ARS et des DREETS, pour à la fois présenter les dispositifs existants sur chaque territoire et favoriser la construction de partenariats.
- Proposer un accompagnement global et inclusif reposant sur des partenariats conventionnés multi-professionnel-le-s, comme les associations spécialisées, services publics d'accès aux droits et de santé de proximité (cabinets de sage-femmes, centres de santé et de radiologie, cabinets de psychologues ou psychiatres, Protection Maternelle Infantile (PMI), Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), Centre Médico-psychologique (CMP)), en renforçant les budgets pour ces lieux de soins publics pour que l'offre soit accessible et adaptée à l'individualité de chacune.
- Rendre systématique et obligatoire l'élaboration d'un protocole d'accompagnement dédié aux femmes et adapté à leurs besoins spécifiques, à la prise en charge des violences de genre et à la diffusion d'une culture d'égalité au sein des structures de tous les secteurs (santé, social, médico-social). Cela permettra une meilleure prise en compte du public ainsi qu'une harmonisation des pratiques entre les différents champs d'intervention.
- Organiser des temps interservices pour élaborer et outiller ce protocole et permettre son appropriation par les équipes.
- Soutenir et proposer un parcours de soins adapté à chaque femme : migrantes, femmes vieillissantes, mères isolées ou encore pour les femmes victimes de violences, et ainsi mieux inclure les savoirs expérientiels des femmes accueillies, hébergées et accompagnées au sein de notre réseau.
- Intégrer au projet de l'association et/ou de l'établissement l'accompagnement aux droits et à la santé sexuelle et affective.
- Inclure dans le référentiel national des prestations des dispositions dédiées aux besoins spécifiques des femmes : en incluant des kits d'hygiène et de protections hygiéniques adaptées, aux besoins, pratiques et aux lieux de vie, dans les cahiers des charges des structures du secteur AHI comme l'accueil de jour, CHU, CHRS.
- S'assurer de l'essaimage dans le réseau des préconisations de la recherche-action Fondation des femmes/FAS sur les « conditions de vie des femmes victimes de violences dans les structures d'hébergement mixtes ».



# AGIR POUR AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNEL·LE·S concernant les besoins en santé globale

Pour garantir une approche de l'accompagnement médico-psycho-social mieux adaptée aux besoins des femmes en situation de précarité, il est nécessaire de créer et d'intégrer des modules spécialisés prenant en compte l'incidence du genre et du sexe dans les déterminants de santé au sein des formations initiales et continues des professionnel·le·s, tant dans le champ sanitaire que médico-social. Comme évoqué précédemment, améliorer l'accompagnement médico-psycho-social des femmes exige de réinterroger les pratiques professionnelles au regard du vécu de la précarité, de ses impacts plus durables, notamment sur l'état de santé des femmes, afin que les approches et postures des professionnel·le·s s'ajustent aux femmes qu'ils et elles rencontrent et accompagnent.

De plus, promouvoir et faciliter la coordination et les formations croisées entre les professionnel·le·s du secteur social et sanitaire, ainsi que tout autres secteurs

intervenant auprès des femmes en situation de précarité, permet à la fois une montée en connaissance et en compétences de celles et ceux-ci.

Cela constitue un levier pour les équipes des différents secteurs afin de parfaire leurs compétences professionnelles et ainsi améliorer le parcours de soins des femmes concernées.

Pour rappel, la notion de « parcours de soin » interroge sur une autre manière de penser l'accompagnement médico-social, en l'articulant dans le parcours de vie globale des personnes.

Il peut être envisagé de s'appuyer sur des dispositifs déjà existants pour faciliter l'échange et la montée en compétences des professionnel·le·s, comme par exemple les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), qui ont pour mission d'assurer l'animation territoriale pour coordonner les acteur·rice·s du secteur de la santé dans la prise en charge des parcours de santé complexes.

## RECOMMANDATIONS

- Intégrer dans la formation initiale, des modules de sensibilisation sur l'impact des violences de genre et présenter des exemples de protocoles de prise en charge des victimes de violences.
- Intégrer dans les formations des métiers du sanitaire tout comme du médico-social, le sexe et le genre dans les déterminants de la santé et des facteurs sociaux pour adapter et améliorer l'accompagnement médico-social des publics femmes.
- Favoriser dès la formation la transversalité en proposant des stages au sein d'établissements des différents secteurs.
- Veiller à ce que les recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur les questions de violences sexistes et sexuelles, et plus largement sur les questions de Genre et Santé, conduisent à des programmes de formation au titre de la formation continue, en incluant des modules dédiés aux besoins des femmes, notamment sur les enjeux liés à la sexualité et la contraception.
- Accompagner la montée en capacité progressive des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) par la mise en place d'outils, d'instances d'échanges et de concertation, notamment sur l'harmonisation des pratiques.
- Inciter à l'organisation de formations-actions et de recherches actions pluridisciplinaires santé-social, au niveau local, permettant principalement de développer les compétences des acteurs·rices à s'inscrire dans des partenariats et des démarches coordonnées.
- Adopter une démarche d'égaconditionnalité<sup>25</sup> dans le secteur AHI-L et du sanitaire au sein des équipes, dans le portage des appels à projets et dans les comités de sélection des projets et d'attribution des financements.

25. Définition : conditionner l'attribution des fonds publics ou des autorisations administratives au respect de règles paritaires ou d'actions pour l'égalité entre les femmes et les hommes

# Les focus

- **Mieux considérer la santé mentale**
- **Soutenir et accompagner les femmes en situation de pré et post-maternité**
- **Défendre les droits à la santé et aux soins des femmes étrangères**
- **Proposer un accompagnement médico-psycho- social individualisé et adapté pour les femmes victimes de violences**

# Mieux considérer la santé mentale

Selon l'OMS, la santé mentale ne réside pas seulement en l'absence de pathologie : une personne peut rencontrer des troubles psychiques (« mal-être ») sans être touchée par une maladie psychiatrique et, inversement, une personne atteinte d'une maladie psychiatrique peut ne pas avoir de troubles psychiques (« bien-être »).

En raison de la forte stigmatisation qui entoure les troubles mentaux, laquelle conduit bien souvent à l'invisibilisation des personnes qui en souffrent, force est de constater que la santé mentale des femmes demeure bien trop souvent impensée, et leurs besoins spécifiques ne sont pas pris en compte. Les résultats d'une étude<sup>26</sup> attestent d'une vulnérabilité plus marquée pour les femmes que pour les hommes concernant les violences physiques et sexuelles ainsi que davantage de syndromes dépressifs et de stress post-traumatique et un état de santé plus dégradé, en faisant un réel enjeu de santé publique.

En outre, les femmes concernées par des troubles psychiques sont plus vulnérables aux violences physiques ou sexuelles avec un risque suicidaire plus important que les hommes dans la même situation (51.2% contre 41.8% chez les hommes).

Dans son dernier rapport, la Délégation de l'Assemblée nationale aux Droits des Femmes et à l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes<sup>27</sup> constate que le manque de connaissance, cumulé au fait que la médecine est pensée et organisée par rapport à un modèle de référence masculin, explique que les spécificités féminines dans le domaine de la santé mentale sont généralement méconnues, alors que l'environnement dans lequel évoluent les femmes à un impact déterminant sur leur santé mentale.

Comme le souligne [le rapport d'élaboration de la HAS « Grande précarité et troubles psychiques »](#), les recherches consacrées à la santé mentale des femmes sans-abris est très « pauvre », et complexifié par les stratégies d'invisibilisation que les femmes mettent en place pour se protéger.

## RECOMMANDATIONS

- Encourager les partenariats entre les secteurs de l'exclusion sociale et de la santé mentale et développer des lieux de soins en santé mentale spécialisés en l'accompagnement des femmes en situation de précarité : prises en charge du psycho-trauma notamment, ou encore des conduites addictives, prises en soins des enfants co-victimes ou victimes.
- Organiser, au sein des structures, des consultations avancées en santé mentale (en s'inspirant du modèle des consultations avancées en addictologie) avec des professionnel·le·s spécialisé·e·s (là encore : psycho traumatisme, notamment pédopsychiatrie).
- Développer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et renforcer leurs moyens, afin d'assurer une meilleure prise en charge psychiatrique aux femmes en situation de précarité.
- Faire de la lutte contre la dépression du post-partum une priorité de santé publique, en systématisant l'information des mères pendant la grossesse, en mettant en place des grilles d'évaluation en prénatal comme en postnatal, en assurant un accompagnement renforcé des mères en postnatal, tant sur le plan matériel que psychologique, en renforçant les moyens et le personnel (présence de psychologues et d'addictologues) des services de protection maternelle et infantile (PMI).
- Déployer et renforcer le dispositif « Un chez soi d'abord » notamment rural et jeune.
- Inciter les acteurs de l'exclusion sociale à intégrer les dynamiques territoriales comme les Projets Territoriales de Santé Mentale (PTSM) et les Centres Locaux de Santé Mentale (CLSM) en les accompagnant et les outillant pour une meilleure prise en compte dans la construction des politiques locales.
- Promouvoir auprès des acteurs·rices les expériences probantes et outils tels que La ligne d'écoute national de prévention du risque suicidaire, le 3114, ou les ressources publiées par le Psycom comme le Cosmos mental, le jardin du dedans, la santé mentale des parents.

26. Neuropsychiatr Dis Treatment, Tinland A, Boyer L, Loubière S, Greacen T, Girard V, Boucekine M, et al. [Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life](#) - n°2018:14, 11p.

27. Assemblée Nationale - [Rapport d'information sur la santé mentale des femmes](#) - Juillet 2023 - 127p.

# Soutenir et accompagner les femmes en situation de pré et post-maternité

Aujourd'hui, l'accès et le maintien dans un parcours de soin adapté aux femmes enceintes et aux jeunes mères est une question sociale et de santé publique, qui appelle à des solutions immédiates. Ces dernières années, le nombre de femmes enceintes à la rue ne cesse d'être en constante augmentation, et leurs conditions de vie sont extrêmement préoccupantes, et plus particulièrement en Ile-de-France. Parmi les indicateurs de développement humain d'un pays, ceux relatifs à la santé périnatale sont parmi les plus probants. En effet, ils mesurent, à travers l'état de santé des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés, celui de la population globale et la qualité du système de soins. En 2021, le rapport de Santé Publique France portant sur la « santé périnatale » dresse un constat alarmant sur les conditions de prises en charge dégradées des femmes enceintes et des bébés. Nombre d'entre elles ne bénéficient d'aucun suivi médical, rencontrent des risques périnatals importants du fait de leurs conditions de vie précaires, allant jusqu'à faire courir le risque de mort pour leurs nourrissons.

Dès 2012, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France alertait<sup>28</sup> sur la surmortalité infantile en Seine-Saint-Denis : 4,8 ‰ contre 3,2 ‰ en France métropolitaine, et préconisait l'accès prioritaire à l'hébergement d'urgence des femmes enceintes et accouchées, au minimum au troisième trimestre de grossesse et jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Cette préconisation a été réaffirmée au sein de la politique des « 1 000 premiers jours de l'enfant », qui porte des mesures pour garantir une obligation d'hébergement jusqu'aux 2 ans de l'enfant.

Cette période peut s'avérer particulièrement délicate lorsque la mère est en situation de vulnérabilité, c'est-à-dire fragilisée par une circonstance d'ordre notamment médical, psychologique ou social qui la place dans l'impossibilité de répondre de façon adéquate aux situations menaçant sa santé. Violences, addictions, antécédents dépressifs ou encore précarité constituent quelques-uns des facteurs de vulnérabilité, qui sont susceptibles de provoquer un surrisque de morbidité et de mortalité maternelle, d'anomalies congénitales chez le bébé, d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance, mortalité infantile...

En raison du cumul des vulnérabilités et des violences subies par les femmes précaires, celles-ci sont plus exposées de fait à se retrouver en situation de dépression post partum. Sous-estimée, cette problématique peut s'expliquer par les professionnel-le-s accompagnant qui peuvent penser que la recherche d'un trouble psychique reviendrait à « pathologiser » leur souffrance risquant une forme de culpabilisation de ces femmes. Certaines femmes, elles-mêmes peuvent également craindre un diagnostic avec le risque que leurs enfants soient placés.

Le repérage précoce de ces situations et la mise en place d'un accompagnement coordonné entre professionnel-le-s constituent donc un enjeu majeur en vue de préserver la santé de la mère, soutenir l'accès à la parentalité du couple et contribuer au développement harmonieux de l'enfant.

La HAS<sup>29</sup> recommande que chacun des professionnel-le-s de la périnatalité s'informe sur les ressources locales, régionales et nationales disponibles et les utilise pour construire le parcours sanitaire et social de la femme.

L'accompagnement médico-social doit avoir pour objectifs :

- de s'assurer que les besoins primaires de la femme et de son enfant sont satisfaits : hébergement, alimentation, accès à l'eau et à l'hygiène ;
- de veiller à l'accès aux soins médicaux, à l'ouverture des droits sociaux et à la délivrance de médicaments ;
- d'anticiper le retour à domicile afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge.

Il est primordial que l'accompagnement soit réalisé de façon coordonnée entre les professionnel-le-s qui exercent en maternité et ceux qui interviennent en ville, idéalement via un référent unique, de préférence un.e professionnel-le de santé. Interlocuteur privilégié de la femme, il est choisi en accord avec elle.

28. ARS Ile-de-France - [Projet régional pour réduire la mortalité infantile et périnatale \(RÉMI\) en Île-de-France 2012-2017](#), 44p.

29. HAS - [Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal](#) - Février 2024, communiqué de presse

## RECOMMANDATIONS

- Garantir un accès à toutes les femmes enceintes et en post-partum à un hébergement et/ou logement adapté aux besoins de la mère/famille, dès la révélation de la grossesse.
- Définir un parcours partagé par l'ensemble des acteurs des différents secteurs et adapté aux situations familiales des femmes en situation de précarité.
- Garantir la continuité des droits et faciliter leurs accès pour proposer un accompagnement médico-social global et multi partenariale (CNAF, CNAM, Conseils Départementaux, ministère de la Santé, ministère de l'Intérieur, etc.).
- Promouvoir et assurer l'interprétariat dans l'accompagnement des femmes et des enfants.
- Favoriser l'interconnaissance entre les professionnel-le-s des différents secteurs, les institutions telles que les départements et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et les dispositifs de coordination comme les CPTS.



### DISPOSITIF INSPIRANT

#### Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) Périnatalité

Suite aux constats de l'absence de dispositif adapté aux besoins des femmes enceintes et qui viennent d'accoucher, une expérimentation a été menée par l'association Aurore à Athis Mons alliant accompagnement social et soins autour de la périnatalité des femmes et de leurs bébés en situation de grande précarité. Cela a permis de démontrer la pertinence de cet accompagnement en adaptant un dispositif existant, les LHSS, mais non autorisés à accueillir des mineurs. En 2021, un arrêté est publié autorisant pour 3 ans aux LHSS d'accueillir des mineur-e-s, de manière inconditionnelle. 48 places de LHSS périnatalité s'ouvrent sur 4 régions différentes.

Ces structures accompagnent de manière temporaire :

- les femmes avant leur accouchement lorsqu'elles présentent une pathologie ou leur enfant ;
- les enfants présentant une pathologie, non isolés ne séparé de leur-s parent-s.

Une évaluation par un cabinet extérieur mandaté a pu asseoir la pertinence de ces dispositifs et acter leur pérennisation. Également associée à l'expérimentation des LHSS Pédiatrique, la Fédération a accompagné les porteur-euse-s dans la structuration et poursuivra son soutien pour le déploiement des nouvelles places sur le territoire. Un point d'attention sur ce dispositif a été partagé sur l'accueil du co-parent et sur la difficulté de trouver une solution de logement ou d'hébergement lorsque l'accompagnement aux soins est terminé, sous risque d'emboliser les structures. Les 4 sites sont :

- **Association Aurore** à Athis-Mons (91) : ouverture de 25 places femmes enceintes et 25 places pédiatriques en 2021, adossé à un centre d'hébergement en soins résidentiels "Périnat Confluence" et un CHU ;
- **Association Saint-Benoît-Labre** à Saint-Sébastien-Sur-Loire (44) : ouverture de 11 places en 2022, dans des locaux dédiés dédié ;
- **Association Éole** à Lille (59) : ouverture de 8 places en 2022, structure commune à un CHRS et un accueil transgenre en transition ;
- **Association Saint François** à Bourges (18) : ouverture de 3 place en 2022, appartement en duplex aménagé.

# Défendre les droits à la santé et aux soins des femmes étrangères

Les analyses des déterminants de santé démontrent que les femmes étrangères en précarité connaissent des trajectoires de vie marquées par un continuum de violences. Elles se retrouvent de fait trop souvent triplement discriminées, comme femmes, étrangères et précaires, invisibilisées pour leurs besoins spécifiques. A ces violences, s'ajoutent celles subies lors du parcours migratoire et celles rencontrées sur le territoire d'accueil, qui ont des conséquences certaines sur leur santé physique et mentale.

Le statut de réfugié, tel qu'il est prévu par la Convention de Genève de 1951 dans son premier article<sup>30</sup> ne fait référence aux persécutions liées au genre. C'est pourquoi, le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile<sup>31</sup> vient compléter et préciser la notion de persécutions liées au genre. Toutefois, les femmes n'avaient jamais été jusqu'ici reconnues comme appartenant à un groupe social, en tant que telles, au sens de la Convention de Genève. Depuis le 16 janvier 2024, une décision historique de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE)<sup>32</sup> vient reconnaître que les femmes, dans leur ensemble, peuvent être regardées comme un groupe social, leur permettant ainsi de pouvoir bénéficier d'un statut de réfugié à titre principal, si les conditions sont remplies, ou d'une protection subsidiaire. L'on peut espérer que cette décision européenne sera mise en application, en France, par l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides (OFPRA).

49%<sup>33</sup> des personnes étrangères font le choix de ne pas recourir à un parcours de soins en raison des multiples freins qu'elles rencontrent pour faire valoir leurs droits à la santé en France. En effet, la complexité des démarches administratives engendrées par la coexistence de plusieurs dispositifs comme l'Aide Médicale d'État (AME), le régime général de la Sécurité Sociale, ou encore la CSS entravent et freinent l'accès des femmes étrangères à leurs droits à la santé, favorisant le non-recours et les ruptures de droit à la couverture maladie.

Les droits et les barrières financières à l'accès aux soins sont reconnus depuis longtemps comme des déterminants de santé à part entière, notamment pour les femmes étrangères.

Il apparaît nécessaire que soit pris en considération en sus des déterminants de sexe et de genre, l'impact du parcours migratoire des femmes migrantes sur leur santé. Le croisement de ces déterminants et du parcours migratoire permettra d'élaborer une offre de soins adaptés et ainsi garantir aux femmes étrangères un accès effectif à leurs droits à la santé et à un parcours de soins répondant à leurs besoins spécifiques.

## RECOMMANDATIONS

- Améliorer l'identification et le repérage des besoins, avec l'aide d'un-e interprète et/ou d'une travailleuse paire, et promouvoir la médiation interculturelle pour proposer un accompagnement par la santé adapté.
- Développer les échanges de pratiques et des partenariats entre les associations spécialisées et les professionnel-le-s du secteur de lutte contre les exclusions pour améliorer l'identification et le repérage des besoins, développer des actions de prévention adaptées, faciliter l'accès aux dépistages, ou encore garantir les droits à la santé sexuelle et reproductive des femmes étrangères.
- Agir sur les représentations, en sensibilisant et formant les professionnel-le-s sur l'impact des violences de genre et des discriminations sur l'état de santé des femmes migrantes.
- Protéger les femmes migrantes victimes de violences, en améliorant le repérage et l'identification grâce au questionnement systématique et la déconstruction des stéréotypes de genre spécifiques, et renforcer la protection des femmes étrangères victimes de traite par l'exploitation sexuelle et/ou en situation de prostitution.
- Adapter les supports d'information et de communication sur les méthodes de prévention, de dépistage et de contraception en tenant compte de la dimension culturelle du rapport à la sexualité et aux représentations associées et de la langue des femmes concernées.
- Libérer les tabous et la parole par la création d'actions ciblées : groupes d'expression sur la santé sexuelle et reproductive, sur les règles et le cycle menstruel.
- Garantir un accès facilité de toutes les femmes étrangères en situation administrative précaire à leurs droits à la santé globale, notamment à la santé sexuelle et reproductive : protections hygiéniques, contraception, IVG, dépistages IST, suivi gynécologique...
- Abroger le délai de carence dans l'accès à la protection maladie.

30. Convention de Genève du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés.

31. Article 511-3 du CESEDA : « s'agissant des motifs de persécutions, les aspects liés au sexe, à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle sont pris en considération aux fins de la reconnaissance de l'appartenance à un certain groupe social ou de l'identification d'une caractéristique d'un tel groupe ».

32. Arrêt du CJUE du 16 janvier 2024

33. Irdes - [Le recours à l'AME des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas](#) - Novembre 2019, 8p.

# Les personnes victimes de traite par l'exploitation sexuelle

La majorité des personnes victimes de la traite des êtres humains par l'exploitation sexuelle sont des femmes étrangères qui cumulent un continuum de facteurs de vulnérabilités (isolement, discrimination, administrative, socio-économique, précarité globale...) associé à des conditions de vie qui surexposent aux violences physiques, verbales et sexuelles. Ce cumul de vulnérabilités a des impacts multiples sur la santé globale des femmes en situation de prostitution.

A ces violences, s'ajoute des représentations discriminantes sur leurs droits et besoins en santé, qui continuent d'être considérés que par le seul biais des infections sexuellement transmissibles et la réduction des risques. Pourtant la Haute Autorité en Santé<sup>34</sup>, préconisait déjà de développer des politiques de santé globale et de faciliter l'accès aux dispositifs de couverture d'assurance maladie, à l'information et aux structures de soins, mais aussi de proposer un accompagnement adapté aux spécificités culturelles et linguistiques auprès des femmes étrangères en situation de prostitution. Depuis le 2 mars 2017, le Référentiel National des Actions de Réduction des Risques en direction des personnes, proposent enfin des mesures adaptées pour prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux résultant de l'exploitation sexuelle qu'elles subissent.

La Fédération partage ces recommandations et préconise également :

- de faciliter l'accès à l'Aide Médicale d'État (AME) afin de garantir un accès aux soins adapté, sans tenir compte de la durée de présence sur le territoire ;
- le développement de politiques de santé globale adaptées aux besoins spécifiques des femmes en situation de prostitution, par des professionnel·le·s formé·e·s afin d'améliorer à la fois l'information sur les pratiques de prévention, l'accès aux dépistages, aux traitements et aux parcours de soins ;
- d'assurer la reconnaissance et l'effectivité des droits à la santé des personnes en situation de prostitution ;
- de promouvoir les démarches d'aller vers et d'accueil à bas seuil et de proposer un accompagnement médico-psycho-social adapté aux besoins des personnes en situation de prostitution ;
- de prendre en compte la santé et la prévention des risques dans l'activité prostitutionnelle des personnes rencontrées / accompagnées mais aussi dans le cadre de leur vie privée.
- d'accompagner les personnes concernées dans leur parcours vers le séjour et notamment la protection au titre de l'asile.

## Focus 4

# Proposer un accompagnement médico-psycho-social individualisé et adapté pour les femmes victimes de violences

---

## Reconnaitre pleinement l'impact des violences conjugales sur la santé physique et psychique des femmes

Les violences conjugales sont un problème de santé publique au regard de leurs impacts multiples et durables sur la santé des femmes victimes. Les répercussions sur la santé sont à la fois physiques (lésions traumatiques, céphalées, douleurs au dos, troubles gastro-intestinaux), gynécologiques (les femmes peuvent présenter des troubles tels que les vaginites, les douleurs pelviennes chroniques, infections urinaires), mais aussi psychologiques (troubles et stress post traumatique, perte d'appétit, hypervigilance, comportements dangereux, suicide...), féminicides.

La reconnaissance des impacts des violences sur la santé mentale sont enfin reconnus, mais demeurent plus compliqués à repérer pour les professionnel-le-s qui n'ont pas été sensibilisé-e-s ni formé-e-s à leurs détections. En effet, l'état de Stress Post Traumatique (SPT) peut s'installer dans la durée et se manifester de différentes manières : soit par des « pensées récurrentes sur les violences, ruminations, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'événement (sensations douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'événement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars, vécus intensément avec une forte angoisse et détresse », ou encore par des phénomènes de dissociation : « état de conscience altérée, troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, sentiments d'étrangeté, d'être spectateur de sa vie, dépersonnalisation ».

Néanmoins, malgré les rapports en santé publique portant sur les impacts des violences conjugales et de manière plus générale des violences sexistes et sexuelles sur la santé mentale, nombre de victimes se retrouvent invisibilisées sur leurs besoins spécifiques du fait d'un manque de formation des professionnel-le-s.

## Valoriser et renforcer les moyens financiers et humains des associations spécialisées qui accompagnent les femmes victimes de violences dans tous les territoires

La plupart des territoires sont dotés d'associations qui accompagnent des femmes victimes de toutes formes de violences, mais leurs actions demeurent insuffisamment considérées et financées pour pouvoir répondre aux besoins des femmes victimes de violences en constante augmentation. Bien souvent, nombre d'entre elles se retrouvent accueillies, accompagnées et hébergées au sein de structures dites « généralistes », qui n'ont ni vocation, ni les moyens humains et financiers de les prendre en charge et de leurs apporter un accompagnement médico-psycho-social adapté à leurs besoins.

C'est pourquoi, la Fédération recommande à la fois de valoriser et de renforcer les moyens financiers et humains des associations spécialisées qui disposent de l'expertise et du savoir-faire mais aussi de donner les moyens humains et financiers dans les territoires aux Déléguées Régionales et Départementales aux Droits des Femmes et à l'égalité (DDFE et DRDFE) pour pouvoir mener l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de lutte contre les violences faites aux femmes, et offrir une véritable protection à toutes les victimes. Pour finir, proposer un accompagnement adapté et individualisé demande aussi que tous-tes les professionnel-le-s qui se retrouvent au contact de femmes et d'enfants victimes de violences soient formé-e-s à les détecter et les prévenir. Il est primordial de proposer dans le cadre des formations de tous les secteurs, des modules dédiés sur la prévention des violences et de proposer un cadre de coordination inter professionnel-le pour pouvoir échanger sur les pratiques et ainsi sécuriser et faciliter le parcours d'accompagnement des femmes et des enfants victimes de violences.



## RECOMMANDATIONS

- Faire du questionnement systématique sur les violences, un principe clés du parcours médico-psycho-social.
- Prendre en charge à 100 % par l'État les soins dispensés aux victimes de violences, y compris majeures, incluant les soins dispensés par des psychologues, des médecins et des psychiatres formé·e·s et spécialisé·e·s sur les conséquences psycho-traumatiques des violences.
- Instaurer dans le référentiel des examens de la formation initiale des professionnel·le·s de santé (médecins, kinés, pharmaciennes, dentistes...) un item obligatoire sur les violences conjugales et leurs impacts, la rédaction du certificat médical, le signalement auprès des autorités compétentes.
- Veiller à l'application de l'article 51 de la loi du 4 août 2014 qui vise à ce que chaque professionnel·le en lien avec une femme victime de violences reçoive une formation initiale et continue sur les violences faites aux femmes et les outils existants relatifs aux protocoles de signalement.
- Garantir l'application de l'article 226-14 3° du code pénal, en particulier le point 3, permettant à tout·e professionnel·le de santé de pouvoir déroger à son obligation de secret lorsqu'une victime de violences conjugales se trouve en situation de danger immédiat et sous emprise.
- Garantir l'accessibilité aux antennes des Unité Médico-Judiciaires (UMJ) avec des médecins légistes et autres professionnel·le·s de santé, tel·le·s que des infirmiers·ères spécialisé·e·s par département et permettre la conservation d'éléments de preuve même si la victime ne souhaite pas porter plainte.
- Financer des postes de référent·e·s égalité dans les structures du secteur AHI-L, du sanitaire et du médico-social.

Dans le cadre du nouveau au « [plan égalité entre les femmes et les hommes](#) » 2023 - 2027, le gouvernement a annoncé la création dans chaque département d'une structure médico-sociale de prise en charge globale des femmes victimes de tous types de violences, adossée à un Centre Hospitalier (CHU). Ce présent dispositif vise à organiser et coordonner l'offre de soins sur chaque département aux femmes victimes de violences. Ces lieux peuvent également proposer un accompagnement psychologique et juridique, et orienter si besoin vers les partenaires du territoire (psychologues, médecins, associations d'aide aux victimes, policiers et gendarmes, tribunal, avocats...), mais ne sauraient se substituer aux accueils de jours femmes victimes de violences, et nécessitent des financements dédiés et pérennes à la fois du ministère de la Santé et du ministère à l'égalité entre les femmes et les hommes.

La Fédération préconise donc :

- garantir sur les territoires une offre globale mobilisant un réseau d'acteur·rices du territoire pour assurer : l'accueil, la sécurité, l'accompagnement sanitaire et social, l'hébergement et l'accès au logement...
- adapter le modèle des maisons des femmes à chaque territoire avec un cahier des charges exhaustifs
- proposer un accompagnement médico-social adapté aux besoins des enfants, des personnes en situation de prostitution, des mineur·e·s victimes de la prostitution, des personnes victimes de traite, pré-post maternité
- dédier des financements aux associations spécialisées partenaires qui assureront l'accompagnement social globale des femmes victimes de violences et de leurs enfants co-victimes.



## **DISPOSITIF INSPIRANT**

La Maison de santé des Femmes de Rennes portée par l'association ASFAD

La maison de santé des femmes de Rennes est un lieu ressource, sanitaire et social, co-porté par le CHU de Rennes (volet sanitaire) et l'association spécialisée ASFAD (volet social).

Cette maison se veut un lieu d'accueil, d'écoute, de soin et d'accompagnement et d'orientation des femmes, avec ou sans enfant, victimes de violences conjugales, intrafamiliales, sexistes et/ou sexuelles, ainsi que pour les femmes victimes de mutilations sexuelles, en demande d'IVG ou de prise de charge de leur santé sexuelle.

### **Missions principales :**

- Proposer un accueil, un répit, une écoute, des soins, un accompagnement ou une prise en charge individuelle ou collective, globale et coordonnée des femmes victimes de violences, mineures et majeures, et des femmes en demande de prise de charge de leur santé sexuelle ou d'IVG
- Faire le lien avec les structures proposant la mise en sécurité (hébergement)
- Accompagner les enfants et les adolescents des mères victimes de violence en lien avec les partenaires de la protection de l'enfance particulièrement les services du conseil départemental
- Proposer une prise en charge collective : groupes de paroles et activités thérapeutiques collectives
- Organiser des espaces et temps de convivialité et de sensibilisation
- Orienter vers les partenaires du territoire
- Réaliser des formations à destination des professionnel·le·s
- Mettre en place des actions de prévention auprès d'un large public
- Participer à la recherche dans le domaine des violences faites aux femmes

### **Les principes d'action de la structure :**

- Pour toutes les formes de violences faites aux femmes actuelles ou passées
- Un lieu confidentiel et gratuit
- Un accueil inconditionnel
- Une écoute 24h/24h
- Une grande accessibilité (mobilité et amplitude horaire)
- Des valeurs fortes : bienveillance, écoute et non-jugement
- Un guichet unique pour un accompagnement global
- Du suivi médical, social, psychologique, juridique et d'insertion professionnelle
- L'inscription dans une dynamique partenariale locale

### **Les enjeux communs et partagés :**

- Améliorer l'accueil, l'écoute, le soin, le dépistage et le repérage, l'accompagnement des femmes victimes de violence et des enfants co-victimes
- Assurer un accompagnement pluri professionnelle, globale et continue des personnes accueillies
- Travailler à la reconnaissance mutuelle des expertises professionnelles et veiller à leur complémentarité
- Déployer les moyens nécessaires à une offre de service ambitieuse et qualitative
- Développer des actions de sensibilisation et de prévention

### **Missions du volet sanitaire :**

- La prise en charge de la santé sexuelle des femmes et des IVG.
- La prise en charge des femmes victimes de mutilations génitales.
- La prise en charge des femmes victimes de toutes formes de violences (prise en charge médicale, somatique et psychique avec une approche centrée sur le psycho traumatisme).
- La prise en charge des enfants, co-victimes des situations des violences conjugales, par l'unité d'accueil pédiatrie enfance en danger (UAPED) du CHU

### **Missions du volet social :**

- Un accueil, une écoute, un accompagnement individuel et collectif, une information et une orientation des femmes (adultes et adolescentes) victimes de violences et de leurs enfants
- Un accompagnement psychologique de femmes confrontées à des violences et de leurs enfants
- L'évaluation des demandes de mise en sécurité
- Une ligne d'écoute spécialisée 24h/24h 7j/7j
- Un accompagnement spécialisé sur le droit des étrangers/droit de la famille pour les femmes victimes de violences
- Un lieu de repos, et d'accès à certains services (buanderie, cuisine, espace de jeux, ...)
- Des temps de sensibilisation sur le sujet des violences conjugales

# Ressources

(Note de bas de page)

→ **Rapport la santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité**

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes - 29 mai 2017

[Consulter le rapport](#)

→ **Communiqué de presse du CHU**

Montpellier 11 janvier 2024

[Consulter le communiqué de presse](#)

→ **France, portrait social - Insee - Édition 2020**

Cette édition porte sur la vue d'ensemble porte sur l'impact social de la crise sanitaire de la Covid-19 et du confinement, dans des domaines tels que la santé, l'emploi, les inégalités femmes-hommes, la scolarité des enfants, les pratiques culturelles, etc. Un éclairage est ensuite apporté sur les enfants, sous l'angle des inégalités sociales.

[Consulter l'édition](#)

→ **Bilan démographique 2023**

Insee Première - n° 1978 - Janvier 2024

[Consulter le bilan](#)

→ **Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France**

Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes - Janvier 2024

[Consulter le rapport](#)

→ **Brochure - Vers l'égalité femme-hommes ? Chiffres clés 2023**

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche - Mars 2023

[Consulter la brochure](#)

→ **Article - Stop à la médecine spécialisée à deux vitesses**

UFC-Que choisir - 22 février 2024

[Consulter l'article](#)

→ **Guide accompagnement en santé - Aller vers les personnes en matière de santé**

Fédération des acteurs de la solidarité - 2016

[Consulter le guide](#)

→ **Publication - L'indispensable engagement de la France pour les droits et la santé sexuels et reproductifs dans le monde**

Planning familial et MdM - Février 2016

[Consulter la publication](#)

→ **Circulaire ministérielle n°2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'IVG**

Elle prévoit l'élaboration des actions que doivent conduire les ARS dont la conduite d'un diagnostic territorial en concertation avec les acteurs et à l'élaboration d'un plan régional IVG.

[Consulter la circulaire](#)

→ **Proposition de loi visant à mieux lutter contre la précarité menstruelle**

Assemblée nationale - 25 avril 2023

[Voir la proposition de loi](#)

→ **Études et Résultats - Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie**

DREES - n° 1243 - Octobre 2022

[Consulter l'étude](#)

→ **Étude - Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique**

HCE - Novembre 2020

[Consulter l'étude](#)

→ **Rapport sur la proposition de loi visant à soutenir les femmes qui souffrent d'endométriose**

Assemblée nationale - 4 octobre 2023

[Consulter le rapport](#)

→ **Article - Un examen de prévention en santé personnalisé près de chez vous**

[Consulter l'article](#)

→ **Guide à destination des professionnel-le-s pour une meilleure prise en compte des violences de genre dans les structures d'hébergement mixtes**

FAS et fondation des femmes - Octobre 2021

[Consulter le guide](#)

→ **Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life**  
n°2018

[Consulter la publication](#)

→ **Rapport d'information sur la santé mentale des femmes**  
Assemblée Nationale - Juillet 2023

[Consulter le rapport](#)

→ **Projet régional pour réduire la mortalité infantile et périnatale (RéMI) en Île-de-France 2012-2017**  
ARS Ile-de-France

[Consulter la publication](#)

→ **Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal**  
HAS - Février 2024

[Consulter la publication](#)

→ **Le recours à l'AME des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas**  
Irdes - Novembre 2019

[Consulter le recours](#)

→ **État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire**  
HAS - Janvier 2016

[Consulter le recours](#)

La **Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)** est un réseau de plus de 900 associations et 2800 structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 fédérations régionales sur l'ensemble du territoire.

La Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La Fédération représente les établissements et services adhérents dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés. La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire.

Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'Etat, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.

[www.federationsolidarite.org](http://www.federationsolidarite.org)

**Marine MALBERG GALLOTTE**  
Chargée de mission Droits des Femmes  
Prostitution  
[marine.malberg@federationsolidarite.org](mailto:marine.malberg@federationsolidarite.org)

**Charline BARGHANE**  
Chargée de mission Santé  
[charline.barghane@federationsolidarite.org](mailto:charline.barghane@federationsolidarite.org)

**Fédération des acteurs de la solidarité**  
76, rue du Faubourg Saint-Denis  
75010 Paris

Parution : Mars 2024  
Réalisation graphique : Enora Ménard / FAS  
Crédit Photos : Unsplash - Joel Muniz  
Impression : Média Graphic