

Entre recours et renoncement : une analyse de l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Île-de-France

*Between recourse and renunciation: an analysis of access to health care for
homeless migrant women living in hotels in Ile-de-France*

Lorraine Poncet et Armelle Andro



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/popvuln/4044>

DOI : 10.4000/popvuln.4044

ISSN : 2650-7684

Éditeur

LIR3S - Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche "Sociétés Sensibilités Soins" (UMR 7366 CNRS-uB)

Référence électronique

Lorraine Poncet et Armelle Andro, « Entre recours et renoncement : une analyse de l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Île-de-France », *Populations vulnérables* [En ligne], 8 | 2022, mis en ligne le 30 novembre 2022, consulté le 15 décembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/popvuln/4044> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/popvuln.4044>

Ce document a été généré automatiquement le 15 décembre 2022.



Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Entre recours et renoncement : une analyse de l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Île-de-France

Between recourse and renunciation: an analysis of access to health care for homeless migrant women living in hotels in Ile-de-France

Lorraine Poncet et Armelle Andro

I. Introduction

- 1 En Île-de-France, les familles migrantes constituent une part croissante de la population sans logement et en demande d'hébergement. En 2012 déjà, elles représentaient 65 % des personnes mises à l'abri par le Samusocial de Paris (Guyavarch et Le Méner 2014). En Île-de-France, le système d'hébergement d'urgence est géré par le Samusocial de Paris qui répartit, dans la mesure des places disponibles, les personnes en demande dans différents types de structures. Le mode d'hébergement actuellement le plus couramment proposé aux familles sans logement sont des chambres d'hôtel du parc privé. Ce recours à l'hôtel a connu une forte augmentation : rares au début des années 2000, ce sont 18 000 familles qui sont hébergées dans 600 hôtels d'Île-de-France en 2016 (Samusocial de Paris 2016). Elles sont plus de 20 000 en 2019 (Samusocial de Paris 2019). Dans ces hôtels, souvent dégradés et disséminés dans Paris ainsi qu'en petite et grande couronne, les familles se voient donc attribuer une ou plusieurs chambres selon leur configuration. Cette forme peu adaptée de mise à l'abri est théoriquement temporaire même si la pénurie de place dans des structures dédiées entraîne depuis plusieurs années un allongement des durées de séjour. L'enquête ENFAMS (Enfance et Familles sans Logement) menée en 2013 par l'Observatoire du Samusocial de Paris auprès de 801 familles sans logement hébergées en divers types d'hébergement d'insertion et d'urgence, avait déjà mis en évidence un état de santé

dégradé chez les femmes interrogées : prévalence importante de surpoids, d'anémie et de dépression (Vandentorren et al. 2016). Ces familles mises à l'abri à l'hôtel par le Samusocial sont donc à la fois de plus en plus nombreuses et quasi exclusivement des familles migrantes. Dans l'enquête DSAFHIR (Droits et Santé des Femmes Hébergées, Isolées, Réfugiées) menée en 2017 auprès de femmes migrantes hébergées à l'hôtel, 41 % des femmes interrogées avaient connu des parcours migratoires complexes ou très complexes, c'est-à-dire longs, impliquant plusieurs moyens de transport et souvent dangereux (Andro et al. 2019). Ce type d'expérience migratoire est susceptible d'avoir pour conséquence un état de santé dégradé à l'arrivée en France. Que sait-on de l'état de santé des femmes migrantes hébergées et quelles sont les spécificités de l'accès aux soins dans ce groupe ?

- 2 L'accès aux soins est un déterminant important de l'état de santé et joue un rôle majeur dans la construction et la perpétuation des inégalités sociales de santé (Fassin et al. 2000). Les femmes migrantes font face en France à différentes barrières à l'accès aux soins. La première barrière est celle de l'accès aux droits : droit au séjour et droit à bénéficier d'une couverture médicale. En France les personnes migrantes peuvent avoir accès à une couverture médicale par différents dispositifs, déterminés par leur situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour et de leur niveau de ressources. Les personnes disposant d'un titre de séjour peuvent bénéficier de l'assurance maladie, et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, aujourd'hui Complémentaire Santé Solidaire) si elles sont sans ressources ou avec des revenus faibles. Les personnes sans titre de séjour peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État (AME). Les deux dispositifs prennent en charge 100 % du coût des soins¹. Leur demande doit être renouvelée tous les ans (Assurance Maladie 2020), ce qui peut entraîner des ruptures de couverture. Les changements de statut administratif, pour les personnes disposant de titres de séjour de courte durée, sont aussi la cause de rupture de couverture (Vignier, Chauvin, et Dray-Spira 2017). Les femmes migrantes hébergées à l'hôtel qui sont souvent en situation irrégulière ou ont des titres de séjour de courte durée y sont très exposées.
- 3 En plus des dispositions légales, une deuxième barrière à l'accès aux soins concerne la connaissance du système de soin et sa lisibilité par les personnes migrantes. Les données collectées auprès de personnes migrantes ayant recours aux services de Médecins du Monde dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest en 2009 ont montré que seul un quart d'entre elles connaissaient leurs droits concernant l'accès aux soins et uniquement la moitié considéraient qu'elles savaient se repérer dans le système de soins (Chauvin, Parizot, et Simonnot 2009). La barrière de la langue, la difficulté à échanger avec le personnel soignant, sont également des freins à l'accès aux soins. Bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C, les femmes migrantes sans logement sont susceptibles de se voir refuser des rendez-vous médicaux (Perret et al. 2019), une pratique illégale, mais documentée chez les médecins généralistes et les gynécologues (Médecins du Monde, Simonnot, et Drouot 2006 ; Desprès, Guillaume, et Couralet 2009). En outre, en vertu de leur origine ethnique ou sociale, les femmes migrantes hébergées sont susceptibles de faire l'expérience de discriminations dans le système de soins (Azria et al. 2020) ou de faire l'expérience d'une prise en charge dégradée (Sauvegrain et al. 2017). Enfin, en plus de ces différentes barrières, les femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France sont hébergées dans des hôtels souvent mal desservis par les transports en commun, et ne disposant souvent pas de carte de transport, elles

rencontrent des difficultés logistiques importantes pour se déplacer. Par ailleurs, l'organisation du système d'hébergement d'urgence les contraint à une mobilité fréquente entre différents hôtels, qui peut entraver leur ancrage dans le système de soin, alors que l'on sait que c'est ce dernier qui favorise une prise en charge adéquate (Lurie et Dubowitz 2007).

- 4 La construction d'indicateurs d'accès aux soins est complexe. On la mesure souvent par le recours à un ou des professionnels de santé. Mais il est, dans tous les cas, nécessaire de prendre en compte l'état de santé des personnes : Les personnes en bonne santé ont en effet une consommation de soins faible sans que ce non-recours soit problématique. Ce qui est problématique en revanche est le besoin non-satisfait, c'est-à-dire la non-sollicitation des services de santé par des personnes ayant des besoins de soins. On peut aussi mesurer le renoncement aux soins, et interroger directement les personnes sur leur expérience de renoncement et le motif du renoncement (Boisguérin et Haury 2008). Mais cela nécessite de se souvenir et de formuler les besoins de santé que l'on a eus, du recours ou non-recours au service de santé approprié, et de mettre en lien ces deux événements pour en conclure à un renoncement (Revil et al. 2019). Cela rend la réponse sensible, notamment, au biais de mémoire et de socialisation.
- 5 Le recours aux professionnels de santé est déterminé notamment par le sexe, le revenu, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'étude (Auvray, Doussin, et Le Fur 2003 ; Attias-Donfut et Tessier 2005). Des études menées en France montrent que les immigrés ont un plus faible recours au médecin généraliste et aux médecins spécialistes que les personnes nées en France, à âge, sexe et état de santé équivalent (Dourgnon et al. 2009 ; Attias-Donfut et Tessier 2005 ; Berchet 2011). Une analyse des données des cohortes SIRS de 2005 et 2010 en Île-de-France a montré que les femmes étaient, à cette période, plus susceptibles de renoncer à des soins que les hommes, mais que les personnes nées à l'étranger ne déclaraient pas plus souvent avoir renoncé à des soins que les personnes nées en France (Renahy et al. 2012). Dans l'enquête ENFAMS, menée en 2013, le taux de renoncement aux soins des femmes interrogées n'était pas plus important que celui des femmes de la population générale (Vuillermoz et al. 2017).
- 6 Notre objectif est d'explorer l'accès aux soins des femmes migrantes sans logement en 2017 en mettant en regard deux mesures de l'accès aux soins : le recours à des professionnels de santé et le renoncement aux soins.

II. Méthode

1) Données

- 7 Les données de l'enquête DSAFHIR (Droits et Santé des Femmes Hébergées, Isolées, Réfugiées), menée en 2017 par l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et l'Observatoire du Samusocial de Paris, auprès de 469 femmes migrantes hébergées à l'hôtel en Île-de-France permettent de construire ces deux indicateurs. L'enquête a été conduite dans quinze hôtels en Seine-Saint-Denis, Essonne et Seine-et-Marne. Les questionnaires ont été administrés en face à face par des enquêtrices multilingues, ce qui a permis de mener l'enquête dans dix langues différentes.

a) Mesures de l'accès aux soins

- 8 Recours aux professionnels de santé – Dans le questionnaire DSAFHIR, les répondantes étaient interrogées sur leur recours à un médecin généraliste et à un gynécologue : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté pour vous un.e médecin généraliste/un.e gynécologue ?* » Elles indiquaient le lieu de la dernière consultation pour chaque professionnel. Les répondantes pouvaient indiquer que cette dernière consultation avait eu lieu avant l'arrivée en France. Comme on s'intéresse à l'accès aux soins en France, on catégorise ces répondantes comme n'ayant pas consulté au cours des douze derniers mois. On analyse ici séparément le recours au médecin généraliste et au gynécologue.
- 9 Renoncement aux soins – Les répondantes ont été interrogées sur leur renoncement aux soins : « *Durant ces douze derniers mois, est-ce que vous pensez avoir renoncé pour vous-même à voir un médecin, quelles qu'en soient les raisons ?* » Si oui, suivait une question à choix multiple : « *À quels soins, traitements ou consultations avez-vous renoncé pour vous ?* » et une liste de soins. On demandait ensuite : « *Généralement pour quelle raison principale renoncez-vous aux soins ?* », avec possibilité de choisir une réponse parmi les motifs proposés. Les études existantes sur le renoncement aux soins s'intéressant souvent spécifiquement au renoncement aux soins pour raisons financières, et pour pouvoir y comparer nos résultats, on analyse séparément le renoncement pour tout motif et le renoncement pour raisons financières.

b) Variables explicatives

- 10 On analyse les deux mesures d'accès aux soins en fonction de l'âge, de l'état de santé perçu (physique et psychologique), de caractéristiques socio-démographiques comme le niveau d'étude, les ressources mensuelles, la région de naissance, la durée de résidence en France, la maîtrise du français, et enfin de caractéristiques ayant un lien direct avec l'accès aux soins comme la couverture médicale, le fait d'avoir accouché en France, d'avoir une carte de transport public.

2) Analyses

- 11 On analyse les caractéristiques associées au recours aux professionnels, et on présente le lieu des dernières consultations parmi les femmes ayant eu recours au cours des douze derniers mois. Pour le renoncement aux soins, on présente d'abord les soins concernés et les motifs invoqués, avant d'analyser les caractéristiques associées au renoncement aux soins.
- 12 En analyses bivariées, on calcule des tests du chi² entre les différentes mesures de l'accès aux soins et les variables explicatives mentionnées. Les variables avec une valeur de $p < 0,05$ sont incluses dans un modèle de régression logistique multivarié. On choisit d'inclure l'âge dans les modèles, quelle que soit sa valeur de p . Seules les variables avec $p < 0,05$ en analyses multivariées sont présentées dans les tableaux d'analyses multivariées.

Tableau 1. Caractéristiques associées à la consultation d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue au cours des douze derniers mois en France, analyses bivariées, DSAFHIR, N=469

	Consultation MG				Consultation gynécologue		
	N	N	%	p	N	%	p
	469	311	66,3		200	42,8	
Âge							
< 30 ans	153	98	64,1	0,02	71	46,4	0,16
[30-40[	213	135	63,4		94	44,1	
[40-50[	72	53	73,6		28	38,9	
50 ans +	28	25	89,3		7	25,0	
Santé physique perçue							
Très bonne/bonne	262	168	64,1	0,11	111	42,4	0,37
Moyenne	141	94	66,7		57	40,4	
Mauv/très mauvaise	63	49	77,8		32	50,8	
Santé psychologique perçue							
Très bonne/bonne	181	119	65,8	0,81	76	42,0	0,73
Moyenne	186	123	66,1		84	45,2	
Mauv/très mauvaise	98	68	69,4		40	40,8	
Niveau d'étude							
Non scolarisée	61	39	63,9	0,87	22	36,1	0,34
Niveau primaire	61	42	68,9		26	42,6	
Niveau secondaire	142	95	66,9		64	45,1	
Baccalauréat	107	67	62,6		43	40,2	
Niveau d'enseignement supérieur	83	57	68,7		42	50,6	
Couverture médicale							
Sécurité sociale ¹	181	139	76,8	<0,0001	89	49,2	<0,0001
AME	185	127	68,7		88	47,6	
Pas de couverture	100	45	45,0		23	23,0	

Région de naissance							
Afrique du Nord et Moyen-Orient	65	45	69,2	0,65	35	53,9	0,07
Afrique de l'Ouest	165	116	70,3		81	49,1	
Afrique centrale et de l'Est	97	60	61,9		35	36,1	
Pays d'ex-URSS et ex-Yougoslavie	57	37	64,9		21	36,8	
Pays de l'Union européenne	56	34	60,7		20	35,7	
Autres	27	19	70,4		9	33,3	
Accouchement en France							
Non	157	101	64,3	0,46	44	28,0	<0,0001
Oui	310	210	67,7		156	50,3	
Durée de résidence (années)							
< 1	84	40	47,6	0,006	27	32,1	0,09
[1-2[	61	42	68,9		35	57,4	
[2-3[	62	40	64,5		24	38,7	
[3-4[	55	40	72,7		21	38,2	
[4-5[	40	30	75,0		21	52,5	
[5-6[	39	26	66,7		17	43,6	
[6-7[	31	21	67,7		12	38,7	
>= 7	95	72	75,8		43	45,3	
Maîtrise du français							
Très bonne	192	135	70,3	0,50	95	49,5	0,12
Bonne	52	30	57,7		20	38,5	
Moyenne	76	51	67,1		33	43,4	
Mauvaise	53	34	64,2		19	35,9	
Très mauvaise	94	61	64,9		33	35,1	
Carte de transport							
Oui	159	120	75,5	0,003	70	44,0	0,69

Non	306	189	61,8		129	42,2	
Ressources mensuelles (€)							
< 250	241	155	64,3	0,39	94	39,0	0,04
> 250	204	139	68,1		99	48,5	

¹ Concerne les répondantes avec et sans CMU-C

Tableau 2. Caractéristiques associées à la consultation d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue au cours des douze derniers mois – régressions logistiques multivariées, DSAFHIR, N = 469

		Consultation médecin généraliste		Consultation gynécologue	
		aOR ² N=463	IC 95 %	aOR ³ N=443	IC 95 %
Âge					
	< 30 ans	1,00		1,00	
	[30-40[	0,85	0,53-1,35	0,91	0,58-1,42
	[40-50[	1,20	0,61-2,36	0,91	0,48-1,71
	50 ans +	4,14	1,14-15,0	0,57	0,21-1,50
Couverture médicale					
	Sécurité sociale ¹	1,00		1,00	
	AME	0,87	0,51-1,49	1,05	0,66-1,68
	Pas de couverture	0,34	0,19-0,62	0,37	0,21-0,67
Accouchement en France					
	Non			1,00	
	Oui			2,10	1,33-3,32
Durée de résidence (années)					
	< 1	1,00			
	[1-2[	1,63	0,78-3,41		
	[2-3[	1,34	0,65-2,76		
	[3-4[	1,85	0,84-4,07		

	[4-5[	1,95	0,81-4,72		
	[5-6[	1,44	0,62-3,37		
	[6-7[	1,66	0,65-4,29		
	>= 7	2,12	1,05-4,30		

¹ Concerne les répondantes avec et sans CMU-C

² aOR ajustés sur âge, couverture médicale, durée de résidence, carte de transport

³ aOR ajustés sur âge, couverture médicale, accouchement en France, ressources financières

Tableau 3. Lieu de la dernière consultation parmi les femmes ayant eu recours au cours des douze derniers mois – DSAFHIR, N=311

	Médecin généraliste		Gynécologue	
	N	%	N	%
	311	100	200	100
Chez un médecin généraliste	-	-	15	7,5
Cabinet médical en ville	164	52,7	45	23,1
Centre médical/de santé	59	19,0	11	5,5
À l'hôpital aux urgences	11	3,5	19	9,5
À l'hôpital dans une PASS	32	10,3	66	33,0
À l'hôpital en consultation externe	26	8,4	5	2,5
À la maternité	2	0,6	9	4,5
Associations	2	0,6	3	1,5
PMI	10	3,2	18	9,0
Centre de planning familial	1	0,3	2	1,0
Non-réponse	4	1,3	7	3,5

Figure 1. Motif principal de renoncement aux soins parmi les femmes ayant renoncé à des soins dans les douze derniers mois, DSAFHIR, N=193

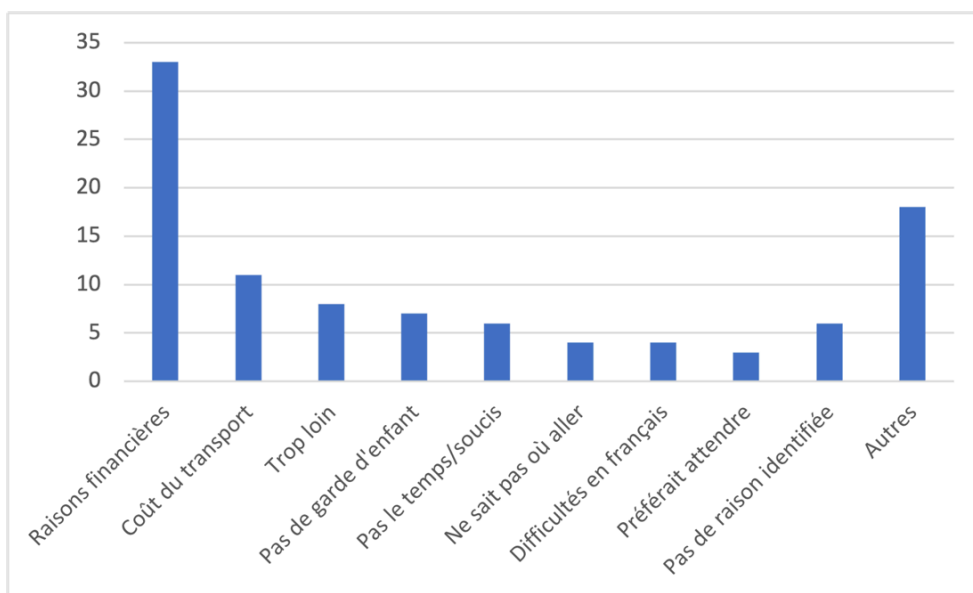
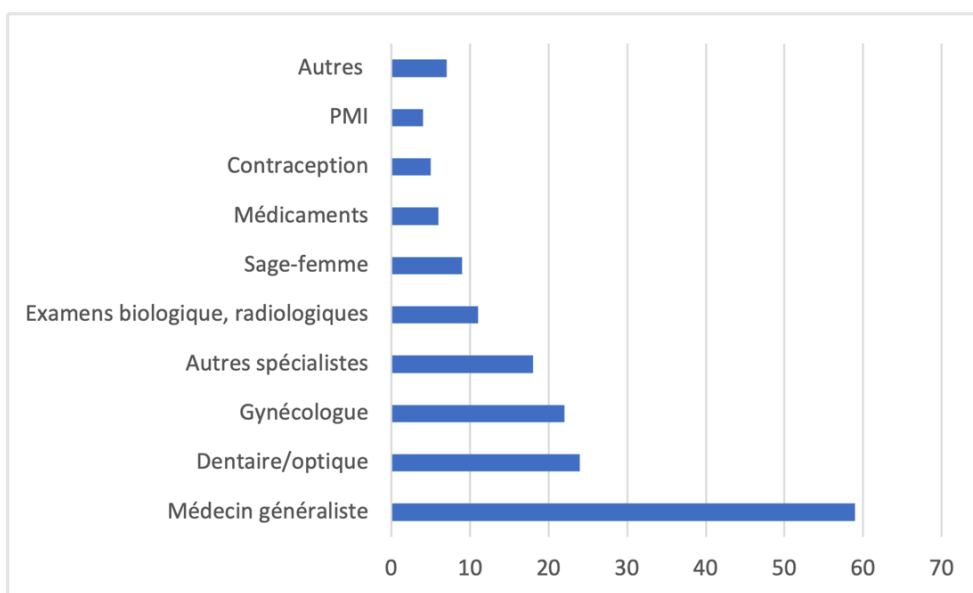


Figure 2. Type de soins auxquels la répondante a renoncé dans les douze derniers mois, DSAFHIR, N=193



Question à choix multiples : la somme des taux est supérieure à 100

Lecture : Parmi les femmes déclarant avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois, 59 % mentionnent notamment avoir renoncé à une consultation de médecine générale

Tableau 5. Caractéristiques associées au renoncement aux soins, pour tout motif, et pour raisons financières – régressions logistiques multivariées

	Renoncement pour tout motif			Pour raisons financières		
	N	%	p	N	%	p

		193/461	41,2		64/459	13,7	
Âge							
	< 30 ans	68/151	45,0	0,19	18/151	11,9	0,10
	[30-40[	77/211	36,5		25/211	11,9	
	[40-50[	34/72	47,2		13/70	18,6	
	50 ans +	13/26	50,0		7/26	26,9	
État de santé physique perçue							
	Très bon/bon	83/261	31,8	<0,0001	20/259	7,7	<0,0001
	Moyen	78/136	57,4		35/137	25,6	
	Mauvais/très mauvais	31/63	49,2		8/62	12,9	
État de santé psychologique perçue							
	Très bon/bon	58/180	32,2	<0,0001	15/179	8,4	0,006
	Moyen	78/183	42,6		26/183	14,2	
	Mauvais/très mauvais	55/96	57,3		21/95	22,1	
Niveau d'étude							
	Non scolarisée	22/59	37,3	0,40	7/59	11,9	0,31
	Niveau primaire	26/61	42,6		4/61	6,6	
	Niveau secondaire	69/140	49,3		21/141	14,9	
	Baccalauréat	41/107	38,3		17/105	16,2	
	Niveau d'enseignement supérieur	34/81	42,0		15/81	18,5	
Couverture médicale							
	Sécurité sociale ¹	63/180	35,0	0,06	13/179	7,3	0,002
	AME	86/183	47,0		30/181	16,6	
	Pas de couverture	43/97	44,3		21/98	21,4	
Région de naissance							
	Afrique du Nord et Moyen-Orient	39/63	61,9	<0,0001	17/64	26,6	0,01
	Afrique de l'Ouest	54/165	32,7		13/165	7,9	

	Afrique centrale et de l'Est	30/96	31,3		15/95	15,8	
	Pays d'ex-URSS et ex-Yougoslavie	32/56	57,1		8/54	14,8	
	Pays de l'Union européenne	24/55	43,6		8/55	14,6	
	Autres	14/26	53,9		3/26	11,5	
Accouchement en France							
	Non	75/151	49,7	0,01	30/151	19,9	0,01
	Oui	118/310	38,1		34/308	11,0	
Durée de résidence (années)							
	< 1	46/81	56,8	0,13	17/81	21,0	0,19
	[1-2[	24/60	40,0		6/60	10,0	
	[2-3[	21/60	35,0		8/60	13,3	
	[3-4[	25/55	45,5		11/54	20,4	
	[4-5[	15/40	37,5		5/40	12,5	
	[5-6[	13/39	33,3		2/38	5,3	
	[6-7[	13/31	41,9		2/31	6,5	
	>= 7	36/95	37,9		13/95	13,7	
Distance hôtel/PMI-CPEF							
	<15 min	69/164	42,1	0,50	21/163	12,9	0,75
	15-29 min	95/217	43,8		30/217	13,8	
	30 min +	29/80	36,3		13/79	16,5	
Maîtrise du français							
	Très bonne	70/192	36,5	0,17	26/190	13,7	0,47
	Bonne	22/51	43,1		8/51	15,7	
	Moyenne	30/76	39,5		6/76	7,9	
	Mauvaise	26/52	50,0		9/52	17,3	
	Très mauvaise	45/90	50,0		15/90	16,7	
Carte de transport							

	Oui	53/158	33,5	0,007	15/157	9,6	0,04
	Non	140/301	46,5		49/300	16,3	
Ressources mensuelles (€)							
	< 250	102/238	42,9	0,58	34/235	14,5	0,52
	> 250	81/201	40,3		25/202	12,4	

Renoncement tout motif : 8 valeurs manquantes ; renoncement pour raison financière : 10 valeurs manquantes

Tableau 4. Caractéristiques associées au renoncement aux soins pour tout motif (N=461), et pour raisons financières (N=459), DSAFHIR

	Renoncement pour tout motif		Pour raisons financières	
	aOR ¹ N=458	IC 95 %	aOR ² N=455	IC 95 %
État de santé physique perçu				
	Très bon/Bon	1,00		
	Autres	1,99	1,27-3,12	2,55 1,32-4,95
Couverture médicale				
	Sécurité sociale			1,00
	AME			2,21 1,01-4,84
	Pas de couverture			2,77 1,20-6,42
Région de naissance				
	Afrique du Nord et Moyen-Orient	1,00		1,00
	Afrique de l'Ouest	0,35	0,19-0,66	0,31 0,13-0,72
	Afrique centrale et de l'Est	0,29	0,14-0,59	0,60 0,25-1,42
	Pays d'ex-URSS et ex-Yougoslavie	0,78	0,36-1,70	0,39 0,14-1,09
	Pays de l'Union européenne	0,42	0,20-0,92	0,51 0,19-1,38
	Autres	0,75	0,28-2,03	0,36 0,09-1,48
Carte de transport				
	Oui	1,00		

Non	1,60	1,03-2,47		
-----	------	-----------	--	--

¹ aOR ajustés sur âge, état de santé physique perçu, état de santé psychologique perçu, région de naissance, accouchement en France, possession d'une carte de transport

² aOR ajustés sur âge, état de santé physique perçu, état de santé psychologique perçu, couverture médicale, région de naissance, accouchement en France, carte de transport

III. Résultats

1) Recours aux professionnels de santé

- 13 Le tableau 1 montre que les deux tiers (66 %) des répondantes ont eu une consultation de médecine générale au cours des douze derniers mois, et 43 % une consultation de gynécologie.
- 14 En analyses bivariées, l'âge est associé à la consultation d'un médecin généraliste : les femmes plus âgées ont plus souvent consulté un médecin généraliste dans l'année que les plus jeunes (89 % vs 64 %, $p=0,02$) (tableau 1). Les femmes avec un état de santé physique perçu dégradé ont plus souvent consulté un médecin généraliste (78 %) que les femmes avec une santé physique perçue moyenne (67 %) ou bonne (64 %, $p=0,11$) ; il n'y a pas d'association avec la consultation d'un gynécologue. On ne trouve aucune association entre la consultation des deux professionnels et la santé psychologique perçue ou encore le niveau d'étude. La couverture médicale est associée à la consultation des deux professionnels : les femmes sans couverture médicale ont moins souvent vu un médecin généraliste (45 %) que les femmes affiliées à la sécurité sociale (77 %) ou l'AME (69 % ; $p<0,0001$). Les femmes sans couverture médicale ont moins souvent vu un gynécologue (23 %) que les femmes avec une couverture médicale (49 % ; $p < 0,0001$). Les femmes avec une durée de résidence plus longue ont plus souvent consulté un médecin généraliste dans l'année ($p=0,006$), en revanche la tendance est moins claire concernant la consultation d'un gynécologue ($p=0,09$). Les femmes qui ont accouché en France ont plus souvent consulté un gynécologue dans l'année (50 % vs 28 % ; $p<0,0001$), en revanche le fait d'avoir accouché en France n'est pas associé à la consultation d'un généraliste (68 % vs 64 % ; $p=0,46$). La maîtrise du français n'est pas non plus associée à la consultation d'un généraliste. Sans association statistiquement significative, il apparaît que les femmes avec une très bonne maîtrise du français ont plus souvent consulté un gynécologue (50 %) que les femmes avec un niveau de français très faible (35 % ; $p=0,12$). Le fait d'avoir une carte de transport est significativement associé à la consultation d'un généraliste (76 % vs 62 % ; $p=0,003$), ce qui n'est pas le cas pour la consultation d'un gynécologue ($p = 0,69$). Avoir des ressources mensuelles inférieures à 250 euros est associé au non-recours au gynécologue ($p=0,04$), mais pas au généraliste ($p=0,39$).
- 15 En analyses multivariées, seul le fait d'avoir une couverture médicale reste significativement associé à la consultation des deux professionnels : comparées aux femmes affiliées à la sécurité sociale, les femmes sans couverture médicale sont moins susceptibles d'avoir consulté un généraliste (aOR=0,34 ; IC 95 % = 0,19-0,62) et un gynécologue (aOR=0,37 ; IC 95 % = 0,21-0,67) (tableau 2). Les femmes en France depuis sept ans et plus sont plus susceptibles d'avoir eu recours au généraliste (aOR=2,12 ; IC 95 % = 1,05-4,30). Enfin, les femmes ayant accouché en France sont plus susceptibles

d'avoir consulté un gynécologue au cours des douze derniers mois que les femmes qui n'ont pas accouché en France (aOR=2,10 ; IC 95 % = 1,33-3,32).

- 16 La grande majorité des consultations de médecine générale ont eu lieu en cabinet médical en ville ou en centre de santé (72 %) (tableau 3). Au total, 23 % des consultations de médecine générale ont eu lieu à l'hôpital : en consultation externe (8 %), dans une PASS (10 %) ou aux urgences (3 %). Le rôle des associations offrant des consultations médicales, comme Médecins du Monde par exemple, est négligeable dans cet échantillon. Concernant les consultations de gynécologie, notons d'abord que 7 % d'entre elles ont été faites par un médecin généraliste (pour ces consultations, on ne connaît pas le lieu de consultation). Près du tiers des consultations de gynécologie ont eu lieu en cabinet médical en ville ou en centre de santé (28 %). La PMI assure 9 % des consultations de gynécologie. La moitié (50 %) des consultations de gynécologie ont eu lieu à l'hôpital, que ce soit à la maternité (4 %), en consultation externe (2,5 %), dans une PASS (33 %) ou aux urgences (9 %).

2) Renoncement aux soins

- 17 Au total, 41 % des répondantes ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, et 14 % des répondantes ont déclaré avoir renoncé pour raisons financières (tableau 4). Parmi les femmes déclarant un renoncement, le motif le plus fréquemment invoqué est le motif financier (33 % des femmes ayant renoncé pour tout motif), suivi du coût du transport (11 %) (figure 1). Les soins auxquels on a renoncé concernent en premier lieu le médecin généraliste, mentionné par près de 60 % des femmes ayant renoncé, suivi des soins dentaires et optiques (24 %) et de la consultation de gynécologie (22 %) et des autres spécialistes (18 %) (figure 2). En analyses bivariées, les mêmes variables sont associées au renoncement pour tout motif et au renoncement pour raisons financières. Les femmes déclarant un état de santé physique dégradé ont plus souvent renoncé à des soins (moyen=57 % et mauvais=49 %) que les femmes en bonne santé perçue (32 %, $p<0,0001$). On retrouve la même chose concernant l'état de santé psychologique, avec le plus fort taux de renoncement chez les femmes déclarant une santé mauvaise ou très mauvaise (57 %, $p<0,0001$). Le fait d'avoir une couverture médicale est associé au fait de renoncer pour raisons financières : les femmes bénéficiaires de l'AME ou sans couverture médicale ont plus souvent renoncé pour raisons financières (17 %, 21 % respectivement) que les femmes bénéficiant de la sécurité sociale (7 %, $p=0,002$). Les femmes d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient déclarent plus souvent avoir renoncé à des soins pour tous motifs (62 %) et pour raisons financières (27 %) que les femmes d'autres origines. Les femmes qui n'ont pas accouché en France déclarent plus souvent avoir renoncé (50 % versus 38 %, $p=0,01$). Enfin, le fait d'avoir une carte de transport est associé au renoncement, les femmes sans carte de transport ayant plus souvent renoncé (47 % versus 34 %, $p=0,007$).
- 18 En analyse multivariée, un état de santé physique dégradé reste associé à un risque plus élevé de renoncement pour tout motif (aOR=1,99 ; IC 90 % = 1,27-3,12) et pour raisons financières (aOR=2,55 ; IC 95 % = 1,32-4,95) (tableau 5). La couverture médicale est associée au renoncement pour raisons financières : les femmes bénéficiaires de l'AME (aOR=2,21 ; IC 95 % = 1,01-4,84) et sans couverture (aOR=2,77 ; IC 95 % = 1,20-6,42) sont plus susceptibles de déclarer un renoncement pour raisons financières que les femmes

affiliées à la sécurité sociale. Les femmes sans carte de transport sont aussi plus susceptibles d'avoir renoncé pour tous motifs (aOR=1,60 ; IC 95 % = 1,03-2,47).

IV. Discussion

- 19 En ce qui concerne les lieux de consultation des deux professionnels, notons ici l'importance de l'hôpital pour les femmes de notre échantillon : il concerne 23 % des consultations de médecine générale et pas moins de 50 % des consultations de gynécologie. Ces consultations de gynécologie ont lieu à la maternité (4 %), en consultation externe (2,5 %), dans une PASS (33 %) ou aux urgences (9 %). On peut supposer une certaine confusion de la part des répondantes entre les services hospitaliers, notamment entre la PASS et les consultations externes. En effet, selon les hôpitaux, les PASS hospitalières peuvent être organisées comme un service offrant des consultations, ou bien fournir des bons et orienter les patientes vers les services de l'hôpital appropriés (Izambert, 2018). Quoi qu'il en soit, retenons que l'hôpital offre la moitié des consultations de gynécologie et joue donc un rôle central dans l'accès aux soins de gynécologie dans cette population. Le large recours à l'hôpital peut être dû à la difficulté d'identifier ou localiser les gynécologues exerçant en ville, d'obtenir un rendez-vous, où à la crainte de dépassements d'honoraires. Notons que 15 % des répondantes indiquent qu'il est arrivé qu'on leur fasse payer une consultation alors qu'elles étaient bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C. En ce qui concerne le recours au médecin généraliste en cabinet médical en ville, il apparaît dans des analyses non-présentées ici que c'est davantage le fait de répondantes avec une bonne ou très bonne maîtrise du français, et avec une durée de résidence plus longue. Cela semble indiquer que l'accès au cabinet médical en ville, lieu peu lisible pour des personnes non familières du système de soin français, est favorisé par l'acquisition de connaissances et compétences après l'arrivée en France.
- 20 Avec un taux de recours au médecin généraliste de 66 %, les femmes hébergées à l'hôtel de notre échantillon ont un plus faible recours que les immigrés étrangers, hommes et femmes, vivant en ménages ordinaires, interrogés dans l'enquête décennale santé de 2002-2003 (dont le taux était de 80 %) (Dourgnon *et al.*, 2009). Le taux de recours des répondantes de l'enquête DSAFHIR est d'autant plus faible qu'il ne concerne que des femmes, qui ont, en population générale, un taux de recours plus élevé que les hommes (Dourgnon *et al.*, 2009). Outre le sexe, Dourgnon *et al.* ont montré qu'en population générale le recours au médecin généraliste était associé à un mauvais état de santé, un âge plus avancé, un niveau d'étude plus élevé et l'affiliation à une couverture médicale. On observe les mêmes résultats parmi les femmes de notre échantillon, à l'exception du niveau d'étude. Dans l'échantillon DSAFHIR, le taux de recours au gynécologue atteint 43 %, tandis que Dourgnon *et al.* indiquent un taux de recours au médecin spécialiste en population générale de 52 % pour les immigrés étrangers et de 63 % pour les Français nés en France. Cependant, il est difficile de comparer le taux de recours aux spécialistes en général et au gynécologue, le recours au gynécologue se faisant selon une chronicité particulière (pour les dépistages notamment), et ne concernant que les femmes. Pour offrir un point de comparaison, nous avons utilisé les données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) de 2010, qui interrogent, en population générale, le taux de recours au gynécologue au cours des douze derniers mois. Pour tenir compte de la différence de distribution par âge des femmes des deux enquêtes, on a standardisé le

taux de recours au gynécologue dans l'enquête DSAFHIR sur l'âge des répondantes de l'enquête ESPS. Si on limite l'analyse aux femmes âgées de 18 à 77 ans interrogées dans l'ESPS (âge minimum et maximum des répondantes de l'enquête DSAFHIR), le taux de recours au gynécologue au cours des douze derniers mois chez les femmes interrogées dans l'enquête ESPS est de 24 %. Concernant les répondantes de l'enquête DSAFHIR, le taux de recours au gynécologue standardisé sur l'âge est de 30 %. En tenant compte de la distribution différente de l'âge dans les deux enquêtes, on observe un taux de recours au gynécologue plus faible que le taux brut de 43 % initialement observé parmi les répondantes de l'enquête DSAFHIR. Cela se comprend facilement, les femmes plus jeunes, de 25 à 40 ans, qui ont généralement un recours au gynécologue plus élevé, sont surreprésentées à l'hôtel et donc dans l'enquête DSAFHIR. On observe que même en tenant compte de la structure d'âge différente, les répondantes de DSAFHIR ont plus souvent eu recours au gynécologue dans l'année. Cela s'explique probablement par la sélection des femmes hébergées à l'hôtel : c'est souvent à travers la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement que la mise en place d'un hébergement en famille va être rendu possible. Les femmes interrogées dans DSAFHIR sont nombreuses (66 %) à avoir accouché en France. Nos analyses montrent bien que les femmes qui ont accouché au moins une fois en France ont plus souvent consulté auprès d'un gynécologue dans les douze derniers mois. Par contre, le fait d'avoir accouché en France n'augmente pas le recours au médecin généraliste.

- 21 Le renoncement aux soins, quel qu'en soit le motif et au cours des douze derniers mois, concerne 41 % des femmes de notre échantillon. Dans l'enquête ANRS Parcours (2013) portant exclusivement sur les immigrés d'Afrique subsaharienne, 34 % des femmes avaient déjà renoncé à des soins depuis leur arrivée en France (Vignier, Chauvin et Dray-Spira, 2017). En population générale en 2010, le renoncement aux soins pour tout motif dans les douze derniers mois était évalué à 31 % dans la cohorte SIRS rassemblant hommes et femmes (Renahy *et al.*, 2012). Dans nos analyses, les femmes étant plus susceptibles de déclarer un renoncement que les hommes, on peut considérer que les femmes de notre échantillon ont un taux de renoncement aux soins pour tout motif un peu supérieur à la population générale dans cette région.
- 22 Dans l'enquête DSAFHIR, 14 % des répondantes considèrent avoir renoncé à des soins pour raison financière. Cela concerne 20 % des répondantes de l'enquête ANRS Parcours et 18 % des femmes interrogées dans l'enquête ESPS 2010 en population générale (Dourgnon, Guillaume, et Rochereau 2012). Les femmes de notre échantillon ont donc un taux de renoncement pour raisons financières comparable à celui de la population générale.
- 23 Nous avons ici l'occasion d'observer en parallèle deux phénomènes opposés : avoir eu recours et avoir renoncé, c'est-à-dire ne pas avoir eu recours quand on ressentait un besoin de consulter. On pourrait s'attendre à observer des résultats en miroir : si tel groupe a davantage eu recours, alors il a moins souvent renoncé. Cependant, si la mesure du recours, en dehors des biais de mémoire, est relativement objective, ou en tout cas simple à évaluer pour la répondante, le renoncement aux soins est une notion qui demande plus d'étapes de réflexion, dépend de la capacité des personnes (dans la population générale comme chez les femmes migrantes) à mettre en lien un non-recours et un besoin de soins non satisfait, produisant une mesure possiblement volatile du phénomène du renoncement. Pour certaines caractéristiques, ce sont les groupes qui consultent le plus qui considèrent le plus souvent avoir renoncé. Les

femmes déclarant un état de santé dégradé (moyen, mauvais, très mauvais) ont plus souvent consulté un médecin généraliste que les femmes en bonne ou très bonne santé, et considèrent aussi plus souvent avoir renoncé à des soins. Les femmes nées en Afrique du Nord ou au Moyen-Orient sont parmi les répondantes avec le taux de recours au médecin généraliste le plus élevé, et il s'agit du groupe qui considère avoir renoncé à des soins davantage que les autres. Cela n'est pas contradictoire : si l'on pense avoir des besoins de soin importants, on consulte davantage, et, si les besoins de soins dépassent les possibilités de consultation, on est aussi plus souvent dans la situation où l'on considère que l'on devrait consulter, sans pouvoir le faire. En revanche, quand on s'intéresse aux barrières à l'accès aux soins qui sont des éléments objectifs comme la couverture maladie ou une carte de transport, les personnes qui en disposent ont plus souvent consulté un médecin et considèrent moins souvent avoir renoncé à des soins.

V. Conclusion

- 24 En s'appuyant sur des données collectées en 2017 en Île-de-France, on a montré ici que le recours aux médecins généralistes est plus faible chez les femmes migrantes hébergées à l'hôtel qu'en population générale, mais aussi plus faible que chez les personnes immigrées de la population générale. Par contre, ces femmes étant, compte tenu de leurs âges, à un moment de leur trajectoire de vie où elles ont besoin de suivi périnatal, elles consultent plus souvent un gynécologue. La santé sexuelle et reproductive constitue donc bien pour elles une porte d'entrée dans le système de santé. L'approche comparée de deux méthodes de mesures de l'accès aux soins, par le recours aux professionnels et par le renoncement aux soins, invite à réfléchir à la question de la mesure de l'accès aux soins en enquêtes quantitatives. On peut considérer que le renoncement aux soins est un indicateur empreint de subjectivité, sensible aux attentes des personnes vis-à-vis du système de soins, ce qui rend difficile son interprétation pour des personnes venant de pays aux systèmes de soins inégalement développés. Enfin, deux déterminants de l'accès aux soins sont très directement liés aux politiques publiques (nationales ou régionales) de restriction de l'accueil des primo-arrivant.es et ont un impact particulièrement délétère : la précarité ou l'absence de couverture médicale d'une part et le coût prohibitif (avec la disparition des systèmes d'aides) des cartes de transport d'autre part.

BIBLIOGRAPHIE

Andro A, Scodellaro C., Eberhard M., Gelly M. et DSAFHIR research team (2019), « Migration path, reported violence and self-perceived health status among migrant women accommodated in emergency hotels in Ile de France - DSAFHIR study », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 17-18, p. 334-341.

Assurance Maladie (2020), « La protection universelle maladie », 8 janvier 2020, disponible sur <https://www.ameli.fr/paris/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>.

Attias-Donfut C. et Tessier P. (2005), « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraite et société*, n° 46, p. 89-129.

Auvray L., Doussin A. et Le Fur P. (2003), « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, n° 78.

Azria E. et al. (2020), « Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19 », *Gynécologie obstétrique fertilité & sénologie*, n° 48, p. 847-849, disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.09.006>.

Berchet C. (2011), « Immigration and health care utilisation in France: New evidences from the Health, Health Care and Insurance Survey », *Document de travail Leda-Legos*.

Boisguérin B. et Haury B. (2008), « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Études et résultats*, n° 645.

Chauvin P., Parizot I. et Simonnot N. (2009), « Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries », *Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare*.

Desprès C., Guillaume S. et Couralet P.-E. (2009), « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris », IRDES.

Ourgnon P., Guillaume S. et Rochereau T. (2012), « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », *Les rapports de l'IRDES*, p. 553.

Ourgnon P., Jusot F., Sermet C. et Silva J. (2009), « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 146.

Fassin D. et al. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, disponible sur <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475.htm>.

Guyavarch E. et Le Méner E. (2014), « Les familles sans domicile à Paris et en Île-de-France : une population à découvrir », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 115, p. 80-86, disponible sur <https://doi.org/10.3406/caf.2014.2971>.

Izambert C. (2018), « Soigner les étrangers ? L'État et les associations pour la couverture maladie des pauvres et des étrangers en France des années 1980 à nos jours », *Paris Sciences et Lettres*, thèse.

Lurie N. et Dubowitz T. (2007), « Health Disparities and Access to Health », *JAMA*, n° 297, p. 1118-1121, disponible sur <https://doi.org/10.1001/jama.297.10.1118>.

Médecins du Monde, Simonnot N. et Drouot N. (2006), « "Je ne m'occupe pas de ces patients". Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France », *Médecins du Monde*.

Perret G. et al. (2019), « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 17-18.

Renahy E., Vallée J., Parizot I., Chauvin P. (2012), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 », *Document de travail*, n° 120, DREES.

Revil H., Warin P., Richard F., Blanchoz J.-M. (2019), « Renoncement et accès aux soins. de la recherche à l'action. Actes synthétiques du colloque des 6-7 juin 2019 », CNAM.

Samusocial de Paris (2016), « Rapport d'activité 2016 ».

Samusocial de Paris (2019), « Rapport d'activité 2019 ».

Sauvegrain P., Azria E., Chiesa-Dubruille C., Deneux-Tharaux C. (2017), « Exploring the Hypothesis of Differential Care for African Immigrant and Native Women in France with Hypertensive Disorders during Pregnancy: A Qualitative Study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, n° 124, p. 1858-1865, disponible sur <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14658>.

Vandentorren S. et al. (2016), « Characteristics and Health of Homeless Families: The ENFAMS Survey in the Paris Region, France 2013 », *European Journal of Public Health*, n° 26, p. 71-76, disponible sur <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv187>.

Vignier N., Chauvin P. et Dray-Spira R. (2017), « Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses », in Desgrées du Loû A. et Lert F., *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La Découverte.

Vuillermoz C., Vandentorren S., Brondeel R. et Chauvin P. (2017), « Unmet Healthcare Needs in Homeless Women with Children in the Greater Paris Area in France », *PloS One*, n° 12, disponible sur <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184138>.

ANNEXES

Analyses de sensibilité et complémentaires

Analyses effectuées en écartant les femmes ayant une durée de résidence en France inférieure à 1 an (n=84).

Tableau S1. Caractéristiques associées à la consultation d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue au cours des douze derniers mois – régressions logistiques multivariées, DSAFHIR, N=469 (correspond au Tableau 2 des analyses)

		Consultation médecin généraliste		Consultation gynécologue	
		aOR ² N=379	IC 95 %	aOR ³ N=363	IC 95 %
Âge					
	< 30 ans	1,00		1,00	
	[30-40[	0,90	0,52-1,53	1,10	0,66-1,81
	[40-50[	1,00	0,48-2,08	1,05	0,53-2,06
	50 ans +	9,89	1,26-77,5	0,71	0,25-1,97
Couverture médicale					
	Sécurité sociale ¹	1,00		1,00	
	AME	0,74	0,41-1,32	0,99	0,60-1,63

	Pas de couverture	0,39	0,20-0,78	0,33	0,16-0,68
Accouchement en France					
	Non			1,00	
	Oui			1,99	1,18-3,36
Durée de résidence (années)					
	[1-2[	1,00			
	[2-3[	0,82	0,39-1,84		
	[3-4[	1,22	0,52-2,83		
	[4-5[	1,26	0,50-3,17		
	[5-6[	0,91	0,37-2,23		
	[6-7[	1,02	0,37-2,76		
	>=7	1,28	0,58-2,81		

¹ Concerne les répondantes avec et sans CMU-C

² aOR ajustés sur âge, couverture médicale, durée de résidence, carte de transport

³ aOR ajustés sur âge, couverture médicale, accouchement en France, ressources financières

Tableau S2. Caractéristiques associées au renoncement aux soins, pour tout motif, et pour raisons financières – régressions logistiques multivariées (correspond au Tableau 5 des analyses)

	Renoncement pour tout motif		Pour raisons financières		
	aOR ¹ N=377	IC 95 %	aOR ² N=374	IC 95 %	
État de santé physique perçu					
	Très bon/Bon	1,00		1,00	
	Autres	1,97	1,19-3,27	2,24	1,04-4,80
Couverture médicale					
	Sécurité sociale			1,00	
	AME			2,15	0,95-4,89
	Pas de couverture			2,03	0,73-5,60
Région de naissance					

Afrique du Nord et Moyen-Orient	1,00		1,00	
Afrique de l'ouest	0,35	0,16-0,73	0,31	0,11-0,92
Afrique centrale et de l'Est	0,34	0,15-0,77	0,74	0,26-2,09
Pays d'ex-URSS et ex-Yougoslavie	0,82	0,33-1,99	0,51	0,15-1,70
Pays de l'Union Européenne	0,65	0,27-1,56	0,83	0,27-2,57
Autres	1,12	0,38-3,26	0,59	0,13-2,68
Carte de transport				
Oui	1,00			
Non	1,53	0,95-2,46		

¹ aOR ajustés sur âge, état de santé physique perçu, état de santé psychologique perçu, région de naissance, accouchement en France, possession d'une carte de transport ; ² aOR ajustés sur âge, état de santé physique perçu, état de santé psychologique perçu, couverture médicale, région de naissance, accouchement en France, carte de transport

Regroupement de modalités de la variable « durée de résidence en France »

Tableau S3 – Variable « durée de résidence » (correspond à la variable « durée de résidence » du Tableau 1 des analyses)

	N	Consultation MG			Consultation gynécologue		
		N	%	p	N	%	p
	469	311	66,3		200	42,8	
Durée de résidence							
<2 ans	145	82	56,6	0,004	62	42,8	0,85
2-6 ans	227	157	69,2		95	41,9	
≥7 ans	95	72	75,8		43	45,3	

Tableau S4 – Variable « durée de résidence » (correspond à la variable « durée de résidence » du Tableau 2 des analyses)

	Consultation médecin généraliste	
	aOR ² N=465	IC 95 %
Âge		

	<30 ans	1,00	
	[30-40[	0,83	0,52-1,31
	[40-50[	1,18	0,61-2,30
	50 ans +	4,14	1,15-14,9
Couverture médicale			
	Sécurité sociale ¹	1,00	
	AME	0,88	0,52-1,50
	Pas de couverture	0,32	0,18-0,58
Durée de résidence (années)			
	<2 ans	1,00	
	2-6 ans	1,30	0,80-2,09
	≥7 ans	1,73	0,91-3,29

¹ Concerne les répondantes avec et sans CMU-C

² aOR ajustés sur âge, couverture médicale, durée de résidence, carte de transport

Tableau S5. Association entre durée de résidence et renoncement aux soins (correspond au Tableau 4 des analyses)

		Renoncement pour tout motif			Pour raisons financières		
		N	%	p	N	%	p
		193/461	41,2		64/459	13,7	
Durée de résidence							
	<2 ans	70/141	49,7	0,07	23/141	16,3	0,6
	2-6 ans	87/225	38,7		28/223	12,6	
	≥7 ans	36/95	37,9		13/95	13,7	

Tableau S6. Caractéristiques des répondantes déclarant une dernière consultation de médecin générale dans un cabinet médical en ville (versus autres structures) N=307

	N	%	p
	164/307	52,7	

Maitrise du français			
Très bonne	80/131	61,1	0,01
Bonne	21/30	70,0	
Moyenne	21/51	41,2	
Mauvaise	16/34	47,1	
Très mauvaise	26/61	42,6	
Région de naissance			
Afrique du Nord et Moyen-Orient	26/44	59,1	0,06
Afrique de l'ouest	59/115	51,3	
Afrique centrale et de l'Est	37/59	62,7	
Pays d'ex-URSS et ex-Yougoslavie	23/37	62,2	
Pays de l'Union Européenne	11/33	33,3	
Autres	8/19	42,1	
Âge			
<30 ans	49/97	50,5	0,61
[30-40[	75/133	56,4	
[40-50[	29/52	55,8	
50 ans +	11/25	44,0	
Durée de résidence			
<2 ans	30/81	37,0	0,001
2-6 ans	97/156	62,2	
≥7 ans	37/70	52,9	

Lieu de dernière consultation en médecine générale, valeurs manquantes = 4

NOTES

1. Certains soins ne sont pas pris en charge par l'Aide médicale d'État : les actes, examens et médicaments nécessaires à l'aide médicale à la procréation, les cures thermales et les

médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15 % (Code de l'action sociale et des familles (CASF), article L251-2).

RÉSUMÉS

En utilisant les données de l'enquête DSAFHIR, collectées en 2017 auprès de 469 femmes migrantes sans logement hébergées à l'hôtel en Île-de-France, cet article explore les modalités de l'accès aux soins de ces femmes en mettant en regard deux mesures de cet accès : le recours à des professionnels de santé et le renoncement aux soins. Il apparaît que les femmes interrogées ont un taux de recours au médecin généraliste (66 %) plus faible que les immigrés, hommes et femmes, de la population générale, mais un taux de recours à la consultation de gynécologie élevé, dû à des besoins de soins périnataux importants. Les analyses multivariées montrent que la couverture médicale et la possession d'une carte de transport sont des déterminants importants de l'accès aux soins dans cette population.

Using data from the DSAFHIR study, collected in 2017 from 469 homeless migrant women housed in emergency housing hotels in the greater Paris area, we investigated access to healthcare among homeless migrant women, using two different measures: healthcare utilization and foregoing healthcare. We found that two thirds of respondents had visited a general physician in the last 12 months, a lower rate than immigrants from the general population. We found a higher rate of gynecologist visit, due to important perinatal care needs in this group. It appeared that medical coverage and owning a public transportation card were predictors of access to healthcare in this population.

INDEX

Keywords : migrant women, health, access to healthcare, Greater Paris area, homeless

Mots-clés : femmes migrantes, accès aux soins, Île-de-France, sans logement

AUTEURS

LORRAINE PONCET

Docteure en santé publique

Université Paris-Saclay, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, INSERM, Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations (CESP) - U1018

Fellow de l'Institut Convergence Migrations

poncet.lorraine@gmail.com

ORCID : 0000-0002-0530-9483

ARMELLE ANDRO

Professeure des universités

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, CRIDUP-EA 134

Fellow de l'Institut Convergence Migrations
armelle.andro@univ-paris1.fr