

Prise en charge de la vulnérabilité sexuelle dans une consultation gynécologique mise en place en CeGIDD

Tatiana STEMPAK^(1,3), Svetlane DIMI⁽¹⁾, Ismahen SOHBI⁽¹⁾, Michelle CAUCHY⁽¹⁾, Sylvie MICHALOT⁽¹⁾, Magali RUELLAN^(1,2), Justine PHILIPPE⁽¹⁾, Thierry JAULT⁽³⁾, Nicolas VIGNIER^(1,2,4,5)

(1) CeGIDD Sud 77, Groupe hospitalier Sud Ile de France, Melun, (2) Réseau Ville Hôpital 77 Sud, Melun, (3) Service de gynécologie, GHSIF, Melun, (4) Service des Maladies Infectieuses, GHSIF, Melun (5) Equipe de Recherche en Epidémiologie Sociale, Inserm, IPLESP, Sorbonne Universités, UMR 1136

Introduction

- La loi de financement de la sécurité sociale de 2014 a porté la création des CeGIDDs en fusionnant les CDAG et les CIDDIST. Leurs compétences ont été élargies à la santé sexuelle de manière plus globale.
- Le CeGIDD Sud 77 a été habilité en 2016. Une consultation de gynécologie y est proposée sur rendez-vous une demi-journée par semaine. Les femmes migrantes primo-arrivantes représentent une part importante des patientes reçues, adressées essentiellement par un réseau de prise en charge de personnes en situation de précarité (RVH77Sud). Devant leurs récits de parcours, un dépistage systématique de leur vulnérabilité sexuelle a été intégré à la consultation.

Objectif

- Améliorer l'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité sexuelle et produire les données contribuant à l'amélioration de leur prise en charge.

Méthodes

- Un recueil de données sociodémographiques et relatives à la santé sexuelle a été réalisé entre janvier 2018 et janvier 2019 parmi les femmes migrantes majeures reçues à la consultation de gynécologie du CeGIDD Sud 77.

Analyse

- Description de la vulnérabilité sexuelle des patientes et les facteurs qui y sont associés.

La santé sexuelle est comprise au sens la définition adoptée par l'OMS en 2002 :

« La santé sexuelle est un état de **bien-être physique, émotionnel, mental et social** associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une **approche positive et respectueuse** de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir **en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence**.

Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.

La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

Résultats

Caractéristiques des patientes

| | |
|---|--------------|
| Nombre de patientes incluses (n) | 28 |
| Age à l'arrivée (années - Moyenne [IQR]) | 30 [23,5-36] |
| Ancienneté arrivée (mois - Médiane [IQR]) | 2,5 [1,25-6] |
| Origine géographique (n (%)) | |
| • République démocratique du Congo | 9 (32%) |
| • République du Congo | 7 (25%) |
| • Côte d'Ivoire | 6 (21%) |
| • Gabon | 2 (7%) |
| • Sénégal | 1 (4%) |
| • Guinée | 1 (4%) |
| • Mauritanie | 1 (4%) |
| • Bénin | 1 (4%) |
| Raisons de la venue en France (n (%)) | |
| • Menacé dans son pays | 24 (86%) |
| • Etudes | 2 (7%) |
| • Regroupement familial | 1 (4%) |
| • Raisons médicales | 1 (4%) |
| Conditions de la migration | |
| • Bonnes | 18 (67%) |
| • Mauvaises | 9 (33%) |
| Situation matrimoniale en France (n (%)) | |
| • Célibataire | 22 (79%) |
| • En couple | 6 (21%) |
| Lieu de vie (n (%)) | |
| • Héli social | 8 (31%) |
| • CADA | 3 (12%) |
| • Hébergement | 14 (54%) |
| • Logement personnel salubre | 1 (4%) |
| Séjour (n (%)) | |
| • Itinérant | 6 (23%) |
| • Révisé demande d'asile | 18 (69%) |
| • Autre révisé | 1 (4%) |
| • Titre de séjour court | 1 (4%) |
| Couverture maladie (n (%)) | |
| • Aucune | 20 (71%) |
| • AME | 1 (4%) |
| • CMUc | 7 (25%) |

Données relatives à la santé sexuelle

Figure 1 : Antécédent d'agression sexuelle

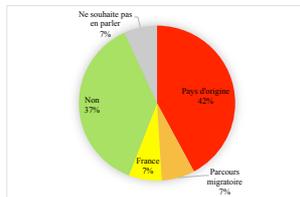
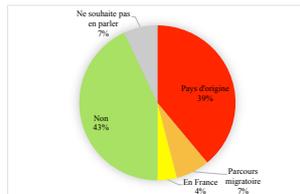


Figure 2 : Antécédent de viol



Le viol est défini par la loi comme "tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par contrainte, violence, surprise ou menace". Les agressions sexuelles se distinguent du viol par l'absence de pénétration.

Figure 3 : Sexualité avant et depuis l'arrivée en France

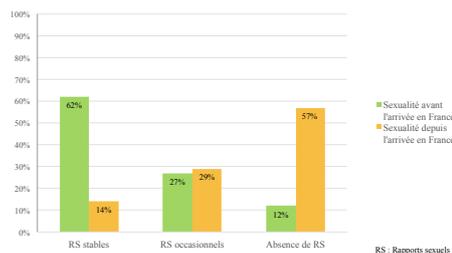
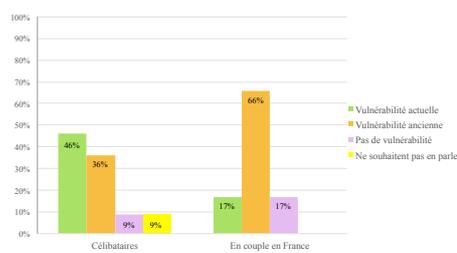
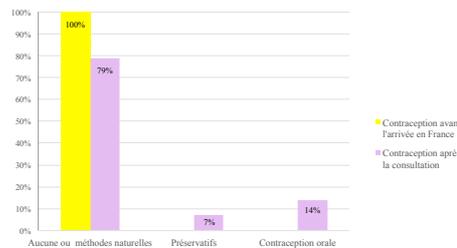


Figure 4 : Vulnérabilité sexuelle selon le statut matrimonial en France



La vulnérabilité est définie par une personne qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi (Larousse) ; qui offre peu de résistance, est perméable aux menaces et aux dangers (Pon Robert). Les patientes étaient considérées comme en situation de vulnérabilité sexuelle par la gynécologue sur la base des données relatives à la santé sexuelle recueillies à l'interrogatoire et de leur réponse à la question « vous sentez-vous actuellement en danger sexuellement ».

Figure 5 : Contraception



- Vingt-huit patientes migrantes ont été incluses dans l'étude. Elles étaient 16 à rapporter une ou des agressions sexuelles (56%) et 14 un viol (50%). Ces violences avaient essentiellement eu lieu dans leur pays d'origine. Des rapports transactionnels étaient rapportés par 3 femmes (11%). Deux patientes n'ont pas souhaité revenir sur leur parcours.
- Les femmes en couple en France rapportaient majoritairement une vulnérabilité sexuelle ancienne, alors que les femmes célibataires étaient davantage exposées à une vulnérabilité actuelle.
- Aucune femme n'avait de contraception dans son pays d'origine, et à l'issue de la consultation seules 4 ont souhaité une contraception par pilule oestroprogestative (14%) et 2 par préservatifs (7%).
- Dix-huit frottis ont été réalisés (soit 95% des femmes concernées par le dépistage), là où seules 3 patientes en avaient bénéficié au préalable (11%).
- Les douleurs pelviennes (41%) et les troubles du cycle menstruel avec spanioménorrhée (19%) étaient les principaux symptômes rapportés. Le bilan étiologique est revenu normal dans la majorité des cas ; interrogeant ainsi sur le lien entre ces symptomatologies et la situation sociale et la vulnérabilité sexuelle.
- Le dépistage systématique des infections sexuellement transmissibles a permis de dépister 6 hépatites B (23%) et une infection à *Chlamydia trachomatis* (4%). Deux patientes n'ont pas bénéficié du dépistage.
- Les situations dans lesquelles se trouvaient les patientes reçues durant cette période n'ont pas été retenues comme relevant d'une indication de PrEP, qui n'a donc pas été proposée.

Conclusion

- La majorité des femmes migrantes accueillies à la consultation gynécologique du CeGIDD Sud 77 a subi des violences sexuelles dans son pays d'origine, sur le parcours migratoire ou en France, et la vulnérabilité sexuelle qui en découle peut avoir un retentissement psycho-social et médical important. La forte proportion de symptômes gynécologiques en est probablement le témoin. Il est donc nécessaire de dépister cette vulnérabilité, afin de proposer une prise en charge globale et pluridisciplinaire de ces patientes.
- Malgré la forte prévalence de vulnérabilité sexuelle chez les femmes migrantes accueillies, peu acceptent une contraception.
- La prescription d'une PrEP pourrait également être proposée dans certaines situations, mais semble difficile à mettre en place dans cette population.
- La question de l'intérêt du suivi de ces femmes sur un temps long mérite aussi d'être posée.

Remerciements : à l'ensemble des patientes ayant répondu aux questions, aux membres de l'équipe de l'USP, du RVH77Sud et du service de gynécologie, à l'ARS Ile-de-France pour le financement de cette consultation

Contact: tatiana.stempak@ch-melun.fr