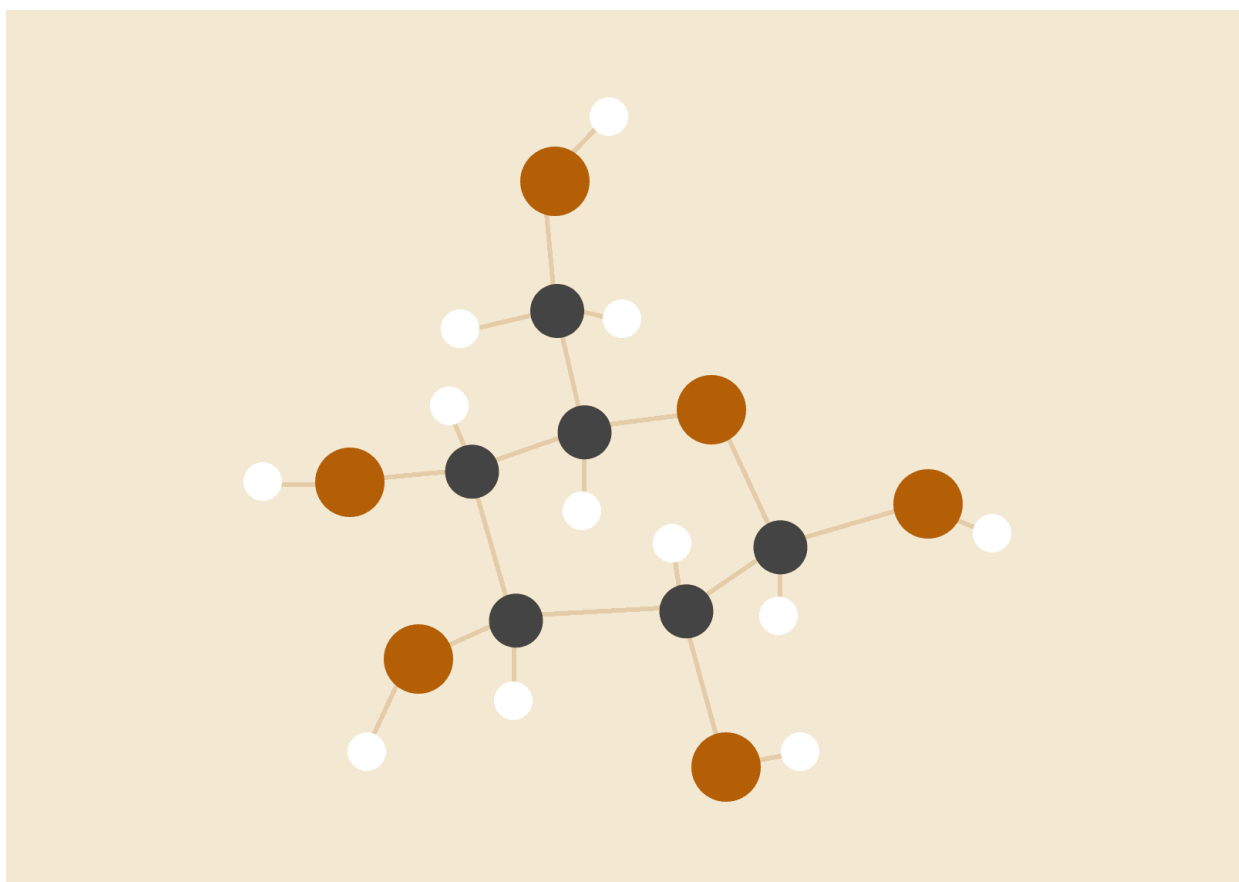


DIAGNOSTIC TERRAIN SUR LA SANTÉ SEXUELLE AUPRÈS DES PRIMO-ARRIVANT.E.S EN FRANCE

Rapport et recommandations pour les activités de l'association FARDA



INTRODUCTION

1.1 Contexte de l'étude

Qu'est-ce que la santé sexuelle ?

Comme pour sa définition de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé sexuelle comme un "état de bien être physique, émotionnel, mental et social" en matière de sexualité. L'OMS précise aussi que "ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité" qui définit la santé sexuelle. C'est un concept à la fois très flou mais nécessaire, car il permet de renvoyer à une notion multifactorielle et globale, avec des contraintes physiques, mentales, émotionnelles et sociales.

"La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés." (OMS)

Au niveau international, il y a consensus et notamment au sein des organisations internationales UNAIDS, UNWOMEN, l'OMS, le Fond des Nations Unies pour la Population et le Développement etc. sur le fait que l'éducation à la santé sexuelle est une affaire de droits humains. En effet, on observe un glissement vers les "droits sexuels et reproductifs" promus à l'échelle internationale : notamment le respect de la diversité sexuelle (orientations sexuelles notamment), droit à l'IVG élargi et à la contraception.

On peut décliner de la sorte les cinq composantes essentielles de la santé sexuelle:

1. Bien-être général et développement avec des facteurs liés à la pratique de la santé personnelle et au style de vie, au bien-être physique, mental, social (socio-économique et culturel)

2. Une vie sexuelle sûre et satisfaisante
3. Approche respectueuse des relations sexuelles et de la sexualité
4. Planification familiale et fertilité
5. Accès à l'information et aux soins

En France, la santé sexuelle est devenue un enjeu prioritaire porté par plusieurs ministères. D'une part on la retrouve dans la *Stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des réfugiés 2018*¹ portée par le ministre de l'Intérieur, notamment sur la priorité suivante :

- Améliorer l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés :
 - Axe 1 : "Encourager l'accès à la prévention et aux soins des migrants"
 - Axe 2 : "Mobiliser les dispositifs sanitaires de droit commun et développer des dispositifs "d'aller vers"

D'autre part, la santé sexuelle est au coeur de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, pilotée par le Ministère de la Santé et des Solidarités, en particulier sur les axes et objectifs suivants :

- La favorisation de l'accès aux droits et la lutte contre les discriminations subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations vulnérables (Axe II, objectif 5) ;
- Le renforcement de l'information sur les différentes méthodes de contraception (Axe III, objectif 1.1) ;
- La réduction des grossesses non prévues et non désirées (Axe III, objectif 2) ;
- La réponse aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables (Axe IV) :
 - > Objectif 1 : "Renforcer la prévention, l'accès aux droits et la prise en charge à destination des personnes les plus exposées au VIH, aux hépatites et aux IST"
 - > Objectif 1.3 : "En direction des Populations originaires des Zones d'Endémie Forte (POZEFs) / les migrants"
 - > Objectif 1.4 : "En direction des autres populations exposées au VIH, aux IST, aux hépatites virales, aux violences et aux grossesses non prévues : personnes en situation de prostitution, les personnes sous main de justice, les personnes usagères de drogues". Cet objectif cible spécifiquement les personnes forcées à immigrer, les personnes sans-papiers et les femmes migrantes.

¹ Stratégie d'intégration des réfugiés * Diair. [s. d.]. Disponible à l'adresse : <https://accueil-integration-refugies.fr/nos-missions/strategie-dintegration-des-refugies/>.

1.2. Quels enjeux ?

Les populations migrantes sont particulièrement vulnérables, dans la mesure où leur accès aux structures de soins, aux actions de prévention et aux formations sur la santé sexuelle est limité. Aussi, d'autres facteurs sont à prendre en compte comme la précarité économique et le faible niveau de compétences en santé, conditionné par l'environnement culturel et sanitaire du pays d'origine. Il est essentiel de mener des actions pour réduire les prises de risques, notamment auprès des populations migrantes qui sont en provenance de pays à forte prévalence d'IST / VIH et/ou en situation de précarité. Dans cette logique, FARDA cible des groupes de migrant.e.s présentant divers facteurs de vulnérabilité et leur facilite l'accès à l'information.

“Le contexte migratoire influe souvent sur la santé, de façon indirecte, en se répercutant négativement sur la situation personnelle, sociale, économique, politique et juridique des personnes migrantes. A cela s'ajoutent parfois des expériences de violence et d'autres traumatismes dans le pays d'origine ou pendant la fuite. Ces facteurs peuvent entraîner un comportement plus risqué en matière de santé et compliquer l'accès aux offres de soins en raison par exemple de difficultés de compréhension ou d'un statut de séjour précaire.” Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2016) Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST - Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ (cadre MV). Berne : OFSP SUISSE²

En outre, s'agissant du public ciblé précité, il semble fondamental de prendre en compte les dimensions sociales et culturelles qui conditionnent la perception de la sexualité. C'est le cas notamment chez les primo-arrivant.e.s en France, fortement originaires de pays où les taux de violences sexuelles sont élevés, où les normes de genre sont très inégalitaires, et où les représentations sur la sexualité sont taboues, incitant à des pratiques secrètes, clandestines, donc qui peuvent comporter plus de risques sanitaires et moins de suivi. Enfin, ces représentations négatives de la sexualité peuvent engendrer une très mauvaise connaissance de la santé sexuelle et reproductive.

Selon une étude sur le lien entre les parcours de vie des migrant.e.s originaires d'Afrique subsaharienne vivant en île-de-France financée par l'ANRS en 2017³, plusieurs

²

<https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/1998-sante-sexuelle-et-prevention-pour-les-migrant-e-s#ftnref2>

³

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/2017bordeaux-migrants/2017bordeaux-gpvspilf-pannetier-parcours-vulnerabilite-sexuelle.pdf>

conclusions ont été tirées permettant une meilleure compréhension des facteurs de transmission du VIH/sida et des hépatites virales. Six à sept ans après l'arrivée en France, la moitié des migrant.e.s d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas eu accès aux trois éléments d'installation (logement + papier + travail). Cette longue période de précarité en France tient plus au contexte qu'aux profils des personnes immigrées. De plus, la précarité augmente l'exposition aux relations sexuelles à risque pour le VIH. Ces situations à risque sont plus fréquentes les années sans logement personnel stable, et les années sans titre de séjour, toutes choses égales par ailleurs. La précarité vécue lors des premières années de vie en France, fréquente chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et chez personnes exilées en général, peut donc être considérée comme un facteur indirect de l'infection VIH. Les femmes sont particulièrement vulnérables en l'absence de logement, surtout celles qui sont arrivées en France pour fuir une menace dans leur pays. La précarité qui accompagne les années d'installation augmente l'exposition aux risques sexuels et au VIH, altère la santé psychique et physique, et peut compliquer l'accès aux soins.

1.4. Un besoin en France

Il existe dans de nombreux pays d'Europe des programmes qui proposent des cours d'éducation sexuelle et de prévention des violences sexuelles auprès des primo-arrivant.e.s. Certains sont obligatoires, mais le plus souvent la participation est basée sur le volontariat. En France, en revanche, il n'existe pas de cours ni de formation spécifique sur ces thématiques-là pas prévu dans le Contrat d'Accueil et d'Intégration (CAI) ni du Parcours Personnalisé d'Intégration Républicaine⁴. Pourtant, l'éducation sexuelle du public primo-arrivant constitue un enjeu majeur pour les sociétés d'accueil comme nous avons pu le voir précédemment. FARDA souhaite se saisir de cet enjeu afin d'œuvrer pour une meilleure éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des primo-arrivant.e.s en France.

https://www.cephed.org/parcours/depliants_parcours.pdf

⁴

https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/ad-hoc-queries/ad-hoc-queries-2016.1040_violence_prevention_and_sexual_education_wider_dissemination.pdf

2. Méthodologie

2.1. Objectifs de l'étude

FARDA est une association féministe, créée avec et pour les migrant.e.s, qui participe à la bonne santé mentale et physique, à la création de liens et à l'égalité femmes-hommes, dont la mission est de construire une société où chacun.e puisse s'épanouir et s'accomplir dans sa vie affective et sexuelle.

Pour ce faire, l'association s'est donné plusieurs objectifs :

- Sensibiliser les exilé.e.s à la santé sexuelle à travers des ateliers
- Former les professionnel.le.s des structures d'accueil et d'hébergement de personnes exilées et former les exilé.es pour leur donner une place de facilitateur.ice dans l'éducation sexuelle auprès de leur communauté.
- De façon plus transversale, promouvoir un soutien psychologique pour les personnes exilées, faire entendre leur voix et créer du lien entre les locaux et les nouveaux.elles arrivant.e.s.

Afin d'atteindre ses objectifs, FARDA a mis en place un diagnostic de terrain dont les résultats ont permis d'évaluer les besoins des primo-arrivant.e.s afin de proposer des contenus adaptés sur l'éducation à la santé sexuelle. Cette enquête a fourni des éléments concrets sur lesquels FARDA a pu capitaliser afin d'orienter non seulement le travail lors des ateliers, mais également les diverses actions de sensibilisation sur les enjeux de la santé sexuelle auprès des migrant.e.s et demandeur.euse.s d'asile. Il s'agit de mieux connaître les besoins des primo-arrivant.e.s en matière de santé sexuelle, et leurs connaissances sur les déterminants de la santé sexuelle, mais aussi évaluer leur niveau de connaissance et d'accès au système de santé français.

2.2. Démarche méthodologique

Ce diagnostic fait état des résultats d'une enquête menée entre novembre 2019 et janvier 2020

Cette étude s'appuie sur :

- Une dizaine d'entretiens informels, semi-directifs, individuels et en groupe au

sujet des expériences et connaissances liées à la santé sexuelle. Ces entretiens préparatoires avec des personnes exilées contactées via des réseaux de connaissances ont permis la mise en place du questionnaire en adaptant les questions au profil des migrant.e.s et ont permis de mieux aborder les thématiques liées à la vie affective, sexuelle et relationnelle.

- Des entretiens menés auprès de professionnel.le.s travaillant avec la population cible de notre enquête.
- Un questionnaire établi à partir des réponses aux entretiens précités. Le but de ce questionnaire était d'être accessible à toutes et tous, donc le plus général, simple et rapide possible. Il est directif, anonyme, et en ligne. Il a été partagé dans les permanence juridiques, en face à face, dans des groupes sur les réseaux sociaux d'apprenant.e.s en langue française et sur des groupes communautaires.

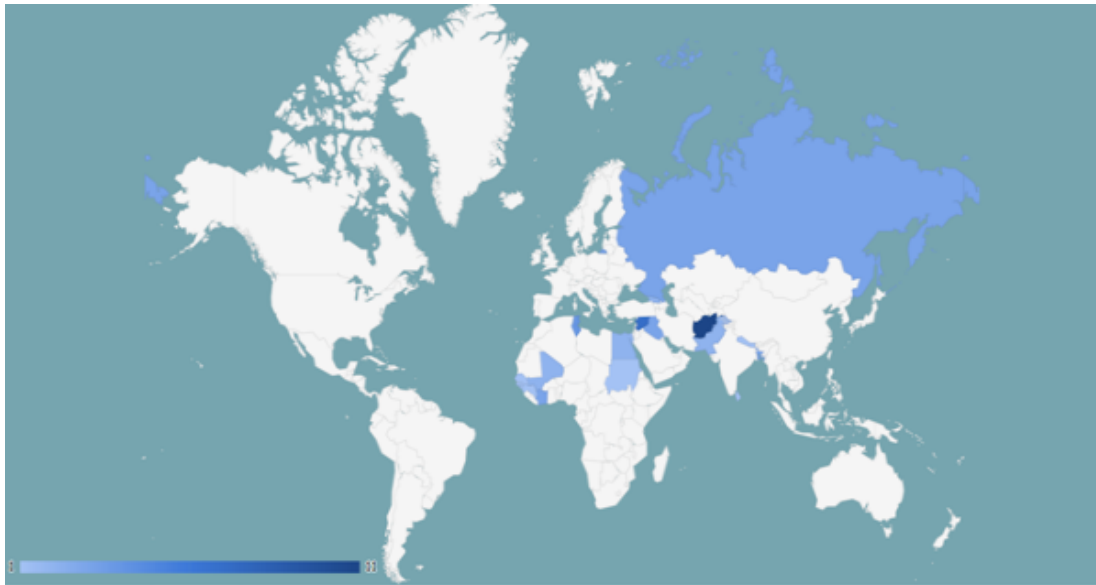
Quant à l'analyse, elle s'articule autour de deux axes :

1. Axe 1 : L'évaluation des connaissances sur la santé sexuelle et sur la prise en charge médicale en matière :
 - de contraception
 - d'IST dont le SIDA
 - de mode de transmission et de prévention
 - de dépistage, soins, suivi, fréquentation d'institutions médicales
2. Axe 2 : le recueil participatif des besoins et des demandes (en vue d'activités ciblées et adaptées) auprès de ces populations spécifiques en ce qui concerne :
 - les thématiques à aborder en priorité selon les envies
 - les besoins manifestes en informations
 - la forme par laquelle devraient être partagées les informations

2.4. L'échantillon de l'enquête

L'objectif était de pouvoir récolter des réponses auprès de profils aussi variés que possible. C'est dans cette perspective que le questionnaire a été traduit en plusieurs langues : Anglais, Persan, Pachtou, Arabe, Russe. Ces traductions ont permis d'obtenir des

réponses de primo-arrivant.e.s de 17 pays différents, avec une majorité de répondant.e.s originaires d’Afghanistan (23%) et de Syrie (15%). Les autres pays représentés sont : la Tunisie, la Russie, la Côte d’Ivoire, l’Irak, le Bangladesh, le Pakistan, le Mali, la Géorgie, l’Egypte, le Sri Lanka, le Sénégal, le Soudan, le Népal, la Guinée Bissau et la Guinée Conakry.



En termes de représentativité, les enquêté.e.s sont très majoritairement des hommes (77%), l’exil en France concernant plus les jeunes hommes célibataires.

Il est important de noter que la moyenne d’âge de l’échantillon est de 29 ans, et que le temps passé sur le territoire français par les personnes ayant répondu à notre enquête est de 3 ans et demi.

2.3. Les biais de cette étude

Cette étude ne se veut pas être statistiquement représentative de la population des migrant.e.s en France. Non seulement les nationalités enquêtées ne sont pas représentatives proportionnellement à la population de migrant.es en France, mais aussi, l’échantillonnage se trouve être insuffisant pour en tirer une conclusion globale sur les primo-arrivant.e.s en France dans leur ensemble. A travers cette étude, il s’agit plutôt d’aborder la question de la santé sexuelle par un questionnaire rapide et accessible à

tous et toutes, plutôt que de vouloir donner un aperçu représentatif. Aucune généralisation ne peut être envisagée à partir des conclusions de cette étude.

De plus, nous avons identifié un biais de désirabilité sociale dans les réponses au questionnaire mais aussi dans les entretiens menés au préalable. En effet, les tabous autour de la sexualité, les représentations que chacun.e en a, et la position dans laquelle se trouvent les primo-arrivant.e.s en France, avec une volonté d'insertion sociale, ont pu mener les enquêté.e.s à vouloir montrer qu'ils étaient éduqué.e.s quant à la santé sexuelle.

Enfin, il semble aussi important de noter que nous n'avons pas pu entrer en contact avec tous les enquêté.e.s qui ont répondu au questionnaire. Nous ne sommes donc pas en mesure de vérifier si tous les répondant.es se trouvaient dans des conditions adéquates pour répondre à cette enquête. Nous n'avons pas toujours eu l'occasion de leur poser des questions complémentaires, ou à préciser nos questions dans le cas où celles-ci auraient été mal comprises.

3. Résultats

3.1. Le système de santé français

Cette enquête a tout d'abord permis de mettre en évidence un manque d'information très important sur le système de santé français chez les personnes enquêtées. En effet, 1 personne sur 5 (soit 19% des répondant.e.s) ne connaît pas la couverture santé dont ils.elles disposent. 54% des personnes interrogées déclarent avoir la CSS - ex-CMU-C (couvrant les parts complémentaires des dépenses de santé pour les personnes avec de faibles ressources en situation régulière) et 12% déclarent avoir l'AME (destinée aux personnes étrangères qui disposent de faibles ressources en situation irrégulière). 12% des personnes enquêtées déclarent n'avoir aucune couverture maladie. En outre, plus de 40% des personnes interrogées ne savent pas où se soigner en cas de problème de santé.

3.2. Accès à l'information sur la santé sexuelle

En ce qui concerne la santé sexuelle, bien qu'une faible majorité des

répondant.e.s disent avoir eu accès à l'éducation sexuelle en milieu scolaire ou en avoir parlé avec une personne professionnelle du secteur médical, on remarque que la santé sexuelle reste très tabou parmi les personnes enquêtées, puisque 73% d'entre elles.eux n'en ont jamais parlé dans le cadre familial et que 36% des personnes enquêtées n'ont jamais parlé de sexualité dans un contexte amical.

Par ailleurs, la principale source d'information sur ce sujet semble être internet, puisque 79% des enquêté.e.s ont pu y visionner des vidéos sur la santé sexuelle et/ou la sexualité. Ce déficit d'éducation à la sexualité a un véritable impact sur les pratiques et les représentations des primo-arrivant.e.s. Par exemple, lors d'un des entretiens individuels menés dans le cadre de cette étude, à la question "Comment avez-vous appris à mettre un préservatif?", une personne primo-arrivante a répondu avoir appris à utiliser un préservatif dans le cadre d'une relation tarifée avec une prostituée. Ainsi, les enquêté.e.s ont jugé de façon quasi-unanime qu'il leur est nécessaire d'avoir plus d'informations sur la santé sexuelle et la sexualité (98% des répondant.e.s)

En ce qui concerne la contraception, on remarque que 46% des personnes interrogées ne connaissent pas la signification du mot contraception - pourtant traduit dans chaque langue, et parmi celles qui le connaissent, 24% ont cité des méthodes contraceptives non-fiables. Il en est de même pour les IST puisque l'on constate qu'une grande majorité des répondant.es ne savent pas les nommer (70%), en citer les symptômes (73%) ou encore ne connaissent pas les démarches à suivre pour les identifier après un rapport à risque (64%). Aussi, 33% des répondant.e.s affirment qu'il est impossible de contracter une IST lors d'un rapport sexuel, ou ignorent que cela est possible.

Concernant le VIH, si la grande majorité des répondant.e.s affirment savoir qu'il se transmet par des rapports sexuels, les idées erronées sur les autres modes de transmission persistent. En effet, 56% des enquêté.e.s pensent qu'il se transmet en touchant les mêmes objets ou affirment ne pas savoir, 50% qu'il se transmet par des caresses ou affirment ne pas le savoir, et 29% qu'il se transmet par des baisers ou affirment ne pas le savoir. En revanche, 25% des répondant.e.s ne savent pas si le VIH se transmet par le sperme, 22% ignorent s'il se transmet par le sang, et 31% ne savent pas

qu'il se transmet par le lait maternel.

3.3. Attentes des personnes enquêtées

Une deuxième partie de ce questionnaire est axée sur les attentes des participant.e.s aux ateliers.

Les trois sujets qui semblent le plus intéresser les enquêté.e.s sont :

- "la sexualité dans le contexte français" (87% des répondant.e.s) , ce qui peut refléter le besoin d'une meilleure insertion sociale, ou le besoin d'acquérir des clés de compréhension interculturelles,
- "les IST" (83% des répondant.e.s)
- et enfin "les relations femmes-hommes" (79% des répondant.e.s)

On remarque un fort intérêt pour toutes les thématiques proposées. Seule la thématique des règles n'a pas intéressé la majorité des enquêté.e.s (48%), ce qui peut s'expliquer par la forte concentration d'hommes parmi les répondant.e.s.

Enfin, sur la forme que pourraient prendre les ateliers, ce sont les discussions de groupe et des rencontres avec des professionnels de santé qui intéressent le plus les enquêté.e.s., même s'ils souhaitent aussi pouvoir faire des ateliers sous forme de cours et utiliser supports numériques et ludiques.

4. Conclusion, recommandation et axe d'action

4.1. Principales conclusions

Le diagnostic de FARDA met en évidence l'importance des ateliers sur le genre et la sexualité à destination des personnes migrantes. Ce diagnostic souligne aussi l'intérêt des personnes qui ont participé à l'enquête pour les thématiques liées à la santé sexuelle, malgré les tabous inhérents à ces thématiques.

4.2. Recommandations dans le cadre des activités de FARDA

Caractéristiques des activités

- Favoriser des activités de proximité (aller vers les populations), en se rendant dans les structures d'accueil et d'accompagnement
- S'insérer dans des dispositifs d'insertion sociale et d'accès à la santé globale dans une démarche de complémentarité avec les autres acteurs de ces écosystèmes
- Favoriser les activités par les pairs, en s'appuyant sur des personnes relais.
- Organiser la visite de structures liées à la santé sexuelle par les populations pour organiser un repérage des lieux et de leur fonctionnement
- Préparer des activités qui favorisent l'appropriation : favoriser la méthode participative, la méthode active et les outils de l'éducation populaire