

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ À BRUXELLES

Évaluation des activités de Médecins du Monde en matière de
santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019.



UNE ENQUÊTE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

RESUME

Pour les femmes en situation de précarité, la santé n'est souvent pas une priorité. En effet, pour elles, le logement, l'alimentation ou encore la santé de leurs enfants sont des préoccupations bien plus importantes. Dans leur situation, ces femmes sont pourtant plus à risque de problèmes liés à leur santé sexuelle et reproductive : non-dépistage des maladies et infections sexuellement transmissibles, accès tardif aux soins de santé prénatals, risque accru de morbidité et mortalité périnatales, violences sexuelles, etc.

Les équipes de Médecins du Monde Belgique rencontrent quotidiennement des femmes migrantes dans une situation de grande précarité, faisant face à une multitude d'obstacles les empêchant d'accéder à une information et des services de qualité concernant leur santé sexuelle et reproductive. En effet, certaines femmes enceintes rencontrées, à un stade avancé de grossesse, n'ont jamais bénéficié d'un contrôle prénatal avant de visiter nos projets. D'autres femmes enceintes auraient voulu interrompre leur grossesse, mais n'ont pas pu accéder au service dans le délai légal autorisé par la loi belge. Enfin, d'autres femmes manquaient d'informations concernant la contraception et les risques liés aux relations sexuelles.

À la demande de nos équipes de terrain, une analyse de nos données de routine a été menée afin de rendre compte de la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en situation de précarité à Bruxelles et d'évaluer les activités mises en place par Médecins du Monde pour répondre à leurs besoins. Cette analyse a été menée sur trois enjeux clés de la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive : l'accès tardif aux soins de santé prénatals, les grossesses non désirées et l'interruption volontaire de grossesse, l'accès à et l'utilisation de la contraception. Après une revue de la littérature approfondie du contexte belge, nous avons utilisé une méthodologie mixte composée d'une analyse quantitative rétrospective des dossiers des patientes rencontrées et des constats de terrain faits lors de séances d'observation participante.

Cette évaluation de nos activités nous a permis de recenser plusieurs barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive auxquelles les patientes rencontrées font régulièrement face. Au-delà des problèmes administratifs et langagiers, nous avons pu constater que le système de santé traditionnel manque d'outils, de mesures et de dispositifs adaptés aux vulnérabilités de ces femmes et attentifs aux enjeux socio-culturels inhérents à nos différents contextes de vie. C'est pourquoi cette analyse propose pour chacune des thématiques présentées ci-dessous (1) des « boîtes à outils » reprenant des mesures pouvant être mise en place facilement par les différents acteurs de la santé sexuelle et reproductive, (2) des recommandations opérationnelles pour les acteurs de la précarité (3) et des conclusions générales interpellant les décideurs politiques sur les mesures à prendre afin que chaque femme, indépendamment de son revenu ou de son statut administratif, puisse accéder à une information et des services de santé gratuits, accessibles et adaptés à ses besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.



TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
TABLE DES MATIÈRES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	8
REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
MÉTHODOLOGIE	10
PROFIL GÉNÉRAL DES MÈRES À BRUXELLES	11
ACCÈS TARDIF AUX SOINS DE SANTÉ PRÉNATALS	13
GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET RECOURS À L'IVG	15
CONTRACEPTION	16
QUEL ACCÈS THÉORIQUE AUX SOINS POUR LES FEMMES SANS AUTORISATION DE SÉJOUR EN BELGIQUE ?	17
PARTENAIRES DE MDM DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ET DE LA CONTRACEPTION EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	20
LES PLANNINGS FAMILIAUX	20
CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE VIOLENCES SEXUELLES (CPVS)	20
OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE (ONE)	22
AQUARELLE	23
GROUPE POUR L'ABOLITION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (GAMS)	23
MÉTHODOLOGIE	24
TYPES D'ÉTUDE ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	24
LIEUX DE COLLECTES DES DONNÉES	26
LE HUB HUMANITAIRE	26
LE CENTRE D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)	27
CRITÈRES D'INCLUSION DANS L'ÉTUDE	27
ACCÈS TARDIF AUX SOINS DE SANTÉ PRÉNATALS	28
GROSSESSE NON DÉSIRÉE ET IVG	28
CONTRACEPTION	29

INDICATEURS RETENUS	30
SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SANITAIRE	30
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	31
RÉSULTATS	32
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	32
APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE	36
ACCÈS TARDIF AUX SOINS DE SANTÉ PRÉNATALS	36
APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE	38
GROSSESSE NON DÉSIRÉE ET RECOURS À L'IVG	39
APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE	40
CONTRACEPTION	42
APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE	43
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	44
GROSSESSE ET ACCÈS TARDIF AUX SOINS PRÉNATALS	45
BOÎTE À OUTILS	48
GROSSESSE NON DÉSIRÉE ET RECOURS À L'IVG	49
BOÎTE À OUTILS	51
CONTRACEPTION	52
BOÎTE À OUTILS	54
RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES	55
CONCLUSION GÉNÉRALE	56
AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SANTÉ	56
AU NIVEAU DE L'OFFRE DE SANTÉ	57
AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ	58
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXE 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE – REVUE DE LITTÉRATURE	64
ANNEXE 2 : CLASSIFICATION DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES	65
ANNEXE 3 : ENSEMBLE DES RÉSULTATS	67
ANNEXE 4 : CANVAS EVALUATION PARTICIPANTE	69
ANNEXE 5 : CHARTE DU PATIENT	70

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMU : Aide médicale urgente

AROPE : At Risk of Poverty or social Exclusion

ASBL : Association sans but lucratif

CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation

CHU : Centre hospitalier universitaire

CISP : Classification internationale des soins primaires

CPAS : Centre public d'action sociale

CPN : Consultation prénatale

CPVS : Centre pour la prise en charge des violences sexuelles

DPI : Dossier patient informatisé

GAMS : Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MdM : Médecins du Monde

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONE : Office de la naissance et de l'enfance

SA : Semaines d'aménorrhée (absence de règles)

SILC : Statistics on income and living conditions

SSR : Santé sexuelle et reproductive

VBG : Violences basées sur le genre

INTRODUCTION

Les statistiques nationales permettant d'analyser la situation de précarité et de pauvreté des personnes vivant en Belgique ne prennent pas en compte les groupes les plus exclus, comme les personnes sans-abri ou sans autorisation de séjour, qui ne figurent pas dans le registre national belge (Nicaise & al., 2019). Ces groupes de populations, 2 à 3 % de la population belge selon Nicaise & al. (2019), représentent une partie importante des personnes rencontrées par Médecins du Monde Belgique à Bruxelles. Il est nécessaire d'étudier les besoins spécifiques en matière d'accès aux services de santé de ces personnes, vivant parfois dans des conditions de précarité extrêmes, mais aussi leurs besoins d'accès à l'hébergement et de les faire connaître afin que leurs préoccupations ne soient pas exclues des décisions politiques (Ibid.).

Selon l'étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2015), en 2010, 33 % des femmes bruxelloises sont à risque de pauvreté. Bien que 39 % des femmes aux revenus les plus bas se sentent en mauvaise santé, cet aspect de leur bien-être n'est pas leur première préoccupation, car dans leur situation, le logement, l'alimentation et la santé de leurs enfants sont des priorités bien plus importantes. Leur recours aux soins est souvent repoussé et quand il ne peut plus l'être, ces femmes font alors face à de multiples barrières financières, sociales et administratives qui rendent leur accès aux services médicaux, encore plus difficile. En situation de précarité, ces femmes ont, de plus, moins de ressources pour protéger leur santé sexuelle et reproductive (SSR) (Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, 2015). Elles seraient donc plus à risque de ne pas être dépistées pour des infections sexuellement transmissibles, consulteraient plus tardivement pour une grossesse ou, seraient plus souvent victimes de violences sexuelles (Ibid, 2015 ; OMS, 2002 ; Davaki, 2019).

MdM a récemment constaté que les femmes enceintes rencontrées dans ses projets bruxellois n'ont majoritairement pas d'accès effectif aux soins prénatals ou n'y ont accès que très tardivement. Pour ces femmes, la consultation chez MdM représente souvent leur première consultation prénatale. Cette situation préoccupante n'est cependant pas

spécifique à la Belgique. En effet parmi les femmes enceintes rencontrées en Europe¹ par MdM, seuls 41,6 % des femmes enceintes ont eu accès aux soins prénatals avant leur consultation chez MdM (Aldridge & al., 2017). Au total, selon Davaki (2019), 500 000 femmes en Europe n'auront pas accès effectif aux soins avant plusieurs mois de grossesse.

La santé sexuelle et reproductive ne se limite pas à la santé maternelle, c'est « un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire » (Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994).

Suite à cette constatation faite au sein des projets bruxellois, MdM a décidé d'approfondir sa réflexion et d'évaluer ses activités concernant la SSR des femmes vivant en grande situation de précarité à Bruxelles. MdM a choisi de mener cette analyse sur trois aspects : la mise en place tardive du suivi de grossesse, les grossesses non désirées en lien avec l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et l'utilisation de la contraception. L'étude de ces trois thèmes a permis d'aborder les défis auxquels nos équipes de terrain font le plus régulièrement face en ce qui concerne la SSR de leurs patientes.

L'analyse de nos projets a pour objectif de fournir à nos équipes et aux différents acteurs de terrain, des clés de réflexion concernant les différents éléments inhérents aux conditions et parcours de vie de nos patientes² qui pourraient influencer leurs demandes et besoins en termes de SSR. Cette analyse a également pour but de leur fournir des éléments de plaidoyer et de les aider à faire des choix éclairés pour leur projet. Enfin, nous désirons mettre en avant, la réalité de ces femmes qui, dans leurs conditions de vie précaires, n'ont souvent pas les informations et outils nécessaires pour préserver leur SSR.

^{1*} Enquête menée en 2015 en Belgique, Suisse, Allemagne, Grèce, Espagne, France, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Suède, Turquie, Royaume-Uni

^{2*} Médecins du Monde Belgique utilisent les termes patients, bénéficiaires, usagers ou titulaires de droits pour parler des personnes ayant recours à ses services en fonction des contextes abordés. Pour plus de clarté, le terme « patient » est utilisé dans cette analyse étant donné que la recherche porte sur les personnes reçues en consultation sur nos projets.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

MÉTHODOLOGIE

Les déterminants non médicaux de la santé étant très influencés par le contexte socio-économique et les politiques de santé de chaque pays, la revue de la littérature a été restreinte aux recherches menées en Belgique et de préférence à Bruxelles compte tenu de la communautarisation et la régionalisation des compétences de santé liée à la sixième réforme de l'État (Loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, 2014).

Nous avons employé les moteurs de recherche Google, Google Scholar et PubMed. Les mots clés utilisés sont repris dans le tableau en annexe 1. Ces mots clés ont également été utilisés en Français. Les critères d'inclusion des articles dans la revue de la littérature sont : (1) ils décrivent le profil sociodémographique des mères ayant accouché à Bruxelles, (2) ils étudient l'accès théorique et/ou effectif aux soins de femmes en situation de précarité et/ou sans autorisation de

séjour en Belgique, (3) ils analysent les conditions d'accès théorique et/ou effectif aux soins prénatals ou à l'IVG ou à la contraception des femmes dans ces situations, (4) ils étudient les caractéristiques des femmes ayant recours tardivement aux soins prénatals ou ayant des grossesses non désirées ou n'ayant pas recours à la contraception (5) ils s'intéressent aux éléments pouvant influencer l'accès théorique et/ou effectif aux soins prénatals ou à l'IVG ou à la contraception des femmes dans ces situations.

Tout article ne concernant pas le contexte spécifique de cette étude et publié avant 2005 a été exclu de la recherche. Suite à l'application des critères d'inclusion, 20 articles et rapports pertinents ont été sélectionnés. Cinq ont été éliminés après lecture, car ils présentaient des biais méthodologiques importants.

Cette revue de la littérature ne prétend pas être exhaustive, mais a pour but de nourrir la réflexion des équipes des projets bruxellois de MdM Belgique. Les conclusions présentées sont donc à visée essentiellement opérationnelle.

PROFIL GÉNÉRAL DES MÈRES À BRUXELLES

Les inégalités auxquelles les futures mères font face en Belgique sont particulièrement visibles à Bruxelles où le profil sociodémographique et économique des femmes varie énormément. Du point de vue de la nationalité, 47,4 % des mères accouchant en région bruxelloise sont de nationalité non belge, pour 52,6 % de mères belges (Van Leeuw et al., 2018). Dans ce dernier pourcentage, il faut compter que 73,3 % d'entre elles sont nées sous une autre nationalité. Parmi les mères de nationalités étrangères, les pays les plus représentés sont le Maroc (21,5 %), la Roumanie (5,3 %), la France (4,7 %) et le Congo (4,0 %) (Ibid).

Dans la capitale, une femme accouche en moyenne à 31,6 ans et à 30 ans s'il s'agit de son premier enfant. Au niveau des extrêmes, le plus jeune âge recensé est de 14,3 ans et le plus âgé est de 57,3 ans. La population de mères de moins de 20 ans représente 1,3 % des mères ayant accouché et 89 accouchements ont été enregistrés pour des mères de moins de 18 ans, soit 0,4 % (Van Leeuw et al., 2018).

Parmi les mères bruxelloises, une majorité a atteint un niveau d'instruction de niveau secondaire supérieur (29,8 %). 3,2 % n'ont pas reçu d'instruction, 5,2 % ont un diplôme de niveau primaire, 22,3 % de niveau secondaire supérieur et les 39,2 % restants ont acquis un diplôme universitaire ou non universitaire. Enfin, 17,9% des mères vivent seules pour 82,1 % qui vivent vec un partenaire. Le nombre de mères seules est en augmentation, passant de 15,2 % à 17,9 % de 2009 à 2016 (Van Leeuw et al., 2018).

À Bruxelles, entre 2005 et 2010, 41,5 % des nourrissons sont nés dans un ménage dont le revenu est égal ou inférieur au seuil de risque de pauvreté et plus d'un quart des mères ayant accueilli un nouveau-né vit dans une grande pauvreté (De Spiegelaere et al., 2017). Il a pourtant été démontré que les enfants naissant dans un foyer sans revenu du travail seraient deux fois plus à risque de décéder avant un an ou d'être mort-né (Observatoire de la santé et du social, 2018).

En 2016, 24,1 % des femmes sont dans une situation économiquement active, 7,8 % sont au chômage et 36,2 % sont sans occupation (CPAS, mutuelle, invalidité, incapacité,...). Les 1,9 dernier pour cent représentent des étudiantes (Van Leeuw et al., 2018). De Spiegelaere et al. (2017) notent que la situation professionnelle des futures mères se dégrade durant la période prénatale. En effet, le nombre de femmes enceintes en demande d'emploi, en incapacité de travail et dépendant du CPAS augmente avant et après l'accouchement.

Bien que le revenu soit souvent utilisé comme élément principal des indicateurs de précarité, une situation de vie précaire ne se limite pas aux revenus ou au statut professionnel. En effet, selon la définition de Wresinki (1987, p.6), qui est utilisée par les Nations Unies, notamment dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur l'extrême pauvreté, la précarité est considérée comme :

“ *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.* ”

Cette définition ne fournit cependant pas d'indications sur la manière de mesurer et de chiffrer la précarité ou le risque de précarité des populations. En Europe, l'indicateur AROPE – At Risk Of Poverty or social Exclusion – est communément utilisé dans les études SILC, qui mesurent lapauvreté sur base des trois risques suivants : pauvreté monétaire³,

privation matérielle grave⁴, vivant dans un ménage avec une très faible intensité de travail⁵ (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2018).

3* Revenu égal ou inférieur au « seuil de 60 % du revenu net médian équivalent » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2018)

4* La privation matérielle grave fait référence à l'incapacité des ménages à « couvrir les dépenses liées à au moins trois des neuf éléments suivants : paiement du loyer, d'un emprunt hypothécaire ou des factures d'eau/gaz/électricité; chauffage adapté du logement; dépenses imprévues; consommation régulière de viande ou d'une autre source de protéines; vacances; téléviseur couleur; réfrigérateur; voiture; téléphone ». (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2018)

5* Mesure du « rapport entre le nombre de mois de travail prestés (par tous les membres du ménage appartenant à la classe d'âge de 0 à 59 ans) et le nombre de mois ouvrables, c'est-à-dire pendant lesquels il est possible de travailler. » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2018)

Bien que ces enquêtes s'intéressent également aux conditions de logement, à la santé, et au niveau d'instruction des répondants, Nicaise et Schockaert (2014) ont montré que ce type d'étude ne se prête pas au contexte et aux conditions de vie des populations difficiles à atteindre comme les migrants sans autorisation de séjour sur le territoire. Les activités au noir ou la mendicité ne peuvent pas rentrer dans les catégories de revenus présentes dans l'étude et la possibilité de manger régulièrement de la viande ou la possession d'un téléviseur ne sont pas non plus des indicateurs pertinents pour mesurer leur précarité, étant donné leur situation. Les auteurs montrent également qu'il est difficile d'aborder certaines questions, comme la composition familiale, qui sont des sujets émotionnels pour les migrants qui ont par exemple dû laisser une partie de leur famille au pays. Les questions

d'ordre administratives sont également difficiles à aborder étant donné que les personnes sans statut de séjour légal prennent souvent peur à l'évocation de ces questions.

Davaki (2019) explique également que les femmes migrantes en Europe font face à une importante intersectionnalité⁶ et cumulent de plus des facteurs qui renforcent leur précarité et multiplient les barrières auxquelles elles font face, notamment un niveau d'instruction plus faible ou des problèmes de santé mentale liés à des traumatismes vécus dans le pays d'origine ou sur le parcours migratoire. Dans certains cas, à leurs conditions de vie difficiles vient s'ajouter un handicap, une maladie transmissible, ou l'appartenance à une minorité sociale stigmatisée. Leur situation ne se limite donc pas à leur revenu ni à des indicateurs matériels.

ACCÈS TARDIF AUX SOINS DE SANTÉ PRÉNATALS

L'OMS préconise huit consultations prénatales (CPN) au minimum dont la première doit avoir lieu durant le premier trimestre de la grossesse (OMS, 2017). En Belgique, neuf à dix CPN sont proposées par l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) lors d'une première grossesse et sept lors d'une deuxième ou plus. Dans les deux cas, trois échographies sont conseillées (ONE, 2015). MdM considère un suivi comme tardif quand celui-ci démarre après la 15^e semaine de grossesse soit 17 semaines d'aménorrhée sur base des critères utilisés par l'ONE (Ibid.).

^{6*} « L'« intersectionnalité » désigne à la fois l'interaction entre le genre, la race et d'autres catégories de différences dans les vies individuelles, les pratiques sociales, les dispositions institutionnelles et les idéologies culturelles, et l'issue de ces interactions en termes de pouvoir. » (Davis, 2015)

Selon Devos & al. (2019) en Belgique, les femmes faisant partie du groupe social le plus défavorisé seraient plus à risque de ne pas bénéficier du nombre de visites prénatales recommandées. Fobelets et al. (2015) se sont intéressés à quatre déterminants potentiels de l'accès effectif tardif aux soins prénatals⁷ : l'âge, le pays de naissance de la mère, la parité et le niveau de *general deprivation*⁸. Cette étude menée à Gand en 2011 auprès de 1 115 femmes enceintes a permis d'identifier deux indicateurs d'accès effectif tardif : la nationalité étrangère de la mère et un certain niveau de précarité. Dans cette étude, 6,1 % de la population a démarré son suivi de grossesse après le délai de 14 SA. En analysant les différents indicateurs de précarité, un lien significatif a été établi entre accès effectif tardif aux soins, niveau d'instruction et statut professionnel⁹. Ainsi les femmes n'ayant pas de diplôme secondaire et les femmes sans emploi seraient plus susceptibles de ne pas consulter avant 14 SA. Les chercheurs n'ont pas trouvé de relations significatives entre multiparité et recours tardif aux soins prénatals. Selon leur analyse, le groupe d'âge 15-24 ans serait également plus à risque de suivi tardif. Ce dernier résultat se reflète en partie dans les statistiques de l'ONE qui remarque que parmi les mères ayant recours aux soins tardivement (ou pas du tout [3 % des jeunes mères]), les mères de moins de 18 ans sont les plus représentées. Chez les femmes

de moins de 20 ans, elles sont 35 % à ne pas avoir consulté avant 14 SA (ONE, s.d.).

Selon Beghin et al., (2006), en Wallonie et à Bruxelles, les jeunes adolescentes dans l'enseignement professionnel et d'origine d'Afrique subsaharienne auraient des relations sexuelles précoces (10-14 ans). Parmi les jeunes originaires d'Afrique subsaharienne, certaines adolescentes auraient leur première relation sexuelle à 13 ans ou plus jeune.

À Bruxelles, ces deux groupes de population consultent tardivement ou pas du tout lors d'une grossesse. En effet, parmi les mères francophones de 10 à 17 ans à Bruxelles, 7,3 % n'ont pas eu de suivi prénatal. C'est 12,2 fois plus élevé que les femmes de 18 à 49 ans. Les jeunes mères sans aucun suivi sont plus souvent non belges (Ibid.).

7* Dans cette étude, le suivi est considéré comme tardif lorsque la première visite après la 14ème semaine d'aménorrhée.

8* Indice développé par Kind & Gezin basé sur six indicateurs de l'EU-SILC : revenu, niveau d'instruction, statut professionnel, opportunités de développement des enfants, logement, et santé perçue.

9* Les variables d'instruction, statut professionnel et nationalité d'origine étant colinéaires dans cette étude, aucun lien significatif ne fut trouvé avec le pays d'origine maternel.

GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET RECOURS À L'IVG

L'enquête Solidaris Institut & FPS (2017)¹⁰ réalisée auprès de 4 607 personnes (hommes et femmes) âgées de 14 à 55 ans en février 2017 montre que seuls 65,7 % des femmes interrogées répondent que leurs grossesses étaient planifiées. Pour 12,8 % de femmes interrogées, toutes

leurs grossesses étaient non planifiées. Pour les 20,6 % restant, certaines étaient prévues, d'autres pas. C'est parmi les mères les plus jeunes (37,4 % chez les 17-20 ans) et les mères les moins favorisées¹¹ (16,3 %) que l'on retrouve le plus de grossesses non programmées.

En Belgique, l'IVG doit intervenir avant la fin de la 14ème SA (Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 2018). L'âge moyen des femmes ayant recours à l'IVG en Belgique est de 27,32 ans en 2011 (Commission nationale d'évaluation interruption de grossesse, 2012). En ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, 4 763 IVG ont été réalisées en 2011, soit 24,33 % des IVG réalisées en Belgique (Ibid.).

Toujours selon l'enquête Solidaris Institut & FPS (2017), 12,8 % des femmes de 17 à 20 ans interrogées ont eu recours à une IVG. Les catégories d'âges les plus représentées sont les 41-55 ans (21,0 %) et les 31-40 ans (16,2 %). Le recours à l'IVG est plus fréquent dans les groupes sociaux les moins favorisés (24,9 % contre 8,1 % pour les groupes les plus favorisés). En ce qui concerne le statut professionnel, les femmes en incapacité de travail et les demandeuses d'emploi sont plus représentées (36,6 % et 23 %) tandis que les femmes économiques actives et les étudiantes le sont le moins (respectivement 11,4 % et 8,2 %).

Celles ayant un diplôme de niveau secondaire inférieur (22,8 %) et supérieur de type long (18,4 %) ont plus recours à l'IVG. Dans la communauté francophone, c'est à Bruxelles que le plus de femmes ont eu recours à l'IVG (23 %). Enfin, les femmes ayant un nombre de partenaires élevé (plus de 11) sont les plus représentées (29,1 %).

^{10*} Cette enquête a été menée via un questionnaire en ligne auto-administré et est représentative de la population. Cependant, étant donné qu'elle se base entièrement sur les réponses données par les interrogés, nous pourrions imaginer que certains pourcentages, concernant le recours à l'IVG soit faussés.

^{11*} Dans cette enquête, les quatre groupes sociaux représentés ont été établis sur base du statut professionnel et du niveau d'instruction.

CONTRACEPTION

En 2017 en Belgique, selon Solidaris Institut, & FPS (2017), 69 % des femmes entre 14 et 55 ans utilisent un moyen de contraception. 54,5 % d'entre elles utilisent la pilule, suivie par le dispositif intra-utérin à 27,3 %. L'anneau est utilisé par 4,4 % et l'implant par 3,1 %. L'injection ne figure pas dans les statistiques présentées, probablement car seul 1,1 % des femmes l'auraient déjà utilisée au cours de leur vie.

L'utilisation de la pilule diminue avec l'âge et le niveau d'instruction (de 70,1 % à 14-16 ans à 35,8 % à 41-55 ans) alors que l'utilisation du dispositif intra-utérin augmente (de 0 % à 29,4 % pour les mêmes groupes d'âge). La liaison entre niveau d'instruction élevé et utilisation du dispositif intra-utérin avait été démontrée significativement lors d'une étude menée en Belgique en 2013 (Gisle & Demarest, 2014). À Bruxelles, la pilule est la plus utilisée avec 43,8 %, ensuite le préservatif masculin (29,2 %) et enfin le dispositif intra-utérin (17,8 %) (Solidaris Institut, & FPS, 2017). Selon cette même étude, 65,2 % des femmes ayant eu une grossesse imprévue utilisaient une pilule contraceptive. 14,3 % avaient recours à un dispositif intra-utérin, 9,7 % à un préservatif et 6 % à des méthodes naturelles.

Selon les statistiques présentées, les groupes sociaux les plus faibles et les plus élevés utilisent tous semblablement un moyen de contraception (respectivement 54,2 % et 56,8 %). En ce qui concerne le statut professionnel (actif, étudiant, demandeur d'emploi, incapacité et autres), les étudiants se protègent le plus. En effet, 73,4 % utilisent

actuellement un moyen de contraception contre 39,9 % chez les demandeurs d'emploi (Ibid.).

En ce qui concerne la contraception d'urgence, ce sont les étudiantes qui l'utilisent le plus, 48,1 % y ont déjà eu recours (contre 27,3 % des économiquement actives). Le pourcentage de femmes ayant déjà utilisé la contraception d'urgence augmente avec le niveau d'étude : les femmes avec un diplôme supérieur de type long l'ont plus souvent utilisée (47,7 % d'entre elles). Ce pourcentage est également plus élevé à Bruxelles où 49,4 % des femmes y ont déjà eu recours. En ce qui concerne l'âge, les femmes entre 21 et 30 ans sont majoritaires avec 44,5 % contre 21,8 % pour les femmes de 41-55 ans et 35,5 % pour les 14-20 ans. Enfin, les femmes ayant le plus de partenaires utilisent le plus souvent la contraception d'urgence (Ibid.).

QUEL ACCÈS THÉORIQUE AUX SOINS POUR LES FEMMES SANS AUTORISATION DE SÉJOUR EN BELGIQUE ?

Toute personne belge ou étrangère en situation irrégulière sur le territoire depuis plus de 3 mois, a un accès théorique aux soins préventifs et curatifs. Grâce à l'Aide Médical Urgente, décrétée en 1976 et redéfinie en 1996, les femmes sans autorisation de séjour sur le territoire belge, bénéficient entre autres d'un accès théorique, gratuit et illimité, délivré par les CPAS, aux services liés à leur SSR, ce qui inclut les soins prénatals et liés à l'accouchement, l'IVG et la contraception (Roberfroid et al., 2015).

Pour accéder à cette aide, le demandeur.euse doit être sans autorisation de séjour sur le territoire, doit recevoir une preuve signée d'un médecin confirmant son besoin de santé, prouver son manque de ressources financières au travers d'une enquête menée par le CPAS (avec visite éventuelle du domicile) et enfin, s'adresser au CPAS de la commune où il réside (depuis plus de 3 mois) (MdM, 2018). Dans le cas où le demandeur.euse aurait reçu des soins avant l'octroi de l'AMU, dans un service d'urgence par exemple, l'hôpital contactera le CPAS de la commune où la personne réside afin d'introduire une demande. . Si le CPAS contacté n'est pas compétent, c'est alors le CPAS de la commune où la personne a été hospitalisée qui traitera la demande et décidera de l'octroi ou non de l'AMU

(et donc du remboursement des frais d'hôpital) (Roberfroid et al., 2015). Après le dépôt de la demande, le CPAS dispose d'un délai de 30 jours pour accorder ou refuser l'AMU ; période durant laquelle l'enquête sociale sera conduite. En acceptant la requête, le CPAS décide également de l'étendue de la couverture de soins accordée. Celle-ci peut être totale ou limitée à certains soins ou médicaments spécifiques. Il n'existe en effet pas de régulation convenant de l'étendue des soins de santé couverte par l'AMU. Cette décision revient donc entièrement au CPAS (MdM, 2018). La durée de validité de la carte AMU est de 92 jours en moyenne, mais peut varier d'un CPAS à l'autre et en fonction des besoins du/de la demandeur.euse (Ibid.).

Ce dispositif n'aide cependant qu'une minorité de la population en séjour irrégulier. Selon Roberfroid et al. (Ibid.), les bénéficiaires de l'AMU ne représenteraient que 10 à 20 % des personnes sans autorisation de séjour. En effet, étant donné que le CPAS dispose d'un délai de 30 jours avant de remettre sa décision, il n'est pas possible pour la population de migrant.e.s ne faisant que transiter par Bruxelles d'entreprendre les démarches pour l'obtention de la carte AMU. Ce délai est également problématique pour les femmes désirant avoir recours à une IVG, car souvent, la procédure de demande est trop longue et dépasse le délai de 14 SA autorisé pour un avortement. Ces femmes se voient alors dans l'obligation de payer elles-mêmes cette intervention (au minimum 200 euros) et seront remboursées plus tard, si elles en font la demande et que celle-ci est acceptée. Ce poids financier représente donc un obstacle à l'accès effectif à l'avortement pour les femmes en situation de précarité (Ibid.). Ce délai de 30 jours met également en danger toute personne atteinte de maladie chronique ou pour qui la maladie pourrait s'aggraver rapidement (MdM, 2018).

Il existe plusieurs autres barrières limitant l'accès effectif à l'AMU. Un premier frein vient des modalités d'accès administratif qui varient d'un CPAS à l'autre. En effet, les critères utilisés pour déterminer l'indigence du/ de la demandeur.euse et l'étendue de soins sont laissés à l'appréciation des CPAS, ce qui représente « une source d'insécurité pour les demandeur.euse.s, car il n'y a pas de visibilité

concernant les critères utilisés pour évaluer leur situation » (MdM, 2018, p.18). La complexité des démarches et l'opacité des processus de décisions rendent la demande d'AMU d'autant plus compliquée pour les personnes qui pourraient en bénéficier (Roberfroid et al., 2015). Le principe de territorialité demandant aux bénéficiaires de déposer leur demande dans le CPAS où ils résident est assez paradoxal pour des migrant.e.s sans autorisation de séjour sur le territoire qui vivent généralement en rue, dans des centres d'hébergement, chez dans ami.e.s et n'ont donc pas de domicile fixe. Dans ce cas, des témoignages ou autres preuves pourront être demandés aux centres d'hébergement ou associations fréquentées par la personne afin de confirmer sa situation (Ibid.). Il est également important de noter que si le/ la patient.e désire obtenir l'AMU, il.elle devra se rendre chez un.e médecin et payer sa première consultation afin d'obtenir le certificat signé prouvant son besoin de santé.

Roberfroid & al. (2015) note également une ambiguïté dans le terme « médical » et « urgent » qui, pour beaucoup de bénéficiaires, limite l'action de l'AMU à des problèmes physiques urgents. Elle limiterait également les processus de décisions des CPAS. Cette incompréhension impacte aussi les femmes enceintes qui pensent ne pas pouvoir avoir recours à l'AMU étant donné qu'elles ne souffrent pas d'une maladie (Ibid.).

Les taux de refus sont également très différents d'un CPAS à l'autre, allant de 2,2 % à 26 % des demandes

en fonction des communes. Bien que les raisons du refus ne soient pas systématiquement enregistrées, celles-ci peuvent être justifiées par l'incapacité de déterminer l'indigence du/de la demandeur.euse ou par manque de collaboration du/de la demandeur.euse, qui représentent les raisons principales de refus (Roberfroid & al., 2015) Cette variabilité se reflète également dans la durée de validité de la carte AMU ainsi que dans l'étendue des couvertures accordées pour les médicaments et pour les soins de santé. L'AMU ne couvre par ailleurs pas certaines médications et certains soins/examens liés à la grossesse et à la santé des nouveau-nés, notamment les prises de sang qui sont alors couvertes par l'ONE (Ibid.). La non prise en charge de la totalité des soins

liés à la grossesse et à l'accouchement crée une multitude de nouveaux obstacles et barrières à l'accès aux soins pour les femmes enceintes en situation de précarité. Roberfroid et al. (Ibid.), note qu'il serait judicieux, autant pour l'efficacité de la prise en charge que pour limiter le poids sur le CPAS, d'adapter la durée de validité de la carte AMU à la situation de santé du/de la demandeur.euse, e.g. à la durée d'un traitement ou, dans le cas des femmes enceintes, à la durée restante de la grossesse, au minimum. Cette simple adaptation pourrait favoriser l'accès effectif aux soins pour les femmes, en limitant notamment le nombre de déplacements et démarches administratives à entreprendre pour les futures mères en situation de précarité.



PARTENAIRES DE MDM DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE ET DE LA CONTRACEPTION EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Les organisations présentées ci-dessous représentent les acteurs avec lesquels Mdm travaille actuellement le plus régulièrement lorsqu'il s'agit de la SSR des femmes vulnérables à Bruxelles.

■ LES PLANNINGS FAMILIAUX

Il existe 29 plannings familiaux regroupés dans quatre fédérations parmi les 19 communes de Bruxelles. En plus de consultations familiales, juridiques, sociales, médicales et psychologiques, 16 centres proposent un suivi de grossesse et 15 pratiquent l'IVG qui peut avoir lieu par voie médicamenteuse ou chirurgicale. Le suivi de grossesse proposé consiste en un suivi prénatal, une préparation à l'accouchement, une aide dans les démarches sociales, juridiques et dans la recherche de crèche, et enfin, le suivi postnatal de la maman et du bébé (Loveattitude, s.d.[1]).

■ CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE VIOLENCES SEXUELLES (CPVS)

Le CPVS est un centre dédié à la prise en charge médicale, médico-légale et psychologique des victimes de violences sexuelles. Ce centre est ouvert 24 heures/24 et 7 jours/7 et dispose d'une équipe composée de gynécologues, d'infirmiers légistes, d'infirmiers sociaux, de sage-femmes, d'inspecteurs de police spécialisés et de psychologues. Grâce à ce centre, les victimes de violences sexuelles disposent d'une prise en charge complète qui leur permet également de porter plainte sur place si elles le désirent.

Fédération	Code Postal	Planning familial	Suivi de grossesse	Pratique l'IVG
FCPF-FPS	1000	CPF Bruxelles Fps Rosa	🟡	
FCPPF	1000	CPF Bruxelles La Senne	🟡	
FCPPF	1070	CPF Anderlecht Midi	🟡	
FCPPF	1082	CPF Berchem-Sainte-Agathe	🟡	
FCPPF	1090	CPF Jette	🟡	
FCPPF	1120	CPF Woluwé-Saint-Lambert Faculté d'Aimer		
FCPPF	1180	CPF Uccle		🟢
FLCPF	1000	CPF Bruxelles Aimer Jeunes	🟡	🟢
FLCPF	1000	CPF Bruxelles City Planning (CHU St-Pierre)		🟢
FLCPF	1000	CPF Bruxelles Marolles	🟡	🟢
FLCPF	1000	CPF Bruxelles Plan F	🟡	🟢
FLCPF	1020	CPF Laeken		
FLCPF	1030	CPF Schaerbeek Bureaux de Quartiers	🟡	
FLCPF	1030	CPF Schaerbeek Groupe Santé Josaphat	🟡	🟢
FLCPF	1040	CPF Etterbeek Collectif Contraception		🟢
FLCPF	1040	CPF Etterbeek Lemans		
FLCPF	1050	CPF Ixelles Free Clinic		🟢
FLCPF	1050	CPF Ixelles Aimer ULB	🟡	🟢
FLCPF	1050	CPF Ixelles CPS	🟡	🟢
FLCPF	1060	CPF Saint-Gilles	🟡	🟢
FLCPF	1070	CPF Anderlecht Séverine	🟡	🟢
FLCPF	1140	CPF Evere		
FLCPF	1150	CPF Woluwé-Saint-Pierre		🟢
FLCPF	1160	CPF Auderghem		
FLCPF	1170	CPF Watermael-Boitsfort		🟢
FLCPF	1190	CPF Forest CPS		
FLCPF	1190	CPF Forest Marconi		
FLCPF	1200	CPF Woluwé-Saint-Lambert CCFS	🟡	
FLCPF	1210	CPF Saint-Josse	🟡	🟢

Source : Loveattitude.be & Planningfamilial.net

■ OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE (ONE)

L'ONE est un service public de la Communauté française. Il propose en fédération Wallonie-Bruxelles de multiples de services gratuits et accessibles à tous (y compris pour les femmes migrantes et sans-papiers) liés aux questions de l'enfance, de la maternité et de la parentalité ainsi qu'un suivi médical et psychosocial avant et dans les années suivant la naissance de l'enfant et ce jusqu'à ses six ans.

L'ONE organise notamment des consultations prénatales régulières dans différents quartiers de Bruxelles (six CPN) ou dans les hôpitaux de la capitale (sept CPN) lors desquelles un.e gynécologue ou une sage-femme reçoit les patientes enceintes. Le service se veut bas-seuil et les personnes peuvent se présenter librement durant les permanences. Lors des consultations de quartier, l'équipe médicale peut diriger les futures mères vers des hôpitaux où elles pourront réaliser les examens complémentaires, entre autres des prises de sang, échographies et analyses d'urine afin de s'assurer du bon déroulement de la grossesse.

En fonction de la situation de la future maman, un suivi de base ou un suivi renforcé peut être mis en place. Un.e travailleur .euse médico-social.e est également disponible pour les suivis médico-sociaux et les aides administratives.

Afin de faciliter le contact entre les familles ne parlant pas français, l'ONE fait appel à des interprètes du SETIS (Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social) qui proposent un service dans 39 langues orales pour les travailleur.euse.s médico-sociaux. Ces interprètes peuvent également être présent.e.s lors des consultations (Deliège, 2015).

Depuis 2015, l'ONE a renforcé la visibilité et l'accessibilité de ses services situés autour du Parc Maximilien et de la Gare du Nord à Bruxelles où se concentre une grande partie des personnes migrantes sans autorisation de séjour sur le territoire. L'ONE fournit ainsi des consultations prénatales préventives et assure le suivi médical préventif des futures mères et jeunes enfants en situation de précarité sans distinction (ONE, 2017).

■ AQUARELLE

Aquarelle est une association sans but lucratif (ASBL) située au sein du département de gynécologie obstétrique du CHU Saint-Pierre. Son équipe de sages-femmes, kinésithérapeutes, travailleur.euse.s médico-sociaux et de volontaires organise le suivi de grossesse des futures mères, en proposant des consultations pré- et postnatales, des séances d'informations et de préparations, des aides sociales,

administratives et matérielles (vêtements, matériel de puériculture), etc. Leurs services sont proposés spécifiquement aux futures mères issues de la migration et qui vivent en situation de grande précarité. Des interprètes sont prévus dans les CPN lorsque la barrière linguistique est importante. Cette ASBL est financée par le CHU Saint-Pierre, l'ONE, et des donations privées.

■ GROUPE POUR L'ABOLITION DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES (GAMS)

Le GAMS propose un accompagnement psychosocial et juridique aux femmes victimes de violences basées sur le genre (mutilations génitales, mariages forcés, etc.) indépendamment de leur statut administratif et les aide dans leurs démarches de régularisation, recherche de logement, demande d'AMU, etc. En plus de réunions entre femmes victimes de violences, l'association organise

huit ateliers destinés aux femmes enceintes pour les accompagner dans leur préparation à la naissance. Ces ateliers ne sont pas des consultations prénatales, mais permettent aux femmes présentes de poser leurs questions, d'échanger autour de la grossesse et de discuter de la protection du futur bébé par rapport à d'éventuelles violences. Parmi ces huit ateliers, deux portent sur la grossesse.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude ne se veut pas statistiquement représentative de la population de femmes en situation de précarité à Bruxelles. Les éléments déterminants l'accès effectif tardif aux soins, le recours à l'IVG ou le refus de la contraception ne sont spécifiques qu'à la population vue en consultation par MdM à Bruxelles. Nous ne pouvons en aucun cas affirmer une corrélation applicable à toute la population précaire bruxelloise.

TYPES D'ÉTUDE ET OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Afin d'évaluer ces activités en matière de SSR, MdM a opté pour une méthodologie mixte. L'analyse quantitative proposée s'est faite sur base de données récoltées par l'équipe médicale bénévole sur les projets bruxellois lors des consultations médicales par les infirmier.ère.s et les sages-femmes dispensées sur les différents projets. Lors de chaque consultation, l'équipe médicale inscrit les informations relatives au/à la patient.e rencontré.e dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Ce dossier se

présente sous forme de questionnaires à choix multiples concernant la situation médicale et sociale du/de la patient.e.

Le DPI est utilisé sur cinq des sept projets bruxellois : le Médibus, le Plan Hiver, le Hub humanitaire, le CASO (Centre d'accueil, de soins et d'orientation) et au centre Baron Lambert¹². Le DPI n'est utilisé que pour les consultations sociales au Dispensaire Athéna où les médecins utilisent un autre logiciel pour leurs

12*

Une description de nos projets belges et bruxellois est disponible sur notre site internet: <https://medecinsdumonde.be/regions/belgique#Nosprojets>

consultations. Enfin, étant donné que le projet Avec Elles n'organise pas de consultations médicales ou sociales, mais des groupes de parole, le DPI n'est pas utilisé sur ce projet. Durant la période couverte par cette étude, le DPI était utilisé dans sa version papier au Hub humanitaire. Il n'était en effet pas possible à l'époque, pour des questions logistiques, pour l'équipe médicale bénévole d'encoder informatiquement les données des patient.e.s dans le DPI depuis le Hub humanitaire. Une équipe de bénévoles a donc été recrutée pour encoder les fiches remplies à la main par l'équipe médicale dans le DPI.

Les données utilisées pour l'évaluation s'étendent de mars 2018 à mars 2019. Cette période a été choisie, car la collecte de données sur le Hub Humanitaire a commencé en mars 2018. Afin de comparer des interventions similaires, l'analyse a été limitée à cette période sur tous les projets.

Concernant la méthodologie qualitative de cette étude, la situation de précarité des patientes rencontrés par MdM rendant la réalisation d'entretiens très compliquée, voire impossible, nous avons opté pour une séance d'observation participante. Celle-ci a été réalisée à mi-parcours, avec les experts du terrain qui ont été choisis en tant que « professional informants » (Lee, 1993). Ces experts sont les travailleurs sociaux et médicaux en contact avec la population en consultation. Leur accès privilégié à la population étudiée leur offre des possibilités d'interaction avec ces personnes qui, d'habitude, n'entrent que peu en contact avec la population extérieure. Leurs observations de terrain ont permis de nous familiariser avec la réalité de la population étudiée et de comprendre « certains mécanismes difficilement décryptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité. » (Soulé, 2007, p.128). Cette méthode nous également permis d'enrichir et de nuancer l'interprétation des données quantitatives récoltées et a également conduit à l'exclusion de certaines variables notamment dans l'analyse de la précarité des patientes.

Avant de mener les sessions d'observation participante, une des auteures de cette étude a d'abord observé le déroulement des consultations sages-femmes au Hub humanitaire dans le courant du mois de mars 2019. Cette observation n'a pas été faite au CASO car, contrairement au Hub humanitaire, une consultation sage-femme n'y est pas organisée et il n'est donc pas possible de prévoir quand une femme viendra consulter pour un motif lié à sa SSR. Ce moment a permis de mieux comprendre le contexte de vie des patientes, avec leurs besoins et demandes en termes de SSR.

La référente SSR pour les projets bruxellois de MdM et la référente médicale du Hub humanitaire de février à décembre 2018 ont été incluses dans le comité de rédaction. Ces deux personnes ont réalisé un nombre important de consultations sages-femmes ou SR au Hub humanitaire et/ou au CASO.

LIEUX DE COLLECTES DES DONNÉES

Les projets bruxellois regroupent des projets d'« outreach »¹³ (Médibus, Plan Hiver, Hub humanitaire, et Avec Elles), le Dispensaire Athéna où MdM propose des consultations médicales générales pour les personnes n'ayant pas de médecin traitant, et enfin, le CASO et le centre Baron Lambert où sont proposés des services sociaux et de santé spécialisés. Le Médibus et le Plan Hiver n'ont pas été inclus dans l'analyse, car seulement trois femmes répondant à nos critères ont été rencontrées sur ces projets pour la

période choisie. Étant donné que le DPI n'est pas utilisé lors des consultations médicales au dispensaire Athéna et sur le projet Avec Elles, il n'existe pas d'informations dans le DPI concernant le nombre de femmes rencontrées pour un motif lié à leur SSR sur ces projets. Enfin, étant donné qu'il est nécessaire de d'abord passer par le CASO pour accéder aux consultations au centre Baron Lambert, il n'est pas intéressant de retenir ce projet puisque les femmes enceintes y accédant sont forcément passées par le CASO.

■ LE HUB HUMANITAIRE

Médecins du Monde Belgique est actif depuis 2015 par rapport à la situation des migrants en transit avec/sans autorisation de séjour sur le territoire et a ouvert le Hub humanitaire en janvier 2018. Après deux déménagements, le Hub humanitaire est situé au Port de Bruxelles. Durant la période étudiée, il se trouvait à la Gare du Nord. Le Hub humanitaire rassemble aujourd'hui 5 associations¹⁴ qui, ensemble, offrent un lieu sécurisé où les personnes migrantes avec/sans autorisation de séjour sur le territoire à Bruxelles peuvent accéder à un ensemble de services, répondant à leur besoin. Le Hub humanitaire propose des soins médicaux, infirmiers et

psychologiques, des aides sociales, administratives et juridiques, une distribution de vêtements, des bornes wifi, une recherche de téléphones et une aide au maintien des relations familiales. Lors de ces consultations, l'équipe médicale de MdM (médecin, infirmière, et sage-femme) de MdM reçoit environ 30 patient.e.s par jour (MdM Belgique, s.d.[1]). Les consultations sages-femmes proposées au Hub humanitaire ne sont pas des consultations prénatales au sens de l'ONE ou de l'OMS et ne peuvent pas être considérées comme telles étant donné qu'aucun examen prénatal n'y est réalisé.

^{13*} Les activités « outreach » (aller-vers), vise à aller à la rencontre des personnes vulnérables en situation de précarité, isolées et exclues du système de santé belge, sur leurs lieux de vie (en rue, dans les squats, dans les centres d'hébergement d'urgence, etc.). Ces activités s'appuient essentiellement sur l'écoute, l'information et l'évaluation de la demande, qu'elle soit médicale, sociale ou autre.

^{14*} Au lancement du projet, fin 2017, le Hub humanitaire regroupait 8 organisations : Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, la Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, la Croix-Rouge de Belgique, Vluchtelingwerk Vlaanderen, CIRE, Oxfam et Nansen. En janvier 2020, le Hub Humanitaire rassemble Médecins du Monde, Médecins sans Frontières, la Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés, la Croix-Rouge de Belgique et SOS Jeunes.

■ LE CENTRE D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)

Le CASO est situé au rez-de-chaussée du bâtiment de Médecins du Monde Belgique. Dans ces locaux, les patient.e.s sont accueilli.e.s pour des suivis médicaux, psychologiques ainsi que par des assistant.e.s sociaux/les qui les aident à la réinsertion dans le système de santé ou à ouvrir leur droit vers ce système. Seuls les patient.e.s présentant certains facteurs de vulnérabilité (moins de 18 ans, plus de 65 ans, souffrant d'une maladie chronique ou présentant une inquiétude réelle¹⁵) sont reçu.e.s en consultation au CASO (Médecins du Monde, s.d. [2])

CRITÈRES D'INCLUSION DANS L'ÉTUDE

Les femmes (N = 163) présentes dans notre analyse ont été sélectionnées selon deux critères. Elles se sont :

- présentées au Hub humanitaire ou au CASO pour un motif relatif à leur SSR et un diagnostic lié à la grossesse ou à la planification familiale¹⁶ a donc été retenu,
- Et / ou,
- la question « *La patiente est-elle enceinte ?* » présente dans le volet de la consultation médicale du DPI a été remplie par « Oui ». Pour ces dernières, un code CISP lié à la grossesse n'a pas forcément été retenu.

Une base de données a donc pu être établie reprenant :

- Toutes les femmes enceintes venues pour un motif de consultation concernant leur grossesse ou autres,
- les femmes diagnostiquées enceintes lors de leur consultation (que la grossesse soit désirée ou non),
- et les femmes ayant reçu une contraception ou une prescription pour une contraception lors de leur consultation.

^{15*} Ce critère est laissé à l'appréciation de l'équipe médicale et des assistantes sociales qui peuvent référer sur base de ce critère tout.e patient.e, qui selon leur jugement, nécessite une prise en charge sociale, médicale ou psychologique rapide.

^{16*} Pour chaque consultation, un ou plusieurs codes CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) est attribué à la patiente. Ces codes correspondent au diagnostic établi par le médecin, l'infirmier.ère ou la sage-femme. Tous les codes commençant par la lettre W concernent les questions de grossesse ou planning familial (contraception, avortement, etc.).

■ ACCÈS TARDIF AUX SOINS DE SANTÉ PRÉNATALS

Afin de comprendre au mieux le recours tardif et le non-accès effectif aux soins des femmes enceintes rencontrées sur les projets bruxellois, deux données disponibles dans le DPI ont été utilisées :

- L'âge gestationnel à la première visite
- L'accès effectif aux soins prénatals en dehors de consultation MdM

En l'absence de matériel d'échographie, l'âge gestationnel est calculé sur base de la date de dernières règles déclarée par la patiente. Compte tenu de la situation, cette donnée peut être approximative, spécialement quand la grossesse est déjà avancée.

Grâce à la deuxième variable, il a été décidé qu'une patiente n'avait pas d'accès effectif aux soins prénatals

si elle n'était pas suivie en dehors de services de MdM. Le suivi est donc considéré comme tardif si la patiente est enceinte de plus de 17 SA au moment de la consultation au Hub humanitaire ou au CASO et si elle n'est pas suivie régulièrement en dehors des services de MdM Belgique. Pour rappel, le délai de 17 SA correspond au critère de suivi tardif de l'ONE.

■ GROSSESSE NON DÉSIRÉE ET IVG

Pour étudier les cas de grossesses non désirées et les demandes d'avortement, les variables suivantes ont été utilisées :

- Le code CISP retenu par le professionnel de santé : W79 Grossesse non désirée
- La demande d'avortement

Les données récoltées n'ont pas permis d'établir une différence entre une grossesse non désirée (dans le cas où la mère ne voulait pas d'enfant du tout ou n'en voulait plus) et une grossesse imprévue, dans le cas où la mère voulait avoir des enfants, mais pas maintenant.

Dans le cadre des grossesses non désirées, les données récoltées au Hub humanitaire concernant la violence sur le parcours migratoire permettront de savoir si cette grossesse est survenue dans un contexte de violence.

■ CONTRACEPTION

En ce qui concerne le recours à la contraception, MdM possède trois variables dans le DPI :

- Utilise une contraception
- Désire une contraception
- Type de contraception

	Utilise une contraception	Désire une contraception
Utilise déjà une contraception	○	/
Demande une contraception	○ ou /	○
Proposée et acceptée	○	D'accord
Proposée et refusée	○	○
Mentionnée/ne l'utilise pas	○	/

Ces variables ne sont, pour le moment, disponibles que pour le CASO, car la question de la contraception n'est pas systématiquement enregistrée au Hub humanitaire. Cependant, les commentaires laissés par les sages-femmes dans les dossiers analysés donnent un aperçu de la demande et de l'utilisation de contraception par les patientes étudiées.

L'utilisation de la contraception d'urgence et du préservatif masculin n'a donc pas été étudiée.

Grâce au recodage de ces données, le recours à la contraception a pu être classifié en cinq variables (cf. tableau ci-dessus). L'analyse s'est concentrée sur l'utilisation d'une méthode contraceptive de longue durée (implant, dispositif intra-utérin et injection) et de la pilule contraceptive (combiné ou œstro-progestative).

INDICATEURS RETENUS

■ SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SANITAIRE

Étant donné l'absence d'outils permettant de mesurer la précarité des migrant.e.s avec ou sans autorisation de séjour sur le territoire à Bruxelles, nous avons proposé d'étudier plusieurs indicateurs traduisant de manière plus pertinente la précarité des patientes rencontrées à Bruxelles. Pour ce faire, nous avons rassemblé les différentes questions du DPI concernant la langue parlée par les femmes, leur accès effectif aux soins, leur statut administratif, leur hébergement et leur réseau social.

Les réponses possibles à ces questions ont été classées en différentes modalités (cf. Annexe 1) qui nous ont permis d'attribuer différentes caractéristiques aux patientes. Selon nos observations de terrain et la littérature, ces indicateurs traduisent directement la précarité de la personne (comme le sans-abrisme ou le nonaccès effectif aux soins) ou sont des facteurs renforçant leur précarité (comme le statut illégal ou la non-compréhension des langues nationales).

En ce qui concerne le critère de la langue parlée, nous avons catégorisé les patients en deux groupes : les femmes parlant une langue accessible en Belgique (en première ou en deuxième langue), c'est-à-

dire, une langue dans laquelle une majorité des professionnels de santé peut s'exprimer à Bruxelles (français, anglais, néerlandais). Lorsque la langue accessible en Belgique est la deuxième langue parlée par la patiente, nous n'avons pas pu déterminer si elle n'avait que des connaissances de base ou avancée. La formulation « a des connaissances en... » a donc été choisie. Le deuxième groupe reprend donc les femmes ne parlant pas ou n'ayant pas de connaissance dans une des langues accessibles en Belgique.

Les catégories d'hébergement sont inspirées de celles créées par la Strada¹⁷ pour ses recensements des sans-papiers à Bruxelles (La Strada, 2017).

La variable réseau social a été créée sur base de trois critères : (1) si la patiente est mariée/en couple ou si la patiente est mariée/en couple ou célibataire/veuve, (2) si le compagnon de la patiente est en Belgique ou dans un pays de migration, et (3) si la patiente est accompagnée de ses enfants en Belgique. Les réponses à ces questions ont permis de classifier le réseau social en deux variables : accompagnée en Belgique (si le compagnon et/ou les enfants sont présents) ou seule en Belgique (si ni le compagnon ni les enfants ne sont présents).

^{17*} La Strada, renommée Bruss'help en Juin 2019, est le centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux personnes sans-abri. Ce centre a pour objectif d'informer sur le contexte du sans-abrisme à Bruxelles. L'observatoire de l'association produit, notamment, chaque année un rapport dénombrant les personnes sans-abri dans la capitale.

	Variables				
Langues parlées	Langues accessibles en Belgique			Autres langues	
Accès aux soins effectif	Aucun	Mutuelle	Carte médicale	Fedasil	Autre accès
Statut administratif	Séjour légal		Demande d'asile ou de régularisation		Sans autorisation de séjour
Hébergement	Sans abri	Sans-logement	Logement précaire	Logement inadéquat	Logement personnel
Réseau social	Accompagnée en Belgique			Seule en Belgique	

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les projets belges de MdM sont dotés d'une charte concernant la collecte de données faisant mention de la possibilité d'exploiter ces données de façon anonyme à des fins de recherches ou de santé publique (cf. annexe 4). Le consentement donné par les patient.e.s concernant la confidentialité de leurs données est consigné dans le dossier médical de celui-ci. À tout moment le.la patient.e est libre de retirer ce consentement ou de demander la modification ou la destruction de son dossier.

Concernant l'observation participante auprès des patientes du Hub humanitaire, les femmes ont été informées de la présence de l'enquêtrice aux préalables et pouvaient refuser qu'elle assiste à leur consultation. La prise de notes a été réalisée de façon anonyme. Concernant l'observation participante des équipes salariées, leur participation était libre et elles ont été informées de la présence

d'une enquêtrice chargée de la prise de notes des observations, celle-ci a été réalisée de façon anonyme. L'ensemble des personnes ayant pris part aux observations étaient libres de retirer leur consentement à tout moment.

L'ensemble des informations analysées ont été extraites des dossiers de façon anonyme grâce au logiciel DPI développé par Epiconcept. Les bases de données ainsi que les notes des observations participantes sont sauvegardées sur le serveur de MdM Belgique, les fiches sont protégées par un mot de passe supplémentaire.

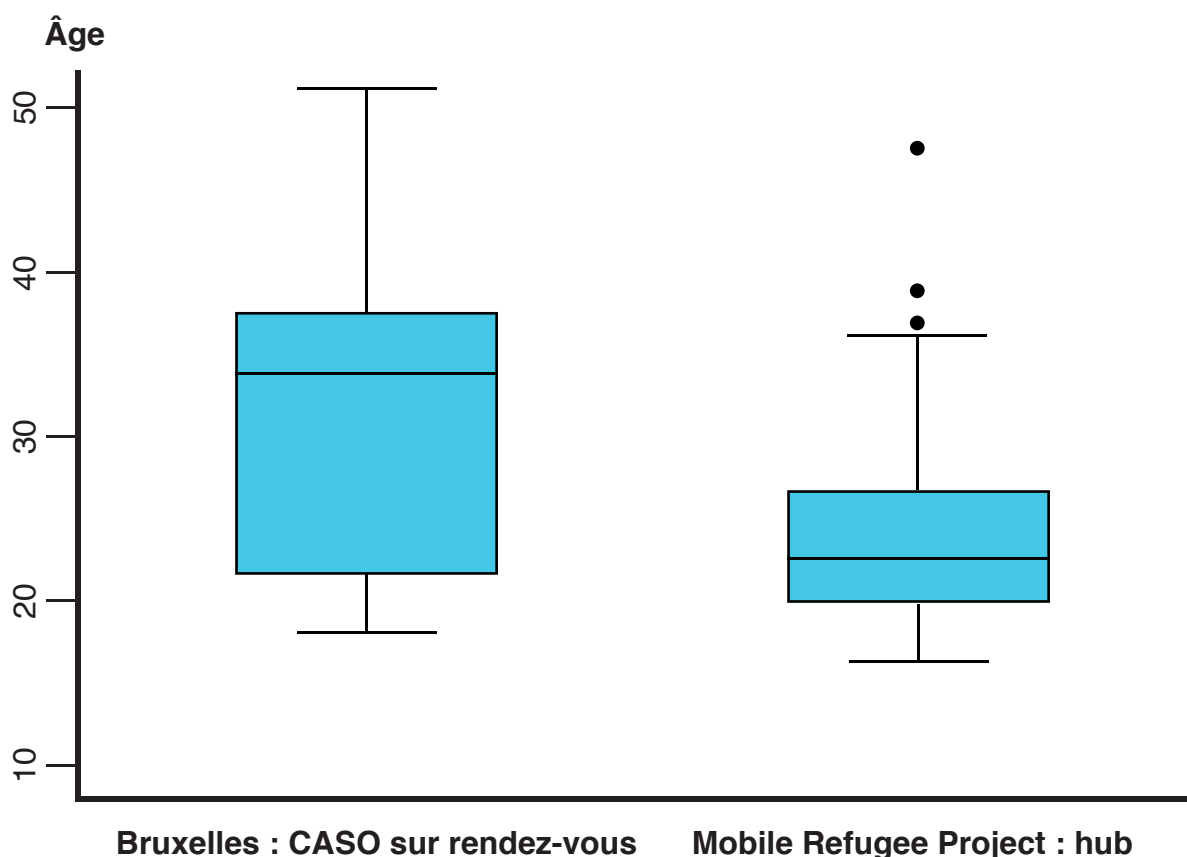
RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

L'ensemble des résultats sont présentés sous forme de tableau détaillé en annexe (cf. annexe 3).

Parmi les 163 patientes retenues, 88,3% ont été vues au Hub humanitaire (n = 144) et 11,7 % au CASO (n = 19). La population du CASO est moins importante, car il s'agit d'un service médical de deuxième ligne ouvert à des patient.e.s répondant aux critères de vulnérabilité spécifiques et qui

n'ont pas d'accès effectif au système de santé. Les femmes enceintes rencontrées au Hub ne sont donc pas envoyées au CASO, sauf si elles répondent à un de ces critères, mais sont directement référées à un service externe pour le suivi de leur grossesse (l'ONE ou l'ASBL Aquarelle).



	Minimum	Maximum	Moyenne	25%	Médiane	75%
CASO (n=19)	18	51	31,2	22	33	37
Hub humanitaire (n=144, inconnu = 1)	15	47	23,3	19	22	26

La population du Hub humanitaire est relativement plus jeune que celle du CASO, mais l'intervalle d'âge est plus étendu sur le CASO que sur le Hub. Dix mineures ont été vues au Hub humanitaire et aucune au CASO. Étant donné qu'avoir moins de 18 ans ou plus de 65 ans, sont deux des critères de vulnérabilité au CASO, les patientes

y donc ont été envoyées pour un des deux autres critères : l'inquiétude réelle ou une maladie chronique. Les quatre patientes aux extrêmes du boxplot du Hub humanitaire présenté ci-dessus ont consulté pour une contraception de type injection (n = 2, 37 et 39 ans) ou par peur/désir d'être enceinte¹⁸ (n = 2, 37 et 47 ans).

¹⁸*

Le code CISP W02 permet d'enregistrer les femmes venues en consultation car elles pensaient être enceintes. Cependant, dans la classification officielle, ce code est référencé « W02 peur d'être enceinte », ce qui ne permet pas de faire une différence entre les femmes qui espéraient être enceintes et celles qui avaient effectivement peur de l'être.

Les nationalités de patientes au CASO et au Hub humanitaire sont également très différentes. 71,9% (n=100 sur 139 données disponibles) des patientes rencontrées au Hub sont Érythréennes et 18,7% (n=26/139) sont originaires d'Éthiopie. Les autres femmes viennent d'Afrique subsaharienne ou du Moyen-Orient, à l'exception d'une patiente originaire du Brésil. Au CASO (n=19), les origines des patientes sont plus hétérogènes, mais peuvent être classées en 2 groupes, Afrique subsaharienne (52,6 %, sept pays, dont une seule Érythréenne) ou Europe de l'est (31,6 %, six pays), à l'exception de deux patientes marocaines et d'une patiente mexicaine.

41,2 % (n=7 sur 17 données disponibles) des femmes au CASO ont le français comme première langue. Ce pourcentage peut paraître élevé, mais ces femmes sont originaires de pays d'Afrique subsaharienne francophone. Le reste des femmes parle une des langues nationales ou régionales de leur pays. Au Hub humanitaire, 50,9% (n=55 sur 108 données disponibles) des patientes parlent le tigrigna et 32,4% (n=35/108) l'amharique. En comparaison au Hub humanitaire, seules 3,7% (n=4/17) des patientes du Hub humanitaire parlent français.

En ce qui concerne les autres langues parlées par les femmes, 3 femmes du CASO et 61 femmes du Hub humanitaire ont des connaissances en anglais suffisantes pour avoir une consultation dans cette langue.

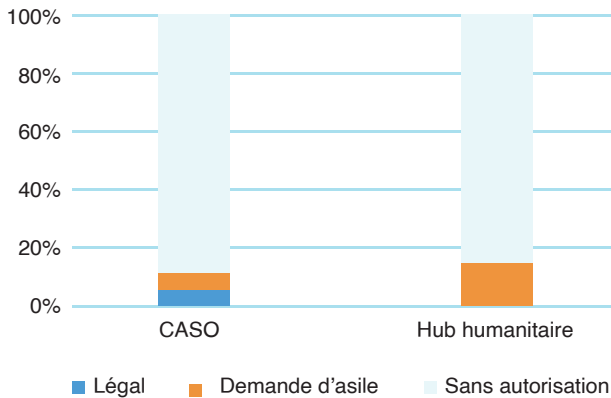
5 femmes du CASO et 3 des femmes du Hub ont des connaissances en français.

En ce qui concerne le statut administratif, la grande majorité des patientes sur les deux projets sont sans autorisation de séjour, 88,2% au CASO (n=15 sur 17 disponibles) et 85% au Hub humanitaire (n=51 sur 60 données disponibles). 60% (n=9/17) des femmes du CASO n'ont étamé aucune procédure de régularisation¹⁹ et 86,3% (n=44/60) des femmes du Hub humanitaire n'ont pas la volonté de rester sur le territoire. 15% (n=9/60) des femmes du Hub humanitaire ont demandé l'asile contre une personne (5,9%) au CASO. Enfin, une seule personne dans cette étude s'est déclarée en situation régulière sur le territoire et a consulté au CASO. Concernant leur accès effectif aux soins, 93,3 % (n=14 sur 15 données disponibles) des femmes du CASO n'ont aucun d'accès effectif aux soins contre 96,7 % (n=58 sur 60 disponibles) au Hub. Une femme reçue au CASO a un accès effectif aux soins via Fedasil. Au Hub humanitaire, une patiente a obtenu une carte médicale et/ou AMU, et une a le statut Fedasil.

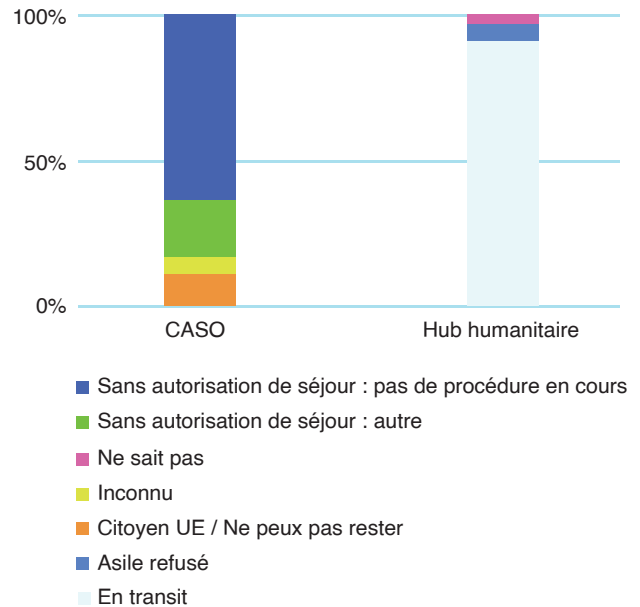
¹⁹*

Les données de cette analyse ne nous permettent pas de connaître les raisons de la non introduction d'une procédure de régularisation. Nous ne pouvons donc savoir si la personne a fait ce choix en toute connaissance de cause, si elle manque d'informations complètes et pertinentes sur le droit d'asile en Belgique, ou si une autre raison a poussé la personne à ne pas entamer de procédure.

Statut administratif des patientes par projet
(CASO : n = 17 - Missing = 2 / Hub
: n = 77 - Missing = 86)



Motif de séjour irrégulier par projet
(CASO ; n=15 / Hub : n= 51)

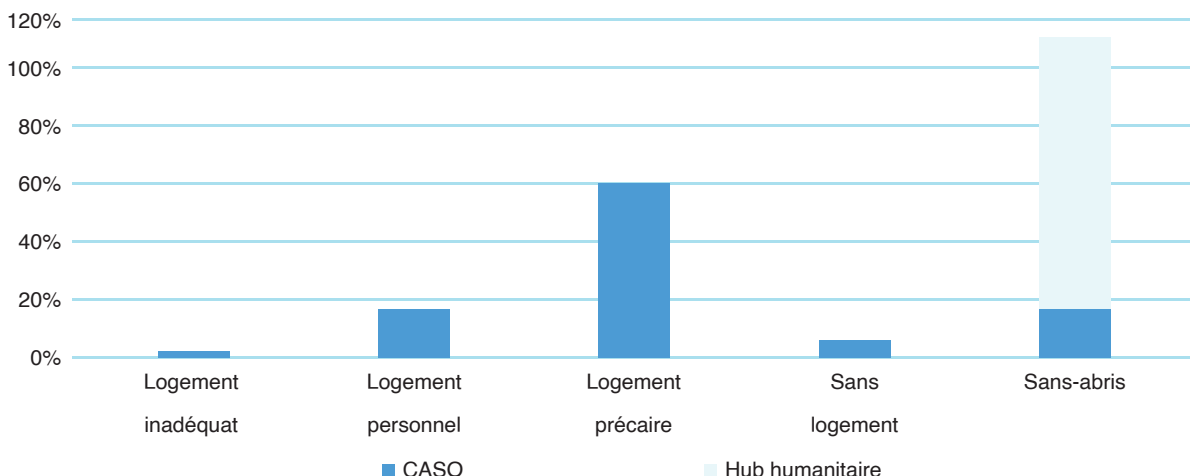


La situation d'hébergement des femmes reçues au CASO et au Hub est assez différente. Alors que 17,6 % (n=3 sur 17 données disponibles) des femmes au CASO sont sans-abri, 95,8 % (n=91 sur 95 données disponibles) des femmes au Hub humanitaire sont dans la même situation (la majorité dormant en rue, au parc Maximilien ou dans la gare). Les femmes du CASO vivent majoritairement en logement précaire (hébergées par leur famille ou

leurs amis) (58,8 %, n = 10/17) et trois d'entre elles ont un logement personnel. Aucune femme rencontrée au Hub humanitaire n'a un logement personnel.

Enfin, 55,6 % (n=10 sur 18 données disponibles) des femmes rencontrées au CASO sont seules en Belgique contre 42,8 % des femmes du Hub humanitaire (n=36 sur 85 données disponibles).

Hébergement des patientes par projet
(CASO : n = 17 - Missing = 2 / Hub : n = 95 - Missing = 49)



■ APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE

Nous avons pensé intégrer l'absence d'un réseau comme cinquième indicateur de précarité, car l'Observatoire de la Santé et du Social (2015) a montré que les femmes ont recours, quand elles le peuvent, à une aide informelle qu'elles construisent sur base de leur réseau social pour faire face à leur situation de précarité. Ce réseau se développe avec leur conjoint, leurs parents, frères et sœurs ou encore sous forme d'entraide féminine. Cependant, l'observation participante a permis de révéler que la présence d'un partenaire ou d'un réseau social important n'est pas toujours un facilitateur d'accès aux soins pour certaines communautés, notamment parmi les Roms rencontrés au CASO. Cela a également été remarqué au Hub où une personne identifiée par la bénéficiaire comme un conjoint pouvait être un frein à l'utilisation de la contraception ou même à l'accès à la consultation sage-femmes. Il a donc

été décidé de ne pas inclure cette variable dans l'analyse de la précarité.

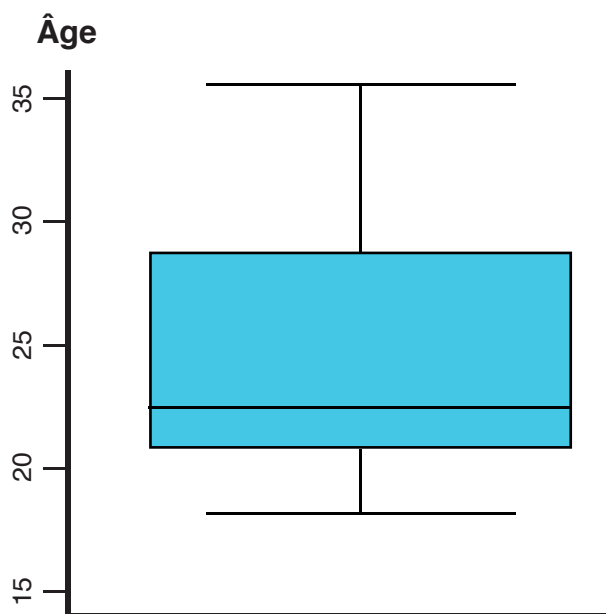
Les assistantes sociales interrogées lors de l'observation participante ont remarqué que lorsque les patientes sont enceintes, elles attendent généralement la naissance du bébé pour entamer les procédures de demande d'asile. Elles ont aussi remarqué que si le dossier de demande d'asile est introduit pendant la grossesse et que les patientes bénéficient de l'accueil Fedasil qui couvre la prise en charge de soins de santé, l'enfant ne bénéficiera pas de la couverture Fedasil, car il n'était pas repris dans la demande d'asile. Étant donné cette incohérence, il est difficile pour les assistantes sociales d'encourager les patientes enceintes à introduire une demande d'asile durant leur grossesse.

ACCÈS TARDIF AUX SOINS DE SANTÉ PRÉNATALS

Parmi les patientes reçues en consultation pour un motif lié à leur SSR, 76 (46,6 %) étaient enceintes ou ont été diagnostiquées enceintes lors de la consultation chez Mdm Belgique. Parmi elles, 28 (36,8 %) grossesses étaient non désirées.

Les 48 femmes enceintes dont la grossesse était désirée ont entre 17 et 37 ans pour un âge médian de 23 ans et 2 sont mineures (17 ans). Pour 56,5 % (n=26 sur 46 données disponibles) d'entre elles, il s'agit de leur premier

enfant. Pour 13, il s'agit du deuxième et pour 3 du troisième. Parmi les femmes enceintes rencontrées, 3 ont des grossesses considérées à risque, car il s'agit de leur cinquième, sixième ou septième grossesse²⁰.



Âge des patientes enceintes (hors grossesses non désirées), projets confondus (n = 48)

Minimum	Maximum	Moyenne	25%	Médiane	75%
17	37	24,9	20,5	23	30

91,7% de ces femmes viennent du continent africain, avec une majorité d'Érythréennes (60,4%, n=29 sur 48 données disponibles) et d'Éthiopiennes (14,6%, n=7/48). En ce qui concerne le statut administratif, 19 sont en situation irrégulière et 2 sont en procédure de demande d'asile (27 données manquantes). 7 parlent le français mais la majorité s'exprime en tigrigna (n=17 sur 41 données disponibles) ou en amharique (n=11/41). 18 ont également des connaissances en anglais et une en français (29 données manquantes). 25 n'ont pas d'accès effectif aux soins et une a le statut Fedasil (22 données manquantes). Enfin, 31 sont sans-abri, 5 vivent dans un logement précaire

et une dans un logement inadéquat (squat) (11 données manquantes).

Sur 46 femmes pour lesquelles nous avons des données (2 données manquantes), 32 (69,6 %) femmes enceintes sont à un âge gestationnel inférieur ou égal à 17 SA et 14 (38,9 %) ont dépassé ce stade. 37 n'ont pas d'accès effectif aux soins prénatals, mais 7 y ont accès. Nous n'avons pas d'informations pour les 4 autres. Parmi les 14 femmes enceintes de plus de 17 SA, 64,3 % (2 données manquantes) n'ont pas d'accès effectif aux soins prénatals en Belgique. Pour ces 9 femmes, le suivi est donc considéré comme tardif.

20*

Une grossesse est considérée comme plus à risque quand la mère est grande multipare, i.e. elle a accouché 4 fois ou plus (Van Leeuw & al., 2018).

	Âge	Âge gestationnel	Nationalité	Langues parlées	Autre langue	Statut administratif	Accès effectif aux soins	Hébergement	Gestité	En Belgique depuis
Patiente 1	21	18	Érythrée	/	/	En transit	/	Sans-abri	1	6 mois
Patiente 2	31	20	Érythrée	Amharique	/	En transit	Aucun	Sans-abri	1	2 mois
Patiente 3	17	20	Érythrée	Amharique	/	En transit	/	Sans-abri	1	4 mois
Patiente 4	18	22	Érythrée	Tigrigna	/	En transit	Aucun	/	1	8 mois
Patiente 5	21	26	Éthiopie	Amharique	/	/	Aucun	Sans-abri	1	4-5 mois
Patiente 6	23	26	Érythrée	Tigrigna	Anglais	/	Aucun	Sans-abri	2	3 semaines
Patiente 7	27	26	Érythrée	Tigrigna	Anglais	/	/	Sans-abri	2	5 jours
Patiente 8	21	27	Érythrée	Tigrigna	/	/	/	Sans-abri	1	2 mois
Patiente 9	30	28	Érythrée	Tigrigna	Anglais	/	/	Sans-abri	2	2 semaines

Les neuf patientes ayant un suivi prénatal considéré comme tardif ont toutes été rencontrées au Hub humanitaire. Ces femmes ont un âge gestationnel allant de 18 à 28 SA. À l'exception de la patiente n° 4 et 5, toutes les femmes enceintes étaient au courant de leur grossesse au moment de la visite. Pour deux d'entre elles, la grossesse a démarré en Belgique et sept donc arrivées enceintes en Belgique dont quatre déjà en situation de suivi tardif.

D'un point de vue sociodémographique, elles viennent toutes d'Érythrée à l'exception d'une Éthiopienne. Elles sont toutes sans-abri, 6 vivent dans la rue et 2 (patiente 6 et 9) dans une famille d'accueil (une donnée manquante). Bien que certaines données concernant le statut administratif et l'accès effectif aux soins de ces patientes n'aient pas été enregistrées, étant donné que 85,7 % des femmes rencontrées au HUB sont en transit avec/sans autorisation de séjour sur le territoire et 96 % n'ont pas d'accès effectif aux soins, il est fort probable que ces femmes soient dans la même situation.

■ APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE

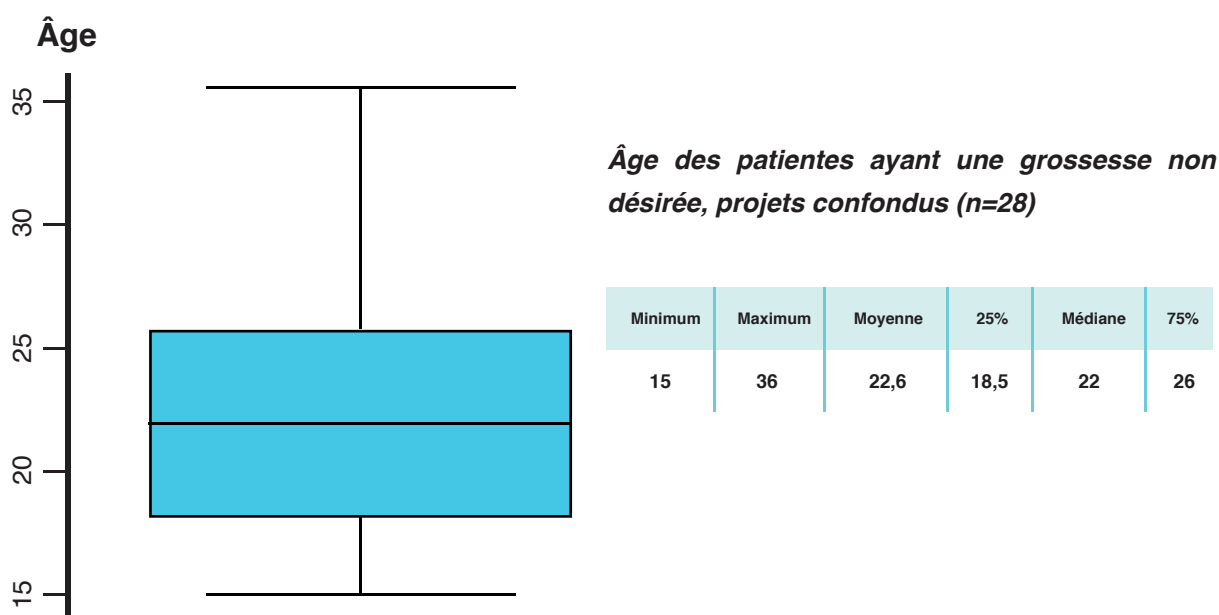
Selon l'observation participante, le retard de suivi peut s'expliquer par le fait qu'une grossesse est plus difficile à percevoir lorsque la future mère est jeune et qu'elle n'a jamais eu d'enfants (ce qui est le cas de la majorité des futures mères rencontrées au Hub humanitaire), car il y a une méconnaissance des premiers signes de grossesse. Le contexte de migration des femmes peut également rendre la prise de conscience d'une grossesse difficile (difficulté de suivre son cycle menstruel, stress et

privation alimentaire pouvant amener à des périodes d'aménorrhées...). Pour les patientes séjournant en Belgique sans titre de séjour légal, une méconnaissance de la notion du secret professionnel auquel sont soumis les soignant.e.s leur faisait craindre une possible divulgation de leur situation auprès de leur communauté avec un risque de stigmatisation ou auprès des autorités policières pouvant conduire à un relevé d'empreintes ou une privation de liberté.

De façon générale, les équipes ont relevé un manque de connaissances sur la SSR chez les patientes. Par exemple une patiente particulièrement jeune (16 ans) n'a pas accepté le test de grossesse positif, car pour elle, étant donné qu'elle n'était pas mariée, elle ne pouvait pas être enceinte. Le concept même de rapport sexuel pouvant entraîner une grossesse n'était pas clair.

GROSSESSE NON DÉSIRÉE ET RECOURS À L'IVG

Parmi les patientes étudiées, 28 femmes ont une grossesse non désirée. Ces femmes ont entre 15 et 36 ans, avec un âge médian de 22 ans et 3 sont mineures (15 ans [n=1] et 17 ans [n=2]).



On retrouve à nouveau une majorité d'Érythréennes (69,2%, n=18 sur 26 données disponibles) et d'Éthiopiennes (23,1%, n=6/26). Aucune de ces femmes ne parle français et une seule parlent l'anglais (9 données manquantes). 14 parlent l'anglais en deuxième langue (14 données disponibles). 3 femmes ont demandé l'asile, les autres sont sans autorisation de séjour (n=6 sur 28 données disponibles). Toutes les femmes pour lesquelles nous avons des données sur l'hébergement sont sans-abri (7 données manquantes). 8 vivent en famille, 11 en rue et 1 dort au Samusocial²¹. Enfin, 9 n'ont pas d'accès effectif aux soins et une femme à la carte AMU (18 données manquantes).

21*

Le Samusocial est une association organisant chaque hiver (de début novembre à fin avril) à Bruxelles, en collaboration avec d'autres acteurs dont MdM, un dispositif d'hébergement d'urgence à destination des personnes sans-abris.

Pour 66,7% (n=18 sur 27 données disponibles) d'entre elles, il s'agit de leur première grossesse, pour 22,2% (n=6/27) de la deuxième (dont une a déjà eu recours à l'IVG), pour 7,4% (n=2/27) de la troisième (dont une a déjà eu recours à l'IVG) et enfin, pour une femme, de la septième (pour qui 3 grossesses ont abouti à une fausse couche). Parmi les 28 femmes consultées, 8 déclarent avoir subi un viol. Pour 5 de ces femmes, la grossesse en résulterait. Pour deux d'entre elles, les informations disponibles ne permettent pas de l'affirmer. La dernière patiente a déclaré que sa grossesse était liée à un viol en réunion, cependant, l'examen médical a relevé que la patiente était déjà enceinte au moment du viol.

Aucune des femmes rencontrées n'a eu accès à une consultation médicale (3 données manquantes). 21 de ces patientes sont sous la barre des 14 SA (entre 2 et 10 SA), mais 3, ont dépassé ce délai. Elles ont un âge gestationnel de 15, 17, ou 18 semaines (4 données manquantes). Nous savons qu'une des patientes ayant une grossesse non désirée n'utilisait pas de contraception. Pour la patiente n° 1, il a été possible de pratiquer une interruption médicale de grossesse. La deuxième patiente a souhaité instaurer un suivi de grossesse, mais la troisième patiente n'a pas voulu, car elle allait essayer de passer au Royaume-Uni.

	Âge	Âge gestationnel	Gestité	Parité	IVG	Fausse couche	Accès effectif aux soins	Statut administratif	Hébergement	En Belgique depuis
Patiente 1	19	15	1	0	0	0	Aucun	/	/	4 mois
Patiente 2	27	18	2	1	0	0	Aucun	En transit	/	1 semaine
Patiente 3	17	17	1	0	0	0	Aucun	Demande d'asile	Sans-abris (Rue/parc/gare)	5 mois

■ APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE

Selon l'observation de terrain, le recours à l'IVG peut être retardé par plusieurs facteurs. L'absence de connaissances concernant l'accès gratuit à l'IVG ainsi qu'à la légalité de l'IVG en Belgique a été régulièrement mentionnée par les soignantes et les patientes. Certaines croyances par rapport à l'IVG comme l'impact sur la fertilité ou le risque pour la femme peuvent également retarder la demande. Les équipes ont été témoins de situations dans lesquelles les

grossesses non désirées sont arrivées chez les femmes sous contraception, mais qui ne l'utilisent pas toujours correctement.

Concernant le déroulement de l'IVG, il existe une barrière linguistique qui rend difficile l'explication et la compréhension de l'IVG. Lorsque nos patientes cumulent cette barrière de la langue avec des conditions de vie précaires, elles sont moins enclines à procéder à une IVG médicamenteuse.

Nos partenaires offrent la possibilité aux femmes d'avoir accès gratuitement à l'IVG, qu'elle soit médicale ou chirurgicale, cependant le coût élevé de cette intervention implique que les soignant.e.s ne peuvent pas procéder à certains autres examens, notamment en termes de dépistage d'IST.

Pour certaines femmes, la volonté de passer au Royaume-Uni primerait sur la grossesse. Il est en effet plus difficile pour elles d'entreprendre le voyage, car les passeur.euse.s n'acceptent pas de prendre de femmes enceintes dans leurs camions. Il semblerait donc que certaines femmes veuillent à tout prix interrompre la grossesse, même si celle-ci est désirée, pour tenter de passer au Royaume-Uni, à moins qu'elles n'arrivent à passer avant l'IVG. Dans ce cas, nous n'avons pas le sentiment qu'elles auront recours à une IVG une fois arrivée étant donné les difficultés pour accéder à l'IVG au Royaume-Uni. En effet, depuis 2017 l'accès théorique à l'IVG n'est garanti pour les personnes ne résidant pas au Royaume-Uni que

si elles peuvent avancer les frais nécessaires avant l'intervention. Ces frais s'élèvent à 1 353,19 £ pour les personnes ne résidant (légalement) pas habituellement au Royaume-Uni et ne faisant pas partie de l'espace économique européen (Shahvisi et Finnerty, 2019). Ces contraintes dissuaderaient fortement les femmes enceintes d'avoir recours à une IVG une fois arrivée au Royaume-Uni.

L'observation a mis en lumière que l'existence d'une violence à l'origine de la grossesse peut-être un facteur retardant la demande d'IVG. Plusieurs hypothèses explicatives ont été avancées par les équipes, certaines patientes redouteraient de devoir raconter l'évènement, de subir le jugement du professionnel ou de leur communauté. Il a également été fait mention de situation où le viol était assorti d'une séquestration ou que le violeur fréquentait également les installations de Médecins du Monde. Nos équipes pensent également que certaines patientes ne considèrent pas un viol comme tel lorsqu'il est perpétré par le partenaire.



CONTRACEPTION

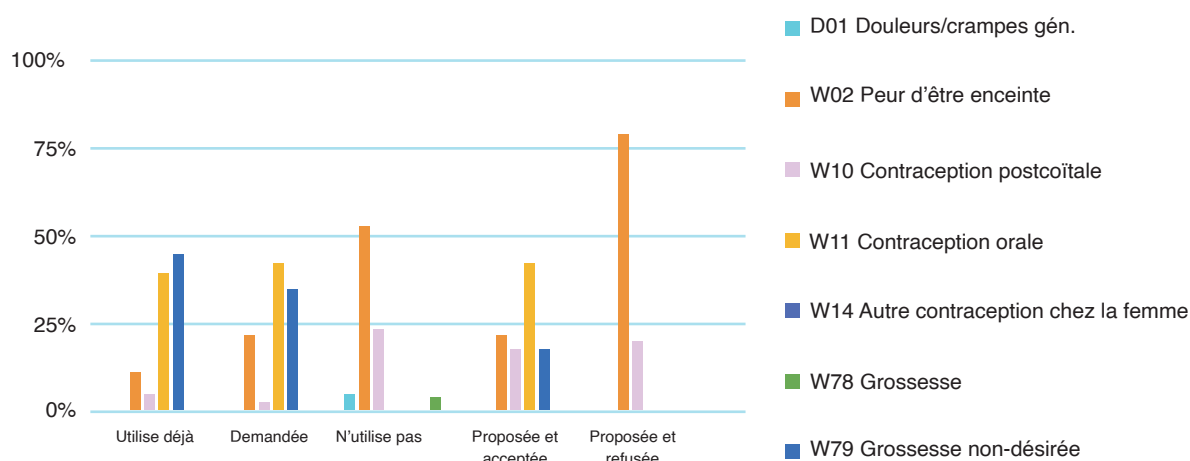
Les informations concernant l'utilisation de la contraception ont été recueillies pour 66 femmes sur 163. Parmi ces 66 patientes, 10 utilisent déjà une contraception, 29 l'ont demandée par elles-mêmes et ont reçu une contraception ou une prescription, 10 qui n'ont pas fait la demande l'ont acceptée après les conseils de la sage-femme et 5 l'ont refusée. Enfin, 12 ne l'utilisent pas, mais ont reçu des informations sur le sujet.

Parmi les 5 femmes ayant refusé la contraception proposée, une a déjà été enceinte et a eu recours à une IVG, 3 n'ont jamais été enceintes. Aucune information complémentaire n'est disponible pour la cinquième patiente.

Les raisons précises du refus ne sont pas systématiquement collectées, cependant l'analyse approfondie des

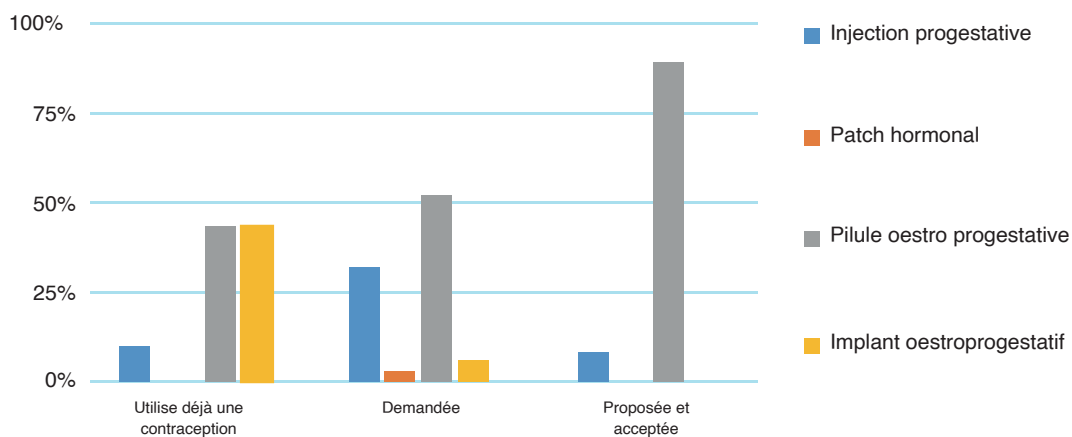
dossiers a montré qu'une femme avait peur de l'injection progestative et une ne désirait pas de contraception pour le moment. Ce refus pose question étant donné que 4 des 5 femmes ont consulté car elles avaient peur d'être enceinte et la cinquième a reçu une contraception d'urgence après un rapport non protégé.

Motifs de consultation des patientes concernées par la contraception (n=97)*



*Note : la différence entre le nombre de femmes (n=66) et le nombre de motifs de consultation (n=97) s'explique par le fait que les médecins peuvent encoder plusieurs raisons de la venue de la patiente et plusieurs diagnostics.

Moyen de contraception utilisé par les patientes (n=45)



L'analyse des motifs de consultation, autre que la demande ou prescription de contraception, a montré que la majorité des femmes a consulté par peur d'être enceinte (66,7 % des motifs de consultation hors contraception). Le deuxième motif le plus récurrent est la demande de contraception d'urgence (23,1 %).

La pilule contraceptive (60 %) est le moyen de contraception le plus souvent demandée ou proposée pour les sages-femmes, suivi par l'injection progestative (24,4 %).

■ APPORT DE L'OBSERVATION PARTICIPANTE

La contraception sous forme d'injections est appréciée par les patientes en situation de migration, car elle présente l'avantage d'être discrète. Elle ne laisse en effet aucune trace et ne présente aucun risque de vol ou de confiscation contrairement à la pilule. Il est aussi plus facile pour ces femmes, d'être en aménorrhée durant leur parcours migratoire. Selon les experts, bien que des spottings puissent arriver

chez les femmes ayant reçu l'injection, ils sont moins fréquents que chez les femmes sous implant par exemple.

Selon l'observation participante, le manque de connaissance et de compréhension concernant les risques de rapports sexuels non protégés peut également être un frein au recours à la contraception.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude présente plusieurs limites qu'il est nécessaire d'énoncer. Il est probable que certaines femmes enceintes n'aient pas été incluses dans cette recherche, car leur grossesse n'a pas été spécifiée dans le DPI. En effet, il est possible qu'une femme enceinte se soit présentée en consultation pour un autre motif que sa grossesse et que l'équipe médicale n'ait pas précisé la grossesse dans le diagnostic.

De plus, comme nous l'avons expliqué, les données du Hub humanitaire sont encodées dans le DPI par une équipe de bénévoles. Il est probable que certaines fiches aient été mal complétées ou pas entièrement, ou que le bénévole ait fait une erreur d'encodage ou une mauvaise interprétation. Néanmoins, afin de limiter les erreurs d'encodage, le nombre d'encodeurs a été limité et le délai entre la consultation et l'encodage a été réduit autant que possible. Un.e professionnel.le de également toujours disponible pour répondre aux questions concernant des notions techniques.

Il est également important d'adresser le nombre de données manquantes, parfois conséquent dans cette analyse. Les données manquantes sont un enjeu inhérent au contexte de nos projets. En effet, la situation d'urgence de nos patient.e.s, leurs vulnérabilités, les barrières socio-culturelles, les difficultés de communication rendent la collecte de données difficile. Certaines collectes de données ne sont par ailleurs pas systématiquement enregistrées, ou du moins pas dans leur intégralité, sur tous les projets de Médecin du Monde. Les données sociales par exemple, collectées au CASO par nos assistantes sociales, n'étaient pas aussi détaillées au Hub humanitaire, qui pendant la période étudiée, n'avait pas d'assistante sociale dans ces locaux.

Enfin, l'échantillon de cette étude étant relativement petit, les conclusions de cette étude ne sont en aucun cas généralisables à l'intégralité de la population de femmes sans autorisation de séjour sur le territoire et en situation de précarité à Bruxelles.

GROSSESSE ET ACCÈS TARDIF AUX SOINS PRÉNATALS

Selon Spiegelaere et al., (2017), a un même niveau socio-économique que les femmes belges, les femmes d'origine étrangère ne seraient pas plus à risque de morbidité ou mortalité périnatale, car certaines de leurs habitudes de vie liées à leur culture (alimentation plus saine, important réseau social,...) auraient un effet protecteur sur leur santé périnatale et la santé de leur enfant à naître. Leur plus grande exposition à des facteurs de risque concernant la santé périnatale s'expliquerait donc par leur situation socio-économique plus précaire. Cette étude n'est cependant pas représentative de la situation des femmes migrantes sans autorisation de séjour sur le territoire, que les équipes de MdM rencontrent quotidiennement sur leurs projets. Se pose alors la question du risque de morbidité et mortalité périnatale de ces femmes qui vivent dans des situations de précarité administrative et financière, d'isolement social, d'anxiété et font face à une importante intersectionnalité, les freinant dans les démarches qui pourraient améliorer leur situation de vie (Davaki, 2019). De plus, les femmes reprises dans notre étude sont touchées par d'autres facteurs comme le stress vécu durant le parcours migratoire ainsi qu'en Belgique et les conséquences sur la santé mentale des violences que

la plupart d'entre elles ont vécues dans leur pays natal ou sur la route migratoire. Ces différents éléments, couplés à leur grossesse, augmentent fortement leur vulnérabilité et leur risque de morbidité périnatale (Davaki, 2019).

Nos observations de la situation de ces femmes confirment que leur précarité, comme Fobelets et al. (2015) l'ont déjà constaté, est un déterminant de l'accès effectif tardif aux soins prénatals. Nous avons également témoigné de leur intersectionnalité de par leur manque de connaissances du système de santé belge et de leur droit d'accès théorique à celui-ci qui ralentit davantage la mise en place d'un suivi prénatal de qualité. Nous avons également remarqué une forte présence du groupe 15-24 ans parmi les femmes ayant un recours tardif aux soins dans nos données (43,75 %, n=7 sur 16 patientes). Ce groupe d'âge avait été décrit comme plus à risque de suivi tardif par Fobelets et al. (2015).

Dans nos projets, 38,8% (n=14/36) des femmes enceintes rencontrées, dont la grossesse était désirée, se sont présentées en consultation après le délai de 17 SA. Ce pourcentage est plus élevé que les statistiques belges selon lesquelles 12,07 % des femmes enceintes se sont présentées

entre 18 et 28 SA, et 5,92 % après la 28ème SA (ONE, 2015). Parmi ces 14 femmes, 64,3 % (n=9) n'avaient pas d'accès administratif aux soins prénatals. Ces femmes n'ont donc pas pu bénéficier des examens habituellement prévus au cours du premier trimestre de la grossesse tel que le dépistage précoce de plusieurs maladies comme l'anémie, l'hypertension ou de plusieurs infections sexuellement transmissibles, ce qui les expose davantage à d'éventuelles complications durant la grossesse ou au moment de l'accouchement (Chauvin et al., 2015). Ce suivi tardif n'a également pas permis d'effectuer les examens de prévention de la toxoplasmose et du cytomégalovirus. De plus, aucun professionnel de santé n'a pu aborder avec elles certains sujets relevant de la prévention et de la promotion de la santé qui sont indispensables pour la bonne santé de l'enfant après sa naissance, notamment les questions concernant leurs habitudes de vie pouvant avoir un impact sur la santé de leur bébé telles que la consommation d'alcool, de tabac, de drogues ou encore certaines habitudes alimentaires.

Si les femmes que nous avons rencontrées décident de rester en Belgique, elles pourraient théoriquement avoir accès à l'AMU 30 jours après avoir introduit leur demande (si elles étaient présentes en Belgique depuis au moins 3 mois)²². Cependant, elles devraient faire face aux multiples barrières limitant leur accès effectif et entreprendre de lourdes démarches administratives nécessaires afin de prouver leur

situation et leur état de besoin, sans pour autant avoir la certitude que leur demande sera acceptée par le CPAS. Ce délai supplémentaire est particulièrement problématique pour les femmes ayant déjà dépassé le seuil de 17 SA. En ce qui concerne la majorité des femmes qui souhaite poursuivre leur parcours migratoire vers le Royaume-Uni (Daher, 2018), elles ne resteront certainement que pour un délai très court (quelques jours) en Belgique. Cette courte présence sur le territoire belge rend l'accès effectif à l'AMU impossible, représente un obstacle supplémentaire à l'accès effectif aux soins prénatals et augmente davantage leur risque de morbidité et mortalité périnatale. Les femmes présentes sur le territoire belge pourraient théoriquement avoir recours aux soins prénatals via Fedasil si elles introduisent une demande d'asile, cependant peu des femmes entreprennent ces démarches pendant leur grossesse étant donné qu'une fois né, l'enfant ne pourra pas bénéficier de cet accès aux soins, car il n'est pas repris dans la demande d'asile.

Dans ce contexte de vulnérabilité extrême, l'instauration d'une fonction 0,5²³ et de services prenant en compte le parcours de ces personnes est plus que nécessaire étant donné que la première ligne ne prend pas en compte leurs spécificités et dans certains cas n'est pas outillée pour les prendre en charge et/ou refuse de les accueillir (Médecins du Monde, 2018). Dans ce sens, les consultations en santé sexuelle et reproductive ouvertes à toutes et gratuites au Hub humanitaire et les consultations gynécologiques au

^{22*} Certains hôpitaux et CPAS ont pu trouver des accords afin d'accélérer les démarches d'obtention de l'AMU pour les femmes enceintes et la prise en charge des accouchements, et pour les femmes désirant interrompre leur grossesse (MdM, 2018).

CASO ont permis de prendre en charge les demandes et besoins particuliers des femmes en situation de précarité à Bruxelles qui, en dehors de ces services, n'ont en grande partie pas d'accès effectif aux soins. Au travers de ces consultations, les équipes de terrain ont pu témoigner de la grande nécessité d'informer ces femmes sur leurs droits, dès leur arrivée en Belgique, notamment en matière d'accès théorique aux soins de santé prénatals et de les sensibiliser aux risques qu'engendre une grossesse dans leur situation. Pour ce faire, il est crucial de faire tomber les barrières socio-économiques, linguistiques et administratives existantes dans les services de première ligne. Un travail doit également être réalisé auprès des professionnels de santé afin de les sensibiliser aux besoins de cette population qui dépendent fortement de

leurs motivations de migration, mais aussi de leur bagage culturel et religieux (Davaki, 2019). Cette sensibilisation des professionnels de santé permettrait d'intégrer les différentes approches de la fonction 0,5 dans le système de santé. Enfin, pour orienter le public de la meilleure manière possible et ainsi prévenir les risques potentiels de leur situation précaire sur leur santé, il est également nécessaire de créer des activités et projets d'« outreach » allant à la rencontre des personnes vulnérables sur leur lieu de vie. La sensibilisation des professionnels de santé permettrait par ailleurs de construire plus de confiance avec ce public, de déconstruire certaines stigmatisations autour de cette population et de limiter les mauvaises expériences dans le système de santé (Ibid.).

Néanmoins, l'amélioration de la situation des femmes que nous recevons ne se limite pas à l'ouverture des droits à la santé, mais doit intégrer d'autres déterminants de la santé comme le logement. En effet, une grande majorité des femmes rencontrées vivent en rue ce qui ne leur permet pas de vivre une expérience de grossesse sereine et de se préparer à l'accueil de leur futur enfant.

23*

La fonction 0,5 est un réseau de service qui « assure aux bénéficiaires une offre de soins préventifs et curatifs en tenant compte de leurs spécificités plurielles et complexes » et qui « accompagne les patients dans leurs parcours de soins pour leur (ré)intégration complète dans les structures traditionnelles de soins » (Médecins du Monde Belgique, 2018, p.6).

BOÎTE À OUTILS

- Mettre à disposition et encourager la diffusion d'outils innovants et adaptés au public cible permettra aux patientes de s'approprier les connaissances nécessaires au bon déroulement de leur grossesse. Ces outils doivent prendre en compte les dimensions socio-culturelles et codes langagiers inhérents à l'origine des patientes.
- La mise en place de systèmes d'accompagnement physique des femmes vers les services spécialisés ainsi que le recours à la paire-aidance ou experts du vécu permettrait de lever certaines barrières d'accès à ces services pour le public cible et d'améliorer le « *linkage to care* » notamment en limitant les obstacles relatifs à l'accueil dans des services spécialisés qui n'ont pas la connaissance du public cible.
- La formation continue de l'ensemble des professionnels de santé sur les thématiques SSR est indispensable afin de favoriser et développer une approche globale/holistique de la santé incluant les questions de SSR, une meilleure identification et l'accompagnement des publics cibles sur ces thématiques. Soutenir l'ensemble des professionnels de santé dans leur formation continue sur les questions spécifiques SSR leur permettra de prendre en compte les dimensions de la SSR quel que soit leur expertise.

GROSSESSE NON DÉSIRÉE ET RECOURS À L'IVG

Sur les 28 femmes ayant une grossesse non désirée, 3 ont dépassé le délai légal de 14SA et ne peuvent donc plus avoir recours à l'IVG. Deux de ces trois patientes étaient présentes depuis plusieurs mois en Belgique au moment de leur visite au Hub et auraient pu interrompre leur grossesse si elles avaient eu une meilleure connaissance du réseau et de leur condition. En considérant que parmi ces trois grossesses non désirées, une est la conséquence d'un viol en Libye survenu à la suite d'exploitation et de trafic, il est impératif d'améliorer la détection des violences faites aux femmes dès leur arrivée afin de pouvoir leur proposer des solutions adaptées à leur vécu. Pour ce faire, il est nécessaire de rendre les associations spécialistes dans ce domaine accessible à ces femmes et de former les professionnels à identifier le contexte de survenue de la grossesse qu'elle soit désirée ou non.

Étant donné qu'aucune des femmes ayant une grossesse non désirée n'avait d'accès effectif aux soins médicaux, il sera nécessaire pour elle d'entreprendre les démarches de demande d'AMU si elles souhaitent avoir recours à l'IVG. Pourtant, au regard du délai de réponse des CPAS, il est impossible pour les femmes ayant un âge gestationnel de 9 ou 10SA d'attendre un retour du CPAS pour recourir à l'IVG dans le délai légal. Bien que certains plannings familiaux

offrent la possibilité à ces femmes d'obtenir cette IVG gratuitement sans devoir attendre la réception d'une carte AMU et malgré la barrière de la langue, leur situation confirme qu'il est nécessaire d'informer les femmes enceintes sur leur possibilité théorique d'accès à l'IVG, de faciliter l'accès effectif à l'IVG en accélérant les processus administratifs et en permettant l'accès gratuit à l'IVG à toutes les femmes, quelle que soit leur situation administrative. L'expérience des acteurs du terrain a également montré la nécessité de déconstruire les croyances autour de l'IVG et la stigmatisation inhérente de cette pratique dans certaines communautés, qui freinent les femmes dans leur démarche.

Parmi ces 28 femmes, 8 ont déclaré avoir subi un viol. Par le vécu de ces femmes, nous avons témoigné de l'intersectionnalité et du cumul de facteurs de risque auxquels elles font face (Davaki, 2019) car, aux discriminations qu'elles subissent sur base de leur origine, culture et langue viennent s'ajouter les traumatismes qu'elles ont vécus dans leur pays natal ou sur le parcours migratoire qui augmente davantage leur précarité et vulnérabilité, notamment psychologique. Cette vulnérabilité ne se limite pas aux violences sexuelles et basées sur le genre qu'elles ont subies, mais vient s'ajouter à ces dernières les traumatismes causés par l'absence

des enfants restés au pays natal, entraînant des symptômes d'anxiété et un mal-être émotionnel.

Les données concernant les femmes victimes de viol dans cette étude sont probablement sous-estimées, car les questions concernant les violences ne sont pas systématiquement posées aux patientes. Il est en effet difficile pour certaines sages-femmes de poser cette question sensible, mais il arrive aussi que la patiente ne souhaite pas répondre à cause du traumatisme ou par peur d'être auscultée par la suite. Beaucoup de patientes ne perçoivent pas l'intérêt de parler de ces violences et ne désirent souvent pas aborder ce sujet. Les cas d'agressions sexuelles commises dans l'intimité de la relation de couple ne sont que rarement rapportés par les patientes, car ils sont souvent perçus comme légitimes étant commis par le partenaire. Il est important de considérer le contexte judiciaire en Belgique qui rend le dépôt de plainte pour viol par une personne sans autorisation de séjour sur le territoire risqué, car il est impossible d'assurer au plaignant que ces informations administratives ne seront pas transmises à l'Office des étrangers.

Bien que le sujet de la violence soit difficile à aborder, l'instauration de consultations sages-femmes démedicalisées au Hub humanitaire a montré qu'un tel service est nécessaire pour créer un espace de confiance où les femmes migrantes peuvent aborder librement les sujets liés à leur SSR et aux violences qu'elles ont vécues, ce qui permet également une meilleure prise en charge de leurs besoins.

Davaki (2019) a également montré l'importance du travail des sages-femmes habituées à exercer dans des contextes socio-économiques et culturellement différents, qui prennent en compte aussi bien des besoins physiques, psychiques, socio-culturels et spirituels des femmes. Ces compétences leur permettent de fournir des services adaptés à chaque patiente ainsi que de créer un espace de confiance et une continuité dans les soins. La création de cet espace de parole reflète une nouvelle fois la nécessité de développer une ligne de soins répondant aux besoins spécifiques des personnes en situation de vulnérabilité.



BOÎTE À OUTILS

- Toute personne travaillant en contact avec des femmes migrantes en situation de précarité, qu'elle fasse partie du corps soignant ou non, doit être sensibilisée à la question de la grossesse non-désirée et du recours à l'IVG afin de pouvoir aborder ce sujet ou répondre aux interrogations des patientes en toute neutralité (sans jugement) tout en prenant en compte leur(s) vulnérabilité(s) spécifique(s) et en respectant le principe de « ne pas nuire »²⁴.
- La prise en charge des vulnérabilités et spécificités des conditions de vie des patientes se traduit par une souplesse du cadre des activités afin de faciliter le recours à l'IVG et limiter au maximum les situations où l'IVG doit être reportée : retard des patients au rendez-vous, obligation de présenter des documents obtenus lors d'une précédente visite, obligation d'avancer le montant de l'IVG, ...
- La mise en place du protocole de détection rapide des femmes ayant été victimes de violences (aussi bien dans le pays d'origine, sur le parcours migratoire qu'en Belgique) tel que développé par MdM Belgique dans le cadre du projet « Améliorer la détection et la prise en charge de VBG » permettrait de garantir une prise en charge rapide et de limiter les risques sur la santé physique et psychologique des femmes victimes de violences.

24*

Principe de « ne pas nuire » : « Il s'agit de ne pas infliger de souffrances par action, comme par omission supérieures aux bénéfices de guérison prévisibles tant sur le plan physiologique, que psychologique et social. Informer le patient / blessé sur les risques qu'il ou elle encourt à l'occasion d'une intervention chirurgicale participe de ce principe. De même, mettre en place un système garantissant la confidentialité des données des patients répond à l'exigence de ne pas nuire. Le respect de ce principe est conditionné par l'observation de tous les autres principes présentés dans ce guide » (Médecins du Monde, 2010, p.16)

CONTRACEPTION

Les modes de contraception préférés par les femmes étudiées sont la pilule contraceptive (60 %) et les injections (24,4 %). Le recours à l'injection comme méthode de contraception est moins populaire dans la population belge (1,1 % l'ont déjà utilisé) (Solidaris Institut & FPS, 2017). Nos observations de terrain ont montré que les patientes étudiées préfèrent cette méthode par rapport à la population belge, car elle est plus discrète, plus facile à administrer et répond à leurs besoins complexes. Aucune étude n'ayant été publiée, à notre connaissance, sur l'utilisation de la contraception par les femmes migrantes en situation irrégulière en Belgique, des études réalisées dans les pays d'origine des patientes rencontrées ont été utilisées pour comprendre leurs demandes en termes de contraception.

La préférence pour l'injection reflète l'utilisation de la contraception dans les pays d'origine bien qu'une partie de la population y résidant n'a pas un accès effectif satisfaisant à la contraception. En effet, selon National Statistics Office (NSO) [Eritrea] and Fafo AIS (2013), 85 % des femmes érythréennes (63,9 % de notre population) entre 15 et 49 ans n'ont jamais utilisé de contraception bien que 86 % connaissent au moins un moyen contraceptif moderne. 7,1 % des femmes mariées et 31,6 % des femmes non mariées utilisent un moyen de contraception moderne. Parmi les femmes mariées, 2,3 % utilisent la pilule et 1,8 % l'injection. En ce qui concerne les femmes non mariées, 22,9 % utilisent des préservatifs masculins, 5,2 % l'injection et 2,3 % la pilule.



En Éthiopie, pays d'origine de 16,5 % des patientes étudiées, 99 % de la population de femmes et hommes mariés entre 15 et 49 ans connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. Cependant, seuls 35 % des femmes mariées et 55 % des femmes non mariées utilisent un moyen de contraception moderne (respectivement 1 % et 3 % utilisent une méthode traditionnelle) (Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF, 2016). La méthode préférée dans ces deux groupes est l'injection (23 % - 35 %) suivie par l'implant (8 - 11 %). La pilule contraceptive n'est que très peu utilisée (2 et 1 %). Les jeunes non mariées utilisent plus couramment la contraception d'urgence comme moyen de contraception (4 %) que la pilule (1%).

Plusieurs facteurs pourraient rendre l'injection progestative plus attractive dans les pays d'Afrique subsaharienne où son utilisation est en augmentation continue, notamment la facilité d'administration, la discrétion et le confort lié à l'aménorrhée, (Adetunji, 2011). Cette méthode implique également moins de visites chez le médecin, ce qui est apprécié en zone rurale. Dans certaines cultures croyant beaucoup aux bénéfices des vaccins, l'injection serait perçue comme plus efficace que la pilule contraceptive (Ibid).

En Érythrée et en Éthiopie, habiter en zone urbaine, un niveau d'instruction haut, la richesse, et pour l'Éthiopie un nombre moindre d'enfants (1 ou 2), sont des éléments influençant positivement la prise d'une

contraception (Statistics Office (NSO) [Eritrea] and Fafo AIS, 2013 ; Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF, 2016). Le niveau d'instruction est également un facteur influençant le recours à la contraception en Belgique (Gisle & Demarest, 2014). Les couples avec plusieurs enfants utilisent également moins la contraception (Solidaris Institut & FPS, 2017). Il n'existe cependant pas de différence régionale au niveau l'utilisation, mais bien au niveau du type de contraception utilisé (Gisle & Demarest, 2014).

L'utilisation de la contraception dans les pays d'origine montre que relativement peu de femmes l'utilisent bien qu'une majorité la connaisse. Il est donc nécessaire d'aborder ce sujet systématiquement avec les femmes rencontrées, car une grande majorité connaît déjà au moins un moyen de contraception. Plus que d'en parler, il est nécessaire de les sensibiliser à son utilisation afin qu'elles comprennent les différents effets de la contraception sur leur corps ce qui garantirait une meilleure adhérence et limiterait les risques de grossesse non désirée.

BOÎTE À OUTILS

- Intégrer la question de la contraception dans toutes consultations généralistes permettra de questionner son utilisation et si besoin, de renforcer les connaissances des patientes concernant son usage, son mode de fonctionnement et ses effets.
- La formation des équipes aux diverses méthodes de contraception utilisées par les patientes (*contraceptive method mix*) permettra de leur proposer une contraception qu'elles connaissent déjà et/ou en laquelle elles ont confiance, ce qui favorisera également une meilleure adhérence à la méthode.
- Afin d'accroître les possibilités pour les patientes d'avoir recours à une contraception adaptée à leur contexte de vie, il est intéressant d'intégrer la planification familiale dans les activités bas seuil et communautaire. Les travailleur.euse.s et bénévoles doivent profiter de chaque contact pour sensibiliser les femmes à ce sujet et développer des partenariats efficaces avec le réseau afin de faciliter les référencement le cas échéant.

RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES

- Afin de faciliter l'accès au système de santé, il est recommandé que les acteur.trice.s du secteur instaurent des activités bas-seuil et communautaires allant à la rencontre des femmes migrantes en situation de précarité pour les accompagner dans des démarches vers l'inclusion dans le système de santé. Cela peut se traduire par des activités de sensibilisation dans des lieux de vie communautaire : squats, centre d'hébergement d'urgence, centre d'hygiène, chauffoirs, restaurants sociaux... La création de nouveaux projets innovants d'accompagnement incluant les relais communautaires et la pair-aidance peut également renforcer l'impact des activités bas-seuil et faciliter l'accès au système de santé adapté au contexte de vie du public cible.
- Pour créer des services de prise en charge holistiques, ne se limitant pas aux soins de santé, mais abordant les autres problématiques administratives, psychologiques, sociales, et violences basées sur le genre, il est nécessaire que les structures pluridisciplinaires mettent en place des outils permettant aux professionnel.le.s de développer une connaissance globale des spécificités de chaque métier. Ce travail permettra également d'accompagner pro-activement la patiente dans son parcours de soins tout en anticipant les obstacles qui pourraient survenir. Ces services holistiques doivent garantir au public cible une prise en charge adaptée à son vécu et conditions de vie spécifiques afin de ne pas être générateurs d'obstacles supplémentaires.
- L'accès aux services de première ligne ne doit pas être conditionné par la détention d'un accès aux soins (AMU, carte médicale, Fedasil, ...). Il est donc nécessaire de développer des activités et pratiques permettant d'entamer des démarches de prévention et de prise en charge de santé dès la présentation des femmes migrantes en situation de précarité sans attendre le lancement et la finalisation de la demande de carte AMU auprès des CPAS.

CONCLUSION GÉNÉRALE

AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SANTÉ

- La loi doit réaffirmer que les femmes enceintes, quel que soit leur statut, ont un droit inconditionnel à choisir de garder ou non leur grossesse, à recourir à la contraception, et à bénéficier de l'ensemble des soins périnataux.
- Il ne peut y avoir de barrières administratives ou financières à ces droits périnataux. Toutes les autorités administratives doivent donc lever ces barrières, du CPAS aux mutuelles en passant par FEDASIL et le SPF justice (en cas de détention) afin de garantir une politique harmonieuse et soucieuse d'accès aux soins pour les femmes migrantes tenant compte de la santé de leur enfant à venir.
- Dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement et de la Couverture Sanitaire Universelle, les gouvernements fédéral et fédéré doivent renforcer leurs actions en matière de santé sexuelle et reproductive afin d'améliorer l'accessibilité aussi bien physique que financière des services et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.
- Il est impératif de renforcer la collecte de données et la recherche sur la santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en situation de précarité afin de rendre compte de leur situation vulnérable auprès des gouvernements et que leurs besoins et demandes soient connus des décisions politiques.

- Dans l'intervalle, Médecins du Monde réclame la constitution d'un fonds de garantie, semblable à celui mis place par le FARES/VRGT pour le traitement de la tuberculose, afin de prendre en charge l'avortement et la planification familiale des personnes ne bénéficiant pas d'une couverture de santé et pour lesquelles l'ouverture de l'AMU est difficile.

AU NIVEAU DE L'OFFRE DE SANTÉ

- MdM demande que l'ONE et Kind & Gezin s'engagent pro activement et sans réserve à assurer toutes les consultations prénatales et à prendre en charge tous les examens nécessaires au dépistage des maladies et infections afin de minimiser le plus rapidement possible les risques de complications et/ou de décès pour la mère et pour son enfant.
- L'accès à l'IVG gratuit et sans condition doit être garanti pour toutes les femmes migrantes en situation de précarité désirant interrompre leur grossesse et doit être accompagné des dépistages d'infections sexuellement transmissibles.
- L'accès effectif à la contraception doit être facilité par l'État notamment par la réduction du prix de celle-ci qui ne peut en aucun cas devenir un motif de non-recours.
- Il faut soutenir et poursuivre le déploiement de plus de dispositifs tel que le CPVS qui offre une plus-value indéniable au niveau de la prise en charge rapide des violences grâce à ses services holistiques. Nous ne pouvons laisser de tels services être surchargés de demandes au détriment du bien-être des victimes de violences.

AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

- L'intégration de la fonction 0,5 par la première ligne est essentielle pour rendre les services en SSR accessibles aux femmes migrantes en situation de précarité à Bruxelles et pour leur fournir des soins adaptés à leurs situations de vie et selon leurs besoins spécifiques.
- Il est essentiel d'équiper les services de santé d'outils faciles développant les connaissances en matière de santé dans les communautés précarisées afin que celles-ci puissent prendre des décisions appropriées pour leur santé et minimiser d'éventuels impacts négatifs sur leur santé. Pour ce faire, la création de nouveaux métiers tels que les médiateur.trice.s interculturel.le.s ou expert.e.s du vécu peut également avoir un impact important sur la littératie en santé des patient.e.s en situation de précarité.
- Il est primordial d'outiller les institutions médicales, sociales, juridiques, et psychologiques de moyens concrets, de répondre de manière efficace aux demandes de toutes femmes relatives à tous les aspects de la SSR ou de pouvoir, le cas échéant, les rediriger et idéalement de les accompagner vers les services qui sauront satisfaire leurs besoins.
- Le service de santé sexuelle et reproductive actuel est tout à fait morcelé et insuffisamment adapté aux spécificités des femmes en situation de précarité. Il est essentiel de favoriser les partenariats et collaborations entre les institutions publiques actrices de la SSR tel que l'ONE, Kind & Gezin, les planning familial, et maternités... et les associations travaillant quotidiennement avec les femmes en situation de précarité telles qu'Aquarelle ou Médecins du Monde afin de proposer une offre de soins globale et inclusive de la SSR.

BIBLIOGRAPHIE

Adetunji, J. A. (2011). Rising popularity of injectable contraceptives in sub-Saharan Africa. *African Population Studies*, 25(2).

Aldridge, R. W., Miller, A. K., Jakubowski, B., Pereira, L., Fille, F., & Noret, I. (2017). Les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe, Rapport de l'Observatoire du Réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé, Londres.

Beghin, D., Purnelle, C., Lucet, C., Ndamé, S., Masuy-Stroobant, G., Sasse, A., & Piette, D. (2006). *Adolescentes : sexualité & santé de la reproduction. État des lieux en Wallonie et à Bruxelles*. Bruxelles : Ministère de la Communauté française. Consulté à l'adresse http://centreplanif.chru-lille.fr/doc/Educationalavieaffectiveetsexuelle/64207_1adolesce.pdf

Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF. (2016). Ethiopia Demographic and Health Survey 2016. Addis Ababa, Ethiopia, and Rockville, Maryland, USA: CSA and ICF.

Chauvin, P., Vuillermoz, C., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M., Macherey, A.-L., & Brunel, V. (2015). *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité*. Médecins du Monde. Consulté à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316094>

Daher, R., & d'Auria, V. (2018). Enacting Citizenship in an Urban Borderland: the Case of the Maximilian Park in Brussels. *European Journal of Creative Practices in Cities and Landscapes*, 1(1).

Davaki, K. (2019). *Access to maternal health and midwifery for vulnerable groups in the EU Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs*. <https://doi.org/10.2861/169508>

Davis, K. (2015). L'intersectionnalité, un mot à la mode. Ce qui fait le succès d'une théorie féministe. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (20).

De Spiegelare, M., Racape, J., & Sow, M. (2017). *Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin. Consulté à l'adresse fr/Activities/Publications/2017/20170131_CF

Deliège, D. (2015). Les interprètes sociaux des SETIS, facilitateurs de communication entre les TMS et les familles étrangères. Service de Traduction et d'Interprétariat en milieu Social. Consulté le 9 mai 2019 à l'adresse http://www.setisbxl.be/pdf/Infone_2015-2_13%2007%202015_web%20-%20pp.8-9

Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., Meeus, P. (2019). Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR)

Fobelets, M., Beeckman, K., Hoogewys, A., Embo, M., Buyl, R., & Putman, K. (2015). Predictors of late initiation for prenatal care in a metropolitan region in Belgium. A cohort study. *Public Health*, 129(6), 648-654. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.03.008>

Gisle, L., & Demarest, S. (Éd.). (2014). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : comportements de santé et style de vie. Résumé des principaux résultats*.

Lee, R. M. (1993). *Doing Research on Sensitive Topics*. SAGE.

Loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État. (2014). *Moniteur belge*, 31 janvier, p. 8641. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014010654

Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives. (2018) . *Moniteur belge*, 15 octobre, p. 82140. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2018101503&table_name=loi

Loveattitude. (s.d. [1]). Poursuivre sa grossesse. Consulté 21 mars 2019, à l'adresse <http://www.loveattitude.be/grossesse-avortement/poursuivre-sa-grossesse/>

Médecins du Monde (2010). Pour une Ethique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles (Santé - Histoires de vie).

Médecins du Monde (2016). Réseau International : Rapport de l'Observatoire 2016 : L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays.

Médecins du Monde Belgique. (2018). *Livre de Qualité. La « fonction 0,5 »*.

Médecins du Monde Belgique. (s.d. [1]). Aux côtés des migrant·e·s en Belgique. Consulté 23 avril 2019, à l'adresse <https://medecinsdumonde.be/projets/aux-cotes-des-migrantes-en-belgique#Lasituation>

Médecins du Monde. (s.d. [2]). Centres de soins & antennes médicales. Consulté 23 avril 2019, à l'adresse <https://medecinsdumonde.be/projets/centres-de-soins-antennes-medicales#Lasituation>

National Statistics Office (NSO) [Eritrea] and Fafo AIS. (2013). Eritrea Population and Health Survey 2010. National Statistics Office and Fafo Institute for Applied International Studies. Asmara, Eritrea.

Nations Unies. (5-13 septembre 1994). Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, Egypte.

Nicaise, I., & Schockaert, I. (2014). The hard to reach among the poor in Europe: Lessons from Eurostat's EU-SILC survey in Belgium. In R. Tourangeau, B. Edwards, T. Johnson, K. Wolter, & N. Bates (Eds.), *Hard-to-Survey Populations* (pp. 541-554). Cambridge : Cambridge University Press. [doi:10.1017/CBO9781139381635.032](https://doi.org/10.1017/CBO9781139381635.032)

Nicaise, I., Schockaert, I., & Bircan, T. (2019). The uncounted poor in EU-SILC: a statistical profile of the income and living conditions of homeless people, undocumented immigrants and travellers in Belgium. *Absolute Poverty in Europe: Interdisciplinary Perspectives on a Hidden Phenomenon*, 73.

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2015), *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise*, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014, Commission communautaire commune : Bruxelles.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2018). Baromètre social 2018. Bruxelles : Commission communautaire commune.

Office de la Naissance et de l'Enfance. (2015). *Rapport 2015. Banques de Données Médico-Sociales. Chapitre 2: Données de suivi de la grossesse « volet prénatal »*. Consulté à l'adresse http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/BDMS_2015_Chapitre_2.pdf

Office de la Naissance et de l'Enfance. (2017). Office de la Naissance et de l'Enfance - ONE: Aide aux réfugiés. Consulté 15 avril 2019, à l'adresse <http://www.one.be/actualites-one/details-actualites-one/aide-aux-refugies/>

Office de la Naissance et de l'Enfance. (s.d.). *Des mères en situation de vulnérabilité*. Consulté à l'adresse http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/RA_BDMS_2002-2003_02.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, OMS. Consultable sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf Référencé dans le rapport Painful lessons.

Organisation mondiale de, la Santé (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., Gysen, J., Lorant, V., Derluyn, I. What health care for undocumented migrants in Belgium?. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 257. D/2015/10 273/111

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2018, octobre 9). Des faits & des chiffres. Combien de personnes connaissent-elles un risque de pauvreté ? Consulté 19 mars 2019, à l'adresse http://www.luttepauvrete.be/chiffres_nombre_pauvres.htm

Shahvisi, A., & Finnerty, F. (2019). Why it is unethical to charge migrant women for pregnancy care in the National Health Service. *Journal of medical ethics, medethics*—2018.

Solidaris Institut, & Fédération des Centres de Plannings Familiaux. (2017). *Grande Enquête – Contraception 2017*. Consulté à l'adresse http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf

Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives*, 27(1), 127–140.

Statbel. (s.d.). Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC). Consulté 21 mars 2019, à l'adresse <http://statbel.fgov.be/fr/survey/enquete-sur-les-revenus-et-les-conditions-de-vie-silc>

La Strada (2017), *Dénombrement des sans-abris et mal-logés en Région bruxelloise 2016/2017. Méthodologie*. Consulté le 17 avril 2019 à l'adresse <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/methodologie>

Van Leeuw, V., Debauche, Ch., Daelemans, C., Debiève, F., & Leroy, C. (2018). *Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2016*. Centre d'Épidémiologie Périnatale. Consulté à l'adresse https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPIP_Bxl2016_FR.pdf

Whelan, I. (2019). The effect of United Kingdom immigration policies on migrant access to sexual and reproductive healthcare. *BMJ Sex Reprod Health*, 45(1), 74–77.

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Conseil économique et social*. Consulté à l'adresse <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>

ANNEXE 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE – REVUE DE LITTÉRATURE

Stratégie de recherche

Perinatal health AND (Brussels OR Belgium)
Perinatal health AND Brussels AND precariousness
Perinatal health AND Brussels AND migrants AND migrants

Late initiation AND antenatal care AND Brussels
Antenatal care AND poverty AND (Brussels OR Belgium)
Antenatal care AND migrants AND (Brussels OR Belgium)
Pregnancy AND migrants AND (Belgium OR Brussels)
Pregnancy AND precarious AND (Belgium OR Brussels)

Unplanned pregnancy AND abortion AND (Brussels OR Belgium)
Unplanned pregnancy AND (Brussels OR Belgium)
Undesired pregnancy AND abortion AND (Brussels OR Belgium)
Undesired pregnancy AND (Brussels OR Belgium)
Abortion AND migrants AND (Brussels OR Belgium)
Abortion AND precarious AND (Brussels OR Belgium)

Contraception AND migrant AND (Brussels OR Belgium)
Contraceptive use AND migrant AND (Brussels OR Belgium)
Contraception AND precarious AND (Brussels OR Belgium)
Contraceptive use AND precarious AND (Brussels OR Belgium)

ANNEXE 2 : CLASSIFICATION DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

QUESTIONS		RÉPONSES POSSIBLES		CLASSEMENT INDICATEUR			
Langues	Première langue (CASO Et Hub Humanitaire)	Champ libre	Langues accessibles en Belgique (French/ Anglais)	Autre			
	Autres langues (CASO et Hub Humanitaire)		Aucun	Mutuelle	AMU/Carte Médicale	Fedasil	Accès autre
Accès aux soins	Accès aux soins effectif (CASO)	<ul style="list-style-type: none"> - Mutuelle - Couverture AMU (complète) - Prise en charge CPAS (non AMU) - Couverture partielle : assurance privée - Aucune prise en charge : garant - Aucune prise en charge - cas par cas : réquisitoire Fedasil - Carte mutuelle européenne - Ne sait pas 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune prise en charge : garant - Aucune prise en charge - Ne sait pas - Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutuelle - Prise en charge CPAS (non AMU) 	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture AMU (complète) - AMU/Carte médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - cas par cas : réquisitoire Fedasil 	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture partielle : assurance privée - Carte mutuelle européenne
	Accès au système santé (hors MdM) (Hub Humanitaire)	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun - Mutuelle - AMU/Carte Médicale - Fedasil 					
Statut administratif	Statut administratif (Hub Humanitaire)	<ul style="list-style-type: none"> - Légale - En transit - Demande d'asile - Asile refusé - Ne sais pas 	<ul style="list-style-type: none"> - Légale - N'a pas besoin de titre de séjour (national) - Citoyen UE/N'a pas besoin de titre de séjour : moins de 3 mois en Belgique - Citoyen UE/Peux rester, possède des moyens suffisants et une assurance santé (ici ou dans le pays d'origine) - Citoyen hors UE/Possède un titre de séjour valide - Demandeur d'asile (demande ou recours en cours) - Citoyen hors UE/Touriste, étudiant, courte durée - Citoyen hors UE/Visa de travail - Citoyen hors UE/Protection humanitaire/ Séjour discrétionnaire - 9ter recevable 	<ul style="list-style-type: none"> - Citoyen UE/Peux rester, possède des moyens suffisants et une assurance santé (ici ou dans le pays d'origine) - Citoyen hors UE/Possède un titre de séjour valide - Citoyen hors UE/Touriste, étudiant, visa courte durée - Citoyen hors UE/Visa de travail - Citoyen hors UE/Protection humanitaire/Séjour discrétionnaire - 9ter recevable 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandeur d'asile (demande ou recours en cours) - Demande d'asile 	<ul style="list-style-type: none"> - cas par cas : réquisitoire Fedasil 	<ul style="list-style-type: none"> - Citoyen UE/Ne peut pas rester : plus de trois mois en Belgique, ne possède pas les moyens financiers suffisants et l'assurance santé - Sans autorisation de séjour : pas de procédure en cours - Sans autorisation de séjour : 9 bis en cours - Sans autorisation de séjour : 9 ter en cours (pas encore recevable) - Sans autorisation de séjour : regroupement en cours - Permis de séjour : autre - Permis de séjour dans un autre pays européen
	Quelle est votre situation administrative actuelle? (CASO)	<ul style="list-style-type: none"> - N'a pas besoin de titre de séjour (national) - Citoyen UE/N'a pas besoin de titre de séjour : moins de 3 mois en Belgique - Citoyen UE/Peux rester, possède des moyens suffisants et une assurance santé (ici ou dans le pays d'origine) - Citoyen hors UE/Possède un titre de séjour valide - Demandeur d'asile (demande ou recours en cours) - Citoyen hors UE/Touriste, étudiant, visa courte durée - Citoyen hors UE/Protection humanitaire/ Séjour discrétionnaire - 9ter recevable 	<ul style="list-style-type: none"> - N'a pas besoin de titre de séjour (national) - Citoyen UE/N'a pas besoin de titre de séjour : moins de 3 mois en Belgique - Citoyen UE/Peux rester, possède des moyens suffisants et une assurance santé (ici ou dans le pays d'origine) - Citoyen hors UE/Possède un titre de séjour valide - Demandeur d'asile (demande ou recours en cours) - Citoyen hors UE/Touriste, étudiant, courte durée - Citoyen hors UE/Visa de travail - Citoyen hors UE/Protection humanitaire/ Séjour discrétionnaire - 9ter recevable 	<ul style="list-style-type: none"> - Légale - N'a pas besoin de titre de séjour (national) - Citoyen UE/N'a pas besoin de titre de séjour : moins de 3 mois en Belgique - Citoyen UE/Peux rester, possède des moyens suffisants et une assurance santé (ici ou dans le pays d'origine) - Citoyen hors UE/Possède un titre de séjour valide - Citoyen hors UE/Touriste, étudiant, visa courte durée - Citoyen hors UE/Visa de travail - Citoyen hors UE/Protection humanitaire/Séjour discrétionnaire - 9ter recevable 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandeur d'asile (demande ou recours en cours) - Demande d'asile 	<ul style="list-style-type: none"> - cas par cas : réquisitoire Fedasil 	<ul style="list-style-type: none"> - Citoyen UE/Ne peut pas rester : plus de trois mois en Belgique, ne possède pas les moyens financiers suffisants et l'assurance santé - Sans autorisation de séjour : pas de procédure en cours - Sans autorisation de séjour : 9 bis en cours - Sans autorisation de séjour : 9 ter en cours (pas encore recevable) - Sans autorisation de séjour : regroupement en cours - Permis de séjour : autre - Permis de séjour dans un autre pays européen
Statut administratif		<ul style="list-style-type: none"> - Sans autorisation de séjour 					<ul style="list-style-type: none"> - Sans autorisation

Hébergement						
	<i>Que type de logement avez-vous ? (CASO)</i>	Sans – abris	Sans – logement	Logement précaire	Logement inadéquat	Logement personnel
	<ul style="list-style-type: none"> - SDF (à la rue, hébergement d'urgence moins de 15 nuits) - Hébergé par un organisme ou une association/hôtel (plus de 15 jours) - Campement/Bidonville - Squat - Hébergé par la famille/amis - Lieu de travail - Logement personnel - Fedasil - Autre 	<ul style="list-style-type: none"> - SDF (à la rue, hébergement d'urgence moins de 15 nuits) - Samusocial - Rue/Parc/ - Gare - Famille - d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> - Hébergé par un organisme ou une association/hôtel (plus de 15 jours) - Association 	<ul style="list-style-type: none"> - Hébergé par la famille/amis - Campement/Bidonville - (occupation illégale de terrain) - Lieu de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Squat 	<ul style="list-style-type: none"> - Logement personnel
	<i>Hébergement ? (Hub Humanitaire)</i>					
	Champ libre					

ANNEXE 3 : ENSEMBLE DES RÉSULTATS

	CASO		HUB		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Première langue	Missing = 2		Missing = 36		Missing = 38	
Albanais	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Amharique	0	0,0 %	35	32,4 %	35	28,0 %
Arabe	1	5,9 %	11	10,2 %	12	9,6 %
Bosnien	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Anglais	0	0,0 %	1	0,9 %	1	0,8 %
Français	7	41,2 %	4	3,7 %	11	8,8 %
Peul	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Macédonien	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Portugais	0	0,0 %	2	1,9 %	2	1,6 %
Roumain	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Russe	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Slovaque	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Espagnol	1	5,9 %	0	0,0 %	1	0,8 %
Tigrigna	1	5,9 %	55	50,9 %	56	44,8 %
Total	17	100,0 %	108	100,0 %	125	100,0 %
Autre langue parlée	Missing = 11		Missing = 80		Missing = 91	
Anglais	3	15,8 %	61	42,4 %	64	39,3 %
Français	5	26,3 %	3	2,1 %	8	4,9 %
Missing	11	57,9%	80	55,6%	91	55,8%
Total	19	100,0 %	144	100,0 %	163	100,0 %
Nationalité	Missing = 0		Missing = 5		Missing = 5	
Angola	0	0,0 %	1	0,7 %	1	0,6 %
Bosnie et Herzégovine	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Brésil	0	0,0 %	1	0,7 %	1	0,6 %
Cameroun	2	10,5 %	2	1,4 %	4	2,5 %
Cote d'Ivoire	2	10,5 %	0	0,0 %	2	1,3 %
Érythrée	1	5,3%	100	71,9%	101	63,9%
Éthiopie	0	0,0%	26	18,7%	26	16,5%
Guinée	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Irak	0	0,0 %	1	0,7 %	1	0,6 %
Macédoine	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Mexique	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Maroc	2	10,5 %	0	0,0 %	2	1,3 %
Palestine	0	0,0 %	1	0,7 %	1	0,6 %
RDC	1	5,3 %	1	0,7 %	2	1,3 %
Roumanie	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Russie	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Rwanda	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Sénégal	2	10,5 %	0	0,0 %	2	1,3 %
Serbie	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Slovaquie	1	5,3 %	0	0,0 %	1	0,6 %
Somalie	0	0,0 %	2	1,4 %	2	1,3 %
Soudan	0	0,0 %	1	0,7 %	1	0,6 %
Syrie	0	0,0 %	2	1,4 %	2	1,3 %
Togo	0	0,0 %	1	0,7 %	1	0,6 %
Total	19	100,0 %	139	100,0 %	158	100,0 %
Statut administratif	Missing = 2		Missing = 84		Missing = 86	
Légale	1	5,9 %	0	0,0 %	10	13,0 %

Citoyen hors UE/Touriste, étudiant, visa courte durée	1	100,0 %	0	0,0 %	100 %	
Demande d'asile ou de regroupement	1	5,9 %	9	15,0 %	1	1,3 %
Demande d'asile	1	100,0 %	9	100,0 %	100 %	
Sans autorisation	15	88,2 %	51	85,0 %	66	85,7 %
Asile refusé	0	0,0 %	1	2,0 %	1	1,5 %
Citoyen UE/Ne peux pas rester : plus de trois mois en Belgique, ne possède pas les moyens financiers suffisants et l'assurance	2	13,3 %	0	0,0 %	2	3,0 %
En transit	0	0,0 %	44	86,3 %	44	66,7 %
Inconnu	1	6,7 %	0	0,0 %	1	1,5 %
Ne sait pas	0	0,0 %	4	7,8 %	4	6,1 %
Sans autorisation de séjour : autre	3	20,0 %	0	0,0 %	3	4,5 %
Sans autorisation de séjour : pas de procédure en cours	9	60,0 %	2	3,9 %	11	16,7 %
Total	17	100,0 %	60	100,0 %	77	100,0 %
Accès aux soins	Missing = 4		Missing = 84		Missing = 88	
AMU/Carte médicale	0	0,0 %	1	1,7 %	1	1,3 %
Aucun	14	93,3 %	58	96,7 %	72	96,0 %
Fedasil	1	6,7 %	1	1,7 %	2	2,7 %
Total	15	100 %	60	100 %	75	100 %
Hébergement	Missing = 2		Missing = 49		Missing = 51	
Logement inadéquat	0	0,0 %	1	1,1 %	1	0,9 %
Squat	0	0,0 %	1	100,0 %		
Logement personnel	3	17,6 %	0	0,0 %	3	2,7 %
Logement précaire	10	58,8 %	1	1,1 %	11	9,8 %
Hébergé par la famille/amis	10	100,0 %	1	100,0 %		
Sans logement	1	5,9 %	2	2,1 %	3	2,7 %
Hébergé par un organisme ou une association/hôtel (plus de 15 jours)	1	100,0 %	2	100,0 %		
Sans-abris	3	17,6 %	91	95,8 %	94	83,9 %
Samusocial			3	3,3 %		
Rue/Parc/Gare			51	56 %		
Famille d'accueil			36	39,6 %		
Inconnu			1	1,1 %		
Total	17	100,0 %	95	100,0 %	112	100 %
Réseau social	Missing = 1		Missing = 59		Missing = 60	
Accompagnée en Belgique	8	44,4 %	49	57,7 %	57	53,3 %
Seule en Belgique	10	55,6 %	36	42,3 %	46	44,7 %
Total	18	100 %	85	100 %	103	100 %

ANNEXE 4 : CANVAS

ÉVALUATION PARTICIPANTE

Évaluation des activités de Médecins du Monde en matière SSR	
Observation participante	
Nom et prénom de l'observateur :	
Date de l'observation :	
Lieu de l'observation :	
Heure du début de l'observation :	
Grossesse et suivi tardif de soins prénatal	
Grossesse non désirée et recours à l'IVG	
Contraception	
Autre	
Heure de fin de l'observation :	

ANNEXE 5 : CHARTE DU PATIENT

CHARTRE DU PATIENT

Dans le cadre des consultations psycho-médico-sociales, Médecins du Monde Belgique, collecte et conserve vos données personnelles.

Afin de faciliter l'organisation des consultations, notre personnel accueillant aura besoin d'accéder à vos données personnelles (nom, prénom, date naissance, nationalité, langues, adresse, n° tel...) pour la création de votre dossier patient individualisé.

MdM-BE met en œuvre une série de mesures de sécurité pour protéger correctement vos données personnelles contre tout accès, toute utilisation, perte ou divulgation non autorisés. Seules les personnes autorisées de part leur fonction qui en ont besoin pour effectuer un travail spécifique ont accès aux informations personnelles identifiables. Vos données médicales ne seront accessibles que par les prestataires de soins. MdM-BE peut également utiliser & partager vos données à des fins statistiques, dans ce cas toutes les données seront systématiquement anonymisées.

Afin d'assurer une relation patient-prestataire de soins de qualité, MdM-BE peut faire appel à un interprète, à ce titre l'interprète aura connaissance de vos données à caractère personnel, sauf opposition de votre part.

Ce lieu de soins dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers patients. Toutes vos données feront l'objet, sauf opposition de votre part, d'un enregistrement informatique.

Vous pouvez accéder aux informations vous concernant auprès de votre prestataire de soins. Les dossiers médicaux ne peuvent être transmis qu'au patient, sur base d'une demande écrite, datée et signée, et à sa demande au médecin désigné par lui.

MdM-BE conservera votre dossier médical, de manière sécurisée, conformément au délai légal de conservation. Vous disposez d'un droit d'opposition et pouvez à tout moment ;

- Modifier vos données à caractère personnel
- Exercer votre droit à l'oubli
- Retirer votre consentement
- Demander l'inventaire de vos données personnelles

A cet effet, vous pouvez soit,

- Vous adressez directement à votre accueillant
- Nous envoyer une demande écrite, datée et signée, soit par courrier postal, soit en prenant contact via l'adresse privacy@medecinsdumonde.be

Pour toute information complémentaire, vous pouvez demander une copie de notre politique de confidentialité à votre accueillant et/ou la consulter via notre site <https://www.medecinsdumonde.be/>



Éditeur responsable

Médecins du Monde Belgique

Rue Botanique 75

1210 Saint-Josse-ten-Noode

www.medecinsdumonde.be

info@medecinsdumonde.be

Auteurs

Déom Victoria

Ben Abdelhafidh Louisa

Rojas Lopez Felipe

Glorie Céline

Vanden Bussche Ine

Verbeeren Pierre

Photographie

Pauwels Frederic

de Bruin Cilou

Proposition de citation

Déom, V., Ben Abdelhafidh, L., & al (2020). Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles.

Évaluation des activités de Médecins du Monde en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019. Bruxelles : Médecins du Monde Belgique.

Remerciements

Mise en page : Marchesi Camille

Relecture : Gonçalves Muriel

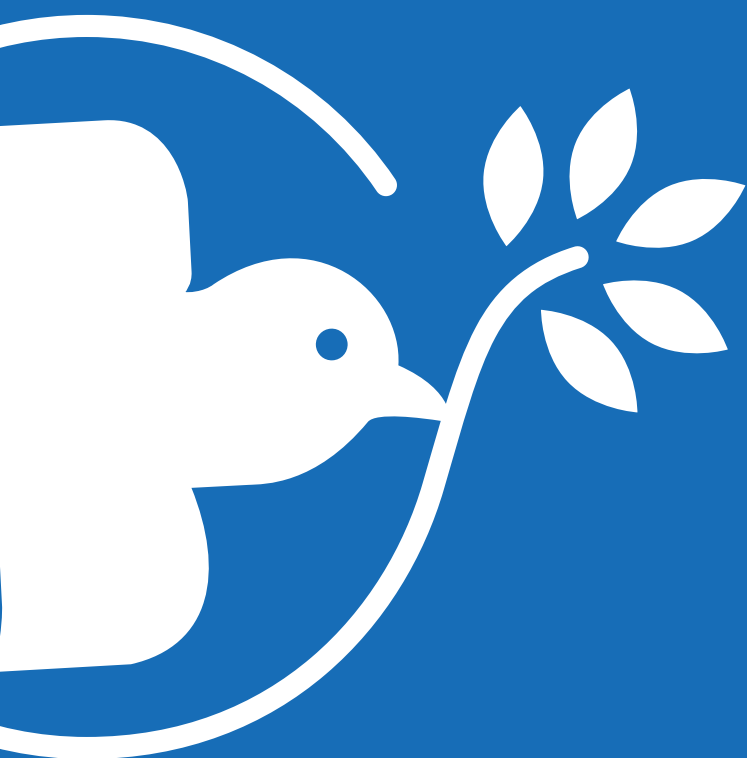
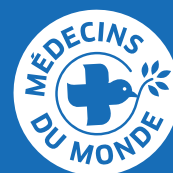
De Béthune Xavier

Heymans Stéphane

Racapé Judith

Coiret Murielle

Aux équipes salariées et bénévoles du Hub Humanitaire et du CASO



NOUS SOIGNONS AUSSI L'INJUSTICE.

MÉDECINS DU MONDE
Rue Botanique 75 | B-1210 Bruxelles
Tél. +32 (0)2 225 43 00 | Fax +32 (0)218 69 00
info@medecinsdumonde.be
www.medecinsdumonde.be