

UNIVERSITE DE NANTES
UFR MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2014-2018

***Suivi des femmes dans les camps de réfugiés-migrants du
Nord-Pas-de-Calais***

***Quelle prise en charge par Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de la
mission « Caminor » ?***



Reportage pour GSF dans le camp de Grande Synthe.

Mémoire présenté et soutenu par :

Léna Denais

Née le 8 juillet 1994

Directrice de mémoire : Alexandra Duthe (Sage-femme)

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Alexandra Duthe d'avoir accepté de me guider pour ce mémoire. Tout ce que Alexandra mais aussi Richard Matis et tous les bénévoles ont fait, font et feront pour toutes ces femmes est remarquable et mérite d'être porté à la connaissance d'un plus grand nombre. Je leur souhaite tout le courage nécessaire pour pouvoir poursuivre ce beau travail.

Je souhaite également les remercier ainsi que les bénévoles de GSF pour m'avoir accueillie et permis d'être au cœur de la mission durant une semaine.

Merci également à Isabelle Derrendinger pour m'avoir aidée à réaliser ce mémoire, pour l'intérêt porté à mon sujet et pour tous ses conseils.

Je voudrais aussi remercier les sages-femmes qui ont participé à mes entretiens et qui ont donné de leur temps pour répondre à mes questions et me permettre d'appréhender la mission « Caminor » dans son ensemble ainsi que leur vécu au sein de celle-ci.

Merci à mes amies et camarades de promotion Fanny, Claire, Typhaine, Laure, Marine, Alice, Mirabelle, Solène, Manon et Marie-Alix pour ces quatre dernières années passées ensemble. Dans les rires et comme dans les larmes, votre soutien et votre amitié ont été et seront toujours précieux.

Un immense merci à mes parents, pour m'avoir encouragée et soutenue tout au long de mes années d'études de sage-femme.

Enfin, merci à celui qui a été à mes côtés au quotidien, quelle que soit mon humeur ou mon moral, à trouver les mots justes pour me réconforter, merci Benjamin.

Merci pour tout.

« Jungle? Bidonville? Landes? Hotspot? Camp?... finalement quel nom doit-on donner à ce lieu? Migrants? Réfugiés? Exilés? Demandeurs d'asile? Sans papiers? Clandestins? Nomades?... quel est le bon terme pour désigner les habitants de cette Jungle ?

Aujourd'hui, je ne le sais toujours pas, peut-être parce que ce lieu est innommable, et que ces hommes et ces femmes qui y survivent n'ont rien à voir avec les grands fauves qui peuplent la Jungle. D'ailleurs, lorsque l'on parle de la Jungle, on pourrait penser à une forêt exubérante mais si vous passez dans cette zone de Calais, vous n'y trouverez ni arbres, ni toucans, ni Baloo. J'y ai rencontré des hommes et surtout des femmes, puisque nous sommes là avant tout pour elles, avec des histoires de vie. Ils transportent dans leurs valises les souvenirs de leur pays, de leur famille, de leur enfance, de la guerre, de la faim, des violences, de la barbarie, de la pauvreté, des injustices sociales... (...) Après un parcours migratoire marqué par les noyades de proches, des emprisonnements, des violences, surtout celles liées au genre, ne subsiste que l'espoir d'une vie meilleure.

En quoi sera-t-elle meilleure ? Je me le demande souvent. Et pourtant je suis heureuse lorsque j'apprends que Safran, cette femme enceinte de 6 mois que nous avons rencontrée dans le dénuement le plus complet sur le camp de Chocques est passée en Angleterre. (...) Et puis, il y a Lamlam et Ephren, qui attendent leur premier enfant pour début Mars et qui tentent de passer encore, encore et encore... Quatre heures de marche pour Lamlam chaque nuit à 35 semaines de grossesse, mais Ephren dit : *« I feel »* et oui, il sent que le rêve est à portée de main ... mais quand ? Et lorsque nous tentons de lui expliquer les risques pour sa femme et leur future fille, il nous répond avec beaucoup de fatalité *« pray for us »*. Pour eux, *« avancer c'est mourir, reculer c'est mourir, alors mieux vaut avancer au risque de mourir »*. Il y a aussi Soussou qui attend des jumeaux et qui ne veut surtout pas que les autres membres de la communauté sachent qu'elle est enceinte. Et puis Béza, au regard si triste. Depuis 5 mois que je la croise, son regard est toujours aussi triste, que cache-t-elle ? Cela non plus je ne le sais pas et ne le saurai probablement jamais car ce que le voyage ne leur a pas pris, c'est la dignité... Alors oui, définitivement, ces hommes et ces femmes n'ont rien à voir avec des animaux sauvages. (...)

Ceux qui peuvent prétendre à l'asile et ceux qui ne le peuvent pas,
ceux qui fuient la guerre et ceux qui fuient la misère...

Ils ont tous leurs raisons de fuir.

Qui pourrait prendre le risque de perdre la vie s'il n'avait pas une bonne raison ? Qui pourrait vivre en errance pendant des mois voire des années s'il n'avait pas une bonne raison ? (...) Qui pourrait abandonner ses racines, sa culture, son histoire s'il n'avait pas une bonne raison ?(...)

Comment pourrait-on reprocher à ces mères de vouloir protéger leurs petits en les mettant à l'abri des bombes ? De vouloir épargner leurs filles de pratiques ancestrales ? De vouloir un avenir pour leurs enfants ? Comment pourrait-on reprocher à ces futures mères de vouloir que les enfants qu'elles portent ne connaissent ni la faim ni la soif ? Comment pourrait-on leur reprocher de vouloir que leurs enfants puissent vivre dans un monde où la femme est l'égale de l'homme ? (...)»

Alexandra Duthe

Liste des abréviations

GSF : Gynécologie Sans Frontières

UNHCR : Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UE : Union Européenne

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

MSF : Médecins Sans Frontières

MDM : Médecins Du Monde

RRDP : Refugee Rights Data Project

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

CADA : Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

AT-SA : Accueil Temporaire Service de l'Asile

DNA : Dispositif National d'Accueil

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile Organisé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra Utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée

DMGO : Dispensaire Mobile de Gynécologie Obstétrique

FGOH : Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

VFF : Violences Faites aux Femmes

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
 PARTIE I : CONTEXTE	3
1- GÉNÉRALITÉS.....	3
1.1. Terminologie.....	3
1.2. Naissance d'une « crise migratoire » européenne	4
1.3. Origine des migrants arrivants aux portes de l'Europe	5
1.4. Un afflux massif en Europe?	5
1.5. La problématique d'accueil des réfugiés-migrants en Europe et en France	6
1.6. Des fausses-idées qui persistent	7
1.7. L'Angleterre, cet eldorado... ..	7
 2- DES CAMPS DE RÉFUGIÉS-MIGRANTS EN FRANCE	9
2.1. Le début de la crise migratoire à Calais.....	9
2.2. De Sangatte à la <i>jungle</i> de Calais	9
2.3. A Calais, une histoire qui se répète inlassablement	10
2.4. Grande-Synthe, vers le premier camp humanitaire en France	11
2.5. De la « chasse » aux migrants au non-respect de leurs droits	12
 3- DESCRIPTION DES CAMPS.....	14
3.1. Calais.....	14
3.2. Grande-Synthe	15
3.3. Norrent-Fontes	15
3.4. Steenvoorde	16
3.5. Angres	16
 PARTIE II : DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS-MIGRANTS DU NORD-PAS-DE-CALAIS PAR GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES	17
1- DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS	17
1.1. Définition Organisation Non Gouvernementale (ONG).....	17
1.2. Présentation de GSF	17
1.3. Santé sexuelle et reproductive dans le monde	18
 2- PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.....	19
2.1. Objet d'étude : l'intervention de GSF auprès des femmes dans les camps de réfugiés-migrants du nord de la France.....	19
2.2. Problématique et objectifs de l'étude	20
2.3. Matériels et méthode.....	20
 3- DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MISSION CAMINOR	21
3.1. Mise en route de la mission	21
3.1.1. La logistique	21
3.1.2. Le financement	21
3.2. Les bénévoles	22
3.2.1. Deux types de bénévoles	22
3.2.2. Présentation des sages-femmes interrogées.....	22

3.2.3. Connaissance de la situation dans les camps	23
3.2.4. Le relai des informations entre les équipes.....	23
3.3. La population féminine des camps : répartition, origine et situation	24
3.4. Vue globale de la mission.....	25
3.4.1. Une mission d'urgence au long terme	25
Entre organisation et désorganisation.....	25
Comblar les manques même hors compétences	25
3.4.2. Des lieux d'action multiples	27
3.4.3. Une activité diversifiée	28
3.5. Un travail collaboratif avec les structures sanitaires en place	28
3.5.1. Une philosophie : ne pas se substituer	28
3.5.2. Organisation des transferts	29
3.5.3. La prise en charge des soins dans les structures sanitaires	29
3.5.4. Une activité chronophage mais nécessaire	30
3.5.5. Entre partenariat et conflit	30
3.6. Assurer une maternité sans risque	32
3.6.1. Un suivi adapté au contexte	32
3.6.2. Un travail de repérage et de visibilité nécessaire : la maraude, fil conducteur	33
3.6.3. Evolution de l'activité obstétricale	34
3.6.4. Un suivi sur le mode sage-femme libérale.....	35
Parallèle avec la profession libérale	35
Programme d'Accompagnement au Retour au Domicile Organisé dans les camps	35
Un suivi global	36
3.6.5. Suivi dans les CADA, CAO et autres lieux	36
3.6.6. Mise en place d'un suivi pédiatrique	37
3.7. Les soins gynécologiques	38
3.8. La planification familiale dans les camps	38
3.8.1. Proposer une contraception.....	38
La demande	38
Les moyens.....	39
3.8.2. Donner l'accès aux Interruptions Volontaires de Grossesse.....	40
Des protocoles de prise en charge	40
Les IVG médicamenteuses suivies dans les camps	41
Le contexte	42
3.9. Le temps de la prévention : sensibilisation à la vie affective et sexuelle.....	43
3.9.1. Jeu de sensibilisation	43
3.9.2. Entre femmes, un langage universel	43
3.10. Des violences au cœur de leur histoire.....	44
3.10.1. Des violences multiples par leur forme, leur temporalité et leur contexte	44
Entre violences extrêmes et avenir incertain, le départ s'impose.....	44
Des parcours de migration souvent tragiques.....	44
L'universalité des violences conjugales	45
Les camps, des lieux propices aux violences	46
Angres et la traite des êtres humains	47
3.10.2. Reconnaître et protéger	48
Procédures de prise en charge	48
La mise à l'abri.....	49
3.10.3. Impact psychologique.....	51
 PARTIE III : DISCUSSION	 52
1- AUTOUR DE L'ÉTUDE.....	52
2.1. Limites et difficultés.....	52
2.2. Pour aller plus loin.....	53

2- AUTOUR DE LA MISSION	54
2.1. Les bénévoles	54
2.1.1. La profession de sage-femme au cœur de la mission humanitaire	54
2.1.2. Le vécu de la mission	54
2.2. Les femmes : des femmes comme les autres placées dans un contexte exceptionnel	55
2.3. La mission	56
2.3.1. L'intervention humanitaire auprès des femmes à Calais, une solution palliative.....	56
Nécessaire.....	56
...mais imparfaite.....	56
2.3.2. Une situation actuelle qui semble sans issue	57
Cet interminable refrain.....	57
Les conséquences d'une crise qui dure	58
Un impact majeur sur les populations les plus vulnérables.....	59
Un impact sur l'évolution de la mission.....	59
2.3.3. Perspective d'avenir : vers la mission « CamiFrance »	60
Conclusion	62
Bibliographie	63

Introduction

Entre volonté de solidarité, de respect de l'être humain mais aussi d'attirance pour l'ailleurs, l'idée de l'action humanitaire, alimentée par les récits des bénévoles intervenus dans le cadre de l'Unité d'Enseignement humanitaire à l'école de sages-femmes, a fait progressivement son chemin dans mon esprit. C'est aussi dans le cadre de cette UE que j'entends parler pour la première fois de l'association Gynécologie Sans Frontières.

S'il faut se lancer un jour, le travail humanitaire ne s'appréhende pas du jour au lendemain. Il faut savoir déconstruire ses propres représentations pour se laisser surprendre et s'ajuster d'une part, à l'inédit de l'expérience et d'autre part, à la culture de l'Autre avec ses propres coutumes et traditions.

Si on part avec la volonté d'aider l'Autre, une « égoïste » pulsion de liberté créée par l'imaginaire de l'aventure, bien moins revendiquée, s'associe pourtant elle-aussi à l'idée de mission humanitaire où, par la mise à l'épreuve de soi, on tente aussi de trouver un accomplissement personnel.

Humanitaire rime souvent avec découverte de contrées étrangères mais et si nous regardions moins loin? Beaucoup moins loin, en France! Des « *camps de la honte* » dans notre propre pays, voilà une situation bien étrange...ou absurde?

Depuis maintenant des années, lorsque nous entendons « Calais », impossible de ne pas s'imaginer migrants et réfugiés le long des routes, sac à dos comme seule maison et yeux rivés sur le camion qui, dans un fol espoir, les mènera vers leur eldorado, l'Angleterre. Cette « crise des réfugiés », responsable de la crise humanitaire siégeant dans le nord de la France depuis maintenant presque 20 ans, sonne comme une histoire sans fin.

Et les femmes dans tout ça?

« Entassés sous des tentes et abris de fortune, enfants, femmes, hommes, cœurs brisés de l'exil, qui n'ont plus qu'un seul espoir , lancinant comme un éclat d'obus fiché dans les chairs, gagner l'eldorado anglais. La fin pour tous d'une aventure chaotique aux mille périls qui a duré des mois. On n'a jamais parlé des femmes enceintes. » J-L. Guidez

Des bénévoles de Gynécologie Sans Frontières ont été alertés par la problématique de la santé maternelle et infantile au sein des camps de migrants du Nord-Pas-de-Calais et notamment par l'absence de suivi des femmes enceintes et l'existence de nombreuses violences liées au genre. De plus, du fait de leur localisation géographique, il est très difficile pour les femmes et enfants de se rendre dans les structures hospitalières alentour situées à

plusieurs kilomètres. C'est dans ce contexte et pour répondre à la détresse de ces femmes, qu'est née la mission « Caminor ».

« Quand une ONG, « Gynécologie sans frontières », versée jusque-là dans les missions à l'étranger, à Haïti ou en Jordanie, et dans l'aide aux femmes mises en danger par la guerre ou les catastrophes, lance une bouteille dans la mer du Nord... un appel de détresse en direction des sages-femmes du Nord et du Pas-de-Calais mais aussi de tout l'Hexagone, pour secourir celles de Grande-Synthe et de Calais, avec leurs enfants à naître ou nés. »

J-L. Guidez

Nous nous sommes donc intéressés au cours de ce mémoire à cette mission humanitaire.

L'objectif principal de ce travail sera de décrire et analyser la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes par GSF dans les camps de réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais. Cela nous permettra d'appréhender la réalisation d'une mission humanitaire en santé sexuelle et reproductive avec ses difficultés et ses particularités mais aussi d'évaluer la réponse humanitaire et d'envisager les solutions à plus long terme. L'objectif secondaire, est de connaître le vécu des sages-femmes en tant que bénévoles et leur véritable rôle dans cette mission humanitaire.

Nous tenterons, au travers de ce mémoire, de sensibiliser le lecteur à la réalité de la situation de ces femmes réfugiées-migrantes qui méritent toute notre attention et mobilisation.

Ainsi, dans une première partie, nous nous attacherons à retracer le contexte de ces camps en décrivant l'historique de leur création, les parcours de migrations de leurs habitants et leur fonctionnement.

Dans une seconde partie, à l'aide d'entretiens réalisés auprès de dix sages-femmes bénévoles présentes à différentes périodes de la mission, des relevés d'activité de la mission réalisés et comptabilisés chaque jour par les bénévoles et d'une semaine passée en immersion avec les bénévoles, nous analyserons la prise en charge des femmes dans les camps selon ses différents aspects : suivis de grossesse, suivis gynécologiques, planification familiale, violences faites aux femmes,...

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous évaluerons la place de la réponse humanitaire dans le contexte des camps de réfugiés-migrants en France et nous réfléchirons à la pérennité de cette réponse.

PARTIE I : CONTEXTE

1- GÉNÉRALITÉS

1.1. Terminologie

Migrants, exilés, immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile, expatriés, déplacés ou encore « clandestins », l'usage parfois indifférencié de tous ces termes témoigne d'une confusion bien présente dans notre société.

Un migrant est une personne qui quitte son pays d'origine pour venir s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité. Elle est toujours sur la route de l'exil, dans l'action de migrer. Ce n'est pas une catégorie juridique. [1][2]

Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née à l'étranger et résidente en France. La qualité d'immigré est permanente, un individu continue donc à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré. [3] Le terme « immigré » favorise le point de vue du pays d'accueil, le terme « émigré » celui du pays d'origine (un émigré est une personne quittant son pays pour vivre dans un autre) tandis que le terme « migrant » prend en compte l'ensemble du processus migratoire. [1]

Au sens juridique, le statut de réfugié concerne une personne ayant reçu une réponse favorable à sa demande d'asile, qui ouvre les mêmes droits communs que pour un citoyen français, à l'exclusion du droit de vote.

Ce statut est défini par la convention de Genève relative au statut des réfugiés, signée en 1951 et ratifiée par 145 Etats membres des Nations Unies. Article IA-2 : « *Le terme « réfugié » s'appliquera à toute personne (...) qui craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.* » Selon ce texte, une personne apportant la preuve qu'elle a subi ou craint de subir des persécutions dans son pays, peut bénéficier d'une protection de l'Etat où elle en fait la demande. [4][2]

Le demandeur d'asile est donc la personne ayant entamé la procédure de demande d'asile. En France, c'est l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) qui examine ces demandes, sous le contrôle de la Cour Nationale du Droit d'Asile. A l'issue, le demandeur d'asile peut être reconnu comme réfugié. Dans le cas contraire, il devient

« sans-papiers » ou « clandestin », c'est à dire, un étranger en séjour irrégulier. Ces termes soulignent bien le caractère illégitime de cette situation. [5]

Concernant les populations des camps, si le terme de migrant s'applique en effet, il est de plus en plus connoté péjorativement et garde un sens très large, de démographe, où la notion de fuite n'est pas mise au premier plan. On retrouve en effet les réfugiés parmi les migrants, mais aussi les étudiants étrangers, et les migrants économiques, au cœur de ce problème de sémantique, car eux, partent volontairement de leur pays pour trouver de meilleures conditions de vie.

Certains font donc le choix d'appeler ces personnes en détresse « réfugié », apportant ainsi une considération de leur condition et de ce qu'ils ont subi pour venir.

Mais si tout réfugié est migrant, l'inverse n'est pas le cas. Etre « réfugié », c'est un statut juridique, obtenu grâce à des critères conformes à la Convention de Genève. Il ne suffit pas de venir d'une zone de guerre pour se voir attribuer le statut de réfugié, chaque demandeur d'asile doit apporter la preuve qu'il est directement menacé. Cela implique donc aussi qu'une demande d'asile ait été produite, or tous les migrants arrivés en France ne font pas cette demande car beaucoup souhaitent rejoindre l'Angleterre.

Sur le site du Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), ces personnes sont souvent désignées par le terme « réfugiés-migrants ». C'est le terme que nous utiliserons dans ce mémoire.

1.2. Naissance d'une « crise migratoire » européenne

Au niveau mondial, une forte augmentation du nombre de personnes déplacées de force a pu être constatée au cours des vingt dernières années. En effet, de 33,9 millions en 1997, il est passé à 65,6 millions en 2016, parmi lequel on retrouve 22,5 millions de réfugiés-migrants et 10 millions d'apatrides. Cette nette augmentation, survenue surtout entre 2012 et 2015, s'explique par l'existence de nombreux conflits, notamment en Syrie mais aussi dans d'autres régions du monde, comme en Irak, au Yémen, ainsi qu'en Afrique subsaharienne (Burundi, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan). [6][7]

Une partie de ces migrants et réfugiés arrivent alors aux portes de l'Europe. [8]

Année	2014	2015	2016	2017
Nombre d'arrivées en Europe depuis la Méditerranée	216054	1015078	362753	170317
Morts et disparus lors des tentatives de traversées	3538	3771	5096	3081

Tableau 1 : nombre d'arrivées en Europe et de disparus parmi les tentatives de traversée de la Méditerranée par les réfugiés-migrants de 2014 à 2017

En 2014, le nombre de personnes ayant rejoint l'Europe par la mer aurait atteint un nombre de 216.054 arrivants, dont 170.000 en Italie. En 2015, la situation évolue très

rapidement avec une augmentation exponentielle de ce nombre. Au total, cette année, 1.006.768 personnes auraient rejoint l'Europe via la Méditerranée, dont 850.371 entrées par la Grèce, loin devant l'Italie, au premier plan en 2014. On commence alors à parler de « crise migratoire » ou « crise des réfugiés ». [9] Actuellement, le nombre d'arrivants par la mer Méditerranée, est aux alentours de 170.000 avec des arrivées concentrées, par ordre décroissant, en Italie, Grèce et Espagne. La proportion de femmes est estimée à 12,8% et la proportion d'enfants à 18,6%. [8]

Ces années ont aussi été marquées par des événements tragiques, car tous ne parviennent pas aux portes de l'Europe. En 2015, la photo du petit Aylan Kurdi, enfant syrien, mort noyé et échoué sur une plage turque fait le tour du monde et marque tous les esprits. Sur ces quatre années, 15486 personnes ont trouvé la mort ou sont portées disparues, faisant ainsi de la Méditerranée l'une des routes migratoires la plus meurtrière au monde. [8][9]

1.3. Origine des migrants arrivants aux portes de l'Europe

Selon le UNHCR, en 2016 et au niveau mondial, les réfugiés-migrants étaient principalement originaires de trois pays, 5,5 millions de Syrie, 2,5 millions d'Afghanistan et 1,4 millions du Soudan du Sud. [6]

Ceux arrivant aux portes de l'Europe en 2016 sont originaires de six pays principaux : la Syrie (30,9%), l'Afghanistan (13,8%), l'Erythrée (8,5%), le Kosovo (8,5%), le Nigéria (4%) et la Somalie (3%). 84% proviennent de dix « pays sources ». [2] Ces chiffres et ces « pays sources » évoluent bien sûr au gré des conflits et des parcours migratoires. Ainsi, en 2017, la population syrienne arrivant par la méditerranée n'est plus « que » de 10,7%. [8]

1.4. Un afflux massif en Europe?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'UNHCR a constaté une augmentation considérable du nombre de personnes déplacées dans le monde, mais proportionnellement à cette migration mondiale, l'afflux en Europe est loin d'être massif. [2]

En effet, ce n'est pas l'Europe qui accueille le plus de réfugiés-migrants mais l'Afrique. En 2016, l'Europe a accueilli 17% des personnes « déracinées », le Moyen-Orient et l'Afrique du nord 26% et le reste de l'Afrique 30%. Ce sont la Turquie avec 2,9 millions et le Pakistan avec 1,4 millions qui en ont accueilli le plus. Si on comparait par exemple la situation de la France avec le Liban ; celui-ci a accueilli en 2016, 1 million de réfugiés pour une démographie de 6.237.738 habitants ; cela reviendrait pour la France (67.595.000 habitants) à accueillir 10.836.460 réfugiés-migrants, ce qui est loin d'être le cas. Une forte majorité de l'ensemble des migrations internationales s'effectue entre pays de même niveau de développement, notamment les pays voisins. En effet, seuls 34% des migrants quittent un pays en voie de développement pour aller vers un pays développé. [6][10]

1.5. La problématique d'accueil des réfugiés-migrants en Europe et en France

A mesure que la guerre en Syrie s'intensifie et que les réfugiés-migrants commencent à arriver de plus en plus nombreux par la Méditerranée, la Grèce et l'Italie deviennent rapidement des « goulots d'étranglement » de l'Europe, censés réguler cet afflux aux frontières. En effet, pour tenter de gérer cette crise, l'Union Européenne met en place en Grèce et en Italie des *hotspots*, dispositifs destinés à « trier » les migrants arrivant depuis la Méditerranée et renvoyer notamment les migrants économiques. [2]

Le règlement de Dublin III, relatif au droit d'asile dans l'UE, complique encore un peu plus la situation de ces deux pays. En effet, il désigne le pays dans lequel a été formulée la demande d'asile comme celui en charge de cette demande. Or, du fait de la situation géographique des pays à l'est et au sud de l'UE, ce principe fait peser sur ces pays d'entrée toute la charge de l'accueil et de la prise en charge des réfugiés-migrants.

Pour pallier à la situation dans laquelle se trouve alors l'Italie et la Grèce, une répartition plus juste, sur la base de quotas fixés pour chaque Etat membre a été instaurée. Cette répartition ne prend pas en compte la volonté du migrant ou du réfugié dans le choix du pays d'accueil. Seulement, sur l'objectif initial d'environ 100.000 relocalisations, à peine 28.000 personnes ont rejoint un autre pays européen en septembre 2017 soit environ 2 ans après l'initiation de ces quotas et alors que les réfugiés-migrants continuent à rejoindre les côtes de ces deux pays. [5][2]

En France, malgré la réduction des délais d'instruction des demandes d'asile à 9 mois puis à 6 mois, la procédure reste lourde et peut paraître très dissuasive.¹ Les demandeurs perçoivent l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA), dont le montant s'élève pour une personne seule, à 204 € par mois (contre 524 € par mois pour une personne touchant le Revenu de Solidarité Active) permettant difficilement de vivre.

Les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) créés en 1990 pour les accueillir sont réservés, du fait du manque de place, aux personnes les plus vulnérables. [2][5] En effet, avec toutes les structures disponibles, le Dispositif National d'Accueil (DNA) compte entre 75 000 à 80 000 places et malgré la création régulière de places supplémentaires notamment dans les CADA, les besoins d'hébergement restent supérieurs. En 2016, sur les 85 726 demandeurs d'asile enregistrés, seuls 50 à 60% ont été hébergés.² [34]

Seulement 30,9 % des demandeurs ont obtenu une protection en tant que réfugié en 2016. [11] Pour une grande partie, c'est une décision de transfert qui est posée, vers le pays

¹ Procédure de la demande d'asile détaillée en *Annexe II*

² Définitions et informations supplémentaires relatives aux DNA/CADA en *Annexe II-1*

estimé comme responsable de leur demande (ils sont « dublinés »).¹ Certains se voient également proposer des aides pour retourner dans leur pays d'origine. [33][35]

1.6. Des fausses-idées qui persistent

On entend souvent évoquer la théorie d'un « appel d'air », selon laquelle une politique d'accueil et d'aide aux réfugiés-migrants, les inciterait à venir massivement en France alors qu'ils pourraient en être découragés si aucuns moyens ne sont mis à leur disposition, réduisant ainsi leur nombre. Mais rappelons que ces personnes ont, pour la plupart, risqué leur vie pour parvenir en Europe, avec des départs le plus souvent contre leur gré.

De plus, les conditions de vie qu'ils trouvent en Europe sont souvent moins bonnes que celles qu'ils ont quittées. En effet, nous avons tendance à voir ces réfugiés-migrants au travers d'une sorte de « prisme de la misère » et pourtant, 63% de ceux entrés en France en 2012 sont titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme équivalent. En effet, les personnes réfugiées-migrantes qui arrivent sont souvent qualifiées et jeunes. Près de 40 % sont diplômées de l'enseignement supérieur.

Enfin, dans le contexte actuel de menace terroriste, la crainte que leur arrivée augmente ce risque est bien présente. Il est primordial de rappeler que les réfugiés-migrants sont souvent les premières victimes du radicalisme et du terrorisme. Les syriens, les kurdes ou les irakiens fuient pour échapper à Daech. Les confondre, c'est aller encore plus loin dans les préjugés à leur égard. Leur volonté est de trouver la sécurité qu'ils ne peuvent plus trouver dans leur pays et non pas de recréer de l'insécurité ailleurs. [10]

1.7. L'Angleterre, cet eldorado...

« Maintenant que je suis là, je n'ai pas le choix, je dois passer en Angleterre », explique-t-il en regardant Lamlam. Son épouse a elle aussi ce rêve chevillé au corps. A quelques jours de son accouchement, elle insiste auprès de son mari pour tenter une dernière fois. A-L Lebrun

Une fois parvenus en Europe, la détermination pour la majorité de ces réfugiés-migrants, de poursuivre la route et traverser la Manche est sans faille. Une détermination qui peut sembler irrationnelle tant les chances de passer sont minces et les risques sont grands. Malgré tout l'espoir persiste, car après tout, certains y arrivent et seuls 35 kilomètres les séparent des côtes anglaises.

Ils « choisissent » cette destination souvent, en premier lieu, car une connaissance, plus ou moins proche, généralement de leur famille se trouve déjà sur place. Dans une enquête

¹ Explications relatives aux décisions de transfert ou « dublinage » en *Annexe II-2*

réalisée par Refugee Rights Data Project (RRDP)¹ en février 2016, 94,6% des réfugiés-migrants interrogés souhaitent rejoindre l'Angleterre dont 40% dans le but de rejoindre membre de leur famille déjà installé. L'existence de communautés « transnationales », c'est-à-dire présentes dans leur pays d'origine et en Angleterre est aussi un facteur décisif dans le choix de ce lieu. Retrouver une communauté sur place et donc des réseaux déjà installés est quelque chose de rassurant et d'aidant pour trouver du travail ou réaliser les démarches administratives. En effet, dans la société britannique multiculturelle, le communautarisme a une place très importante, cela entretient des liens de solidarité et des passerelles culturelles indispensables aux réfugiés-migrants.

La langue joue aussi un rôle primordial car la plupart parlent déjà anglais ou en apprennent les rudiments rapidement, contrairement à la complexe langue française qui les décourage, de prime abord, à tenter leur chance dans l'hexagone. Dans la même enquête de RRDP, 58,6% ont décrit leur niveau d'anglais comme bon voire très bon contre seulement 11% en français. La langue est un facteur essentiel pour trouver du travail et entamer des démarches administratives.

Une autre raison avancée serait les conditions d'asile plus favorables pour les clandestins outre-Manche. De plus, le chômage est moins élevé qu'en France même si les emplois sont parfois d'une extrême précarité, au noir. L'absence de carte d'identité dans le pays, qui complexifie les contrôles, explique en partie le développement de ce travail illégal.

Enfin et surtout, la croyance en cet eldorado, est alimentée par les passeurs qui ont tout intérêt à entretenir ce mythe pour poursuivre leur trafic. [12][28]

¹ ONG anglaise spécialisée dans la défense des droits humains et qui cherche à combler les lacunes en matière d'information concernant les réfugiés et les personnes déplacées en Europe. Ils ont interrogé 870 personnes à Calais.

2- DES CAMPS DE RÉFUGIÉS-MIGRANTS EN FRANCE ¹

2.1. Le début de la crise migratoire à Calais

Revenir sur la situation des réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais, c'est se plonger dans un interminable refrain qui dure depuis maintenant 19 ans. Calais, c'est l'histoire, souvent tragique, de ces réfugiés-migrants, se retrouvant au cœur de la problématique migratoire de l'Europe et de la France, qui hésitent depuis plusieurs années entre accueil et rejet, entre mesures humanitaires et sécuritaires.

La situation géographique de Calais permet de comprendre pourquoi cette ville s'est retrouvée au cœur des enjeux et tensions migratoires. Elle se situe seulement à 35 kilomètres des côtes britanniques, auxquelles elle est reliée par des liaisons à la fois maritimes et terrestres via le tunnel de l'Eurostar. Entre la France et le Royaume-Uni, la Manche constitue une barrière géographique mais aussi juridique puisque c'est à cet endroit que passe la frontière de l'espace Schengen, zone de libre circulation des personnes, dont le Royaume-Uni ne fait pas partie. Cette frontière ne peut donc pas se franchir sans contrôles.²

2.2. De Sangatte à la jungle de Calais

C'est entre 1998 et 1999 qu'arrive la première vague de réfugiés-migrants, alors principalement Kosovars. En effet, sur cette période, se joue un conflit entre l'ex-Yougoslavie, la république autonome du Kosovo et la Serbie, qui prend fin en 1999 avec l'évacuation des forces serbes du Kosovo puis le retour des réfugiés. [13]

A Calais, ces premiers réfugiés-migrants, au départ seulement au nombre de 200, sont regroupés dans le hangar désaffecté d'Eurotunnel. Ce camp, dont la gestion est confiée à la Croix-Rouge, prend le nom de Sangatte qui est une ville balnéaire près de Calais. En transit vers l'Angleterre, ils patientent dans ce hangar jusqu'à ce que leur soient délivrées les autorisations nécessaires. Mais, face à des contrôles plus stricts et à un flot humain grandissant, le centre prévu pour accueillir 800 personnes, en accueillera finalement jusqu'à 1800. *Sangatte* finit par attiser des tensions politiques car il est critiqué par l'Angleterre qui le voit comme un réservoir de réfugiés-migrants toléré par la France.

Ainsi, le 5 novembre 2002, le gouvernement français décide de fermer ce centre : «*Nous mettons fin à un symbole d'appel d'air de l'immigration clandestine dans le monde*». Deux tiers de ses habitants sont autorisés à s'installer en Angleterre, tandis que le dernier tiers demande l'asile en France. Le hangar, qui abritait 1600 personnes lors de sa fermeture, a vu transiter entre 60.000 et 70.000 personnes en 3 ans.

Les deux gouvernements signent alors les accords du Touquet, qui entraînent une délocalisation dans l'autre pays du contrôle des frontières des deux pays. Les agents de

¹ Frise chronologique de l'histoire des camps de réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais en Annexe VI-1

² Carte de la situation géographique de Calais et ses liaisons avec l'Angleterre en Annexe III-1

douane britanniques agissent ainsi en France en contrôlant le flux migratoire en direction de l'Angleterre et inversement. Mais l'accord n'est pas équitable puisque le flux de réfugiés-migrants en direction de l'Angleterre est bien plus important, faisant de la France, une zone tampon, à la sortie de l'espace Schengen. En effet, après une diminution de leur nombre jusqu'à fin 2005, l'afflux reprend. Ils s'éparpillent dans la région en une multitude de campements à proximité du centre et des grands axes routiers. A Calais, ils sont environs 700 à se regrouper dans une zone proche de la rocade et du port. On commence alors à parler de *jungle*, inspiré par le mot *jangal* – « forêt » en persan et en pachtoune. Cette première jungle sera tolérée jusqu'en 2009 puis démantelée. [14][15]

2.3. A Calais, une histoire qui se répète inlassablement¹ [14][15]

Les migrants se dispersent à nouveau dans le *calaisis* pour rester à proximité du port et des tentatives de traversées. Entre 2010 et 2014, le nombre de réfugiés-migrants à Calais passe de moins de 500 à plus de 1200, conséquence de l'instabilité grandissante en Afrique et au Proche-Orient. Les tentatives d'embarquer sur les camions et les ferries se multipliant, la France et l'Angleterre décident de renforcer la sécurité du port, avec une surveillance accrue et une barrière érigée pour empêcher son accès. Les tentatives des migrants se reportent alors massivement sur le site d'Eurotunnel.²

Le 25 mai 2014, le Front National obtient 31 % des voix aux élections européennes à Calais, un chiffre largement supérieur à la moyenne nationale (25%), stigmatisant des tensions de plus en plus fortes entre une partie des habitants et les réfugiés-migrants.

Quelques jours plus tard, trois « petites jungles » contenant 550 personnes regroupées par nationalités sont démantelées pour cause officielle d'épidémie de gale. Puis, le 2 juillet 2014, c'est au tour du principal camp de Calais d'être détruit par les forces de l'ordre. En bordure de route, à 7 kilomètres de la ville, la maire de Calais met alors à disposition un vaste terrain sans points d'eau ni sanitaires où les réfugiés-migrants sont forcés de se regrouper. Le Conseil d'Etat oblige par la suite la mise en place de toilettes, de raccordements à l'eau et à l'électricité.

Petit à petit, la *new jungle* voit le jour et toute une vie s'organise avec la création de petits commerces, d'une école, de lieux de culte ainsi que de permanences associatives et juridiques. Organisé et imposé par l'Etat, cette *new jungle* devient le plus grand bidonville de France. Face à l'urgence humanitaire, l'insécurité ambiante, les mauvaises conditions d'hygiène et la vulnérabilité des femmes et des enfants, l'Etat décide avec la ville de Calais de transformer l'ancien centre aéré Jules Ferry de Calais en centre d'accueil de jour. Il ouvre en

¹ Des données des parties 2.3., 2.4. et 2.5. sont issues des entretiens réalisés auprès des sages-femmes et des jours passés auprès des bénévoles au mois de juin 2017

² Carte des contrôles de la frontière avec le Royaume-Uni en *Annexe III-2*

janvier 2015. L'association La Vie Active¹, qui n'est encore jamais intervenue auprès de migrants et réfugiés, se voit confier la gestion du centre. Le centre propose alors un accueil de jour avec un accès aux besoins de première nécessité : se laver, manger, des soins médicaux, mais aussi une information juridique et sociale, notamment sur les demandes d'asiles. Le centre Jules Ferry a accueilli en moyenne 2400 personnes par jour. Un centre d'hébergement permettait également de mettre à l'abri, jour et nuit, 400 femmes et enfants en situation de vulnérabilité.

Par la suite, devant la difficulté croissante pour passer en Angleterre, la jungle grossit rapidement. L'Etat ouvre en janvier 2016 un Centre d'Accueil Provisoire, formé d'un ensemble de containers dortoirs prévus pour abriter 1500 personnes. Le coût total pour leur mise en œuvre s'est élevé à 20 millions d'euros (160.000 euros par container) provenant de finances publiques.

Au printemps 2016, l'Etat fait un premier pas vers la destruction du bidonville avec l'évacuation d'une bande de 100 mètres de la jungle, puis quelques semaines plus tard, de sa partie sud. Mais cette diminution considérable de la taille de la jungle n'est pas compatible avec l'augmentation de sa densité de population. De 3000 en juin 2015, le nombre de personnes recensées est passé à 10.000 en septembre 2016. Les femmes et mineurs isolés sont particulièrement vulnérables aux violences, attisées par l'extrême promiscuité.

L'Etat s'engage alors à démanteler complètement le bidonville et à évacuer ses habitants en les dispersant partout en France dans des Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO)² et CADA. Le démantèlement se déroulera finalement du 24 octobre au 3 novembre 2016, dans la précipitation et la peur pour les réfugiés-migrants qui ne savent, pour la grande majorité, pas où ils vont. Beaucoup tentent d'accélérer leurs démarches pour rejoindre l'Angleterre ou rejoignent d'autres camps, non démantelés. D'autres se retrouvent dans la rue à Calais. En seulement une semaine, le camp est évacué avec le départ de 5253 personnes. Le centre Jules Ferry ferme ses portes. Pour les personnes évacuées, le parcours devait être le suivant : mise à l'abri dans un CAO, dépôt de la demande d'asile puis passage en CADA. Cependant, les places disponibles, comme vu précédemment, restent insuffisantes. D'autre part, beaucoup quittent les centres pour retourner à Calais. [33]

2.4. Grande-Synthe, vers le premier camp humanitaire en France

En 2005, dans la commune de Grande-Synthe, un autre camp, appelé camp du Barosch, voit le jour. Ce camp, qui contrairement à Calais est majoritairement peuplé de nombreuses familles voit lui aussi sa population considérablement augmenter. Situé dans une zone inondable, le camp fait beaucoup parler de lui dans les médias du fait des conditions de

¹ Présentation de l'association La Vie Active en *Annexe IV*

² Définitions et informations supplémentaires relatives aux CAO en *Annexe II-1*

vie particulièrement insalubres. Décrit comme « pire que Calais », le camp du Barosch est à l'origine du terme de « camp de la honte ».

Sous l'initiative du maire de Grande-Synthe et non pas de l'Etat comme à Calais, un nouveau camp est mis en place en 2016. Sur le terrain mis à disposition, Médecins Sans Frontières (MSF)¹ construit le « camp de la Linière », premier camp humanitaire en France. Le coût total est de 3,5 millions d'euros, provenant principalement des fonds propres de MSF. Début mars 2016, les migrants et réfugiés ont été transférés sur le nouveau camp.

De 1700 personnes estimées en janvier 2016, le camp a vu sa population considérablement augmenter après le démantèlement de Calais, avec l'arrivée de ses habitants restés sur place. C'est bien plus que ce qui était prévu initialement pour ce camp. Le camp n'était ni fait pour durer, ni pour accueillir autant de monde. Ces nouvelles arrivées ont aussi provoqué le mélange d'ethnies non habituées à cohabiter, voire même s'évitant habituellement, entraînant de fortes tensions internes, notamment entre la communauté afghane, auparavant à Calais et la communauté kurde.

La présence policière et des CRS s'est faite aussi bien plus présente après le démantèlement avec des contrôles à l'entrée du camp. Seuls les véhicules référencés à la mairie de Grande-Synthe ont alors le droit de pénétrer dans le camp, compliquant ainsi la circulation des bénévoles. Des bracelets d'identification, ont été mis en place fin 2016-début 2017 avec l'inscription « camp de la Linière de Grande-Synthe », obligatoires pour tous les réfugiés-migrants présents sur le camp et dans le but de contrôler les entrées et sorties. Malgré cela, les autorités ne parviennent plus à répertorier ses habitants. Beaucoup de passeurs ont profité de cette désorganisation pour pénétrer dans le camp et occuper une partie des shelters² (cabanons en bois) et mettre en place un trafic de ces bracelets d'identification pour monnayer l'accès au camp.

Ainsi, le 10 Avril 2017, à la suite d'une rixe entre afghans et kurdes, des shelters sont incendiés et le feu ravage les trois quarts du camp.³

2.5. De la « chasse » aux migrants au non-respect de leurs droits ⁴ [16]

Depuis Sangatte, les tentatives du gouvernement et des élus locaux pour résoudre la situation des réfugiés-migrants ont consisté à les rendre invisibles en les faisant se regrouper dans des lieux excentrés ou à les disperser en démantelant successivement les camps mis en place. Toutes ces mesures montrent bien l'incapacité à apporter des solutions efficaces puisqu'ils finissent toujours par revenir et des camps se reforment. En effet, après le démantèlement de Calais et l'incendie de Grande-Synthe, les migrants et réfugiés sont toujours présents. En juin 2017, ils sont estimés à environ 600 personnes à Calais, sur un

¹ Plan du camp de la Linière en *Annexe III-4*

² Photos de shelters en *Annexe V-5,6*

³ Photo prise après l'incendie du camp de la Linière en *Annexe V-9*

⁴ Journal de bord sur les jours d'observation au mois de juin 2017 passés à Calais avec GSF en *Annexe XVII*

terrain privé non loin de l'ancienne jungle et 400 à Grande-Synthe, dans le bois du Puythouck. Les camps de Steenvoorde et Norrent-Fontes ont été démantelés respectivement en juillet et septembre 2017, faisant d'Angres le dernier camp du Nord-Pas-de-Calais.

Mais la volonté de ne plus voir ces migrants et réfugiés conduit les autorités à des décisions extrêmes. Aucune tente ou installation n'est tolérée ne laissant pour dormir qu'un simple sac de couchage, quelles que soient les conditions climatiques. Il n'y a pas d'accès à l'eau potable ni aux douches ; l'accès pour les associations devient de plus en plus compliqué pour délivrer l'unique repas de la journée et les soins médicaux et de nombreux membres de ces associations sont mis en garde à vue. Enfin, jour et nuit, les réfugiés-migrants sont « traqués » et sont donc constamment sur le qui-vive entraînant une fatigue morale et physique chronique, propice à un climat de violence.

Ainsi, le lundi 12 juin 2016, une équipe du Défenseur des Droits¹ s'est rendue à Calais pour constater la situation actuelle. A la suite de cette visite, elle demande que soit mis un terme aux atteintes aux droits fondamentaux les plus élémentaires des réfugiés-migrants.

¹ Toute personne physique ou morale peut saisir cette autorité administrative indépendante, inscrite dans la constitution et dont les deux missions principales sont la défense des personnes dont les droits ne sont pas respectés et permettre l'égalité dans l'accès aux droits. Il rend compte de son activité au président de la République et au parlement. Depuis 2014, c'est Jacques Toubon qui assure la fonction de défenseur des droits.

3- DESCRIPTION DES CAMPS ^{1 2}

3.1. Calais ³

La *new jungle* de Calais est un bidonville de quatorze hectares placé sur le site d'une ancienne décharge, bloqué entre une bretelle d'autoroute, le port industriel de Calais et la Manche. Ce gigantesque champ de tentes, où règne une très grande hétérogénéité de culture, d'origine, de religion est une véritable « ville dans la ville ». La jungle s'est progressivement organisée avec la création de restaurants, d'églises, d'écoles,...où la vie collective a pris une place très importante. Tous ces lieux de vie portent des drapeaux, dessins et écritures dans différentes langues qui identifient les habitants de ce lieu. [40] Malgré cette organisation, les conditions de vie restent très précaires, avec des logements de fortune constitués de cabanes en bois, de tentes où s'engouffrent l'hiver, la boue et les rats. Les sanitaires sont dispersés sur le camp, les points d'eau sont peu nombreux et les déchets s'accumulent un peu partout.

Situé à proximité de la jungle, le centre Jules Ferry héberge femmes et mineurs, jour et nuit, dans des containers entourés de grillage. Chaque chambre est partagée par un groupe de femmes, quelle que soit leur nationalité, chacune ayant un lit superposé numéroté. Derrière le centre, un grand champ de tentes humanitaires prend place pour y accueillir plus de monde car les dortoirs sont pleins. Le centre est équipé de douches, de sanitaires, d'une cuisine et de laveries automatiques. La distribution des repas se fait deux fois par jour. Pour bénéficier d'une place, il faut passer par un bureau administratif où la personne est enregistrée. Le centre est géré par une équipe d'éducateurs sociaux salariés qui accompagnent les réfugiées-migrantes pour les démarches de demande d'asile. Toutes les informations concernant les soins, la protection, la demande d'asile, etc. sont traduites en plusieurs langues et affichées partout dans l'hébergement.

Avec la création du camp de containers en 2016, la jungle offre alors un double visage. D'un côté cette « ville » biscornue formée de bâches et de tentes dépareillées, de l'autre un alignement de 125 containers en fer blanc, dans un enclos grillagé et sécurisé. Les containers, avec une surface de 14m² pour accueillir 12 personnes, ne donnent pas accès à l'eau, ni aux douches, ni la possibilité de cuisiner. Ils sont destinés aux familles et un enregistrement par empreintes est nécessaire pour y entrer.

Actuellement, la nouvelle jungle de Calais n'est en fait qu'un terrain vague au milieu d'une zone industrielle, non loin de l'ancienne jungle, où les migrants viennent le soir chercher leur repas, des vêtements ou soins médicaux. Il n'y a aucune installation formelle ou structurée. Dans la journée, ils se réfugient dans une sorte de bois derrière le terrain. Les

¹ Les données relatives à la description des différents camps de la partie 3 sont issues des entretiens réalisés auprès des sages-femmes et des jours passés auprès des bénévoles au mois de juin 2017

² Carte de la localisation des 5 camps du nord de la France en Annexe III-3 et leur description dans le journal de bord en Annexe XVII

³ Photos du camp de Calais en Annexe V-2,3

gendarmes sont présents presque toute la journée le long du terrain, les CRS les relaient le soir.

3.2. Grande-Synthe ¹

Le camp du Barosch, premier camp de Grande-Synthe est dans un état particulièrement lamentable, c'est un véritable un champ de boue avec des palettes enfouies sous la boue et les tentes qui surnagent difficilement au-dessus. Avec l'hiver, de l'eau rentre dans les tentes et ses habitants, en bottes, doivent faire face à un froid terrible. Il y a des toilettes de chantier et dans un premier temps absentes, l'eau et des douches sont par la suite installées.

Le camp de la Linière, créé en réponse aux conditions de vie déplorables offertes par son prédécesseur, est constitué de 365 abris en bois chauffés, avec des sanitaires, un accès à l'eau potable, des douches et des lieux communautaires. Le sol est en gravier et il y a moins de promiscuité. Les femmes et enfants isolés sont séparés du reste du camp et les enfants vivant sur le camp sont scolarisés. Ce sont surtout des familles qui vivent à Grande-Synthe. On y trouve aussi le Health Center où les différents organismes médicaux œuvrant dans le camp (MSF, MDM, GSF) réalisent des consultations. Le Women Center, comme son nom l'indique, est un lieu réservé aux femmes (et enfants) où elles peuvent cuisiner, où des ateliers notamment de prévention et pour les enfants sont organisés et où des vêtements, produits de soins et le lait sont distribués.

Après l'incendie du camp, les réfugiés-migrants de la Linière se regroupent dans le bois du Puythouck, habituellement lieu de promenade et situé à proximité d'un étang. Il n'y a aucune installation, ni tentes ni accès à l'eau, seulement des groupes de migrants et quelques familles assis dans l'herbe ou dans les bois. Ainsi, même les femmes et enfants y dorment dehors, sans abris.

3.3. Norrent-Fontes ²

Le camp est situé en campagne, sur un terrain communal, au milieu de champs mais non loin de l'autoroute. On y accède par un chemin de terre. A l'entrée, on trouve un mémorial pour un jeune migrant de 20 ans battu à mort par des passeurs et qui sonne comme un avertissement de la part du passeur, vivant à l'entrée du camp dans un shelter bien aménagé et qui contrôle l'accès au camp. Les habitants de ce camp doivent déboursier en moyenne 500 euros pour y pénétrer. Ils ont un accès à l'eau et des toilettes, ainsi qu'un container à ordures. Ce sont, pour la majorité, des personnes isolées, hommes ou femmes, parfois des couples.

¹ Photos du camp du Barosch puis du camp de la Linière en *Annexe V-4 à 10* et plan du camp de la Linière en *Annexe III-4*

² Photo du camp de Norrent-Fontes en *Annexe V-11*

Une partie du camp est constituée de grands shelters en bois remplis de dessins et d'inscriptions, « We love jungle », « Resistance » où vivent les femmes. Elles dorment toutes ensemble dans une pièce avec des lits côte à côte, à l'exception de la « chef » qui possède son propre shelter et d'autres privilèges. Il y a d'autres shelters pour les hommes et les couples, avec des espaces communs pour faire la cuisine et manger.

3.4. Steenvoorde

A Steenvoorde, les migrants et réfugiés viennent chercher du réconfort en journée dans la salle paroissiale de la ville, située à côté de l'église dans le bourg, où ils peuvent se doucher, manger et se reposer au chaud. Il y a en effet un accès à l'eau, des cuisines, des douches, de nombreux canapés et des armoires remplies de vêtements mais aussi des jeux pour passer le temps. La nuit, ils doivent retourner dans une jungle derrière la ville. C'est une femme que tous les migrants appellent « mamy » qui, malgré l'hostilité du voisinage, s'occupe de la salle. C'est donc à l'abri des regards, par un petit passage entre deux petits immeubles qu'on entre dans la salle, devenue une « oasis de l'espérance ».

Ce sont des hommes et quelques femmes, isolés, originaires principalement du Soudan et de la Corne de l'Afrique qui y vivent.

3.5. Angres ¹

On ne parle quasiment jamais du camp d'Angres, il est comme gommé de la géographie des camps du Nord de la France. C'est un camp singulier sur de multiples aspects avec une communauté uniquement vietnamienne, constituée pour la majorité de très jeunes migrants. Ils sont en général une cinquantaine sur le camp.

Localisés dans et autour d'un local municipal abandonné et désaffecté, ces migrants sont tolérés depuis maintenant quatre ans. La municipalité leur fournit de l'eau et ouvre un complexe sportif le week-end pour les douches. A l'intérieur on trouve des dortoirs, femmes et hommes séparés, où ils dorment sur des matelas et palettes. L'organisation du camp est sous la complète emprise des passeurs qui, avec ce que les migrants leur ont donné pour tenter leur chance vers l'Angleterre, achètent la nourriture et autres nécessités.

¹ Photo du camp d'Angres en *Annexe V-12*

PARTIE II : DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS-MIGRANTS DU NORD-PAS-DE-CALAIS PAR GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES

1- DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS

1.1. Définition Organisation Non Gouvernementale (ONG)

Apparu pour la première fois en 1946, dans la charte de l'Organisation des Nations Unies (ONU), le terme d'ONG désigne une organisation vouée à l'intérêt public ou ayant un caractère humanitaire, à but non lucratif et ne dépendant ni d'un État, ni d'une institution internationale. Il n'existe pas de réelle définition ni de statut international des ONG, chacune dépendant juridiquement de leur pays de création.

Ces organismes sont essentiellement financés par des dons privés mais les pouvoirs publics (Etats ou UE) fournissent des capitaux pour les ONG qui sont ainsi amenées à agir avec des institutions comme l'ONU. La gestion des dons et la qualité des actions menées se doivent d'être transparentes. Elles sont régies, en France, par la loi de 1901 sur les associations. La Croix Rouge est la première ONG française créée. On peut également citer au niveau national et international, Médecins Sans Frontières, Amnesty International ou Greenpeace.

Leurs actions peuvent être nationales ou transnationales, c'est à dire en dehors de leur pays de création. On distingue des actions humanitaires avec des interventions de première urgence pour secourir des populations en danger en cas de catastrophes naturelles, de guerres, d'épidémies... ou des programmes à plus long terme d'aide au développement dans les domaines de l'éducation, la santé et la pauvreté. Il existe aussi des ONG luttant pour le respect des droits de l'Homme, d'autres pour la défense de l'environnement etc.

Les ONG, par leur capacité à mobiliser la société, peuvent jouer un rôle d'acteur de décision publique sur la scène nationale et internationale. [17]

1.2. Présentation de GSF

La non reconnaissance universelle de la femme comme un être humain égal, libre et digne ; l'inégalité de la femme dans l'accès aux soins, à l'éducation, au développement économique et social ; la non maîtrise par la femme de sa sexualité et de sa reproduction sont tout autant de constats montrant le non-respect des droits fondamentaux de la femme.

Ne pouvant rester indifférents à la situation de ces victimes, souvent invisibles, des gynécologues et des sages-femmes décident de créer, en 1995, l'association Gynécologie Sans Frontières. Promouvoir la santé et le développement de la femme dans le monde devient ainsi la principale préoccupation de GSF qui agit sur le plan médical, psychologique et social et

promulgue des soins dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la périnatalogie.

GSF intervient à l'étranger comme à Haïti, Madagascar, en Jordanie, au Burundi,...mais aussi en France, suite à une demande des autorités sanitaires, d'associations ou selon sa propre estimation. On distingue des missions d'urgence ou des missions à plus long terme qui consistent en de l'information, de l'accompagnement, de la formation et le développement des systèmes de soins en périnatalogie et gynécologie-obstétrique. Pour GSF, il s'agit d'assurer une transition efficace après leur départ en permettant de reconstruire, restructurer et élaborer de nouvelles organisations et schémas de santé. L'ONG réalise aussi régulièrement des journées humanitaires sur la santé de la femme dans le monde et des Formations en Gynécologie Obstétrique Humanitaire (FGOH).

L'association réunit médecins gynécologues et obstétriciens, sages-femmes, sociologues, administrateurs et logisticiens, soit tous les volontaires et bénévoles pouvant apporter leurs connaissances et compétences aux diverses missions. L'ONG fonctionne à l'aide de diverses ressources financières, qui comprennent les dons, les cotisations annuelles de ses membres, les aides des organismes nationaux et internationaux, des établissements publics et les donateurs privés. [18][19][20]

1.3. Santé sexuelle et reproductive dans le monde

En 1994, la conférence du Caire marque un tournant décisif en introduisant et définissant les concepts de santé sexuelle et reproductive.

La santé sexuelle se définit comme « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sans risque, sans contrainte, discrimination ni violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés.* » [21] La santé reproductive inclut la définition de santé sexuelle et va au-delà en intégrant les notions de maternité, de paternité et de planification familiale ainsi que les affections qui touchent à l'appareil génital. [22]

Des progrès certains ont été réalisés, avec notamment une diminution de 44% du nombre de décès maternels entre 1990 et 2015. Cependant, les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, de par leur prévalence, leur gravité et leurs conséquences représentent toujours des enjeux de santé publique majeurs.

En 2015, 303 000 femmes sont décédées des suites de complications de la grossesse et l'accouchement. La répartition géographique du taux de mortalité maternelle est totalement déséquilibrée, il est de 230 pour 100.000 naissances dans les pays en voie de développement,

contre 12 pour 100.000 dans les pays développés. [23] Plus de 340 millions nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles sont recensés chaque année, 225 millions de femmes déclarent ne pas vouloir d'une grossesse mais n'utilisent aucune méthode de contraception, 20 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans de mauvaises conditions d'hygiène, entraînant 47.000 décès et des centaines de milliers de complications. Seules 51% des femmes dans les pays à revenu faible bénéficient de soins qualifiés pendant l'accouchement, des millions de naissances se déroulent ainsi sans la présence d'une personne formée. [23][24]

2- PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

2.1. Objet d'étude : l'intervention de GSF auprès des femmes dans les camps de réfugiés-migrants du nord de la France

Des bénévoles et associations présentes dans les camps ainsi que des professionnels de santé originaires de la région se sont inquiétés de la situation des femmes et enfants vivant à l'intérieur de ces camps. En effet, cette crise humanitaire a engendré de réels problèmes à leur rencontre avec notamment des femmes enceintes non suivies et parfois même des accouchements dans les camps, sans suivi ultérieur des accouchées et nouveau-nés, ainsi que de nombreuses violences liées au genre. Les femmes représentent alors environ 10% des réfugiés-migrants, formant une minorité silencieuse, invisible et confrontée à l'extrême précarité. Beaucoup sont isolées, sans mari ou famille alors qu'elles viennent de groupes ethniques où la famille est souvent la première cellule identitaire.

Pour l'UNHCR, les soins en santé reproductive sont parmi les éléments les plus cruciaux pour donner aux réfugiées-migrantes la protection et la dignité élémentaires auxquelles elles ont droit. Les besoins en matière de santé reproductive sont en général aggravés en période de crise avec une augmentation du risque de complications. De nombreuses femmes réfugiées-migrantes ou déplacées à l'intérieur de leur pays sont aux prises avec des grossesses non désirées, non planifiées et trop rapprochées, en raison du manque de services et de produits de contraception, de prestataires de soins surchargés, des pressions exercées par leur mari et les autres membres de leur famille et de l'augmentation de la prostitution et des viols. [25]

Ainsi, toutes ces voix et notamment celle d'Alexandra Duthe, sage-femme à l'hôpital de Saint-Omer situé à proximité du camp de Norrent-Fontes où elle est bénévole, décident de tirer la sonnette d'alarme et d'alerter GSF, début octobre 2015. C'est le début de la mission « Caminor » (camp in nord), encore en cours actuellement.

2.2. Problématique et objectifs de l'étude

Nous nous sommes donc intéressés, au cours de ce travail, à cette mission dans le but de répondre à la problématique suivante : « Suivi des femmes dans les camps de réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais, quelle prise en charge par Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de la mission CAMINOR ? ».

L'objectif premier était donc de décrire et d'analyser cette prise en charge et ainsi :

- Exposer la mise en œuvre d'une mission humanitaire en santé sexuelle et reproductive et les particularités liées à la localisation de son action en France
- Expliciter les particularités dans la prise en charge des femmes réfugiées-migrantes notamment liées au contexte dans lequel elles vivent et son impact
- Evaluer cette réponse humanitaire face à la situation initiale de ces femmes et chercher les réponses à plus long terme

L'objectif secondaire était de connaître le vécu des sages-femmes en tant que bénévoles et le rôle de la sage-femme dans cette mission humanitaire.

2.3. Matériels et méthode

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude qualitative rétrospective par la réalisation d'entretiens semi-directifs durant entre une heure et une heure trente. Dix sages-femmes ayant pris part à la mission à des périodes différentes et originaires de toute la France, ont été interrogées. Du fait de la distance, neuf entretiens sur dix ont été téléphoniques. Les entretiens ont par la suite, été retranscrits à l'écrit. Ils comportaient 13 questions « guides » qui interrogeaient principalement leur expérience humanitaire, la période d'intervention dans les camps, les différents éléments de prise en charge et les difficultés rencontrées...mais restaient relativement ouvertes, pouvaient évoluer selon l'entretien et se concentrer plus ou moins sur certains points.¹ L'étude des registres d'activité de la mission, dans lesquels les bénévoles remplissent le nombre et le type d'actes réalisés chaque jour, nous a permis d'obtenir des données quantitatives, relatives à l'activité globale, l'activité par camp et l'activité par acte au cours de la mission. Tous les graphiques qui suivent se basent sur ces données. Les données des entretiens et des registres d'activité ont été analysés conjointement.

Pour prendre pleinement la mesure des faits rapportés par les entretiens sur les conditions des camps et la prise en charge des femmes, nous avons eu la chance de passer une semaine d'observation début juin 2017, en immersion complète avec les bénévoles.²

Enfin, pour compléter les données recueillies et face à l'impossibilité de s'entretenir avec les femmes dans les camps, nous avons utilisé des extraits d'entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, traductrice pour GSF, et des témoignages recueillis par France Terre d'Asile.

¹ Trame des entretiens réalisés auprès des sages-femmes bénévoles en *Annexe I*

² Un journal de bord retraçant cette semaine a été rédigé, en *Annexe XVIII*

3- DESCRIPTION ET ANALYSE DE LA MISSION CAMINOR ¹

3.1. Mise en route de la mission

Une mission d'évaluation des besoins a été mise en place du 12 au 30 octobre 2015, dont les constats ont amené trois axes principaux pour la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes des camps : le suivi des femmes enceintes, la prise en charge des femmes victimes de violences et les soins de gynécologie. Après un appel aux dons et aux bénévoles, la mission démarre le 15 novembre 2015 dans les 5 camps principaux situés à Calais, à Grande-Synthe, à Norrent-Fontes, à Steenvoorde et à Angres.

3.1.1. La logistique

Les principaux points logistiques concernant le fonctionnement de la mission ont été traités, avec la location et l'aménagement du logement pour les bénévoles, l'achat d'un véhicule servant de dispensaire mobile de gynécologie obstétrique (DMGO) et d'équipement pour les soins de gynécologie-obstétrique : échographe, matériels de gynécologie-obstétrique, médicaments de premiers soins, ... Les différents médicaments et dispositifs médicaux utilisés au cours de la mission proviennent de la pharmacie humanitaire principalement, de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)² ou bien ont été directement achetés en pharmacie par GSF.

A Grande-Synthe, GSF réalise dans un premier temps des interventions dans le camp du Barosch puis, après sa fermeture, c'est une permanence du lundi au samedi dans le Health Center mis en place par MSF qui est instaurée dans le camp de la Linière. A Calais, GSF planifie des interventions les lundis, mardis, jeudis et vendredis. Les mercredis sont réservés pour les petits camps de l'intérieur : Angres, Steenvoorde et Norrent-Fontes. Une prise de contact avec les professionnels de santé des hôpitaux alentours a également dû se faire rapidement pour rédiger des conventions pour l'organisation des soins. [26]

3.1.2. Le financement

Le financement de la mission provient pour seulement 23% de fonds publics, apportés par la Délégation aux Droits des Femmes de la Préfecture du Pas-de-Calais, le Conseil Départemental du nord et le Ministère de la Culture. 10% des fonds proviennent de GSF et enfin, 67% du financement s'est fait grâce aux soutiens des fondations, associations et dons privés. Le coût global de la mission de novembre 2015 à septembre 2017 est estimé à 300.000 euros. [26]

¹ Frise chronologique reprenant l'historique de la mission Caminor en [Annexe VI-2](#)

² Dispositifs de prise en charge médico-sociale (accès aux soins et accompagnement dans les démarches de reconnaissance des droits) des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Les PASS sont implantées dans les hôpitaux pour accéder directement aux différents services.

3.2. Les bénévoles

3.2.1. Deux types de bénévoles

Pour faire fonctionner la mission CAMINOR, des bénévoles se relaient depuis novembre 2015 pour des missions de 15 jours. Ces bénévoles « J15 » sont logés à proximité des camps et peuvent se déplacer avec le DMGO tous les jours. Ils doivent être joignables en permanence. Les missions sont organisées de telle sorte, qu'un bénévole venant d'arriver se retrouve en binôme avec un bénévole ayant déjà fait une semaine. En juillet 2016, les équipes de J15 sont doublées, passant de deux à quatre J15 présents en permanence. Au départ, souvent constitués d'un gynécologue et d'une sage-femme, les binômes ont rapidement été constitués quasi exclusivement de sages-femmes. Des bénévoles « H8 », originaires de la région, sont également présents en renfort pour des journées de 9h à 18h selon les besoins de la mission. Au total, de novembre 2015 à août 2017, plus de 200 bénévoles ont pris part à la mission, un quart en H8 et trois quarts en J15.

3.2.2. Présentation des sages-femmes interrogées

	Diplôme	Lieu d'exercice	CAMINOR	Expérience humanitaire
Julie	2011	Hospitalier	J15 : 2 missions	2012 : <i>Passeport pour une naissance</i> au Sénégal
Marine	1987	Libéral	J15 : 2 missions	2009 : <i>Santé Sud</i> en Mauritanie 2013 : GSF en Jordanie
Véronique	1980	Retraitée	J15 : 2 missions	2013 : GSF en Jordanie
Justine	2015	Libéral	J15 : 1 mission	Première mission
Charline	2014	Hospitalier	J15 : 1 mission	Première mission
Christine	2005	Libéral	J15 : 1 mission	Première mission
Carole	1989		H8 : 1 an	Première mission
Béatrice	1982	Libéral	H8	Première mission
Tiphaine	2015	Hospitalier	H8	Première mission
Sylvie	1981	Retraitée	J15 puis H8	Première mission

Tableau 2 : Expérience professionnelle et humanitaire des sages-femmes interrogées

Les dix sages-femmes interrogées, six J15 et quatre H8, sont parties à différentes périodes et n'ont donc pas vécu leur mission de la même manière.¹ Pour les H8, il s'agit finalement de missions à long terme où elles ont pu voir toute l'évolution de la prise en charge, elles sont en quelque sorte la mémoire de la mission.

Plusieurs profils se dégagent avec à la fois des sages-femmes retraitées qui ont donc la possibilité de réaliser des missions ; des sages-femmes libérales qui peuvent organiser leur planning pour partir deux semaines ; des jeunes diplômées, travaillant en milieu hospitalier et qui partent soit entre deux contrats soit sur leurs vacances.

¹ Frise chronologique de la mission Caminor avec les différentes périodes des missions réalisées par les sages-femmes interrogées en *Annexe VI-2*

Pour la majorité de ces sages-femmes, il s'agit de leur première mission humanitaire. En effet, pour GSF être sage-femme et non pas médecin ou ne pas avoir d'expérience humanitaire antérieure n'est pas un frein pour partir. Cette mission est tout particulièrement tournée vers les sages-femmes et du fait de la courte durée des missions, du grand nombre de périodes possibles et de la localisation en France qui facilite les démarches, elle semble être la bonne occasion pour faire un premier pas dans l'humanitaire. On peut constater que les trois sages-femmes parties à deux reprises, sont celles ayant déjà eu une expérience humanitaire. Deux d'entre elles avaient participé à la mission de GSF en Jordanie qui, comme à Calais, demandait le relais d'un grand nombre de bénévoles pour des missions courtes. L'expérience de toutes ces bénévoles, prouve que l'humanitaire n'est pas hors de portée pour les sages-femmes, qui peuvent mettre à profit leurs compétences propres.

3.2.3. Connaissance de la situation dans les camps

La mise en place de la mission avec donc l'appel aux bénévoles a mis en lumière pour la majorité des sages-femmes, y compris celles originaires de la région, la situation des femmes dans les camps.¹ C'est en effet par le bouche à oreille auprès de sages-femmes déjà parties avec GSF, sur le site de GSF ou du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, lors de la présentation de GSF à la Journée Nationale des Etudiants sages-femmes ou en participant à la formation en gynécologie obstétrique humanitaire proposée par GSF qu'elles entendent parler pour la première fois de la mission.

3.2.4. Le relais des informations entre les équipes

Face au turn-over important des bénévoles et aux nombreuses patientes perdues de vue, des outils de transmission sont nécessaires pour faire le lien.

Quand les bénévoles voient une femme pour la première fois, ils commencent par ouvrir un dossier GSF ainsi qu'un dossier partagé, par la suite mis à jour à chaque fois que la femme sera vue. Les dossiers dits « partagés »² reprenant tous les éléments recueillis sur la grossesse en cours, sont gardés par les patientes. Ils permettent d'une part aux maternités alentour, lorsqu'elles reçoivent ces patientes de ne pas partir de zéro avec un dépistage en amont des situations à risque. D'autre part, dans la même logique, si ces femmes passent en Angleterre, les informations récoltées concernant leur grossesse parviennent aux maternités outre-mer. Les femmes sont en général très attentives à ce dossier et comprennent son importance. De son côté, GSF garde aussi dans un classeur les informations et feuilles de consultations des différentes patientes suivies, à disposition et mises à jour par les bénévoles. Pour un suivi plus consciencieux, un tableau général reprend les patientes suivies en cours par

¹ Extrait 1 des entretiens réalisés en *Annexe VII*

² Dossier partagé GSF vierge en *Annexe VIII*

la mission avec un résumé de la situation médicale et les dates des rendez-vous programmés. Enfin, des transmissions orales se font également au relais des équipes.

3.3. La population féminine des camps : répartition, origine et situation

	Jungle de Calais [28]	Camp de la Linière [27]
Nombre de femmes	205 femmes sur 5500 personnes	170 femmes sur 1700 personnes
Pays d'origine	Erythrée (54%) > Irak (19%) > Afghanistan (11%) > Iran (8%)	Kurdes d'Irak (81,9 %) > Kurdes d'Iran (13%)
Age moyen	29 ans	24 ans
Temps moyen passé dans le camp	4 mois et demi	5 mois
Situation familiale	⅔ célibataires, ⅓ mariées	23 % enceintes Très nombreuses familles

Tableau 3 : Caractéristiques des femmes vivant dans la jungle de Calais et le camp de la Linière en février et mars 2016 d'après les études « la longue attente » et « the « other » camp » de RRDP

Il est difficile d'obtenir des données précises quant à la population des camps, en constante mouvance, notamment dans la jungle de Calais où la superficie et la désorganisation du camp complique encore cette estimation. Néanmoins, les données de deux études de RRDP¹ interrogeant 870 réfugiés-migrants en février 2016 dans la jungle de Calais et 506 en mars 2016 dans le camp de la Linière, même si non fixes dans le temps, permettent de se faire une idée des caractéristiques de la population féminine des deux principaux camps.

On distingue des « profils » différents selon le camp d'origine. Le camp de la Linière, plus sécuritaire et organisé, accueille plus de familles avec, proportionnellement, plus de femmes dans ce camp dont beaucoup sont enceintes. Les 3,7% de femmes à Calais, sûrement sous-estimés car difficiles à trouver dans ce camp, sont pour les deux tiers des femmes isolées. Globalement, nous pouvons estimer que femmes et enfants représentent entre 10 et 15% de la population globale des camps. [26]

¹ ONG anglaise spécialisée dans la défense des droits humains et qui cherche à combler les lacunes en matière d'information concernant les réfugiés et les personnes déplacées en Europe.

3.4. Vue globale de la mission

3.4.1. Une mission d'urgence au long terme

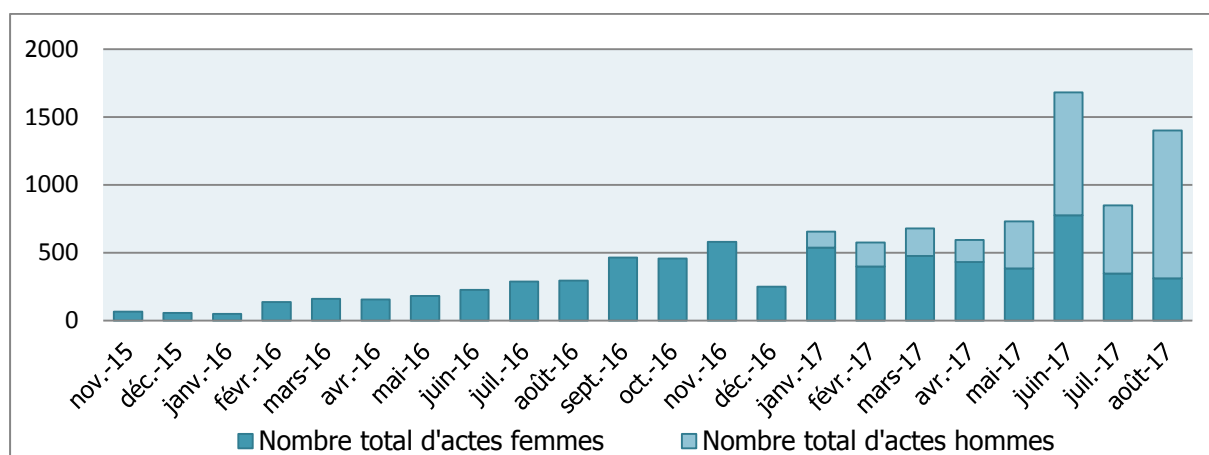


Figure 1 : Evolution de l'activité globale de la mission en nombre d'actes auprès des femmes et auprès des hommes de novembre 2015 à août 2017

Entre organisation et désorganisation

Du début de la mission à novembre 2016, on constate une augmentation progressive de l'activité qui peut être mise en parallèle avec une amélioration organisationnelle. Meilleure est l'organisation, meilleure est la visibilité, qui prend en compte d'un côté, la visibilité de GSF par les femmes et de l'autre, la visibilité des femmes par GSF. La mission initiale d'urgence tend alors progressivement un peu plus vers une mission de développement avec des protocoles de prise en charge plus précis, un matériel adapté et le doublement des équipes. Les sages-femmes venues à deux reprises sur cette période sont frappées par l'amélioration de la qualité des suivis. D'autre part, cette meilleure organisation provoque un gain de temps qui permet à la mission d'augmenter son activité et de la diversifier progressivement.

Malgré tout, l'urgence reste le maître mot tout au long de cette mission. Après l'urgence dans l'installation de la mission, le démantèlement de Calais, non anticipé et réalisé dans la précipitation, désorganise la mission avec une baisse initiale de l'activité, par la suite reportée sur le camp de la Linière. L'incendie de ce dernier fait presque repartir la mission de zéro avec notamment pour conséquence moins de visibilité et la disparition du lieu de consultation avec une inévitable détérioration de la qualité des suivis auprès des femmes.

Ces événements, le plus souvent imprévisibles, nécessitent une grande réactivité et capacité d'adaptation de la part des bénévoles.

Comblant les manques même hors compétences

MDM et MSF, devant une situation qui n'évolue pas et estimant que la prise en charge des réfugiés-migrants en France n'est pas de leur ressort, se retirent du camp de la Linière

respectivement, fin août et fin septembre 2016, laissant ainsi GSF comme seule association médicale sur place qui doit alors continuer à s'occuper des femmes mais aussi des hommes. Des navettes vers la PASS s'organisent mais restent insuffisantes face à une demande qui explose avec la période hivernale de 2017 et la détérioration de la qualité de vie dans le camp de la Linière suite au démantèlement de Calais. Pour des raisons de sécurité, GSF ne peut refuser l'accès aux soins pour les hommes. De plus, du fait de cultures plus patriarcales, les femmes viennent la plupart du temps seulement si elles sont accompagnées de leur conjoint. Ainsi, priver l'accès aux hommes pourrait avoir pour conséquence de le priver également aux femmes. Auparavant, les hommes étaient vus par MDM ou MSF et les femmes étaient réorientées vers GSF.

Outre le traitement des « toux », qui sont des vrais problèmes pour les migrants car pouvant les faire repérer dans les camions, certains consultent pour des ablations de points de suture voire même des traumatismes provoqués par les tentatives de passage. D'autre part, le froid pousse les migrants à boucher les trous d'aération des shelters, chauffés au pétrole provoquant de nombreuses intoxications au monoxyde de carbone. Début mars, une grosse épidémie de gale, favorisée par l'environnement des camps et la promiscuité, sévit dans le camp de la Linière.

Avec la disparition de la Linière, la part de l'activité consacrée aux hommes devient supérieure à celle consacrée aux femmes. En effet, en étant présente tous les jours, l'association est vite reconnue comme leur unique recours médical. Les navettes vers la PASS, qui n'accueille que 17 personnes par après-midi, sont bien moins nombreuses. Il est difficile pour les migrants de se rendre à l'hôpital et même quand cela est vraiment nécessaire, beaucoup refusent d'y aller car avec les tensions policières qui règnent, ils sont très méfiants. Ces tensions policières et leurs conditions de vie déplorables, sans lieu pour dormir, manger, se laver, aller aux toilettes, expliquent la grande majorité des motifs de consultations (brûlures des yeux par les gaz lacrymogènes, traumatismes en s'enfuyant, rhinites allergiques,...). Enfin, sans véritable lieu de consultation, beaucoup plus de personnes sont vues dans le même temps car ce sont des consultations très courtes voire même des distributions de médicaments.

Nous excluons cette part de l'activité pour le reste du mémoire car non consacrée aux femmes.

3.4.2. Des lieux d'action multiples

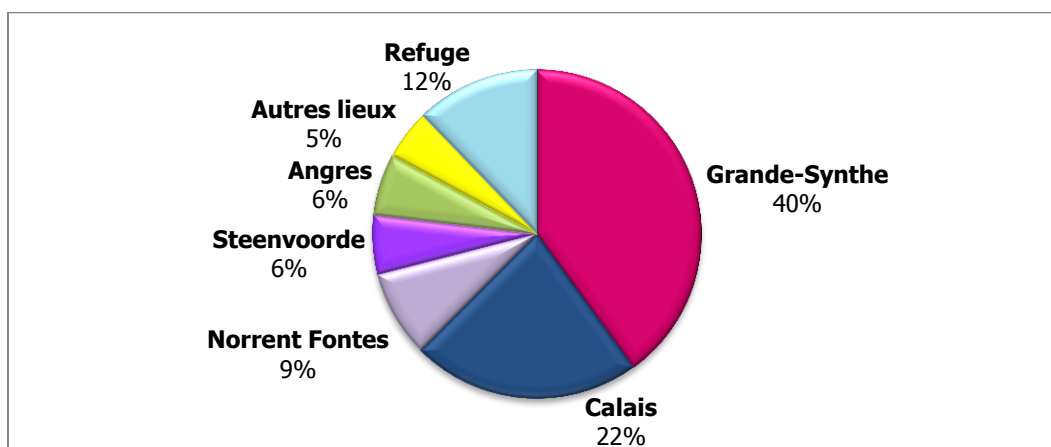


Figure 2 : Répartition de l'activité globale par lieux d'action (novembre 2015-août 2017)

Si l'activité est dans un premier temps concentrée et donc majoritaire dans la jungle de Calais, la création du camp de la Linière, contemporaine à l'amélioration organisationnelle, va inverser cette tendance. Malgré une superficie et une démographie supérieures à Calais, la structuration du camp de la Linière avec ses alignements de shelters et un lieu de consultation identifié au Health Center, sont plus propices à l'organisation et à l'optimisation du temps comparé au pêle-mêle de tentes de Calais. De plus, le démantèlement a supprimé, dès novembre 2016, ce lieu d'action.

L'activité est moindre dans les autres camps car plus petits, avec un unique passage des bénévoles dans la semaine et avec peu de femmes à Angres et Steenvoorde. Beaucoup de femmes sont présentes à Norrent-Fontes mais difficiles à suivre car souvent en constante mouvance entre Calais et ce camp.

Le refuge, ouvert en décembre 2016 pour la mise à l'abri des femmes en situation de vulnérabilité (cf. 3.10.2), représente une part importante de l'activité mais sans impacter sur le reste de l'activité par la présence d'une puis de deux bénévoles supplémentaires qui en sont responsables.

3.4.3. Une activité diversifiée

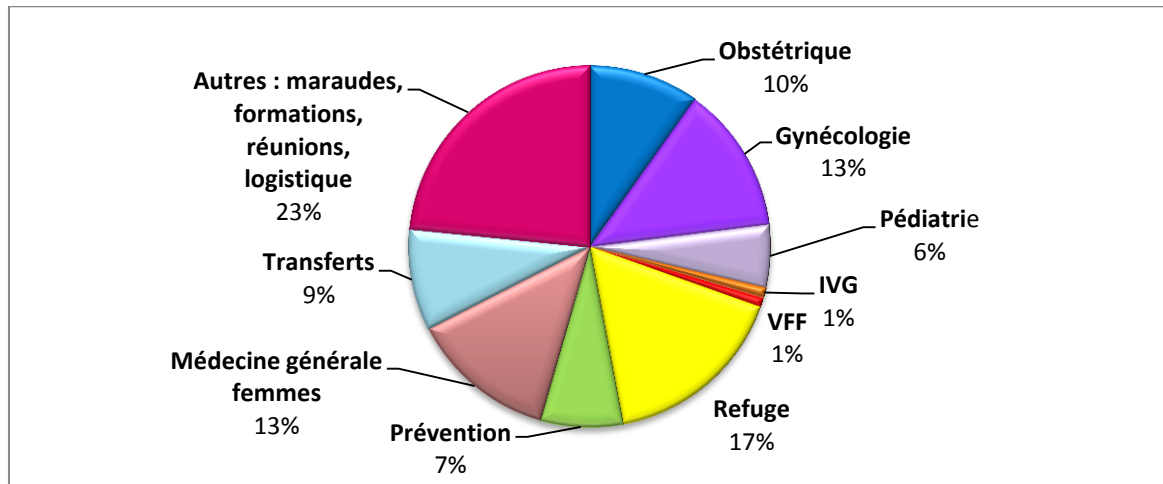


Figure 3 : Répartition de l'activité globale par type d'acte pratiqué (novembre 2015-août 2017)

La diversification de l'activité consacrée aux femmes a été progressive et répondant à l'évaluation continue des besoins et/ou à l'urgence de la situation. La part représentée par une activité n'est pas toujours en corrélation avec le temps qui lui est consacré. Par exemple, le transfert d'une seule patiente occupe une bénévole pour plusieurs heures tout comme le refuge nécessite la présence d'une personne à temps plein pour cette seule activité.

3.5. Un travail collaboratif avec les structures sanitaires en place

3.5.1. Une philosophie : ne pas se substituer

Contrairement aux idées que l'on peut se faire, GSF n'intervient pas dans les camps du nord de la France en pratiquant des accouchements ou autres actes techniques. Dès que la situation le permet, l'association s'appuie sur les structures médicales déjà présentes, par le biais de partenariats avec ces dernières, et ainsi réaliser un travail collaboratif le plus efficace possible pour garantir aux patientes un accès à des soins de qualité.

Si on compare les deux missions réalisées par GSF dans des camps de réfugiés, en Jordanie dans le camp de Zaatari [20] et dans les camps du nord de la France, les contextes différents ont impliqué une réponse différente. A Zaatari, mission d'urgence, l'action de GSF a consisté, de par l'isolement du camp, à pallier à l'absence de structures sanitaires. La situation des camps en France est bien différente, à la frontière entre mission d'urgence et de développement. En effet, la France pays développé et non en guerre, possède des structures de soins efficaces mais dont les femmes et enfants des camps ne pouvaient profiter. La mission de GSF a donc consisté à établir le lien manquant entre leurs besoins et les services déjà disponibles par la création de parcours de soins.

3.5.2. Organisation des transferts

Les transferts de patientes, dépistées et prises en charge initialement par GSF, qui nécessitent des soins en gynécologie-obstétrique sont organisés par GSF. Ces transferts se font avec des structures spécifiques pour chaque camp selon leur localisation, en appliquant les conventions signées si elles existent.¹ Pour les deux principaux camps, de Calais et Grande-Synthe, concernant donc la majorité des patientes, des accords ont pu être signés, synonymes de garantie du respect des missions de chacun.

Les bénévoles accompagnent et présentent les patientes aux professionnels de santé via une fiche de synthèse résumant la situation clinique et l'examen demandé ainsi que le dossier partagé conservé par la patiente pour assurer la continuité des soins. Certaines associations comme l'AFEJI, la Vie Active ou Utopia56² mettent en place des navettes vers les hôpitaux et la PASS.

Les motifs de transferts comportent principalement les consultations de grossesse et d'anesthésie, les bilans sanguins pendant et en fin de grossesse, les échographies, les consultations précédant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), les hospitalisations en vue de l'accouchement ou d'une IVG, le suivi par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) des enfants ou tout autre consultation, examen ou hospitalisation liée à une pathologie ou une urgence.

3.5.3. La prise en charge des soins dans les structures sanitaires

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Les patientes suivies par GSF en font la demande au secrétariat des admissions du centre hospitalier ou auprès de l'assistance sociale de la PASS selon la première structure médicale auxquelles elles se présentent. Un dossier doit être constitué en joignant la déclaration de grossesse et en fournissant un justificatif d'identité et de domiciliation depuis au moins 3 mois en France. La bénéficiaire doit également répondre à certaines conditions : être en situation de résidence irrégulière c'est à dire sans demande de titre de séjour et percevoir des ressources ne dépassant pas certains plafonds. Une fois attribuée, elle est accordée pour un an, renouvelable chaque année. L'AME permet une prise en charge, à 100%, des consultations liées à la grossesse mais aussi des soins spécialisés comme le dentiste et permet donc à GSF de ne pas avancer ou payer les frais pour les patientes.

Dans le cas contraire, elles sont prises en charge au titre de la PASS et les hospitalisations au titre des soins urgents mais sans accès aux soins spécialisés. [29] La PASS fonctionne en réseau avec les professionnels médicaux et sociaux tels que les services de

¹ Tableau reprenant les différents lieux de transfert selon le camp d'origine des patientes en *Annexe X*

² Présentation de ces trois associations en *Annexe IV*

protection maternelle et infantile, les centres médico-psychologiques,... mais aussi avec des associations humanitaires comme GSF. [30] Les bilans sanguins des patientes de GSF sont réalisés à la PASS en joignant une ordonnance GSF.

3.5.4. Une activité chronophage mais nécessaire

Si les transferts des patientes représentent déjà 9% (*figure 3*) du nombre total d'actes réalisés auprès des patientes, cette part est largement majorée en terme de temps investi pour leur organisation. En effet, leur mise en œuvre est rarement simple. Il faut dans un premier temps convenir d'une heure de rendez-vous mais, dans les camps, la perception du temps change. Les patientes sont nombreuses à ne pas se présenter au rendez-vous car elles oublient ou dorment encore après avoir tenté le passage la nuit. On constate que, dans leur situation actuelle, l'éventualité d'un passage prime sur leur santé entraînant souvent une discordance entre priorités de la patiente et priorités de la sage-femme. Les rendez-vous sont ainsi pris, dès que possible, l'après-midi ou en fin de matinée avec la nécessité d'aller chercher les patientes à l'avance directement dans les camps. Dans un deuxième temps, même si les patientes sont à l'heure, il n'est pas toujours facile pour les bénévoles, non originaires de la région, d'estimer les distances et le temps pour accéder aux multiples structures et arriver sans retard aux rendez-vous.¹

Un sentiment de frustration a pu apparaître chez certaines sages-femmes, d'une part lié aux annulations de dernière minute des rendez-vous organisés au préalable, pas toujours faciles à replacer. D'autre part, ces transferts, entre la prise de rendez-vous, le déplacement dans le camp pour aller chercher la patiente à l'avance et le voyage aller-retour sont extrêmement chronophages, avec souvent plusieurs heures passées pour un seul rendez-vous. Cette impression de perte de temps ou d'être inefficace s'efface progressivement en se reconcentrant sur ces femmes dans ce contexte et en s'y adaptant. Tiphaine, présente en mission H8 depuis plus d'un an, décrit une véritable évolution personnelle qui lui a permis de réaliser de meilleures prises en charge.

3.5.5. Entre partenariat et conflit

Entre bonnes et mauvaises expériences, le vécu des relations avec les professionnels des structures locales est hétérogène chez les bénévoles.

La principale source de tension est le retard aux consultations où, à plusieurs reprises, cinq minutes de retard n'ont pas été tolérées. De même, pour les annulations de dernière minute, « *Encore! C'était déjà ça la semaine dernière...* ». Les gens de la région ont bien souvent les camps à quelques minutes de chez eux mais ne sont malgré tout, pas toujours au courant de la situation. Certaines sages-femmes décrivent un manque d'investissement de la

¹ Extrait 2 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

part de certains professionnels en faisant le minimum lors des consultations pour des patientes qui nécessitent peut être, au contraire, des efforts supplémentaires, même s'il reste difficile d'estimer si cette mauvaise volonté est en lien direct avec la situation de ces patientes. Elles rapportent, par exemple, que lors d'une consultation d'anesthésie, le médecin n'a pas bougé de son bureau, n'a même pas mesuré la tension, la seule question posée à la patiente a été sur le souhait de péridurale. Le traducteur, dans le camp, était au bout du fil mais en difficulté pour lui expliquer et elle a finalement accepté sans réellement comprendre. La mesure de la clarté nucale n'est pas toujours faite, la longueur cranio-caudale mal faite,...

Par ailleurs, beaucoup ont eu aussi de bonnes expériences avec les professionnels de santé de la région. Certains acceptaient des rendez-vous non prévus, retrouvaient tout de suite un créneau lors d'annulation ou en profitaient pour faire une échographie, un bilan,... Dans l'ensemble, il y a une bonne volonté.¹ La majorité comprend l'intérêt pour eux aussi de la constitution en amont d'un dossier pour chaque patiente, souvent réalisé avec l'aide des interprètes de GSF. Ce sont donc des dossiers plus complets avec un dépistage plus précoce des situations à risques. Les patientes ont souvent été déjà vues à plusieurs reprises par les bénévoles qui peuvent ainsi donner une indication sur l'évolution de la grossesse et d'une éventuelle pathologie. GSF peut aussi suivre les patientes après une chirurgie par exemple et ainsi éviter le stress de retrouver une patiente aux urgences avec une complication.

Avant, les patientes « débarquaient » au dernier moment, souvent pour l'accouchement, sans aucune notion sur les antécédents et le déroulé de la grossesse. Les professionnels, non formés à la prise en charge spécifique de ces patientes, étaient donc mis en difficulté devant l'accueil d'une femme réfugiée-migrante, ne parlant pas la langue, sans aucune prise en charge préalable médicale psychologique et sociale.

Le but de ces partenariats est finalement double en permettant aux migrantes d'accéder à des soins de qualité et en donnant les moyens aux structures déjà présentes de les fournir.

¹ Extrait 3 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

3.6. Assurer une maternité sans risque

3.6.1. Un suivi adapté au contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suivi prénatal consiste idéalement, en un minimum de quatre consultations (avant 12 semaines d'aménorrhée (SA), entre 24 et 28 SA, à 32 SA et après 36 SA), pendant lesquelles le bien-être maternel et fœtal est évalué. En cas de pathologies, ce nombre de consultations pourra être augmenté. [24] On constate malheureusement que seule la moitié environ des femmes dans le monde accède à ces quatre visites prénatales. [23] Or, l'absence de prise en charge précoce de la grossesse entraîne la méconnaissance de facteurs de risques qui peuvent décompenser, l'absence de mesures préventives, un manque d'information, l'absence de dépistage de pathologies fœtales ou maternelles, l'absence ou le retard de mise en place de traitement adapté. Tout autant de causes pouvant être responsables de répercussions néfastes tant sur la santé de la mère que sur l'enfant en devenir.

C'est la situation des femmes vivant dans les camps du nord de la France, dont l'extrême précarité a pour conséquence une carence en matière de suivi médical avec un suivi tardif ou décousu. Pour ces femmes, leur santé et les soins médicaux sont souvent loin d'être leur priorité quand elles doivent déjà trouver de quoi subvenir à leurs besoins vitaux ou face à une opportunité de passage en Angleterre.¹ De plus, l'accès aux structures médicales est largement compliqué par leurs parcours migratoire car sans cesse en mouvement depuis déjà souvent plusieurs mois. Dans le nord de la France, les camps, excentrés, sont loin des hôpitaux et donc inaccessibles sans moyen de transport.

GSF n'a pas pour ambition d'assurer un suivi comme il est fait habituellement en France ou recommandé par l'OMS car trop compliqué voire impossible à mettre en œuvre dans ces conditions. En effet, ces patientes sont difficiles à trouver dans les camps, certaines réussissent le passage en Angleterre ou changent de camp. Il y a donc des femmes perdues de vue et aussi de nouvelles patientes qui arrivent régulièrement à différents stades de la grossesse. Il s'agit donc de réaliser les soins primordiaux avec si possible une consultation prénatale réalisée par GSF, une consultation du 9ème mois réalisée à l'hôpital pour organiser l'accouchement, une consultation d'anesthésie, trois échographies également réalisées à l'hôpital ainsi qu'un bilan sanguin pendant et à la fin de la grossesse à faire à la PASS. Après la sortie de la maternité, la surveillance du post-partum se fait dans les camps et un relais avec la PMI est mis en place pour l'enfant.

Ce suivi, même si imparfait car souvent tardif et discontinu, parvient tout de même à dépister les situations à risque pour lesquelles une organisation est nécessaire voire vitale.²

¹ Extraits 4 et 5 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

² Extrait 6 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

3.6.2. Un travail de repérage et de visibilité nécessaire : la maraude, fil conducteur de la mission

Le terme de « maraude » vient du verbe « marauder » qui, à l'origine, a un sens bien moins honorable que l'utilisation qui en est faite actuellement dans le monde humanitaire. En effet, dans l'Encyclopédie d'Alembert et Diderot, le terme de maraude se rapporte, en temps de guerre, au pillage que les soldats vont faire dans les villages traversés. Le terme s'est appliqué plus tard aux écoliers volant des pommes dans le verger des voisins. De même, dans le Larousse, on retrouve ce sens péjoratif avec comme définition, « *voler des fruits, des légumes dans les jardins, dans les fermes* ». Partir en maraude aujourd'hui, quand on milite par exemple à la Croix Rouge ou au Secours Catholique, c'est parcourir une ville pour venir en aide aux sans-abri, leur proposer des couvertures, un repas et éventuellement un hébergement. Il existe, en fait, un autre sens au terme marauder qui rend moins étonnant la reprise de ce mot en humanitaire. A la fin du XIXe siècle, pour les cochers et, plus tard, pour les taxis, marauder signifie « *circuler lentement à la recherche de clients* ». A la différence de ces cochers et conducteurs de taxi, les bénévoles en humanitaire qui partent en maraude, ne sont à la recherche d'aucun profit et font cela gratuitement. [31] [32]

Alors que la mission commence tout juste à s'organiser et face au labyrinthe de tentes que forment les jungles de Calais et du Barosch, la maraude devient vite un moyen de visibilité essentiel. GSF, nouvel arrivant dans les camps, va ainsi à la rencontre des femmes et devient par un travail de répétition et une présence continue, un « visage » connu pour ces femmes. Ces femmes souvent « invisibles », car cachées dans leur tente par peur des violences dans le camp, ne seraient pas venues d'elles-mêmes vers l'association. En déambulant ainsi tous les jours entre les tentes, la veste de GSF arborée par les bénévoles a pour but de devenir petit à petit synonyme de personne de confiance. Cette confiance est gagnée avec certaines qui viennent directement à la rencontre des bénévoles lors des maraudes pour leur parler de leurs maux. D'autres, au contraire, n'apprécient pas toujours cette intrusion dans leur nouveau « chez-elles » qu'elles considèrent à défaut de mieux comme leur maison, non ouverte à tout inconnu et sécuritaire malgré tout.

Comme pour les bénévoles qui vont dans la rue à la rencontre des sans-abri, une confrontation au milieu de vie de ces femmes est nécessaire pour les bénévoles de GSF pour mieux se placer dans leur réalité. Cela permet d'évaluer les besoins médicaux ou d'accompagnement des personnes sur le camp, d'aller voir les patientes de GSF mais aussi de repérer les nouvelles arrivées.¹ La maraude ne débute qu'en fin de matinée car les réfugiés-migrants dorment après les tentatives de passages dans la nuit. Les maraudes sont aussi

¹ Extrait 7 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

souvent le seul moyen pour suivre les patientes, avec parfois quelques surprises et angoisses...¹

Moins fréquente une fois la mission mieux organisée avec des lieux de consultations identifiés, la maraude reste malgré tout un fil conducteur de la mission avec un repérage des femmes toujours nécessaire in situ. De plus, la mission Caminor reste une mission d'urgence avec des événements comme le démantèlement de Calais ou l'incendie de la Linière remettant en cause toute l'organisation qui avait pu être mise en place et impliquant l'obligation de la reprise des maraudes.²

3.6.3. Evolution de l'activité obstétricale

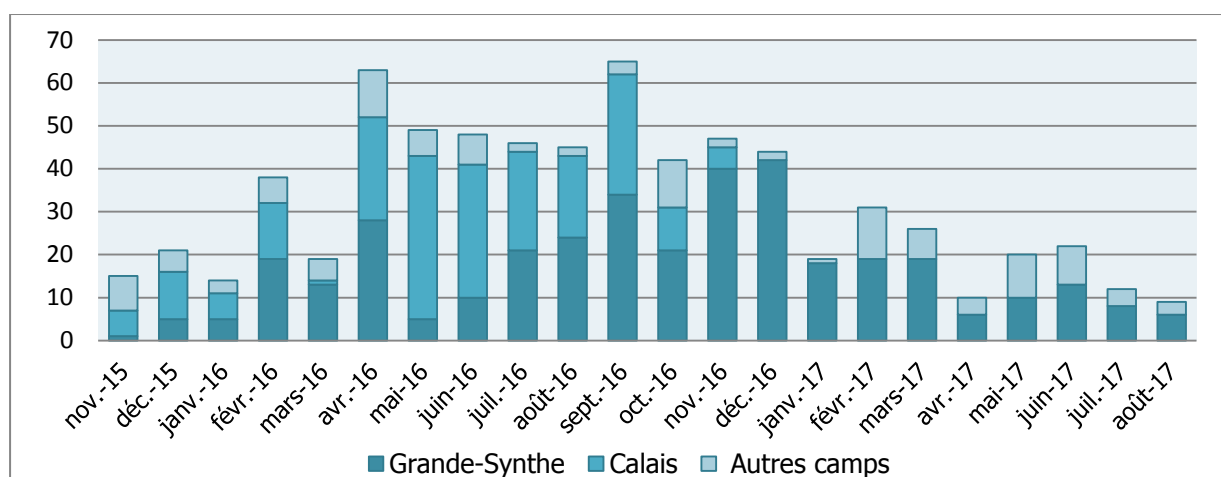


Figure 4 : Evolution de l'activité obstétricale en nombre de consultations pratiquées de novembre 2015 à août 2017

L'évolution de l'activité obstétricale, comprenant le suivi de la grossesse et du post-partum, suit l'évolution de l'activité globale de la mission (cf. constats en 3.4.1). Les consultations obstétricales représentent, nous pourrions dire « seulement » 10% de l'activité globale (figure 3) mais, d'une part, ce sont des consultations plus longues et d'autre part, il faut y associer les nombreux transferts réalisés dans le cadre des soins liés à la grossesse et au post-partum (bilans, échographies, consultation du 9^{ème} mois...).

Sur la période d'existence conjointe des deux principaux camps où GSF est intervenu, c'est à dire de novembre 2015 à novembre 2016, on constate une activité obstétricale globalement similaire en quantité, avec un peu plus de 200 consultations réalisées dans chacun des deux camps. Pourtant, la densité de population et la superficie de la jungle de Calais est bien supérieure. Cela peut s'expliquer tout d'abord par un suivi plus aisé dans le camp de la Linière avec des allées de shelters et pas des tentes désordonnées mais aussi grâce à un lieu de consultation bien identifié, le Health Center partagé avec MSF et MDM. A Calais, en dehors du centre Jules Ferry qui devient vite un lieu privilégié pour rencontrer les

¹ Extrait 4 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

² Participation aux maraudes au moins de juin 2017 décrite dans journal de bord, lignes 166-173 ; 331-334 ; 397-399 ; 459-460, en *Annexe XVIII*

femmes et facilitant pour réaliser les consultations, le reste des suivis, dans la jungle, est plus décousu. C'est aussi le grand nombre de familles à Grande-Synthe qui peut l'expliquer avec un désir de grossesses souvent plus présent. Cette forte sphère familiale entraîne même parfois des motifs inattendus de consultation avec des femmes qui viennent « *parce qu'elles veulent tomber enceintes* ». Malheureusement, les sages-femmes ne peuvent pas faire grand-chose pour répondre à cette demande.

Les autres camps représentent une activité moindre car plus petits, avec peu de femmes à Angres et Steenvoorde et des femmes isolées à Norrent-Fontes vivant plus en communauté (elles dorment au même endroit) par rapport à Calais où les femmes isolées sont seules parmi les hommes et doivent trouver un « copain » pour les protéger.

3.6.4. Un suivi sur le mode sage-femme libérale

Parallèle avec la profession libérale

Il existe une analogie entre le suivi des grossesses dans les camps et celui réalisé par une sage-femme libérale, avec le Health Center ou le DMGO comme cabinet de consultation et avec les maraudes, faisant office de visites à domicile. De même, tout comme une sage-femme qui s'installe en libéral, GSF a dû acquérir son matériel, s'organiser, se faire connaître pour être identifié par les patientes et développer un travail en réseau avec les autres associations et les structures sanitaires alentours.

Programme d'Accompagnement au Retour au Domicile Organisé (PRADO) dans les camps

La maternité prend contact avec GSF pour organiser la sortie, dans la mesure du possible et selon le souhait de la patiente, au refuge GSF, en famille d'accueil ou toute autre solution d'hébergement. Certaines reviennent directement dans les camps.

A défaut d'un véritable PRADO, les sages-femmes réalisent, sur le même modèle, le suivi du post-partum et néonatal au « domicile » des patientes. Les sages-femmes remplissent une feuille de suivi post-natal¹ qui reprend le déroulement de l'accouchement et des suites de couche ainsi que les différents éléments de la surveillance néonatale (ictère, alimentation, infection,...) et maternelle (lochies, douleur, infection, allaitement, lien mère-enfant, contraception,...). Elles veillent également à ce que la déclaration de naissance soit bien faite et à la réalisation de la vaccination des nouveau-nés par le BCG, recommandée dans leur cas du fait de leurs conditions défavorisées. Enfin, elles organisent le relais avec la PMI.

¹ Feuille de suivi post-partum de GSF en Annexe IX

Un suivi global

Le travail des bénévoles H8 se rapproche au plus près du travail de sage-femme libérale quant à la réalisation d'un suivi global du début de la grossesse jusqu'au post-partum. En effet, leur privilège, de par leur proximité, est de pouvoir suivre des patientes sur le long terme, créant ainsi un lien particulier avec ces femmes ou couples qui peut même parfois les amener à leur rendre service pour des motifs hors mission.¹

3.6.5. Suivi dans les CADA, CAO et autres lieux

Pour la mise en œuvre du démantèlement de la jungle de Calais, 126 départs vers 197 CAO, disséminés sur l'ensemble du territoire, ont été organisés, soit 5 253 personnes. En 2016, les femmes auraient représenté 4% de la population hébergée dans une structure du DNA. [33]

Avec le démantèlement de Calais, les bénévoles de GSF se sont retrouvés démunis face au départ précipité de leurs patientes. La distribution de cartes de GSF avec le numéro de l'association à leur départ n'ont pas empêché les nombreuses patientes perdues de vue car, disséminées sur l'ensemble du territoire, elles ne relèvent plus, hors cas particulier², de la responsabilité de GSF.

Par ailleurs, dans la région, un lien avec le CADA de Liévin, le CAO d'Aniche, d'Abbeville et l'Accueil Temporaire du Service d'Asile (AT-SA)³ de Dunkerque s'est établi rapidement, à leur demande. Ce sont donc de nouveaux lieux d'intervention pour GSF (*figure 2, autres lieux*) où les bénévoles H8, plus facilement responsables de ces missions complémentaires, se déplacent pour rencontrer les familles et les femmes hébergées. Leurs besoins médicaux sont évalués et un suivi est organisé avec, comme dans les camps, un investissement de temps nécessaire.⁴ GSF peut aussi être sollicitée pour rédiger des certificats d'excision pour les mères et de non excision pour les filles en vue de la demande d'asile. Dans ces petits appartements au mobilier « *réduit au seul nécessaire* », le contraste avec la promiscuité des camps est fort et ces femmes ont pu se retrouver un peu isolées, sans lien. Elles acceptent en général de faire une demande d'asile, après qu'on leur ait expliqué que ça ne les empêcherait pas d'aller en Angleterre par la suite car très rares sont celles qui souhaitent rester en France.

¹ Extrait 8 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

² Extrait 9 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

³ Définition de l'AT-SA en *Annexe II-1*

⁴ Extrait 10 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

3.6.6. Mise en place d'un suivi pédiatrique

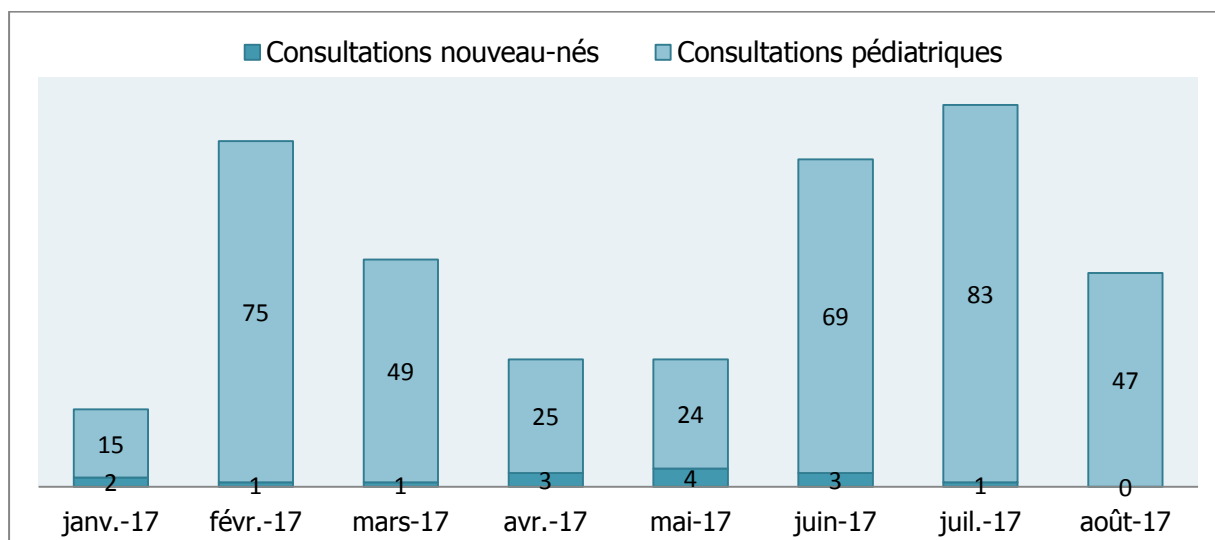


Figure 5 : Evolution de l'activité pédiatrique en nombre de consultations pédiatriques et aux nouveau-nés de janvier à août 2017

Au retour de la maternité, les accouchées ne sont pas les seules à nécessiter des soins. Pour le suivi de ces nouveau-nés, un lien avec la PMI s'est ainsi établi, impliquant notamment les pesées, les vaccins et de la prévention.¹ GSF réalise aussi quelques consultations de nouveau-nés, très peu nombreuses car devant cette population fragile, il est plus « confortable » pour les sages-femmes de profiter du lien avec la PMI.

Par ailleurs, l'information autour de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, est un enjeu pour les sages-femmes bénévoles. A Grande-Synthe, au Women Center, les distributions de lait le mardi et le jeudi, constituaient un moment ciblé d'échange sur la santé de leur enfant. En effet, les bénévoles se sont rendus compte que le lait était distribué selon ce que les femmes demandaient et pas toujours selon les besoins réels de leur enfant. GSF a donc recruté une bénévole pour avoir lors de ces distributions, une bénévole du Women Center et une bénévole de GSF. Cela a permis de dire aux femmes de venir en consultation, de voir leur enfant pour faire le point sur leur santé et leurs vaccins et les conseiller quant au lait à utiliser et comment.

Les nouveau-nés mais aussi les enfants représentent une population particulièrement vulnérable des camps. Après le départ de MSF et MDM, les bénévoles se retrouvent sans recours médical possible pour ces enfants sur les camps. Ainsi, GSF commence à faire aussi des consultations pédiatriques car, même si les urgences représentent une solution possible, tous les maux de ces enfants ne justifient pas leur transport à l'hôpital. En effet, on constate une augmentation du nombre de consultations lors de la période hivernale et estivale, imputable à la susceptibilité des enfants aux rhumes puis aux rhinites allergiques et piqûres

¹ La PMI prend en charge les enfants jusqu'à 6 ans (20 examens sont obligatoires). L'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, avec une prise en charge à 100%.

d'insectes pour lesquels les traitements consisteront simplement en du sérum physiologique, du paracétamol ou de la crème. Les besoins en pédiatrie sont bien réels au vu du nombre de consultations réalisées représentant 6% de l'activité totale (*figure 3*) alors que ces soins se sont concentrés sur 8 mois et quasi exclusivement à Grande-Synthe.

3.7. Des soins gynécologiques

Les consultations gynécologiques représentent 12% de l'activité globale (*figure 3*). Cette part de l'activité est globalement restée stable au cours de la mission alors que l'activité globale a augmenté, liée à un plus grand nombre d'activités référencées et une diversification des soins pratiqués. Elle est cependant moindre depuis l'incendie de La Linière avec la disparition du lieu de consultation et donc de l'intimité nécessaire à ces consultations.

Les bénévoles, pour la grande majorité sages-femmes, réalisent des actes gynécologiques simples. Les femmes viennent principalement pour des mycoses et des infections urinaires (prescription réalisée par un médecin de GSF) et sont orientées dès que cela est nécessaire. Certaines viennent aussi pour d'autres motifs comme des aménorrhées secondaires pour lesquelles la nécessité d'un suivi plus long et plus poussé est malheureusement difficilement compatible avec leur situation et se heurtent à un refus de la PASS de pratiquer les bilans d'infertilité car, pour eux, ces bilans ne sont pas urgents et ne relèvent pas de leurs missions. C'est justement cette situation et leur parcours difficile qui pourraient être la cause de cette aménorrhée.

En prévention des infections sexuellement transmissibles, des préservatifs sont distribués par les sages-femmes et des temps d'information sont organisés (cf. 3.9).

3.8. La planification familiale dans les camps

3.8.1. Proposer une contraception

La demande

A l'échelle mondiale, 63% des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception (2011) contre 90% en France (2010) c'est à dire dans un pays développé. Le recours à la contraception varie beaucoup selon les pays et l'Afrique est le continent où la contraception est la moins répandue avec moins d'une femme sur trois. [36][37] Cette différence dans le recours à la contraception entre femmes des pays développés et femmes des pays en voie de développement peut s'expliquer par un manque de moyens mais aussi vraisemblablement par des différences culturelles et une place de la femme différente dans la société.

Compte tenu de la situation des femmes dans les camps, on pourrait imaginer une large demande de moyens contraceptifs. Pourtant, les sages-femmes rapportent que pour une grande partie, elles ne sont pas demandeuses. C'est souvent lorsqu'elles viennent pour d'autres motifs que les bénévoles en profitent pour aborder la question avec elles. Pas toujours très réceptives au premier abord, certaines reviennent malgré tout pour ce motif plus tard. Ce n'est pas un sujet qui peut être abordé devant les hommes mais entre femmes, la parole se libère.¹ La sphère familiale, bien plus présente dans le camp de Grande-Synthe, impacte beaucoup le souhait de contraception. Ainsi, lorsque leur mari est présent, une grossesse reste souvent une bonne nouvelle. Au contraire, la population de Calais comporte beaucoup de femmes isolées, en grande insécurité et qui se trouvent un « conjoint » pour les défendre dans le camp. Elles ne veulent pas d'enfant dans ces conditions et viennent parfois en cachette de ce conjoint pour demander une contraception. Les tentatives de passage peuvent les amener à se procurer un moyen de contraception par peur du risque de viol sur leur trajet.

Les moyens

Les méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde en 2011 sont, par ordre décroissant, la stérilisation féminine (près de 30%), le Dispositif Intra Utérin (22%), la pilule (14,1%), le préservatif masculin (12,6%), les méthodes traditionnelles comprenant le retrait ou la méthode du calendrier (9,6%) et les injections ou les implants. La stérilisation masculine est beaucoup plus rare (moins de 4 %). La pilule, bien que non en tête à l'échelle mondiale, est très utilisée dans de nombreux pays notamment les pays développés comme la France (70,8% en 2010). La stérilisation féminine, le stérilet, les injections et les implants sont privilégiés dans les pays en voie de développement. [36][37]

La meilleure contraception est celle que la femme choisit mais cela implique d'avoir pu fournir au préalable une information claire et exhaustive sur tous les moyens disponibles avec leurs avantages et inconvénients et de disposer de ces moyens. Dans les camps, ces deux conditions peuvent être remises en cause avec, à nouveau, la nécessité d'adapter la prise en charge.

La gestion de l'information a comme obstacle principal la barrière de la langue et secondaire la barrière de culture. Lorsque la patiente ne parle pas anglais, un(e) interprète de GSF ou d'une autre association reste la solution la plus favorable plutôt qu'une voisine de chambre se retrouvant au courant de choses qu'elle ne devrait pas savoir et qui n'est pas forcément une amie. Globalement, les questions importantes sont posées et les grands messages sont passés, par des moyens plus ou moins détournés.² Les bénévoles essaient aussi

¹ Extrait 11 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

² Extrait 11 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

de leur expliquer que ce ne sont pas les conditions optimales pour avoir un enfant, qu'elles peuvent reporter ce projet à plus tard.

Concernant les modes de contraception proposés, GSF a à disposition la pilule oestro-progestative Adepal® (ethinyloestradiol et lévonorgestrel) et la contraception d'urgence Norlevo® (lévonorgestrel). Bien que la pilule soit le moyen choisi par beaucoup de françaises, la problématique des oublis reste centrale. En population générale, les oublis sont déjà très fréquents. On peut donc aisément imaginer que pour les femmes vivant dans les camps, sans rythme de vie régulier, les oublis soient largement augmentés. De plus, l'information quant à la gestion des oublis, déjà laborieuse en parlant la même langue, peut vite devenir irréalisable avec cette barrière supplémentaire. Enfin, la pilule impose d'avoir toujours les plaquettes avec soi ce qui peut poser problème si les femmes veulent cacher leur recours à la contraception et lors des tentatives de passages où elles partent souvent en laissant toutes leurs affaires.

L'implant (Nexplanon® – étonogestrel) et DIU (cuivre ou lévonorgestrel) semblent plus compatibles avec leur situation, sans risque d'oublis et au long cours, bien que l'implant puisse lui aussi être détecté dans le cadre d'une contraception qui doit rester secrète. GSF a quelques exemplaires à disposition mais cela implique pour les sages-femmes d'avoir acquis les compétences, encore récentes, relatives à la pose de ces deux dispositifs. Dans le cas contraire, les bénévoles peuvent accompagner les patientes au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) le plus proche.

Les patientes, pour beaucoup africaines, sont nombreuses à demander une injection intramusculaire de Dépo-provera® (médroxyprogestérone acétate), réalisée au début du cycle ou en cours de cycle si l'injection est précédée d'un test de grossesse négatif, répété 15 jours après l'injection. Ce contraceptif à longue durée (3 mois), bien que méconnu en France, est souvent utilisé dans les pays en voie de développement. Il convient au contexte des camps et est souvent le mode privilégié. Il a l'avantage de garantir la plus grande discrétion et est facile à mettre en œuvre.

3.8.2. Donner l'accès aux Interruptions Volontaires de Grossesse

Des protocoles de prise en charge

Pour prévenir les avortements non médicalisés et garantir le droit des réfugiées-migrantes, comme toutes les femmes en France, d'accéder à l'IVG, des protocoles ont été mis en place.¹

Début juin 2016, le décret d'application relatif aux nouvelles compétences accordées aux sages-femmes, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, est

¹ Protocole de prise en charge des IVG par GSF en convention avec les structures sanitaires, en *Annexe XI*

paru, autorisant dès lors celles-ci, à pratiquer une IVG médicamenteuse dans une structure habilitée jusqu'à 9SA ou en libéral dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé jusqu'à 7SA. [38]

Pour les camps de Calais et Grande-Synthe, pour lesquels des conventions ont été signées, respectivement avec les centres d'orthogénie de Dunkerque et de Calais, début avril et fin mars 2016, GSF peut prendre part à la prise en charge des IVG, en réalisant notamment les IVG médicamenteuses avant 7SA comme une sage-femme libérale conventionnée. Dans les camps d'Angres, Norrent-Fontes et Steenvoorde, en l'absence de convention, les patientes doivent être systématiquement transférées vers le centre d'orthogénie le plus proche. Ces protocoles ont aussi été instaurés pour aider les bénévoles car, en effet, beaucoup des sages-femmes interrogées ont l'esprit marqué par une prise en charge d'IVG, difficile émotionnellement et à organiser du fait des délais.¹

Les IVG médicamenteuses suivies dans les camps

Bien que facilitant d'un point de vue organisationnel, la pratique et le suivi des IVG médicamenteuses dans les camps, amènent aussi certains problèmes. Cette nouvelle compétence a pu mettre en difficulté des sages-femmes, notamment jeunes diplômées dont la courte expérience professionnelle ne les avait pas encore familiarisées au suivi des IVG et ses possibles complications.² Tous les aspects de la prise en charge de la douleur, du risque hémorragique et infectieux, du suivi de l'expulsion dans le cadre d'une IVG n'ont donc pas toujours été pratiqués au préalable et dans un environnement plus cadré et familier, par les sages-femmes. Cela peut générer du stress car en effet, l'environnement singulier du camp, avec ses imprévus, peut compliquer le suivi médical recommandé en théorie.³

Contrairement à une patiente réalisant une IVG médicamenteuse à son domicile, suivie par une sage-femme libérale, les patientes des camps n'ont pas de réel domicile ni de sanitaires leur étant réservés. Cela peut amener des soucis de confidentialité, d'hygiène et entraîner un mauvais vécu chez ces patientes.⁴ Pour pallier à ses difficultés, et lorsque cela était possible, c'est à dire principalement sur le camp de la Linière, les patientes pouvaient rester dans les locaux de consultation donc à proximité des sages-femmes pour une surveillance à la journée sur le même modèle que certains centres d'IVG prenant en charge des hospitalisations de jour.⁵

Avec la disparition des camps, la réalisation d'IVG médicamenteuses hors structures sanitaires, malgré l'existence de conventions, est devenue de l'ordre de l'impossible.

¹ Extrait 12 et extrait 18 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

² Extrait 13 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

³ Extrait 14 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

⁴ Extrait 15 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

⁵ Extrait 16 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

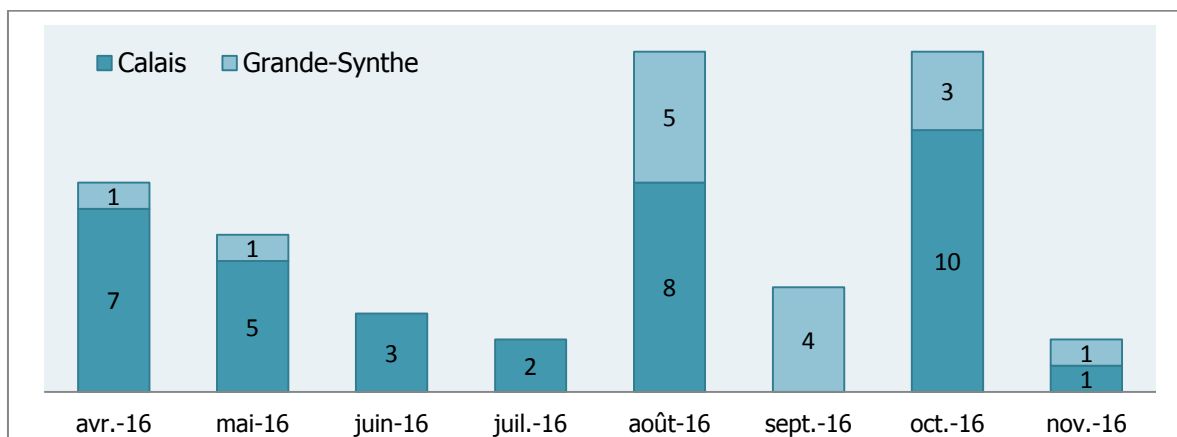


Figure 6 : Nombre d'IVG recensées à Calais et à Grande-Synthe d'avril à novembre 2016

Il est difficile d'estimer si le recours à l'IVG dans les camps est augmenté par rapport à la population générale française étant donné qu'on ne connaît pas le nombre de femmes dans les camps à un temps donné et que cette population n'est pas fixe car fluctuante selon les arrivées et les départs ainsi que les mouvements entre les différents camps. On peut tout de même envisager, dans le contexte des camps, une majoration du recours à l'IVG. D'une part, ces femmes présentent une carence dans l'accès aux informations sur la contraception et à la contraception elle-même (cf. 2.7.1) avec donc un risque augmenté de grossesses non désirées. D'autre part, les migrantes, vivant dans une situation de grande précarité, cumulent les facteurs de fragilisation sur le plan économique, social mais aussi affectif pour certaines. Tous ces éléments peuvent les amener à renoncer à cette grossesse devant l'impossibilité d'assumer l'enfant à venir et ce que seraient les conditions d'accueil pour cet enfant.

Si on regarde la période de coexistence des deux principaux camps, allant de la signature des conventions au démantèlement de Calais, on observe un nombre plus important d'IVG dans le camp de Calais par rapport à celui dans le camp de la Linière. Les conditions d'accès à la contraception étaient globalement meilleures dans ce dernier grâce au Health Center. De plus, les femmes de Calais présentent, pour la majorité, un facteur de fragilisation supplémentaire, l'isolement, favorisant le risque de violences et donc de grossesses non désirées. Ce sont majoritairement des familles à Grande-Synthe, pour lesquelles le fait d'être ensemble peut suffire à envisager une grossesse. Il y a aussi une part culturelle dans l'acceptation ou non de l'IVG même si le vivre soi-même dans un contexte si particulier peut amener ces femmes à modifier leur avis initial.

Les violences subies sur leur parcours de migration ou dans les camps sont aussi sources de grossesses non désirées.¹ De même, on peut constater une hausse du nombre d'IVG dans le camp de Calais au mois d'octobre, le mois du démantèlement où le climat de tensions a pu être plus propice aux violences et où l'éloignement de l'Angleterre a poussé certaines à réaliser une IVG car elles ne souhaitaient pas vivre une grossesse en France.

¹ Extraits 16 et 17 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

3.9. Le temps de la prévention : sensibilisation à la vie affective et sexuelle

3.9.1. Jeu de sensibilisation¹

Des temps de prévention ont été instaurés par GSF au centre Jules Ferry et même directement dans la jungle puis au Health Center et au Women Center mais aussi à la maison des jeunes réfugiés auprès de mineurs. Ces séances ont utilisé comme support le jeu de société créé par GSF se basant sur des images et questions qui abordent les thèmes de la vie affective et sexuelle : contraception, infections sexuellement transmissibles, violences,... C'est aussi un moment privilégié pour présenter l'association et ainsi revoir ces femmes par la suite.² Malheureusement, par manque de temps, soucis d'organisation et toujours et surtout la barrière de la langue, avec souvent plusieurs dialectes différents dans un même groupe, la majorité des sages-femmes J15 interrogées n'ont pas pu utiliser ce jeu. Pour le bon fonctionnement du jeu, la présence d'une traductrice semble indispensable, ce qui n'est pas toujours le cas. Ces temps de prévention semblent pourtant indispensables pour cette population particulièrement exposée à des risques en santé affective, sexuelle et reproductive.

Par ailleurs, la prévention auprès des femmes peut être faite d'autres manières, lors de consultation en leur demandant si elles ont des copains, des maris, des rapports sexuels, si elles veulent des enfants ; si elles savent comment se protéger... et ainsi profiter de tous ces instants, parfois uniques, pour aborder les thèmes de la vie affective et sexuelle. C'est aussi l'occasion de faire une sorte de préparation à l'accouchement lors des consultations de suivi de grossesse si le contexte s'y prête (calme, temps suffisant,...). La différence que l'on peut faire entre une consultation de prévention et une séance à plusieurs autour d'un jeu est la manière par laquelle les mêmes thèmes sont abordés, avec une parole moins libérée en consultation par rapport à un groupe où la liberté de parole d'une, peut encourager celle d'une autre et permettre une vraie richesse de l'échange.

3.9.2. Entre femmes, un langage universel

Malgré un fossé creusé par des particularités culturelles ou religieuses, entre femmes, un lien finit toujours par se créer, comme un langage partagé et universel, ne se limitant pas à de simples mots.³ Il s'agit de leur offrir un moment où leur parole est libre même pour des sujets qui touchent à l'intime qu'elles ne peuvent pas aborder dans un autre contexte mais pour lesquels elles portent pourtant un grand intérêt et ont de nombreuses interrogations, qu'elles ne peuvent ou n'osent pas exprimer habituellement.

¹ Photos du jeu « Relations et Prévention » en *Annexe XII*

² Extrait 19 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

³ Extrait 11 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

3.10. Des violences au cœur de leur histoire

3.10.1. Des violences multiples par leur forme, leur temporalité et leur contexte

Dans les camps, sur leur parcours de migration ou provoquant parfois même leur départ, les violences faites aux femmes sont multiples. « *J'en avais vécu dans l'exercice de ma profession mais c'était vraiment ponctuel alors que là c'est tout le temps.* » (Sylvie)

Entre violences extrêmes et avenir incertain, le départ s'impose

Ce n'est pas par choix mais par nécessité que beaucoup de femmes, marquées par les horreurs de la guerre, se lancent sur la route migratoire, synonyme d'adieu au monde qu'elles ont connu, vers des espoirs de renouveau et de sécurité retrouvée souvent déçus. En effet, beaucoup sont originaires d'Iran, d'Irak, du Soudan, de Syrie... où les conflits armés en cours les privent de leur lieu de vie et leurs ont rarement épargnés d'être témoins de la disparition de membres de leur famille ou d'amis.¹

Majoritairement originaires d'Erythrée dans la jungle de Calais, elles fuient pour la plupart le service militaire, obligatoire à partir de 18 ans, et lieu, surtout pour les femmes, de violences sexuelles allant jusqu'à l'esclavage sexuel par les responsables militaires. Cet exode massif se fait dans le secret de leur famille car celle-ci est par la suite contrainte de verser de fortes sommes d'argent si les appelées en fuite ne rentrent pas. Si elle ne peut pas payer, elle se voit confisquer des biens et dans le pire des cas, un membre de la famille est emprisonné pour une durée indéterminée. Elles ne peuvent donc plus revenir par la suite dans leur pays et coupent tout lien avec leur famille qui les obligerait à revenir.² [28][39][40]

Des parcours de migration souvent tragiques

La route qu'elles empruntent alors ne fait qu'agrandir la blessure encore récente laissée par leur départ. Toutes semblent raconter la même histoire malheureuse et difficilement entendable.

Le passage par la Libye, pour les femmes originaires de la corne de l'Afrique, est une étape particulièrement dangereuse. Les équipes de France Terre d'Asile ont interrogé en janvier 2017, quarante-trois femmes parmi lesquelles neuf ont confié avoir été victimes d'enlèvements en Libye assortis de tortures et mauvais traitements et/ou de traite à des fins d'exploitation sexuelle ou de travail forcé.³ [41]

¹ Extrait 1 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV*

² Extrait 2 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV*

³ Témoignage 1 et 2 recueillis par France Terre d'Asile, en *Annexe XVII*

Pour celles venues par la méditerranée, le plus grand danger reste la traversée sur des embarcations souvent trop petites et surchargées, responsables de séparation des familles au moment d'embarquer et de milliers de morts chaque année.¹

Beaucoup de femmes ont été amenées à voyager seules, modifiant ainsi l'image qu'on pouvait se faire des migrants, constituée seulement de jeunes hommes seuls. Malheureusement, le voyage solitaire entraîne des risques accrus d'abus de la part des passeurs, notamment sur le prix du voyage² et de subir des violences sur leur parcours par des migrants, des passeurs voire même des autorités³. La majorité des femmes éthiopiennes et érythréennes sont venue toutes seules et subissent plus de violences que d'autres communautés comme les kurdes, soudanaises, syriennes qui sont, elles, généralement accompagnées de leur mari. [40]

L'universalité des violences conjugales

En dehors du contexte migratoire, des violences peuvent avoir lieu au sein même de la sphère familiale. Les violences conjugales, sans frontières géographiques ou socio-économiques, peuvent atteindre toute femme, sans distinction. Dans le monde, presque un tiers (30 %) de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire. [42]

L'environnement des camps peut placer les femmes dans une situation de dépendance vis-à-vis de leur conjoint qui demeure leur unique personne ressource et protecteur. On peut supposer que certains profitent de ce statut.⁴

Pour d'autres au contraire, l'arrivée en Europe où le statut de la femme est différent, peut représenter une échappatoire. En effet, déjà tabou en Europe, dans leur pays, parler de violences conjugales est souvent impensable. Une femme divorcée n'a plus de place reconnue et peut être rejetée par sa famille et la société.⁵ [40]

¹ Extrait 1 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XIV* et extrait 21, en *Annexe VII*

² Extrait 3 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV*

³ Extrait 4 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV*

⁴ Extrait 22 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

⁵ Extrait 5 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV*

Les camps, des lieux propices aux violences

	Jungle de Calais [28]	Camp de la Linière [27]
Vécu des femmes dans le camp	71% se sentent en insécurité 51,2% sont très malheureuses d'être en Europe	22,2% ne se sentent pas bien
Violences subies par les femmes	41,7% violences dans le camp (verbales ou physiques) 81,5% violences policières (gaz lacrymogènes) 45,8% violences par des citoyens	13,3 % violences policières

Tableau 4 : Vécu des femmes et violences subies (hors violences liées au genre) dans la jungle de Calais et le camp de la Linière en février et mars 2016 d'après les études « la longue attente » et « the « other » camp » de RRDP

Si on considère l'environnement des camps, nous constatons que plus l'insécurité augmente, de par des tensions internes fortes, des conditions de vie très dégradées ou encore les pressions exercées par les forces policières, plus il est propice à l'émergence de violences. La jungle de Calais rassemble toutes ces conditions responsables d'un fort sentiment d'insécurité et de violences subies par une grande partie de sa population notamment féminine, comme le montre l'étude de RRDP.

Les violences policières quasi constantes sont, tout comme les violences commises par des citoyens français, très préoccupantes et sources de peur et d'une méfiance généralisée à l'encontre de la France. Malgré les multiples rappels à l'ordre du Défenseurs des Droits, ces violences sont encore d'actualité avec des atteintes et privations d'une particulière gravité portant atteinte aux droits fondamentaux des réfugiés-migrants, humains comme nous tous.

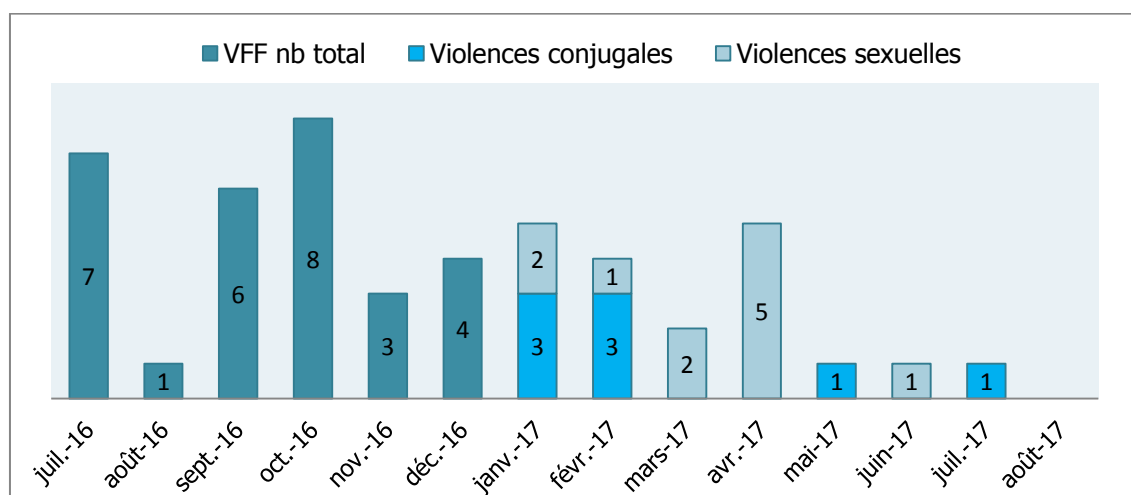


Figure 7 : Nombre de victimes de violences faites aux femmes (en nombre total puis différencié en violences conjugales et violences sexuelles) prises en charge par GSF de juillet 2016 à août 2017

Les femmes de ce Calais, pour beaucoup isolées et notamment les érythréennes et éthiopiennes venues seules, sont victimes de violences liées au genre.¹ Elles ne se déplacent jamais seules et n'ont d'autre choix, pour se protéger quand elles n'ont pas de mari, que de trouver un compagnon de la même communauté qui, plus qu'une réelle protection, semble

¹ Extrait 6 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV*

plutôt le moyen de limiter les abus à ceux d'un seul homme.¹ Dans la plupart des cas, il est constaté que cet homme coupe le contact une fois en Angleterre en la laissant seule dans le camp et souvent enceinte. [40] La nuit est source de peur pour ces femmes qui restent prostrées dans leur tente par peur d'être violées.

La précarité et l'insécurité des femmes, surtout isolées, dans les camps favorisent leur exploitation, notamment sexuelle, par des réseaux de traite des êtres humains. L'acceptation résignée de l'exploitation montre bien l'emprise des passeurs sur elles, par le poids de la dette du voyage qui leur est due ou pour pouvoir continuer le voyage vers l'Angleterre. [41]

De manière contemporaine au démantèlement, les tensions internes augmentent mais aussi les violences faites aux femmes, dont le lien de cause à effet semble grandement probable. Les bénévoles décrivent sur cette période des femmes terrorisées.

Le camp de la Linière, camp humanitaire et donc plus sécuritaire car mieux organisé et plus « familial » a pu, dans un premier temps, limiter ces violences par rapport à Calais (*tableau 4*). Malheureusement, le démantèlement a aussi eu des répercussions sur ce dernier avec un surpeuplement responsable d'un environnement se rapprochant de celui de la jungle de Calais et secondairement de l'incendie du camp.

La disparition des deux principaux camps avec un environnement encore plus dégradé car inexistant (pas de couchage, d'abri, de point d'eau, de nourriture suffisante,...) n'a fait qu'accroître ces violences mais elles sont plus difficilement identifiables chez des personnes dispersées dans la nature.

Angres et la traite des êtres humains

La population d'Angres est constituée d'une communauté originaire d'une des régions les plus pauvres du Vietnam n'offrant aucun avenir pour ses jeunes qui plutôt que de migrer au nord ou au sud du pays, se laissent prendre aux sirènes des passeurs qui leur promettent l'eldorado occidental. Ce sont donc des migrants économiques mais aussi pour la majorité, si ce n'est la totalité, des victimes de traite humaine. Angres représente la dernière étape, de cette vaste filière qui existe depuis déjà 10 ans, avant l'Angleterre où, dans le meilleur des cas, ils travailleront dans la restauration ou une onglerie et dans le pire dans l'industrie du sexe, de la raffinerie ou de l'opium. Les passeurs les tiennent à leur merci par la dette colossale qui leur est due pour le voyage payé à l'avance et qu'ils utilisent comme moyen de pression notamment en menaçant les familles de ces jeunes migrants et migrantes.^{2 3}

GSF est la seule association autorisée par les migrants à pénétrer dans ce camp où règne une ambiance de méfiance générale. Il y a très peu de femmes et peu de demande en gynécologie-obstétrique du fait de la jeunesse de sa population et une culture différente. La

¹ Extrait 6 des entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, en *Annexe XV* et extrait 23, en *Annexe VII*

² Observation et discussion de la situation du camp d'Angres dans le journal de bord en *Annexe XVIII*

³ Témoignage recueilli par France Terre d'Asile auprès d'un jeune migrant vietnamien illustrant le parcours, globalement similaire des jeunes habitant(e)s d'Angres, en *Annexe XVII*

plupart disent ne pas avoir de relations sexuelles, il est donc difficile de mettre en place une contraception. Quand on n'est pas marié au Vietnam, on ne montre pas qu'on a une activité sexuelle et la contraception est bien sûr synonyme pour elles d'une vie sexuelle active.

3.10.2. Reconnaître et protéger

« *Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable* », Ban Ki-moon, secrétaire général des Nations Unies.

Procédures de prise en charge

Seule une infime partie des violences faites aux femmes dans les camps, pourtant quotidiennes, est identifiée par GSF ou verbalisée par les femmes elles-mêmes et encore plus infime est la part qui s'engage sur la difficile voie du dépôt de plainte.

En effet, la majorité taie ces événements. Quelques-unes en parlent d'elles-mêmes¹ mais témoignent sans aller plus loin car, premièrement, elles évitent au maximum la confrontation avec la police. Elles ne veulent pas rester en France, leur priorité est de passer et elles ne vont donc pas, par exemple, dénoncer leur passeur. De plus, celles qui subissent des violences par leur conjoint, même si elles aspirent à une situation différente, ne voient pas d'autre solution car se couper de la seule personne qui leur reste n'est pas envisageable. Seules celles qui viennent voir GSF pour ce motif précis vont jusqu'à la plainte.

Malgré les protocoles mis en place par GSF pour les accompagner dans cette démarche, ces situations sont très délicates à gérer pour les bénévoles et très dures à vivre pour ces femmes. La bienveillance des professionnels à vouloir faire reconnaître ce qu'elles ont subies est parfois mise à mal par cette démarche fastidieuse où elles doivent revivre les faits à de nombreuses reprises au travers de la répétition de leur récit.²

La prise en charge des victimes de violences se présentant à GSF consiste, dans un premier temps, par le recueil écrit de son témoignage. Un professionnel de la Cimade³ ou France Terre d'Asile⁴ lui délivre ensuite une information quant à ses droits et le dépôt de plainte est proposé.

Après un examen, un certificat médical est établi, des prélèvements locaux et sanguins ainsi que des sérologies sont réalisés avec la mise en place d'une prophylaxie contre le virus de l'immunodéficience humaine, le virus de l'hépatite B et le chlamydiae en attendant les

¹ Extrait 24 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

² Extrait 25 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

³ Présentation de la Cimade en *Annexe IV*

⁴ Présentation de France Terre d'Asile en *Annexe IV*

résultats.¹ Enfin, une contraception d'urgence est délivrée. Cette prise en charge permet de limiter au maximum les risques d'infections sexuellement transmissibles ainsi que de grossesses non désirées. Selon l'OMS, les femmes victimes d'abus sexuels ont 1,5 fois plus de risques d'attraper une IST et deux fois plus de subir une IVG. La majorité des femmes dans les camps qui subissent ces violences ne réalisent pas les examens et ne reçoivent pas les traitements nécessaires pour limiter les risques auxquels elles sont exposées, souvent de manière répétée.

A trop vouloir bien faire ou simplement faire, certaines associations s'empare d'une prise en charge pour laquelle GSF devrait être reconnue comme référente car compétente dans le domaine et notamment pour limiter le nombre d'intervenant au minimum nécessaire et ne pas entraîner de perte de chance (délais augmentés dans l'instauration des traitements ou la mise en place d'une contraception d'urgence) pour ces patientes.²

La mise à l'abri

Le centre d'hébergement Jules Ferry a permis dans un premier temps de limiter l'exposition des femmes et mineurs aux dangers de la jungle de Calais en leur créant un espace dédié. Sa fermeture, motivée par la supposée disparition des femmes réfugiées-migrantes de Calais après le démantèlement, a privé les femmes d'un précieux lieu de protection et qui, sans cet aveuglement sur leur situation, aurait pu continuer à être largement mis à profit.

En effet, les hébergements recherchés par la suite grâce aux associations Emmaüs, Eux c'est nous, le Secours Catholique,... n'ont plus vocation à prévenir le risque de violences, car trop peu nombreux, mais plutôt à mettre à l'abri les femmes qui en ont subi.

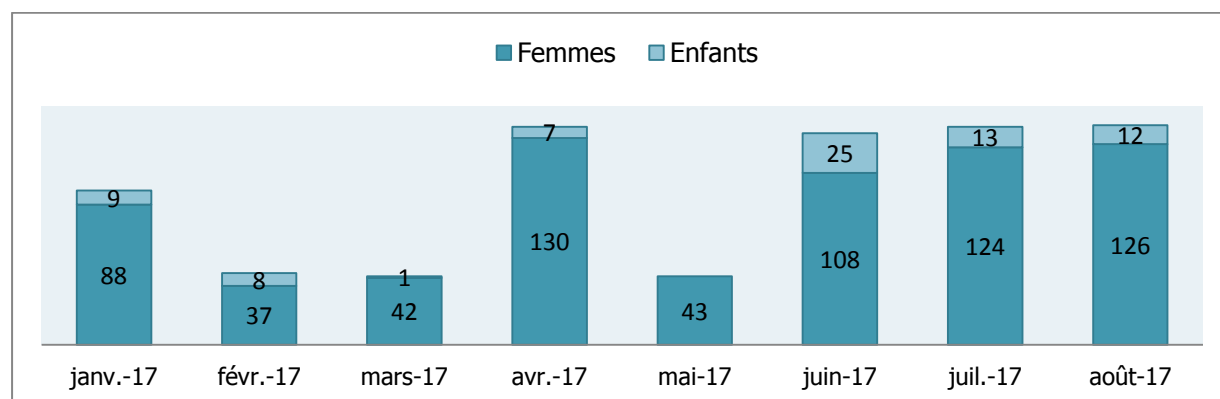


Figure 8 : Nombre de femmes et enfants hébergés au refuge GSF de janvier à août 2017

Ainsi, depuis décembre 2016, en partenariat avec France Terre d'Asile et grâce à la mairie de Grande-Synthe, GSF dispose d'un refuge de mise à l'abri dont l'adresse doit rester secrète. Le refuge permet d'accueillir 6 femmes mais les enfants de plus de 2 ans ne peuvent y

¹ Procédure de prise en charge des violences faites aux femmes par GSF et modèle de certificat médical pour victimes de violences en *Annexe XIII et XIV*

² Extrait 26 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

accéder pour assurer sa pérennité (plaintes du voisinage liées aux nuisances sonores). Les habitantes, pour la grande majorité érythréennes, kurdes ou éthiopiennes, s'engagent à respecter les règles du refuge¹ pour garantir son bon fonctionnement, elles y retrouvent des conditions de vies décentes et un climat sécuritaire où elles peuvent enfin se reposer.

Les bénévoles proposent l'accès au refuge à toute femme seule ou avec un nourrisson, aux femmes ayant subies des violences ou menaces et aux femmes en situation de post-partum immédiat. Depuis sa création, 3 femmes par jour en moyenne ont été hébergées. Avec la disparition progressive de l'ensemble des camps, et notamment du camp de la Linière, laissant les femmes à la rue sans aucun abri, la demande a augmenté et le refuge ne désemplit pas.

La gestion du refuge est un travail à plein temps (courses, nettoyage, accueil, gestion des appels, prise en charge avec ou sans interprète, aller chercher les femmes et les raccompagner dans les camps...) et représente 17% de l'activité globale (*figure 3*) en seulement 8 mois d'activité. Par ailleurs, cela n'impacte pas sur les autres activités car son organisation a été confiée à une puis deux coordinatrices « women-center-refuge », si possible bilingues et issues de professions (infirmières, psychologues,...) leur permettant d'assurer cette prise en charge majoritairement psychosociale.²

L'intimité et la sécurité du lieu créent des moments propices pour libérer la parole chez ces femmes apeurées et qui ne se livrent pas facilement. Pour tous les aspects juridiques de leur prise en charge, France Terre d'Asile et la Cimade peuvent être sollicitées pour réaliser des entretiens quant aux droits de ces femmes et aussi et surtout des nombreuses mineures étrangères isolées³ hébergées.

Lorsqu'une mineure est prise en charge par GSF, les bénévoles lui délivrent les informations quant à l'Aide Sociale à l'Enfance et lui proposent un rendez-vous avec la Cimade où elles l'accompagnent si elle accepte de s'y rendre. Une information préoccupante (du fait de l'isolement) doit être rédigée pour alerter le président du conseil départemental (obligation pour tout citoyen) et/ou un signalement au parquet auprès du procureur doit être réalisé (obligation pour tout professionnels de santé et associations).⁴

Il apparait primordial de développer un réseau solide juridique-psychosocial-associatif pour la prise en charge de ces femmes.

¹ Règles de fonctionnement du refuge GSF en *Annexe XVI*

² Présentation de Leila, coordinatrice du refuge pendant l'été 2017, en *Annexe XVIII*, lignes 32-35

³ Personne de moins de 18 ans qui n'est pas de nationalité française et qui n'est pas accompagnée de ses représentants légaux

⁴ Le conseil départemental réalise alors une évaluation, qui sera transmise au procureur, pour confirmer ou non sa minorité et son isolement, avec un accueil provisoire d'urgence (mise à l'abri), selon les places, pendant l'évaluation. Si la minorité est reconnue, une ordonnance de placement provisoire (OPP) de 1 mois est prise par le procureur. Le procureur transmettra le dossier au juge des enfants. Le ou la mineur(e) sera placé(e) en vertu du droit commun de la protection de l'enfance (Aide Sociale à l'Enfance) et pourra faire une demande d'asile, s'il ou elle craint des persécutions, ou une demande de titre de séjour.

Le refuge apparaît comme une solution nécessaire mais imparfaite car accueillant au maximum 6 personnes par rapport aux 300 places que proposait le centre Jules Ferry. Additionné aux autres solutions d'hébergement d'urgence et malgré un temps d'hébergement limité à 48/72h au refuge pour ne pas monopoliser les places, ce nombre reste insuffisant, obligeant régulièrement les bénévoles à refuser des femmes.

3.10.3. Impact psychologique

S'ajoutant aux conséquences physiques et en prenant en compte l'ensemble des violences subies par ces femmes, déracinées et errantes dans des conditions de stress permanent et de non accès à leurs besoins strictement fondamentaux depuis, pour la majorité déjà plusieurs mois voire années, il existe, sans conteste, des conséquences psychologiques majeures.

Selon l'OMS, les violences à l'encontre des femmes peuvent entraîner des dépressions et des états de stress post-traumatique, de même que la reviviscence des autres traumatismes vécus (guerre, mort de proche sous leurs yeux, parcours de migration, conditions de vie,...). Le risque est aussi de développer chez certaines une banalisation pour ce qui est devenu, à leurs yeux, la norme, les laissant ainsi dans l'acceptation et le silence. Par ailleurs, une explosion traumatique est à craindre à posteriori si elles parviennent à sortir de cette situation.

Des prises en charges par des psychologues de MDM et de l'Établissement Public de Santé Mentale sont proposées mais il semble que le meilleur moyen pour pouvoir entamer leur reconstruction psychologique serait, tout d'abord, de les sortir de cet environnement synonyme de stress, peur et insécurité dans lequel elles évoluent depuis déjà trop longtemps.

PARTIE III : DISCUSSION

1- AUTOUR DE L'ÉTUDE

2.1. Limites et difficultés

Lors de l'élaboration de ce mémoire, nous avons rapidement été confrontés à des difficultés quant à la recherche de données précises ou actualisées sur les réfugiés-migrants. En effet, il existe d'une part peu d'études à leur sujet mais paradoxalement, il existe aussi une masse d'information, principalement constituée d'articles de journaux, liée à la grande médiatisation de cette problématique. De plus, c'est un sujet encore d'actualité, avec des événements comme l'incendie du camp de la Linière qui ne « fixent » jamais les informations recueillies.

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés, qui laissaient donc une certaine liberté de parole et qui ont permis de prendre la mesure du contexte dans lequel les bénévoles sont intervenus. Le biais de mémoire était relatif car au moment des entretiens, leur mission remontait au plus loin à deux ans et était encore bien présente dans leur esprit. De plus, de par leur forme, les entretiens se complétaient les uns les autres permettant de reconstituer toute la progression dans la mission.

Les tableaux de données où sont répertoriés les différents actes réalisés par les bénévoles de GSF nous ont permis d'obtenir des données quantitatives même si relativement imprécises car non remplies par la même personne chaque jour et parfois difficiles à interpréter car avec régulièrement une évolution des actes répertoriés.

Nous avions prévu de réaliser un stage de trois semaines dans les camps en début d'année de M2 mais devant l'incertitude quant à la poursuite de la mission après l'été 2017, nous n'avons pas pu l'organiser. Par ailleurs, il nous semblait nécessaire de prendre pleinement conscience de la réalité de la situation et nous avons donc eu la chance de pouvoir prendre part à la mission au mois de juin 2017 durant une semaine.

La prise en charge des femmes réfugiées-migrantes ne peut être dissociée de la compréhension de leur histoire, de ce qu'elles ont vécu mais, pour s'entretenir avec elles il faut, sans compter la barrière de la langue, gagner leur confiance par un contact répété, ce que nous ne pouvions réaliser. Pour pallier à ce manque, nous avons utilisé des extraits d'entretiens réalisés par Hana Alrawashdeh, traductrice pour GSF dans les camps durant plusieurs mois au cours desquels elle a pu créer un lien particulier avec ces femmes pour les besoins de la mission et pour réaliser son mémoire sur l'analyse du discours des femmes.

2.2. Pour aller plus loin

Notre travail s'est concentré sur la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes dans le cadre d'une mission humanitaire. Il semblerait intéressant de le poursuivre en travaillant sur d'autres aspects de la prise en charge.

Tout d'abord, sur le modèle du mémoire réalisé par Anne-Camille Arrot « *Parcours de migration, grossesse et accouchement des femmes migrantes d'origine africaine au CHU de Nantes: étude cas-témoins sur un échantillon de 300 femmes* » [43], une étude similaire comparant les femmes réfugiées-migrantes du nord de la France et les femmes d'origine française, pourrait être réalisée dans le but de déterminer s'il existe un impact de leur situation sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Cela permettrait également de s'intéresser à la problématique des mutilations sexuelles féminines (prévalence, conséquences obstétricales,...). En effet, beaucoup sont originaires de pays où elles sont encore pratiquées couramment si ce n'est pas systématiquement, notamment l'Erythrée et l'Ethiopie où cela concerne plus de 80% de la population féminine. [44]

De plus, en comparant cette fois-ci les femmes réfugiées-migrantes prises en charge à l'hôpital avant et pendant la mission Caminor, nous pourrions apprécier les probables bénéfices de la mise en place de la mission sur le suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum de ces femmes.

Ensuite, il serait pertinent de connaître la vision et le vécu des professionnels de santé sur la mise en place du partenariat entre les structures où ils exercent et GSF, notamment sur la création du dossier partagé à évaluer pour une possible étendue de son utilisation, les probables bénéfices dans leur prise en charge de ces patientes mais aussi les pistes d'amélioration possibles.

Enfin, il existe différentes visions et valeurs autour de la grossesse selon les cultures, qu'il aurait été intéressant d'étudier pour intégrer au mieux cet univers culturel et ne pas simplement imposer le modèle français dans le suivi des grossesses.

2- AUTOUR DE LA MISSION

2.1. Les bénévoles

2.1.1. La profession de sage-femme au cœur de la mission humanitaire

La mission Caminor, peut globalement être considérée comme une « mission de sages-femmes ». En effet, tout son fonctionnement s'est basé et adapté selon les compétences propres de la profession et notamment les compétences de la sage-femme libérale auxquelles nous avons déjà fait référence avec le suivi de la grossesse, du post-partum, gynécologique, des IVG et psycho-social, en restant dans la physiologie, la prévention et le dépistage.

Sans l'obligation d'une réelle « vocation » pour l'humanitaire, semblant nécessaire lors de missions plus longues et/ou à l'étranger, ces missions courtes et en France permettent de faire un premier pas dans l'humanitaire, même avec le « handicap » de l'absence d'expérience antérieure et sans trop d'impact sur la vie professionnelle et/ou familiale.

Les compétences acquises au cours de ces missions résident principalement dans les aspects, souvent mal connus dans la pratique courante, de la prise en charge psycho-sociale des femmes réfugiées-migrantes et qui sont aujourd'hui un atout majeur devant l'augmentation de leur nombre, non plus uniquement concentré dans le nord de la France mais partout en France.

2.1.2. Le vécu de la mission

L'adaptation à cette population et aux conditions de vie très différentes peut être rude¹ pour les bénévoles et la première rencontre avec les camps a souvent été un choc face à cette situation « *impensable* ». « *Puis ben tu y vas, t'es dans la mission, tu t'habitues* » explique Sylvie qui a eu des cauchemars les premières nuits. Selon la période d'intervention, les bénévoles ont pu assister, impuissants, aux démantèlements des camps avec tous les bénéfices constatés pour les femmes des actions mises en place par GSF progressivement réduits à néant à chaque fois, rendant le vécu de la mission « *lourd moralement* » avec une « *ascension émotionnelle* » inévitable. S'y ajoute les récits d' « *aventure chaotique aux mille périls* » pour lesquels la prise de distance, consciente ou non est parfois nécessaire, « *quelque fois, on oublie les situations, c'est tellement moche qu'on se protège comme ça* ».

Le départ devient pourtant lui aussi difficile, « *je me mettais à pleurer dès que j'en parlais la première fois que je suis revenue, j'avais la sensation d'avoir abandonné ces femmes* » (Julie). Malgré tout, si le temps de mission peut sembler court, c'est un investissement personnel total et à temps complet, pour lequel ces deux semaines, humainement enrichissantes, sont aussi suffisantes sur le plan émotionnel et en terme de

¹ Extrait 2 des entretiens réalisés, en Annexe VII

temps pour ne pas ressentir un trop grand décalage ou le besoin d'une réadaptation lors du retour au quotidien et au lieu de travail habituel.

Pour aborder cette mission plus « sereinement » et être mieux préparé, il semble intéressant pour les bénévoles, dans la mesure du possible, de participer à la FGOH d'une semaine proposée par GSF. *« Ca a fait beaucoup d'échos à ce que j'avais vécu avant la formation dans les camps, j'ai pu voir que c'était normal si j'avais ressenti telle ou telle chose, ça m'a donné des éléments sur lesquels m'appuyer, ça m'a reboosté »*, explique Tiphaine, pour qui cette formation même si faite à posteriori du début de son intervention, a été une réelle aide. Le compagnonnage mis en place via le chevauchement des missions, permet aussi aux bénévoles qui arrivent de profiter de l'expérience et de trouver les réponses à leurs questions auprès de ceux déjà présents depuis une semaine.

2.2. Les femmes : des femmes comme les autres placées dans un contexte exceptionnel

« Les femmes viennent pour les mêmes choses (...), elles viennent pour des douleurs ligamentaires qui font mal, parce que leur bébé bouge moins...ce sont les mêmes motifs de consultation ! Ce qui change, c'est le contexte : leurs antécédents, leur histoire... ». (Julie)

Elles ont en effet des besoins similaires en matière de santé mais, du fait de la situation exceptionnelle dans laquelle elles évoluent, leurs priorités s'en trouvent changées.

Ces différences de priorités induisent une certaine désillusion ou désenchantement chez les bénévoles par l'entrée en conflit entre l'imaginaire de pleine action formé autour de l'humanitaire et l'expérience du réel. [47] La prise de conscience et remise en question qui en découlent permettent de réfléchir au sens de l'acte médical dans la situation d'extrême précarité de ces femmes où l'« utilité » ne se mesure pas en nombre d'acte. Il a donc s'agit, tout au long de la mission et pour chaque bénévole, de s'adapter à leur réalité et répondre au mieux à leurs besoins selon leurs priorités : cibler les objectifs de suivi, adapter les prises de rendez-vous et le temps nécessaire,... Ainsi, partir la veille d'une césarienne programmée ou à l'approche du terme sont des comportements qu'on peine à imaginer en pratique courante mais qui prennent leur sens dans ce qui n'est plus une vie mais une survie où tout l'espoir d'en sortir se concentre dans une nouvelle et meilleure vie imaginée en Angleterre.

L'autre élément, encore une fois lié au contexte, à prendre en compte dans le quotidien de ces femmes est la quasi-omniprésence des violences physiques, verbales, psychologiques et sexuelles à leur encontre. Ces violences sont responsables de grossesses non désirées, d'interruptions volontaires de grossesse, d'un désir de contraception en « prévention du viol » et de souffrances psychologiques allant jusqu'à la banalisation des violences subies devenue

la « norme » à leurs yeux. Il est primordial, avant tout, d'apprendre à identifier ces violences pour, au mieux, stopper l'engrenage dans lequel elles sont prises ou, à défaut, les mettre à l'abri.

Il est primordial de se rappeler que ces femmes n'ont pas choisi leur situation, conséquence du seul hasard de la naissance. *« Des habitants de Grande-Synthe m'ont montré des photos de leur maison, elle était bien plus grande que mon appartement et là ils sont dans un shelter... Sur une autre photo, la femme était maquillée, c'était le jour de son mariage. Je me suis rendue compte que je leur avais mis une sorte de prisme de la misère (...) Une autre femme dont je me suis occupée plusieurs fois, au moment de lui demander sa profession, ça a été un choc, elle était sage-femme ! Ça peut tous nous arriver et ça, ça se passe en France... j'avais comme une sensation personnelle de danger après. (...) Quand je suis rentrée chez moi après la mission, mon conjoint m'a dit « bienvenue chez nous », je me suis rendu compte de l'importance d'un chez soi, un endroit où on se sent en sécurité, où on sait où sont les gens qu'on aime... eux sont éclatés un peu partout. »* (Julie)

2.3. La mission

2.3.1. L'intervention humanitaire auprès des femmes à Calais, une solution palliative

Nécessaire...

L'augmentation progressive de l'activité au cours de la mission témoigne de besoins en santé dans les camps, comme nous pouvions aisément l'imaginer, bien réels. En effet, en, pour le moment, 22 mois d'action, de moins de 100 actes par mois en novembre 2015, l'activité a atteint le chiffre de 2685 actes au cours du mois de septembre 2017 ; les effectifs de bénévoles ont également rapidement été doublés puis triplés avec deux bénévoles supplémentaires pour s'occuper du Women Center et du refuge ; avec pour GSF une obligation de moyens en accord avec cette évolution notamment par l'obtention d'un second véhicule et d'un troisième appartement, le refuge pour la mise à l'abri des femmes.

...mais imparfaite

L'action humanitaire trouve son sens dans un système qui dysfonctionne, c'est la raison de son existence. Face à une crise imprévisible, brutale, une situation d'urgence, cette action agit pour pallier à un manque temporaire et apporter le support et le soutien nécessaires à l'ébauche d'une reconstruction.

Le problème à Calais réside dans la cause même de ce dysfonctionnement et le contexte qui l'entoure car plus qu'une réelle crise, cette situation d'attente vaine de la disparition des réfugiés-migrants résonne plutôt comme un constat d'impuissance.

GSF ne peut apporter qu'une solution symptomatique aux maux de ces femmes en améliorant un peu leurs conditions de vie grâce à une prise en charge médico-psycho-sociale auparavant inexistante et la proposition d'une protection, au moins temporaire. Les ébauches d'une prise en charge plus durable et optimale par la mise en place de conventions avec les structures sanitaires alentours, par l'instauration de temps de consultation définis dans des lieux dédiés, par l'élargissement des domaines d'actions pour mieux répondre aux besoins,... sont mises à mal par les démantèlements successifs des camps remettant les progrès obtenus à zéro et obligeant GSF à colmater des trous plus qu'à réellement pouvoir construire des fondations solides pour pérenniser cette prise en charge. En effet, contrairement à d'autres missions où le départ s'entrevoit par un passage de relais, à Calais nous pouvons penser que le départ de GSF signifierait pour ces femmes, le retour à leur situation initiale voire une situation empirée par la disparition des camps.

Le paradoxe se situe dans la grande proximité de nombreuses structures de soins efficaces. Si on fait à nouveau le parallèle avec la mission réalisée en Jordanie, dans les deux cas, un camp humanitaire aux normes de l'UNHCR a été érigé avec le camp de Zaatari en Jordanie et le camp de la Linière en France. Cependant, deux points essentiels les distinguent : l'absence de villes et structures sanitaires à des kilomètres autour du camp de Zaatari et le contexte de guerre motivant la création de ce dernier. Ainsi, la France, 6^{ème} puissance mondiale et pays non en guerre, s'est vu construire, par MSF et la maire de Grande-Synthe qui ne pouvaient rester indifférents à la situation des réfugiés-migrants des camps français, un camp humanitaire c'est-à-dire le moyen réservé aux pays en crise ou en voie de développement.

« Il faut bien faire quelque chose » d'un point de vue humanitaire mais traiter la cause de cette situation qui dure nécessite une intervention nationale, européenne et mondiale.

2.3.2. Une situation actuelle qui semble sans issue

Cet interminable refrain...

Nous commençons ce mémoire en évoquant déjà l'« interminable refrain qui dure depuis maintenant 19 ans » à Calais. L'étude de la mission Caminor c'est-à-dire de novembre 2015 à aujourd'hui ne peut que confirmer la permanence de ce constat. En effet, au cours de ces deux années, le « jeu du chat et de la souris » entre l'Etat français et les réfugiés-migrants se répète inlassablement avec le démantèlement de la jungle de Calais en mars et octobre 2016, de Steenvoorde en juillet 2016 et 2017, de Norrent-Fontes en septembre 2017 et enfin l'incendie de la Linière avec par la suite l'interdiction de toute installation à Calais ou

Grande-Synthe mais, tout cela sans jamais les faire disparaître. Certains sont amenés vers différentes structures du DNA mais les places sont encore insuffisantes, les démarches trop longues et beaucoup les quittent pour regagner à nouveau le nord, toujours animés par la force de leur rêve d'Angleterre.

Les conséquences d'une crise qui dure

« Notre liberté restera insatisfaite tant qu'elle sera interdite à nos semblables. Personne ne peut apprécier un festin au milieu des affamés, or le manque de liberté est la pire des faims. » Fatou Diome

Au cours de ces 19 années, la cohabitation forcée et difficile entre réfugiés-migrants et habitants initiaux de la région, s'est soldée par l'installation d'une peur et d'une méfiance mutuelle si bien ancrée que la lutte contre les aprioris semble, au jour d'aujourd'hui, encore plus complexe. Les principales victimes sont toujours les plus démunis, c'est-à-dire les réfugiés-migrants dans la population française et les femmes et mineurs dans la population des réfugiés-migrants.

L'humanité, au cœur de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, implique le respect des droits fondamentaux de l'être humain. Pourtant, la volonté d'interdire tous les points de fixation des réfugiés-migrants du nord de la France a mis à mal ce respect dû à leurs anciens habitants.

En effet, depuis la disparition progressive de ces camps, une escalade dans la violence et dans l'atteinte à leur dignité par les privations (abris, sommeil, alimentation, hygiène, soins) et les persécutions a été constatée. Les quelques jours passés en juin 2017 nous ont malheureusement confrontés à la fréquence des violences policières¹, confirmées par la dernière étude de RRDP réalisée en octobre 2017, où 91,8% des réfugiés-migrants interrogés ont déclaré en avoir subi. [45] Les associations, par « délit de solidarité », connaissent également des difficultés, allant jusqu'à la mise en garde à vue de certains bénévoles, pour avoir essayé de délivrer repas et vêtements.² Le défenseur des droits, intervenu le 12 juin 2017, rapporte « *des atteintes aux droits fondamentaux d'une exceptionnelle et inédite gravité* ». [46] Suite à cela, le Tribunal de Lille a condamné l'Etat et la Préfecture à mettre à disposition des points d'eau et à restaurer des conditions dignes mais malgré ces condamnations, peu de changements ont pu être constatés. A Grande-Synthe, le maire menace de mettre à nouveau en service les points d'eau existants du camp incendié de la Linière si l'Etat n'agit pas. La situation est particulièrement critique avec la période hivernale où des solutions de mises à l'abri ne peuvent être trouvées pour l'ensemble de cette population.

¹ Journal de bord : lignes 451 à 456 ; 461 à 466, en *Annexe XVIII*

² Journal de bord : lignes 104 à 111, en *Annexe XVIII*

Cette violence et ce rejet causent, dans cette population, la propagation d'une méfiance générale envers la France et, toujours dans la même étude, 92,2% pensaient encore que l'Angleterre était le meilleur pays pour eux où ils pensent avoir plus de chance d'obtenir des papiers. Ainsi, une politique oscillant entre accueil et rejet, ne poussera jamais les réfugiés-migrants à vouloir faire de la France, à défaut d'un eldorado, leur nouvelle maison et la volonté de la France de voir ces lieux d'errance aux portes de l'Angleterre disparaître ne sera jamais concrétisée. Une action politique efficace et durable des gouvernements français et britannique, plaçant la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme au centre de leur initiative, est nécessaire pour stopper cette crise humanitaire et développer des solutions à plus long terme dans l'accueil de ces personnes déplacées.

Un impact majeur sur les populations les plus vulnérables

Dans ce contexte, les femmes, devenues il semblerait encore plus minoritaires, sont dans une situation de vulnérabilité encore jamais atteinte, où dispersées dans la masse de réfugiés-migrants, elles n'ont même plus la possibilité de trouver le refuge ou la cachette d'une tente. Malgré la disparition des deux principaux camps, les constats restent globalement les mêmes, avec des femmes isolées à Calais et plutôt des familles à Grande-Synthe, où même avec des enfants, et pour certains en très bas âge, la règle est la même, pas de « toit » pour dormir.¹

La situation des mineurs est également très préoccupante, avec, selon l'étude de RRDP d'octobre 2017 à Calais, 40,69% de réfugiés-migrants de 17 ans ou moins dont 78,72% sont isolés et 94,56% se sentant en insécurité [44]. Ils doivent se débrouiller seuls dans un contexte d'insécurité et précarité extrêmes, tout en portant le poids d'un parcours déjà difficile et lourd de traumatismes.² De jeunes adolescentes se retrouvent ainsi isolées au milieu de centaines d'hommes faisant craindre pour leur avenir et fortement soupçonner l'emprise de certains sur elles voire pire, leur exploitation.³

Un impact sur l'évolution de la mission

Même si les réfugiés-migrants sont restés présents, ils sont, malgré tout, moins nombreux avec environ 500 personnes à Grande-Synthe et 600 personnes à Calais, dont la part des femmes existe mais est minime, estimée à 3%. Cette diminution du nombre de femmes, la disparition des lieux de consultation et donc de l'intimité nécessaire aux consultations et confidences ; le temps limité pour dispenser les soins ; une visibilité mutuelle entre GSF et les femmes devenue très limitée, sont tout autant de conséquences de la

¹ Journal de bord : lignes 168 à 171, en *Annexe XVIII*

² Extrait 20 des entretiens réalisés, en *Annexe VII*

³ Journal de bord : lignes 50-51 ; 82 à 86 ; 182 à 184 ; 312 à 316, en *Annexe XVIII*

disparition des points de fixation de cette population, entraînant une diminution majeure de l'activité obstétricale et soins techniques, avec par exemple en septembre seulement 3 consultations obstétricales. Ces actes étaient réalisés auparavant dans des conditions, certes non optimales, mais qui garantissait tout de même la possibilité de mettre en place des protocoles de suivi.

Par ailleurs, l'activité n'a cessé d'augmenter, car non figée, elle a évolué, notamment sur la typologie des actes pratiqués, liée à la nécessité d'une constante adaptation aux besoins d'un moment t. Ainsi, le désengagement des autres ONG médicales, n'a laissé d'autre choix aux bénévoles de GSF, face à une forte demande, que de prodiguer des soins primaires aux hommes au risque de se transformer progressivement en pharmacie ambulante¹ et de monopoliser un temps qui aurait dû profiter aux femmes. La masse d'homme devant l'ambulance GSF peut d'un côté, même si elles sont prioritaires, les empêcher d'oser faire le premier pas, obligeant dans la même logique, la reprise des maraudes pour regagner une visibilité, notamment des femmes isolées. D'un autre côté, les femmes mariées ou avec un conjoint ne viendront qu'avec lui et accepter les hommes c'est aussi ne pas perdre de vue ces femmes.

Concernant les femmes, c'est la prise en charge psycho-sociale plus que médicale qui est devenue centrale avec un refuge toujours plein face à la nécessité de mise à l'abri des femmes ou adolescentes isolées et enfants, encore majorée par la période hivernale.

2.3.3. Perspective d'avenir : vers la mission « CamiFrance »

Face à ces constats et une situation qui n'évolue pas, la mission Caminor n'est pas vouée à perdurer sur son mode d'action actuel. Pour le moment maintenue jusqu'à fin 2017 et probablement fin 2018, GSF a, par la suite, pour projet de parvenir à une action, non plus centralisée dans le nord de la France, mais généralisée à la France entière par un travail en réseau, la mission « Camifrance ».

En effet, la problématique des femmes réfugiées-migrantes n'est plus aussi concentrée dans le nord de la France qu'elle ne l'était auparavant. Elles sont également nombreuses à Paris où GSF intervient depuis février 2017 en assurant des permanences de gynécologie-obstétrique dans le Centre Humanitaire d'Urgence à Ivry sur Seine (mission « CamParis »), dans les nombreux CADA, CAO et autres structures d'accueil éparpillées sur l'ensemble du territoire mais aussi malheureusement dans la rue.

GSF, depuis novembre 2015, a acquis une grande expérience dans la prise en charge médico-psycho-sociale de ces femmes avec toutes ses difficultés et pourrait donc faire profiter

¹ Journal de bord : lignes 410 à 413, en *Annexe XVIII*

aux professionnels qui seront confrontés à cette situation, c'est-à-dire potentiellement tout professionnel de santé, des connaissances acquises.

Il s'agirait donc de proposer des formations d'une journée, dans le cadre du Développement Professionnel Continu, aux sages-femmes et gynécologues de France souhaitant s'investir avec GSF ou sur leur lieu d'exercice.

Cette formation serait par la suite disponible en ligne, en « e-learning »¹ sur une plateforme numérique, pour une diffusion facilitée et à un plus grand public. Il s'agit notamment de fournir des guides sur des points essentiels auxquels les professionnels sont rarement confrontés, comme la traite des êtres humains, les procédures juridiques et sociales, les procédures d'ouvertures des droits, etc.

L'objectif de cette plateforme serait aussi de créer un réseau de sages-femmes et gynécologues bénévoles pour GSF. Ils pourront intervenir auprès de chez eux avec un suivi qui, comme vu précédemment avec les sages-femmes en H8 dans la mission Caminor, gagne à être continu et non plus basé sur un turn-over de 15 jours. Les différents lieux où se trouvent les femmes réfugiées-migrantes seront mieux identifiés avec la centralisation des informations les concernant. GSF se chargerait de superviser toutes les actions en organisant notamment les plannings des bénévoles et les interventions.

Dans cette optique, un lieu de consultation devrait être identifié pour chaque lieu d'intervention et ainsi assurer des soins de qualité et l'intimité nécessaire. En effet, l'exemple de la disparition de ces lieux, contemporaine à la disparition des camps du nord de la France, montre bien l'altération de la qualité des suivis que cela engendre. En dernier recours, le modèle du DMGO pourrait être une alternative. La problématique des mises à l'abri est, comme nous avons pu le voir, centrale avec bien souvent des solutions en nombre insuffisant et, sur le même modèle que la mission Caminor, un refuge annexé serait à discuter au cas par cas et selon les possibilités. [26]

Cette mission est encore à l'ordre du jour à l'état de projet et un projet ambitieux car, d'une part, très différente des missions réalisées à ce jour par GSF. D'autre part et pour rappel, la mission Caminor fonctionne jusqu'alors avec respectivement 77% et 7,2% de fonds privés et propres. Pour cette nouvelle mission, un soutien financier majeur sera nécessaire qu'on pourrait imaginer cette fois-ci fourni en partie par l'Etat puisque dans l'optique d'une solution pérenne, viable et humaniste.

¹ C'est l'ensemble des solutions et moyens permettant l'apprentissage par des moyens électroniques, notamment la téléformation.

Conclusion

Depuis maintenant déjà plus de deux ans, GSF œuvre pour les femmes réfugiées-migrantes des camps du Nord-Pas-de-Calais, population minoritaire, souvent invisible et tout particulièrement vulnérable dans ce contexte si particulier d'extrême précarité. Leurs besoins en soins de médecine générale, de gynécologie-obstétrique mais aussi et surtout d'accompagnement psycho-sociale sont bien présents dans cet environnement responsable de suivis de grossesse absents ou déçus, de grossesses non désirées et de violences d'une exceptionnelle gravité par leur fréquence, leurs multiples facettes et la résignation qui en découle pour ce qui est devenu « la norme » à leurs yeux.

La mission Caminor agit comme un pansement à tous ces maux mais de manière imparfaite car, la volonté de tous ses bénévoles, dans la mise en œuvre de bases solides pour un suivi efficient et pérenne, est mise à mal par l'urgence de la situation qui finit toujours, d'une manière ou d'une autre, par reprendre ses « droits », responsable d'une boucle sans fin aux victimes silencieuses.

La situation de ces femmes n'est plus unique mais résonne au contraire, maintenant, dans toute la France avec la nécessité d' « exporter » cette mission sur l'ensemble du territoire par la mission « CamiFrance » et ainsi garantir aux réfugiées-migrantes mais femmes avant tout, le droit commun à la santé sexuelle et reproductive.

La politique actuelle, hésitante, entre accueil et rejet, ainsi que les forts préjugés qui persistent à l'encontre de cette population sont tout autant de constats qui démontrent la complexité dans la prise en charge de cette « crise » (?) et qui encourage cette vision, devenue irrationnelle, d'eldorado anglais.

« Moi, je pense que la crise n'existe pas. Une crise, par définition, ça passe. On dit bien une crise de toux, de larmes... Là, elle n'est pas destinée à passer. On édulcore l'événement en faisant comme si elle allait disparaître. Là, on est dans une mutation, un appel au renouveau, c'est-à-dire que ce qui était bon avant ne l'est pas nécessairement après, c'est une occasion extraordinaire de tout changer. » Albert Jacquard

Bibliographie

- [1] Comede. Migrants/étrangers en situation précaire - soins et accompagnement - Guide pratique pour les professionnels [En ligne]. 2015 [cité le 19 mai 2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>
- [2] Rodier C. Migrants et réfugiés - Réponse aux indécis, aux inquiets et aux réticents. *Edition La Découverte*. 2016 ; 84p.
- [3] INSEE. Définition immigré [En ligne]. [cité le 19 juin 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
- [4] OFPRA. Convention de Genève de 1951 [En ligne]. [cité le 16 juin 2017]. Disponible : https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/convention_1951_protocol_1967.pdf
- [5] Ministère de l'intérieur, direction générale des étrangers en France. Le guide du demandeur d'asile en France [En ligne]. Novembre 2015. [cité le 19 juin 2017]. Disponible : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/Guide-du-demandeur-d-asile-en-France>
- [6] UNHCR. Aperçu statistique [En ligne]. 2016 [cité le 19 juin 2017]. Disponible : <http://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>
- [7] UNHCR. Tendances globales - déplacements forcés en 2016 [En ligne]. 2016 [cité le 28 juin 2017]. Disponible : <http://www.unhcr.org/5943e8a34>
- [8] UNHCR. Portail opérationnel - Situation des réfugiés [En ligne]. 2017 [cité le 25 juin 2017]. Disponible : <http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
- [9] France Terre d'Asile. « Crise des réfugiés » et déplacements en Europe : point sur la situation [En ligne]. Janvier 2016 [cité le 25 juin 2017]. Disponible : <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/Note-d-information-la-situation-en-europe-janvier-2016.pdf>
- [10] CIMADE. Petit guide pour lutter contre les préjugés sur les migrants [En ligne]. Octobre 2016 [cité le 19 juin 2017]. Disponible : http://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2016/10/La_Cimade_Petit_Guide_Prejuges_2016.pdf
- [11] Ministère de l'intérieur. Demandes d'asile au 11 juillet 2017 [En ligne]. 2017 [cité le 19 juin 2017]. Disponible : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs/EM-2017-3-Demandes-d-asile-au-11-juillet-2017>
- [12] Huffingtonpost. Migrants à Calais : pourquoi la Grande-Bretagne est vue comme un eldorado [En ligne]. Octobre 2016 [cité le 20 juin 2017]. Disponible : http://www.huffingtonpost.fr/2015/07/30/migrants-calais-pourquoi-grande-bretagne-eldorado_n_7901484.html
- [13] INA. La guerre du Kosovo [En ligne]. 1998 [cité le 25 juin 2017]. Disponible : <http://fresques.ina.fr/jalons/fiche-media/InaEdu00216/la-guerre-au-kosovo.html>
- [14] Le Monde. « Jungle de Calais », comprendre les enjeux migratoires [En ligne]. 2017 [cité le 25 juin 2017]. Disponible : http://www.lemonde.fr/europe/article/2017/01/30/accueil-des-migrants-a-calais-la-crainte-d-un-appel-d-air-l-a-emporte_5071861_3214.html

- [15] IRCOM. La jungle de Calais - Comment en est-on arrivé là ? [En ligne]. 2016 [cité le 07 octobre 2016]. Disponible : <http://www.ircom.fr/wp-content/uploads/2016/01/La-Jungle-de-Calais.pdf>
- [16] Passeurs d'hospitalité. Calais – Défenseur des Droits : « Des atteintes aux droits fondamentaux d'une exceptionnelle et inédite gravité » [En ligne]. Juin 2017 [cité le 28 juin 2017]. Disponible : <https://passeursdhospitalites.wordpress.com/2017/06/14/calais-defenseur-des-droits-des-atteintes-aux-droits-fondamentaux-dune-exceptionnelle-et-inedite-gravite/>
- [17] Larousse. Définition ONG [En ligne]. [cité le 19 juin 2017]. Disponible : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/organisation_non_gouvernementale_ONG/75270
- [18] Gynécologie Sans Frontières. Constats - Historique - Objectifs [En ligne]. [cité le 16 juin 2017]. Disponible : <http://gynsf.org/gsf/constats-historique-objectifs/>
- [19] Gynécologie Sans Frontières. Charte de Gynécologie Sans Frontières [En ligne]. [cité le 16 juin 2017]. Disponible : <http://gynsf.org/charte-de-gynecologie-sans-frontieres/>
- [20] Gynécologie Sans Frontières. Typologie des missions [En ligne]. [cité le 16 juin 2017]. Disponible : <http://gynsf.org/missions/urgence/>
- [21] OMS. Définition santé sexuelle et génésique [En ligne]. [cité le 21 juin 2017]. Disponible : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- [22] Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement [En ligne]. Le Caire, 5-13 septembre 1994 [cité le 21 juin 2017]. Disponible : https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
- [23] OMS. 10 faits sur la santé maternelle [En ligne]. 2015 [cité le 24 juin 2017]. Disponible : http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/fr/
- [24] Médecins Du Monde. Promotion de la santé sexuelle et reproductive [En ligne]. [cité le 24 juin 2017]. Disponible : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/sante-sexuelle-et-reproductive-ssr>
- [25] UNHCR. La santé reproductive en situation de réfugiés [En ligne]. 1999 [cité le 24 juin 2017]. Disponible : <http://www.unhcr.org/fr/publications/operations/4ad2f8372/sante-reproductive-situations-refugies-manuel-terrain-interorganisations.html>
- [26] Gynécologie Sans Frontières. Rapport d'exécution de projet, mission Caminor - Novembre 2015/ Septembre 2017 [En ligne]. 2017 [cité le 14 mars 2017]. Disponible : <https://gynsf.org/imprimables/Rapport%20CAMINOR%20nov%202015-sept%202017.pdf>
- [27] Refugee Rights data project. The “other” camp: filling data gaps relating to refugees and displaced people in Dunkirk [En ligne]. Avril 2016 [cité le 2 novembre 2017]. Disponible : http://refugeerights.org.uk/wp-content/uploads/2016/09/RRDP_TheOtherCamp.pdf
- [28] Refugee Rights data project. La longue attente : combler les lacunes en matière de données relatives aux réfugiés et personnes déplacées dans le camp de Calais [En ligne]. Février 2016 [cité le 2 novembre 2017]. Disponible : http://refugeerights.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/RRDP_LaLongueAttente.pdf
- [29] Service-Public. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État? [En ligne]. Avril 2017 [cité le 24 août 2017]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

- [30] Agence Régionale de Santé. Les permanences d'accès aux soins de santé [En ligne]. Février 2017 [cité le 24 août 2017]. Disponible : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
- [31] Nouvelle langue française. Maraude [En ligne]. 2010 [cité le 2 août 2017]. Disponible : <http://nouvellelanguefrancaise.hautetfort.com/archive/2010/12/05/maraude.html>
- [32] Larousse. Marauder [En ligne]. [cité le 2 août 2017]. Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/marauder/49351?q=maraude#49258>
- [33] OFII. Rapport d'activité 2016 [En ligne]. 2016 [cité le 30 octobre 2017]. Disponible : http://www.ofii.fr/IMG/pdf/OFII_RA_2016_PAGES.pdf
- [34] La Cimade. Etat des lieux du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile [En ligne]. Octobre 2017 [cité le 30 octobre 2017]. Disponible : <http://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>
- [35] La Cimade. Abécédaire des migrations [En ligne]. [cité le 30 octobre 2017]. Disponible : <http://www.lacimade.org/faq/abecedaire-des-migrations/>
- [36] Ined. La contraception dans le monde [En ligne]. Août 2014 [cité le 24 octobre 2017]. Disponible : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/250/fichier.fiche.peda.contraception.monde.fr.pdf
- [37] Inpes. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [En ligne]. Octobre 2011 [cité le 24 octobre 2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
- [38] Vidal. Les sages-femmes peuvent réaliser des IVG médicamenteuses et des vaccinations depuis le 6 juin 2016 [En ligne]. Juin 2016 [cité le 23 octobre 2017]. Disponible : https://www.vidal.fr/actualites/19674/les_sages_femmes_peuvent_realiser_des_ivg_medicamenteuses_et_des_vaccinations_depuis_le_6_juin_2016/
- [39] Amnesty International. La situation des droits humains dans le monde : rapport 2016/2017 [En ligne]. 2017 [cité le 17 novembre 2017]. Disponible : <https://www.amnesty.org/fr/documents/poi10/4800/2017/fr/>
- [40] Alrawashdeh H. L'analyse du discours des femmes : Cas des femmes réfugiées-migrantes des camps du Nord et du Pas-de-Calais [Mémoire pour le Master 2 en Sciences du Langage et Didactique des Langues]. UFR Sciences humaines et sociales. 2016 ; 84p.
- [41] France Terre d'Asile. Identification et protection des victimes de la traite dans un contexte de migration de transit : Expérience du projet d'aide aux victimes de la traite mené dans les camps du Nord-Pas-de-Calais [En ligne]. Avril 2017 [cité le 17 novembre 2017]. Disponible : http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/Identification_et_protection_des_victimes_de_la_traite_dans_un_contexte_de_migration_de_transit.pdf
- [42] Organisation Mondiale de la Santé. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire [En ligne]. 2013 [cité le 17 novembre 2017]. Disponible : http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/who_prevalence_fre.pdf

[43] Arrot A-C. Parcours de migration, grossesse et accouchement des femmes migrantes d'origine africaine au CHU de Nantes: étude cas-témoins sur un échantillon de 300 femmes [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Nantes : Université de Nantes, UFR médecine - Ecole de sages-femmes. 2015 ; 76p.

[44] Organisation Mondiale de la Santé. Eliminer les mutilations sexuelles féminines : Déclaration interinstitutions [En ligne]. 2008 [cité le 25 novembre 2017]. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf

[45] Refugee Rights Data Project. Twelve months on: filling information gaps relating to refugees and displaced people in northern France a year on from the demolition of Calais camp [En ligne]. Octobre 2017 [cité le 28 novembre 2017]. Disponible : http://refugeerights.org.uk/wp-content/uploads/2017/11/RRDP_TwelveMonthsOn.pdf

[46] Défenseur Des Droits. Visite du défenseur des droits le lundi 12 juin à Calais [En ligne]. 14 juin 2017 [cité le 28 novembre 2017]. Disponible : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/cp_defenseur_des_droits_-_visite_calais.pdf

[47] Bancel N. & Iehl C. Partir « sans frontière » : l'humanitaire aujourd'hui [En ligne]. 1998 [cité le 5 décembre 2017] *Agora débats/jeunesses* ; vol.11 ; p. 31-40. Disponible : http://www.persee.fr/doc/agora_1268-5666_1998_num_11_1_1583

[48] Gynécologie Sans Frontières. Reportage pour GSF - Photos de mission [En ligne]. Janvier 2016 [cité le 19 juillet 2017]. Disponible : <https://gynsf.org/photos-de-mission-camps/reportage-pour-gsf-dans-le-camp-de-norrent-fontes-38/>

[49] La documentation française. Immigration : les chiffres [En ligne]. 2016 [cité le 21 juin 2017]. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/immigration/chiffres.shtml>

[50] Lariette A. Suivi des femmes enceintes sans couverture sociale en France: Quelle prise en charge par les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile et les sages-femmes de Médecins du Monde ? [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Metz : Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes. 2014 ; 93p.

[51] Chabauty E, Freyburger P. Sept jours à Calais - Migrations, les portes de l'Europe. 2015 ; 127p.

[52] Magnan G. Mission Calais pour GSF [En ligne]. Mars 2016 [cité le 15 octobre 2016] *Profession sage-femme* ; n° 223 ; p. 32-36. Disponible : <http://gynsf.org/imprimables/PSF%20223-Mars%2016-GSF%20CALAIS.pdf>

Annexes

ANNEXE I : TRAME DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DES SAGES-FEMMES BÉNÉVOLES

ANNEXE II : LA DEMANDE D'ASILE EN FRANCE

ANNEXE III : SCHÉMAS ET CARTES

ANNEXE IV : PRÉSENTATION DES AUTRES ASSOCIATIONS

ANNEXE V : PHOTOS

ANNEXE VI : FRISES CHRONOLOGIQUES

ANNEXE VII : EXTRAITS DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DES BÉNÉVOLES

ANNEXE VIII : FEUILLE VIERGE CONSULTATION DOSSIER PARTAGÉ GSF

ANNEXE IX : FEUILLE VIERGE SUIVI POST-PARTUM GSF

ANNEXE X : LIEUX DE TRANSFERT DES PATIENTES SELON LE CAMP D'ORIGINE

ANNEXE XI : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG

ANNEXE XII : JEU GSF « RELATIONS ET PRÉVENTION »

ANNEXE XIII : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

ANNEXE XIV : MODÈLE CERTIFICAT MÉDICAL VICTIME DE VIOLENCES

ANNEXE XV : EXTRAITS MÉMOIRE « L'ANALYSE DU DISCOURS DES FEMMES » [40]

ANNEXE XVI : RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU REFUGE GSF

ANNEXE XVII : TÉMOIGNAGES RECUEILLIS PAR FRANCE TERRE D'ASILE [41]

ANNEXE XVIII : JOURNAL DE BORD

ANNEXE I: TRAME DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DES SAGES-FEMMES BÉNÉVOLES

- 1) Dans quel secteur travaillez-vous ? Quel est votre parcours professionnel ?
- 2) Était-ce votre première mission humanitaire ? Si déjà parti : Où ? Quand ? Quel type de mission ?
- 3) Qu'est-ce qui vous a amené à être bénévole dans la mission ? Comment et quand avez-vous entendu parler pour la première fois de la situation des femmes dans les camps du nord ? Pourquoi choisir de partir avec GSF ?
- 4) A quelle(s) période(s) avez-vous pris part à la mission ? Contexte particulier à ce moment ?
- 5) Pouvez-vous me raconter votre arrivée dans les camps/ dans les locaux de GSF ?
- 6) Quelles étaient vos principales activités pendant la mission ?
 - Suivi de grossesse : Comment s'organise la prise en charge de la grossesse pour ces femmes ? Y-a-t-il des spécificités ? Que faisiez-vous ? Où les orientiez-vous si besoin, et pour quelle(s) prise(s) en charge ?
 - Consultations gynécologiques
 - IVG : Avez-vous été confrontée à des demandes d'IVG ? Comment s'organise la prise en charge de ces demandes d'IVG ?
 - Contraception : Comment est faite l'information ? Quels moyens de contraception sont les plus donnés ?
 - Violences : On entend beaucoup parler des violences subies par les femmes dans les camps, y avez-vous été confrontée pendant votre mission ? Comment aborder le sujet avec elles ? Quelles solutions ?
 - Comment ça se passait avec les structures sanitaires alentours ? Avec les professionnels ?
- 7) Comment s'organisaient les journées ?
- 8) Étiez-vous en lien avec d'autres organismes/ associations ? Lesquels ? Comment ?
- 9) Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge ? Si oui lesquelles ? Avez-vous trouvé des solutions pour faire face à ces difficultés ?
- 10) Comment entriez-vous en contact avec les femmes dans les camps ? Difficultés ? Vous ont-elles raconté leur parcours ? Le chemin pour arriver en France, leur famille, les violences...
- 11) Pouvez-vous me raconter un souvenir marquant pendant votre mission ?
- 12) Si déjà partie en mission : Différences par rapport à votre précédente mission ? Si a participé plusieurs fois à la mission CAMINOR : évolution de la mission ? Changements de prise en charge ?
- 13) Comment voyez-vous l'avenir de la mission ? De ces femmes ?

1- Définitions [35]

Dispositif National d'Accueil (DNA): ensemble des structures d'accueil dédié à l'accueil des demandeurs d'asile géré par l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration.

Il comprend les CAO, les CADA, les AT-SA, les Hébergements d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA), les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH), les Centres d'Hébergement d'Urgence des Migrants (CHUM), les Dispositifs de Préparation Au Retour (DPAR), le Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA).

Centre d'accueil et d'orientation (CAO): structures d'hébergement mises en place en octobre 2015 pour héberger les personnes souhaitant quitter le camp de Calais. Comprenant initialement environ 2 000 places, le dispositif a été étendu à 10.000 places pour assurer le démantèlement de ce camp en octobre 2016. En janvier 2017, le dispositif a intégré le DNA et devait être réduit à 5 000 places. Il est utilisé depuis mars 2016 pour orienter les personnes qui sont hébergées dans les centres de premier accueil de Paris. Les personnes peuvent y être admises sans que leur demande d'asile soit enregistrée.

Leurs missions sont l'hébergement et l'accompagnement social. Le prix de journée est de 15 € par jour et par personne (25 si la nourriture est fournie par le centre) pour une période de trois à six mois et dans l'attente d'une admission dans une autre structure du DNA.

Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA): peuvent y entrer les demandeurs d'asile qui ont introduit une demande d'asile à l'OFPRA. Ils peuvent y rester pendant l'examen de leur demande d'asile. Les missions prévues sont l'hébergement, l'accompagnement social et administratif. Le prix de journée est fixé à 19,50 € par jour et par personne. Selon le rapport d'activité de l'OFII, fin 2016, 37 296 places de CADA étaient ouvertes, réparties sur le territoire.

Accueil Temporaire Service de l'Asile (AT-SA): désigne également une forme d'hébergement des demandeurs d'asile dont les missions sont similaires, comprenant 6 013 places fin 2016.

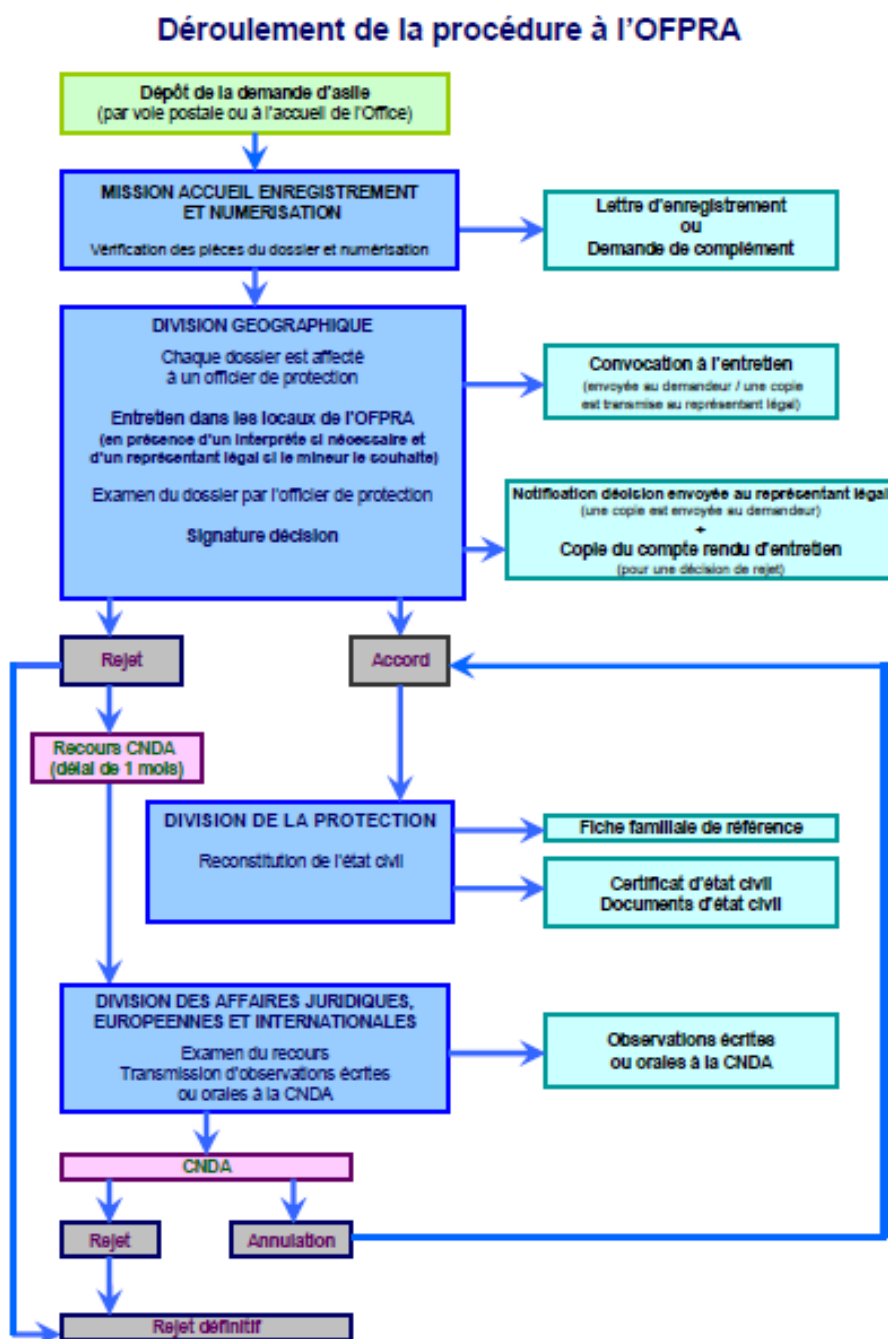
2- Procédure de la demande

Dans un premier temps, une demande d'asile auprès de l'OFPRA doit être réalisée. Un agent de préfecture doit valider l'ensemble des informations transmises puis un agent de l'OFII effectue l'évaluation de la situation personnelle. [5]

Plusieurs critères, fixés par le règlement « Dublin III » et hiérarchisés, permettent de déterminer le pays responsable de l'examen de la demande d'asile. Il s'agit du pays par lequel la personne est entrée et dans lequel elle a été contrôlée ou celui qui lui a accordé un visa ou un titre de séjour. Dans ce cas, la préfecture entreprendra alors des démarches auprès de cet Etat pour poursuivre la prise en charge. D'autres critères sont prévus, notamment le fait qu'un membre de sa famille que la personne souhaite rejoindre réside en tant que réfugié ou demandeur d'asile dans un autre pays. C'est le principe de l'unité de la famille qui est alors appliqué. Un pays peut aussi accepter, pour des raisons humanitaires, la demande d'asile même si elle ne relève pas de sa compétence. [5]

Si la demande relève de la responsabilité de la France, une première attestation de demande d'asile valable un mois est remise et qui pourra être renouvelée jusqu'à la décision de l'OFPRA. Les délais pour obtenir une décision de l'OFPRA sont variables, de 15 jours en

moyenne en procédure accélérée, à plusieurs mois en procédure normale. La réforme de l'asile a réduit le temps d'examen des demandes à 9 mois contre 2 ans auparavant, puis 6 mois. La décision de l'OFPRA est envoyée au demandeur d'asile par courrier recommandé avec accusé de réception. Si la décision est négative, le demandeur d'asile dispose d'un mois à partir de la date de notification de la décision de l'Office pour former un recours devant la Cour Nationale du Droit d'Asile.

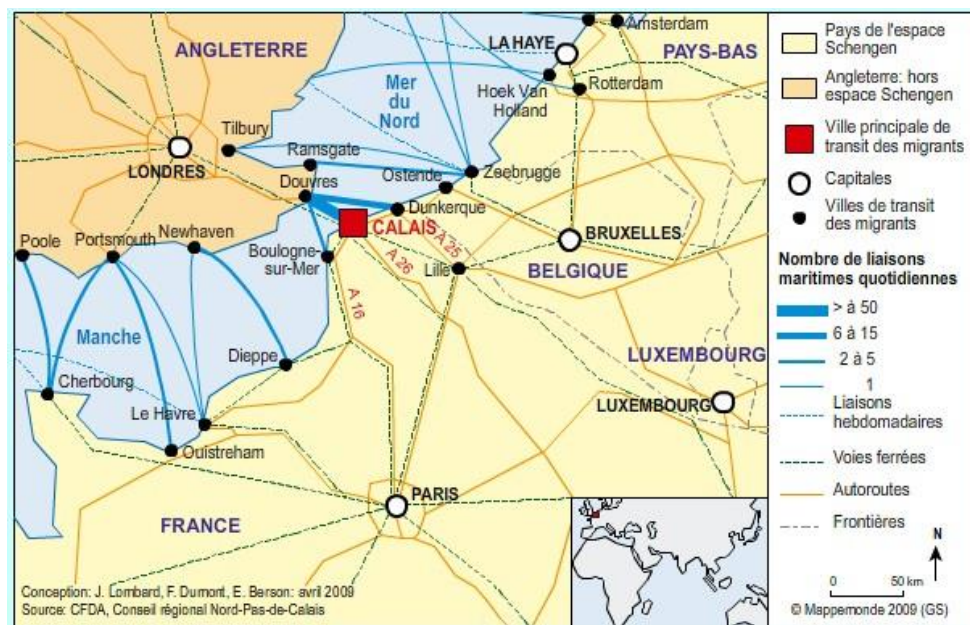


Concernant les procédures d'octroi du statut de réfugié, la France a mis en place une liste de 16 « pays sûrs » (Bénin, Ghana, Sénégal, Cap Vert, Bosnie, Macédoine, Inde...), d'où il y a très peu de chances d'obtenir le statut de réfugié. La demande est alors automatiquement placée en procédure accélérée au risque de ne pas prendre en considération les dimensions singulières propres à chaque individu.

ANNEXE III: SCHÉMAS ET CARTES

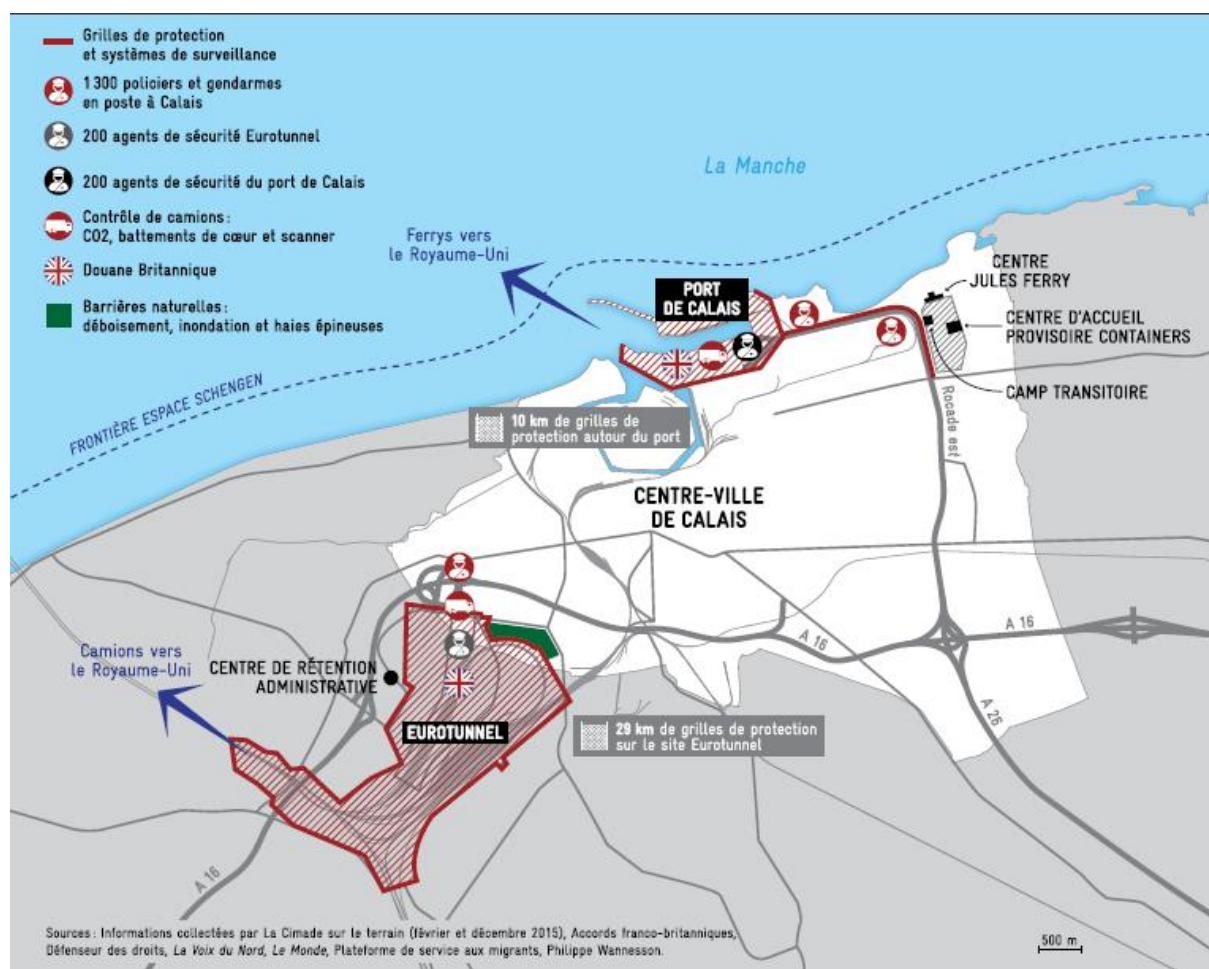
1- Situation géographique Calais et liaisons à l'Angleterre

Source : Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais



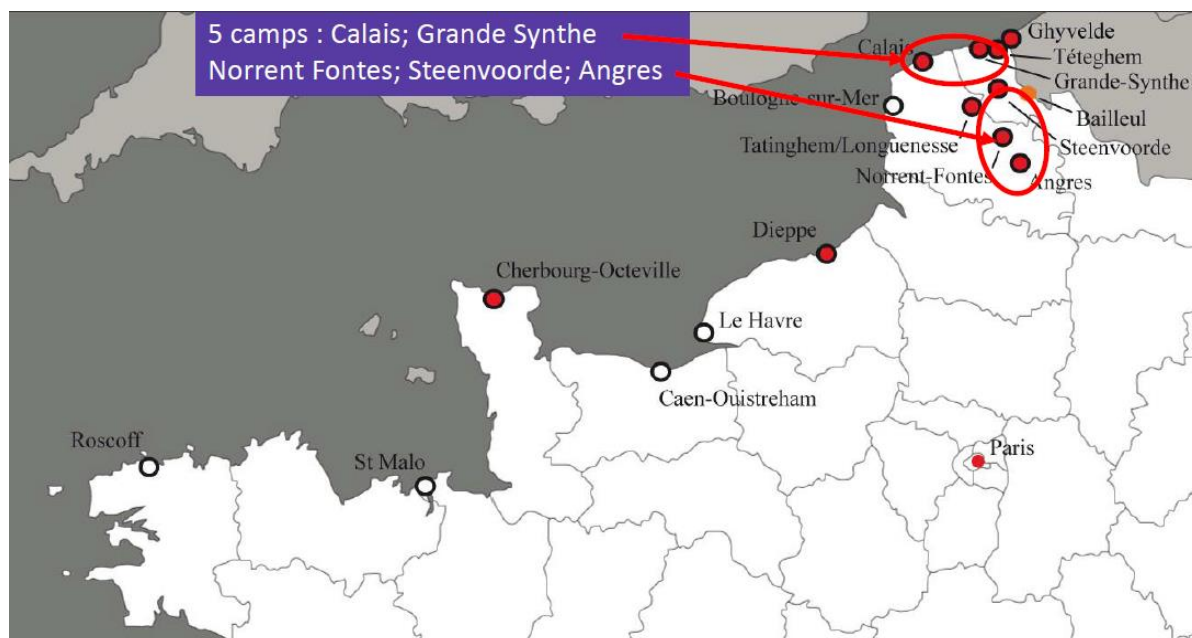
2- Carte des contrôles à Calais

Source : La CIMADE



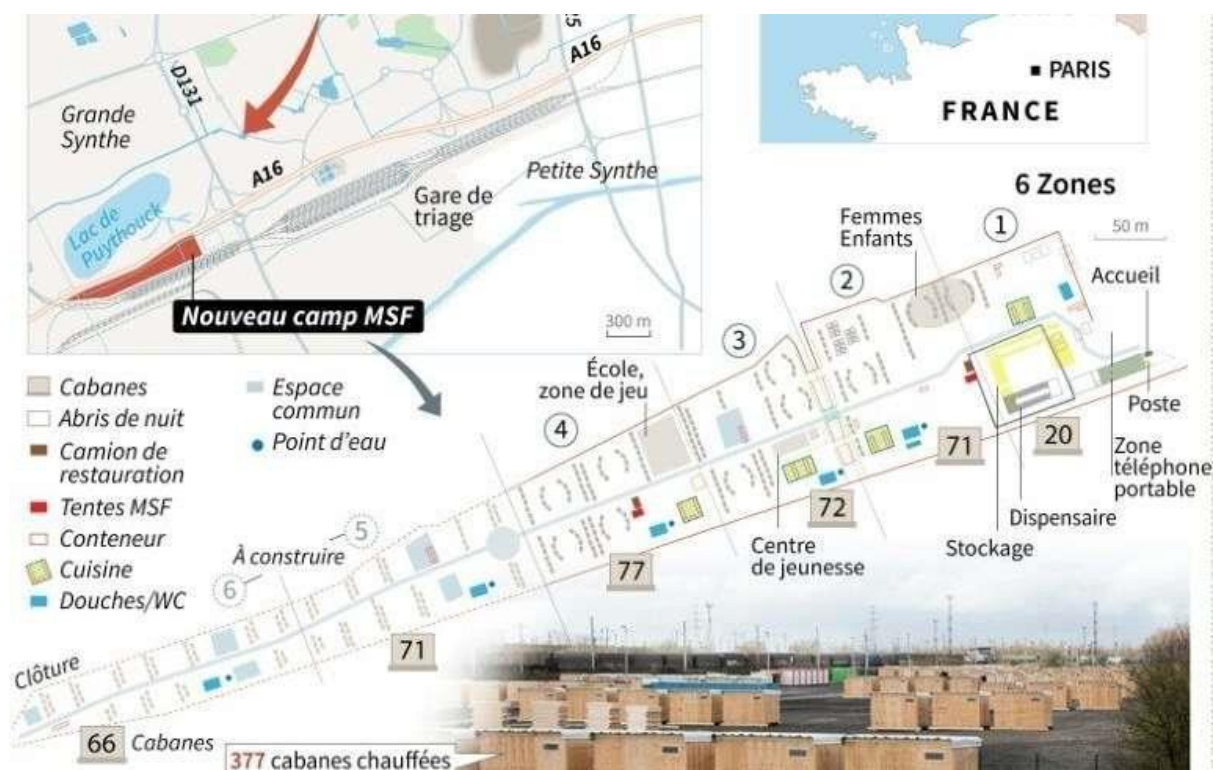
3- Situation géographique des 5 principaux camps

Source : Gynécologie sans frontière



4- Plan camp de la Linière

Source : Médecins Sans Frontières et Agence France Presse



ANNEXES IV : PRÉSENTATION DES AUTRES ASSOCIATIONS

La Vie Active : L'association a été créée en 1964 sous la dénomination « ALEFPJ » (Association Laïque pour l'Education et la Formation Professionnelle de la Jeunesse). Devenue La Vie Active en 1984, l'association a été reconnue « d'Utilité Publique » en janvier 2002. La Vie Active, association laïque à but non lucratif, entend promouvoir la dignité des personnes handicapées ou fragilisées en œuvrant pour leur complet épanouissement et leur intégration à toute forme de vie sociale. Cette association gère des dizaines d'établissements et services, répartis sur plusieurs secteurs d'activités : Petite enfance (crèche, CAMSP) ; Enfance (IEM, IME, ITEP, SESSAD...) ; Social (MECS, service tuteur, CHRS, ...) ; Adultes handicapés (foyers de vie, SAVS ...) ; Personnes âgées (EHPAD, SSIAD) ; Formation.
<http://vieactive.fr/>

SALAM : association comptant environ 300 adhérents et formée en 2002 après la fermeture du centre de la Croix Rouge qui accueillait à Sangatte les migrants présents dans le calais. Leurs ressources proviennent des cotisations, de dons et de subventions. SALAM effectue des maraudes pour distribuer duvet, vêtements chauds et nourriture ; distribue des repas dans les camps ; gère un hangar inter-associatif pour recevoir les dons des particuliers et des entreprises ; accompagne des demandeurs d'asile dans leurs démarches administratives ; informe et sensibilise le grand public sur la situation des migrants. Leur action est humanitaire mais aussi militante avec une participation régulière à des manifestations en faveur de la régularisation des sans-papiers, contre les expulsions etc.
<http://www.associationsalam.org/>

L'auberge des migrants : créée fin 2008 pour répondre aux besoins urgents des migrants et réfugiés, l'association apporte l'aide matérielle et alimentaire nécessaire (nourriture, vêtements, couvertures) ; défend leurs droits fondamentaux ; les écoute et les informe, tant que possible, pour les aider dans leurs démarches. L'association fonctionne chaque jour avec 30 à 70 bénévoles et est soutenue à 95% par des dons privés.
<https://www.laubergedesmigrants.fr/fr/accueil/>

Médecins Du Monde : association de solidarité internationale fondée en 1980, MDM utilise le bénévolat de professionnels de la santé pour apporter une aide humanitaire aux populations vulnérables. MDM est présent dans 40 pays où l'association mène des missions d'urgence, de développement et de formation d'équipes médicales. Dans les camps du Nord, MDM a, dans leurs locaux, soigné et accompagné dans leurs démarches administratives les migrants et réfugiés. MDM apporte également le soutien psychologique nécessaire après des parcours migratoires souvent difficiles. Enfin, ils ont réalisé des actions mobiles sur les camps pour proposer des soins infirmiers, des consultations médicales, de l'information sur la prévention des maladies infectieuses, du dépistage, etc.
<http://www.medecinsdumonde.org/fr>

Médecins Sans Frontières : association médicale humanitaire internationale, créée en 1971. L'association apporte une assistance médicale à des populations dont la vie ou la santé est menacée (conflits armés, épidémies, catastrophes naturelles,...). En France, 96% des ressources de MSF sont d'origine privée, aucun fond n'est accepté du gouvernement français. Après avoir construit le camp de la Linière à Grande-Synthe et permis aux réfugiés du camp de Barosch de vivre dans des conditions décentes, ainsi que d'avoir mis en place le Health Center et des cliniques mobiles, MSF s'est retirée du camp en septembre 2016. Après le démantèlement de la « Jungle » de Calais, MSF a assuré un suivi en santé mentale des migrants les plus vulnérables. Le projet dans le Nord a été fermé le 31 décembre 2016.
<https://www.msf.fr/>

AFEJI (Association des Flandres pour l'éducation, la formation des jeunes et l'insertion sociale et professionnelle) : créée en 1962, l'AFEJI est une association intervenant sur le secteur social, sanitaire et médico-social. Elle a pour but de lutter contre toutes les formes d'exclusion par la formation scolaire et professionnelle, l'action éducative, l'accueil, l'hébergement, le soin, les loisirs, le suivi social et professionnel des enfants, adolescents et adultes accueillis dans ses établissements et services, la mise au travail des publics en difficultés ; l'accueil, la prise en charge, l'accompagnement et les soins aux personnes âgées.
<http://www.afeji.org/>

La CIMADE : créée en 1939, cette association manifeste pour une solidarité active envers les personnes opprimées et exploitées. Elle défend la dignité et les droits des personnes réfugiées-migrantes, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions. Elle lutte contre toute forme de discrimination et, en particulier, contre la xénophobie et le racisme. Elle fournit une assistance juridique aux étrangers retenus en centre de rétention administrative (centres pour les étrangers auxquels l'Etat ne leur reconnaît par le droit de séjourner en France, ils y restent le temps que leur transfert soit organisé), gère des établissements sanitaires et sociaux, accueille des étrangers dans des permanences juridiques. En 2017, l'association, qui compte 2000 bénévoles, a conseillé, accompagné et hébergé 100.000 personnes dans 98 lieux d'accueil et 131 permanences. La Cimade compte également 14 associations partenaires dans 8 pays différents (Algérie, Côte d'Ivoire, Mali, Maroc, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tunisie).
<http://www.lacimade.org/>

France Terre d'Asile : association fondée en 1970, dont les principales missions sont la promotion du droit d'asile en France, l'assistance sociale et administrative aux demandeurs d'asile ainsi que l'accueil des demandeurs d'asile, des réfugiés et des mineurs isolés étrangers.
<http://www.france-terre-asile.org/>

Utopia56 : association créée en janvier 2016 pour répondre aux besoins des migrants et réfugiés principalement à Paris et à Calais dans les centres d'accueil et dans la rue. Elle compte près de 4300 adhérents. L'association s'était vue confier la gestion du camp de la Linière durant les deux premiers mois d'ouverture. Elle organise des distributions de vêtements et nourriture.
<http://www.utopia56.com/fr>

Autres : Collectif fraternité migrants, Emmaüs, Terre d'errance, le Planning Familial,...

ANNEXE V : PHOTOS

Source : GSF [48]

1- Le centre Jules Ferry



2- Jungle de Calais





3- Calais, camp de containers



4- Grande-Synthe, camp du Barosch



5- Grande-Synthe, camp de la Linière



6- Camp de la Linière, un shelter



7- Camp de la Linière, le Health Center



8- Camp de la Linière, le Women Center



9- Incendie du camp de la Linière



10- Grande-Synthe, le bois du Puythouck



11- Camp de Norrent-Fontes

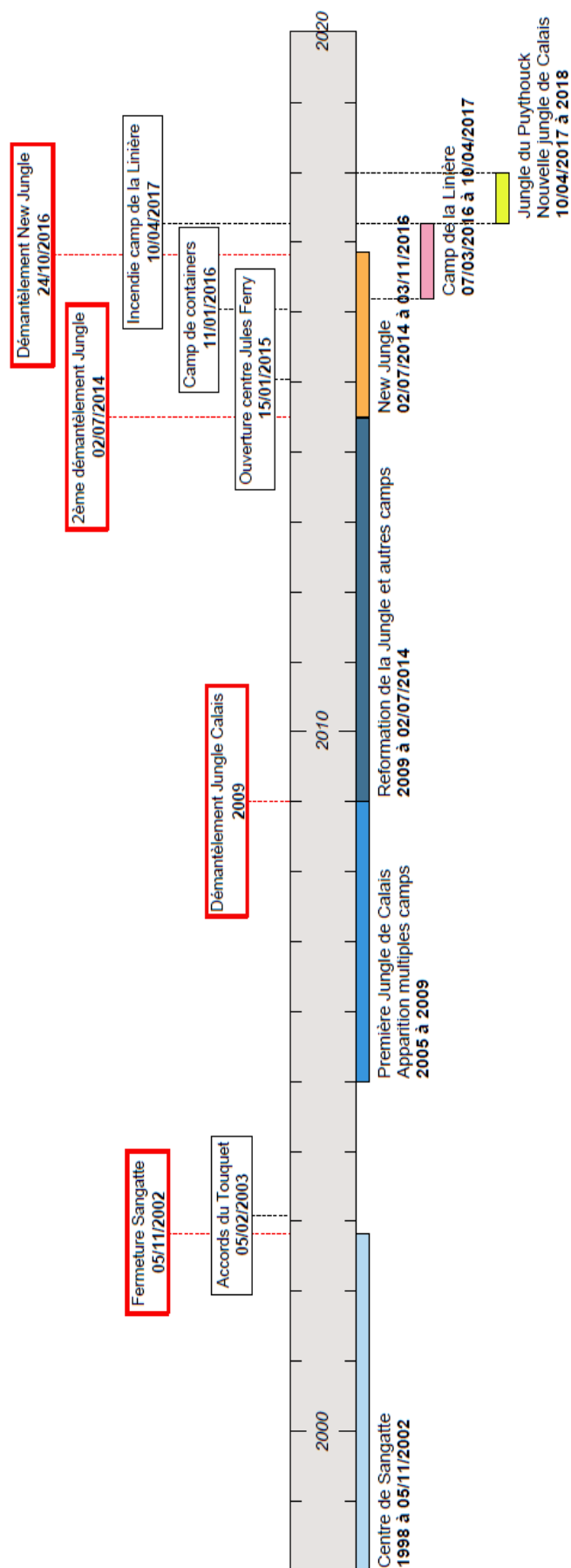


12- Camp de Angres

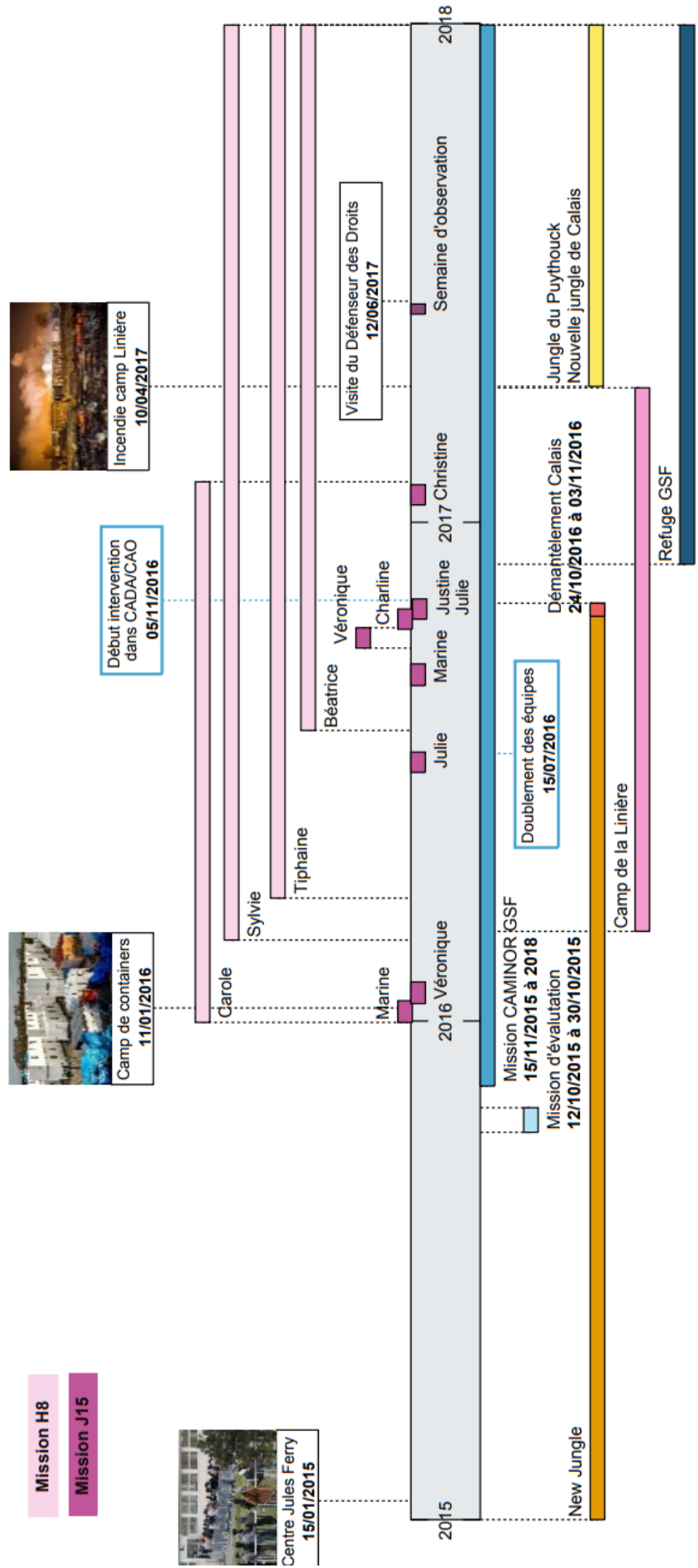


ANNEXE VI : FRISES CHRONOLOGIQUES

1- Historique des camps de migrants du Nord-Pas-de-Calais



2- Historique mission GSF CAMINOR



ANNEXE VII: EXTRAITS DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DES SAGES-FEMMES BÉNÉVOLES

Extrait 1 : (Carole) « C'est la première fois que j'entendais parler des femmes dans les camps même en étant de la région et en passant devant les camps tous les jours, je ne m'imaginai pas des grossesses non suivies, des violences faites par rapport au genre ni quelles étaient les ressources possibles ou comment suivre une femme enceinte dans un camp. »

Extrait 2 : (Julie) « T'es pas dans ta zone de confort, dans ta mater. Tu ne sais pas à qui demander avis, tu ne connais pas les structures avoisinantes, tu ne sais pas comment fonctionne tel ou tel réseau, t'as pas de notions des distances et donc du temps qu'il faut, du coup tu as toujours du retard par rapport à ce que tu avais prévu... Ça fait plaisir de retrouver sa mater même si après les femmes viennent pour les mêmes choses donc je n'ai pas vu de changement dans ma prise en charge des femmes après la mission. Elles viennent pour des douleurs ligamentaires qui font mal, parce que le bébé bouge moins... pour les mêmes motifs de consultation! C'est le contexte qui change : leurs antécédents, leur histoire... »

Extrait 3 : (Véronique) « Deux femmes avaient rendez-vous à l'hôpital, Alexandra était partie les chercher le matin mais ne les avait pas trouvées. Elle a réussi à leur retrouver un rendez-vous dans son hôpital de Saint-Omer avec une gynécologue avec qui elle travaille et qui aimerait bien faire un peu de solidarité. J'ai été les chercher, celle enceinte de 3 mois ne voulait pas que ça se sache. On a bien été reçues à l'hôpital avec les bilans aux urgences puis les échographies. La première a eu son écho et l'autre est venue regarder, elles se sont mises à crier de joie, à pleurer, elles dansaient. On était très émues avec la gynécologue. »

Extrait 4 : (Béatrice) « Lors d'une maraude, nous devions revoir en particulier une dame enceinte de 8 mois 1/2, suivie par les équipes depuis octobre, pour l'hospitaliser le soir même en vue d'une césarienne programmée le lendemain. Arrivées près de son shelter, stupeur : son mari nous apprend qu'elle est passée en Angleterre dans la nuit avec un de leurs deux enfants ! Elle est donc partie sans rien, sans papiers, sans son dossier médical, et se retrouve donc seule là-bas avec un enfant et sur le point d'accoucher. Son mari avait pu lui parler au téléphone et nous dire qu'elle allait bien. J'ai appris que pour elle il valait mieux qu'elle passe avant d'accoucher sinon il faut ensuite attendre un an après la naissance ! Un bébé in utero ne fait pas de bruit lors du passage, donc moins de risque de se faire repérer dans les camions ! Les passeurs en profitent car ils demanderont encore de l'argent au mari pour un deuxième passage. Finalement, elle a eu sa césarienne en Angleterre. »

Extrait 5 : (Béatrice) « Une femme arrivée à son terme essayait chaque nuit avec son mari de passer en Angleterre ! La crainte pour nous, dans ce cas, c'est qu'elle mette en danger la vie de son bébé et la sienne avec le risque d'accoucher dans le camion ou sur le ferry! Marie qui l'emmenait l'après-midi à la clinique pour sa visite de terme voulait négocier de la faire hospitaliser jusqu'à l'accouchement. Mais, sans motif médical d'hospitalisation, ils ont refusé et lui ont donné un rendez-vous le vendredi pour le suivi normal du terme dépassé. J'espère qu'elle et son mari ont pris conscience du risque et de l'enjeu pour leur bébé et qu'ils ont accepté d'attendre la naissance pour passer. »

Extrait 6 : (Béatrice) « Une autre patiente, enceinte de 7 mois environ, a dû être accompagnée à l'hôpital de Calais pour une prise en charge de la fin de sa grossesse car à l'échographie le bébé présentait un risque de coarctation de l'aorte, nécessitant une prise en charge immédiate en soins intensifs et un transfert immédiat pour une intervention chirurgicale. Et il fallait expliquer tout ça aux parents qui ne parlent que le kurde ! »

Extrait 7 : (Béatrice) « On fait le tour des shelters, on toque à la porte pour prendre des nouvelles des femmes déjà suivies et on leur propose nos services si besoin. On rappelle les horaires des navettes à celles qui ont rendez-vous l'après-midi à l'hôpital ou à la clinique pour des bilans sanguins ou des consultations. « Hello, we are doctors for women; are there women in this shelter? » S'ils répondent non, c'est « OK have a fine day! » S'ils répondent oui le dialogue va plus loin : « How is she ? Fine ? Pregnant ? She has no pain ? » etc. Et on leur explique que si elles ont un problème, quel qu'il soit elles peuvent venir à la permanence de consultation l'après-midi où elles seront reçues par des femmes avec l'aide d'Halima la traductrice du camp, d'origine kurde. »

Extrait 8 : (Tiphaine) « J'ai été marquée par un couple que j'ai beaucoup suivi et qui est resté à Lille. C'est une patiente pour qui on a découvert une thrombopénie majeure isolée descendue jusqu'à 3000 plaquettes. Elle a eu une césarienne et le bébé est resté hospitalisé durant 1 mois. J'ai beaucoup échangé avec le couple, ils m'ont envoyé des photos du bébé, j'ai été accompagné le papa pour acheter la poussette,... »

Extrait 9 : (Justine) « Une femme de Calais avait été envoyée à Lyon dans un CAO, elle était connue de GSF (mineure, avec compagnon qui la frappait, un enfant ; qui avait été placée au centre Jules Ferry pour protection mais qui était retournée dans la jungle). Elle a appelé car ne se plaisait pas à Lyon (pas d'eau chaude, 1 seule boîte de lait,...), et est donc partie à Marseille... à nouveau avec son « mec » qui la battait. On a appelé à Marseille pour trouver une solution d'hébergement, j'ai appelé le SAMU social qui avait une place. Ils ont essayé de lui expliquer que si elle partait de là où elle avait été envoyée (Lyon) elle n'avait plus de droits mais elle ne voulait pas y retourner. Le lendemain quand j'appelle, elle est rendue à Paris! Là on refait la même procédure pour trouver quelqu'un pour la prendre en charge, un médecin y est allé mais elle était avec son copain et elle a pris un train pour retourner à Calais, où elle a été accueillie par l'équipe. Elle a réussi à entrer dans le camp alors que normalement ce n'était plus possible après le démantèlement. »

Extrait 10 : (Sylvie) « J'ai été appelée pour aider une jeune femme afghane, arrivée seule avec ses 5 enfants et ne parlant que le pashtoune, un dialecte kurde. Elle n'avait bénéficié d'aucun suivi de grossesse. J'ai donc organisé son suivi et je l'ai accompagnée à tous ses rendez-vous. C'était toujours compliqué avec les 5 enfants, très chronophage. Je l'ai suivie jusqu'à la fin de la grossesse, à la demande du CAO. Dans son petit appartement, le mobilier était réduit au seul nécessaire avec 6 lits de camps et une table avec 4 chaises. Je faisais mes consultations de grossesse avec mon matériel de sage-femme libérale (tensiomètre, appareil à BDC). »

Extrait 11 : (Julie) « Les femmes parlent plus ou moins facilement selon les ethnies mais je trouve que de manière assez universelle, quand on est que entre femmes, beaucoup de choses peuvent se dire. Deux femmes sont venues en consultation et elles ne parlaient pas du tout anglais mais avec la gestuelle, on arrivait à se comprendre, on a eu un fou rire en mimant l'ovule qui va dans le vagin et pas dans l'anus. La situation était complètement loufoque mais ça a libéré la parole. Même si il y a une certaine pudeur vis-à-vis de la religion, il y a une libération de la parole quand il n'y a pas d'hommes. »

Extrait 12 : (Véronique) « À Norrent-Fontes, une autre patiente dont le terme était dépassé : je l'ai amenée à Lance, donc loin, pour l'échographie de datation, le bilan d'anesthésie et il fallait organiser le lundi suivant son rendez-vous pour l'aspiration, tout ça avec la barrière de la langue. Je suis donc allée à deux reprises dans un hôpital éloigné, en partant à 6h du mat pour la trouver à temps dans le camp. »

Extrait 13 : (Véronique) « Une patiente d'une jeune sage-femme sur Calais, qui n'avait pas l'habitude des IVG médicamenteuses, était très malade après avoir pris les comprimés et n'expulsait pas. Elle a fini par expulser dans les toilettes. »

Extrait 14 : (Justine) « Une IVG en cours allait partir sur Paris, on espérait qu'elle ne fasse pas d'hémorragie en route... finalement elle est restée 48h donc on était rassuré. »

Extrait 15 : (Sylvie) « C'est mieux dans les structures hospitalières car ça reste très choquant, d'expulser là, dans les shelters... Elles vivent souvent en famille et avec d'autres familles. C'est possible mais c'est compliqué à gérer. »

Extrait 16: (Béatrice) « J'ai suivi une patiente avec une IVG médicamenteuse en cours suite à un viol. Les médicaments ont été donnés le matin et elle est restée dans la salle à côté de la salle de consultation jusqu'à l'expulsion. »

Extrait 17 : (Sylvie) « J'ai été appelée par un médecin généraliste et la PMI pour une femme qui se demandait si elle voulait une IVG, qui avait besoin d'informations, de discuter pour l'aider dans sa décision. Cette femme arrivait tout juste avec ses 4 enfants d'Angola, où son mari avait été tué. Elle avait découvert sa grossesse en janvier alors qu'elle était hospitalisée à Lance pour une pyélonéphrite. C'était une femme très religieuse. Elle s'est faite violer par un témoin de Jéhovah en France. »

Extrait 18 : (Tiphaine) « J'ai accompagné une patiente avec son conjoint, qui ne voulait pas garder la grossesse et donc il y avait tout à mettre en place. Une autre, qui avait déjà 4 enfants et 40 ans, où ils avaient tout mis en place et elle est venue nous voir pour savoir si GSF pouvait tout avancer mais c'était impossible. Entre les deux rendez-vous sa famille avait trouvé un passeur et elle ne pouvait pas prendre le risque de rester plus longtemps et donc perdre cette chance de passer pour sa famille, donc elle n'est pas venue. »

Extrait 19 : (Charline) « J'ai pu faire un vendredi une séance de prévention au centre Jules Ferry. C'était informel, pas très bien organisé car non fait en systématique et dans une chambre du centre, pas dans une salle. Ça a bien fonctionné. J'essayais surtout de présenter GSF, pour les revoir par la suite. Beaucoup ne connaissent pas GSF car elles sont déjà en contact avec beaucoup d'intervenants. »

Extrait 20 : (Sylvie) « Ils ont vécu beaucoup de choses épouvantables pendant leur parcours, ils font ceux qui ne savent pas, ils n'en parlent pas. Certains racontent leur traversée de la Libye qu'ils décrivent comme le pire. Ils ont subi des violences, des meurtres de copains à eux à la kalachnikov. Ils sont psycho traumatisés. »

Extrait 21 : (Véronique) « On était beaucoup en contact avec une psychologue de Grande-Synthe qui nous racontait des histoires assez terribles. Il y avait une jeune maman qui avait perdu sa petite fille dans sa traversée de la Turquie à la Grèce, là elle était à nouveau enceinte. »

Extrait 22 : (Tiphaine) « J'ai accompagné une patiente en post IVG. On lui avait fait un certificat médical car elle était battue par son mari, on lui a trouvé un hébergement en urgence mais pas au refuge car il n'existait pas encore. Des femmes venaient régulièrement, disaient à mi-mots qu'elles étaient battues mais ne voyaient pas d'autres solutions, elles n'ont plus que leur mari. Elles ne sont pas demandeuses de plaintes. »

Extrait 23 : (Sylvie) « Une femme, dans le camp, toujours avec un homme qui n'est pas son mari, qui dit qu'« il la garde », pour la protéger des autres hommes, mais le rapport nous semblait bizarre, j'ai réussi à la voir seule et deux minutes après il est arrivé, il est toujours avec elle. »

Extrait 24 : (Sylvie) « C'est difficile de quantifier mais c'est quotidien. Quelques fois elles en parlent d'elles-mêmes. Une femme accompagnée d'un homme est venue pour un rhume. L'homme, très agressif, est sorti avec son téléphone et j'en ai profité pour demander à la dame si ça allait, s'il la tapait... elle a dit oui mais l'homme est vite revenu. En repartant, elle a dit « tomorrow ». »

Extrait 25 : (Charline) « Elle vient de vivre quelque chose de compliqué (violée par 5 hommes) et elle se fait balader. Elle a besoin de traitements pour ne pas tomber enceinte et ne pas avoir d'infections mais elle est baladée, avec son conjoint, entre les urgences, la police, l'UMJ (unité médico judiciaire), re la police, avec pleins d'intervenants différents. Elle a dû raconter plusieurs fois l'histoire. Est ce qu'on est encore bienveillants à ce moment ? On l'a vu trois fois au final pour son dépôt de plainte. C'était une femme avec un haut niveau socio-économique qui comprenait bien. On a dépensé beaucoup d'énergie et on a eu peur de la perdre, qu'elle ne veuille plus collaborer avec GSF. Trois jours avec trois professionnels différents pour réussir un dépôt de plainte donc si une femme est seule, elle ne fera pas les démarches. A la police ils peuvent en conclure que ce n'est pas si fréquent dans les camps car ils en voient peu ou alors que ça ne sert pas à grand-chose, on ne les retrouvera pas, un policier m'a dit ça. Mais elle, elle veut juste une reconnaissance de ce qui s'est passé. »

Extrait 26 : (Julie) « Il y a parfois une guerre de pouvoir entre les associations alors qu'on est là pour une femme qui s'est faite agressée, ça peut être une perte de chances pour la patiente quand ce ne sont pas les personnes les plus compétentes qui accompagnent... On a eu un souci de traitement pour une patiente qui devait recevoir une trithérapie mais qui n'a pas été prise en charge par des personnes du milieu médical et un antirétroviral ça ne se prend pas trois jours après... »

ANNEXE VIII : FEUILLE VIERGE CONSULTATION DOSSIER PARTAGÉ GSF



FICHE CONSULTATION OBSTETRIQUE

CAMP :
SHELTER :
TERME PREVU :
Nom :

Prénom :
Date de naissance :
Originaire du :

Arrivée sur le camp le :
Parcours migratoire :
Situation familiale :
Langues parlées :

N° de tel :

Dossier partagé ouvert le :

Remis à la patiente le :

	Prévue le	Faite le
échographie T1		
T2		
T3		
consultations GSF		
prophylaxie rhesus au 6 ième mois		
consultation CH 9 ième mois		
consultation anesthésiste		
Bilan sanguin		
carte de groupe		
suivi psy		
autres référencements		
demande AIME		
proposition d'hébergement		
visite post partum GSF		
relai PMI cs infantile		

SEROLOGIES :

Groupe sanguin 1 er deter :

2 iemedeter :

Toxoplasmose :

Rubéole :

VIH :

HepB :

HepC :

Syphilis :

Varicelle :

Autres :

ANTECEDENTS :

Obstétricaux : G P

FCP

IVG

Mode d'accouchement :

Présence de Mutilation sexuelles : OUI / NON

Si oui, quel type ? :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Traitement Habituel :

Allergie

CONSULTATION N° 1 :

DATE :

Motif de Consultation :

Examen Clinique : TA
Poids :

FC

T°

HU :

BDC :

MAF :

CU :

Douleurs :

Signes urinaires :
Leucorrhées :

BU :

Vomissements :

Métrorragies :

TV :

Spéculum :

Échographie :

CAT :

ANNEXE IX : FEUILLE DE SUIVI POST PARTUM GSF



Suivi de post partum à domicile

ACCOUCHEMENT

Le : / / à h Terme

voie basse spontanée

forceps/ventouse/césarienne pour

Complications de la délivrance : de l'anesthésie : autres :

Points à surveiller :	déchirure simple / compliquée	épisiotomie
	Périnée complet	cicatrice de césarienne
	Evolution des fils résorbables	fils /agrafes à retirer
	Hématome	Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTANALE EN MATERNITE

Hémoglobine :

Traitements en cours :

Déclaration de naissance faite le _____ par _____

Evenements particuliers :

	Inutile	Non souhaitée	fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti coqueluche				
Vaccination anti rubéole				
Immunoglobuline anti-D				

NOUVEAU-NE

Nom Prénom sexe

Poids de naissance poids le plus bas

date :

Alimentation : sein mixte artificiel

Guthrie fait le :

Dépistage de surdité : fait à proposer

Points à surveiller :

Alimentation ictère infection prise de poids autres

SORTIE LE / / à J

EVALUATION MEDICALE LE : / / à J

Examen clinique du nouveau né :

Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)	
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux	
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)	
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)	
Comportement : tonus, éveil, contact	
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité	
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K	

Prescriptions :

Réhospitalisation ou réorientation vers autres structures :

Examen clinique de la mère

Paramètres de surveillance	
Risque hémorragique	
Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite	
Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/ pré-éclampsie	
Risque thromboembolique	
Troubles urinaires/digestifs	
Cicatrisation (périnée, césarienne)	
Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc	
Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.	
Douleur	
Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines	
Accompagnement de l'allaitement maternel	
Accompagnement et informations sur la contraception	
Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant	
Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)	

Prescriptions :

Réhospitalisation ou orientation vers autres structures :

ANNEXE X : LIEUX DE TRANSFERTS DES PATIENTES SELON LE CAMP D'ORIGINE

Camps	Structures	Conventions
Calais	CH et PASS de Calais	Signée le 01/04/16
	Centre planification Calais	
Grande-Synthe	Polyclinique de Grande-Synthe	Signée le 23/03/16
	PASS et CH Dunkerque	Signée le 23/03/16
	Centre de planification de Grande-Synthe	
Norrent-Fontes	PASS et CH Béthunes	
	Centre de planification de Béthune	
Steenvoorde	PASS et CH d'Hazebrouck	
	Centre d'orthogénie du CH d'Armentières	
	Centre de planification d'Hazebrouck	
Angres	PASS, centre d'orthogénie du CH et CH de Lens	
	Centre de planification de Lens	

ANNEXE XI : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG

Demande d'IVG					
< 7SA		Entre 7 et 9SA		> 9SA	
GSF	CHC	GSF	CHC	GSF	CHC
1 ^{ère} CS et Datation Echo	SAUO du CHC informé par GSF	1 ^{ère} CS et Datation Echo	Bilan préop Gr RH PASS CHC 48H avant	1 ^{ère} CS et Datation Echo	Bilan préop Gr RH PASS CHC 48H avant
		2 ^{ème} Cs faite au CHC afin d'organiser l'hosp. Prévoir RV très rapidement par GSF dès 1 ^{er} Cs GSF		2 ^{ème} Cs faite au CHC afin d'organiser l'hosp. Prévoir RV très rapidement par GSF dès 1 ^{er} Cs GSF	
Mifégyne 3cps		Mifégyne 3cps : 1 cp si cervicome		Mifégyne 1cp	
Cytotec 2cpsX2 Per os		Cytotec 2cps à l'arrivée en hospitalisation. Pas de Cytotec la veille au soir pour limiter le risque d'hémorragie la nuit	Cytotec 2cps selon le protocole hospitalier	Cytotec 2cps à l'arrivée en hospitalisation. Pas de Cytotec la veille au soir pour limiter le risque d'hémorragie la nuit	Cytotec 2cps selon le protocole hospitalier
Expulsion et Surveillance au camp			H Ambu pour expulsion médic au CHC		H Ambu pour IVG instrumentale au CHC
Cerfa → CHC à l'attention Dr Delepine	Rhophylac à aller chercher à la PASS. L'injection est faite au camp par GSF	Retour au camp et surveillance	Rhophylac + Echo de contrôle	Retour au camp et surveillance	Rhophylac + Echo de contrôle
Echo contrôle à 10 jours		Echo contrôle à 10 jours		Echo contrôle à 15-21 jours	

La première consultation peut être faite soit dans le Centre Hospitalier (CH), dans le service d'orthogénie si possible, soit par GSF dans le camp. Dans ce dernier cas, GSF réalise un certificat de 1^{ère} consultation avec les résultats de l'échographie de datation et les résultats biologiques du taux de Beta HCG et du groupe rhésus de la patiente.

L'échographie de datation doit préciser impérativement le nom, prénom et la date de naissance de la patiente; la date du jour ; la date des dernières règles ; la date de début de grossesse théorique ; selon les possibilités, les mesures : du sac gestationnel, de la clarté nucale, du diamètre bipariétal ; la date de début de grossesse échographique; le terme en semaines d'aménorrhées.

La 2^{ème} consultation, peut être faite en hospitalisation avant l'expulsion, en consultation en orthogénie ou par GSF dans le camp (uniquement lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation prévue).

Si une convention est signée :

- ≤ 7 SA : IVG médicamenteuse, prise en charge par GSF **dans le camp**.

Le service d'orthogénie est informé de la présence d'une IVG en cours dans le camp. Trois comprimés de mifépristone en une prise sont donnés 48h avant l'expulsion programmée puis deux fois deux comprimés de misoprostol à deux heures d'intervalle 48h après la mifépristone. La patiente est surveillée par la suite par GSF. Quand les sages-femmes partent le soir, les équipes présentes la nuit sont prévenues « qu'il y a une personne sous soins médicaux ».

- Entre 7 et 8 SA : **IVG médicamenteuse en hospitalisation ambulatoire** en orthogénie après prise d'un rendez-vous.

La première consultation est réalisée par GSF. 48 heures avant l'expulsion programmée, un bilan est prélevé et trois comprimés de mifépristone en une seule prise sont administrés. La patiente rentre en hospitalisation vers 8h dans le service d'orthogénie où le bilan est vérifié, la deuxième consultation est réalisée et deux comprimés de misoprostol per os (par GSF avant hospitalisation ou à l'arrivée dans le service) puis deux heures après sont donnés. La patiente rentre le soir au camp, après l'expulsion, où elle sera surveillée par GSF. Aucune consultation d'anesthésie n'est réalisée.

- > 8SA : **IVG chirurgicale**, avec une aspiration en ambulatoire.

Le bilan préopératoire est réalisé 48h avant la consultation d'anesthésie. Un comprimé de mifépristone est donné 48h avant l'expulsion programmée puis la patiente est hospitalisée en ambulatoire le jour de programmation de l'aspiration, de la même manière que précédemment excepté l'administration de seulement deux comprimés de misoprostol en arrivant avant l'aspiration au bloc opératoire. Un contrôle échographique est réalisé avant la sortie le soir et le retour au camp. Entre 8 SA et 12 SA sous anesthésie locale ou générale et à partir de 12 SA sous anesthésie générale uniquement.

→ Antalgiques administrés une à deux heures avant le misoprostol en prévention de la douleur (AINS puis Paracétamol) et du Rhophylac 200 si la patiente est de rhésus négatif (à la PASS).

→ Surveillance post IVG dans le camp par GSF : surveillance clinique le lendemain de l'expulsion; clinique plus ou moins échographique à J7; clinique avec réalisation de Beta HCG et échographie à J15.

ANNEXE XII : JEU GSF « RELATIONS ET PRÉVENTIONS »



ANNEXE XIII : PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Dans un premier temps, il s'agit pour les bénévoles d'**écouter et recueillir le témoignage** de la victime, avec réalisation d'un compte rendu écrit.

Elle est envoyée aux urgences ou vue dans une unité médico judiciaire pour réaliser un **certificat médical** pour constater les lésions et signes qui témoignent de violences. Il est remis à la victime en l'absence de plainte ou à l'autorité requérante en cas de réquisition judiciaire.

L'**état de l'hymen** doit être décrit et déterminer si l'examen est compatible ou non avec les allégations décrites :

- Hymen intact ou déchirures (anciennes ou récentes)
- Hymen « complaisant » (diamètre compatible avec un rapport sexuel sans déchirures)

Des **prélèvements et sérologies** sont effectués (CDAG, PASS, CPEF).

En cas de viol(s) récent(s), on doit réaliser :

- Des prélèvements locaux à la recherche de spermatozoïdes (délais des prélèvements : 5 jours au niveau vaginal, 24h au niveau anal, 12 heures au niveau oral), conservés au congélateur pour d'éventuelles empreintes génétiques ultérieures.
- Des prélèvements à visée toxicologique (sang et urines) si contexte évocateur de soumission chimique.
- Des prélèvements locaux à visée infectieuse à la recherche de gonocoque (vagin, anus) et chlamydiae (vagin, PCR urinaire)

Dans tous les cas, il faut prélever :

- Les sérologies du VIH, des hépatites B et C, TPHA-VDRL.
- Un dosage des Beta HCG.
- Des prélèvements conservatoires pour d'éventuelles empreintes génétiques
- Un bilan biologique standard si prescription d'un traitement prophylactique antirétroviral avec numération formule sanguine, bilan hépatique, lipasémie, ionogramme sanguin, créatininémie.

Des **traitements** doivent être mis en place :

- Une contraception d'urgence au *Lévonorgestrel* dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.
- Une prophylaxie VIH adulte, au mieux dans les 4h, au plus tard dans les 48h, pour une durée de 72h avec réévaluation par un médecin référent VIH. Il s'agit de *Truvada* un comprimé par 24 h et *Kaletra* deux comprimés, matin et soir.
- Une prophylaxie VHB dans les 72h si sujet source positif ou appartenant à un groupe à risque. La vaccination doit débuter dans les 72h suivant l'exposition (*engerix B 20* une ampoule, *Immunoglobulines anti-VHB 500UI*).
- Une prophylaxie Chlamydiae par *Azithromycine*.

La personne victime de violences (hors contexte d'urgence médical) est ensuite **accompagnée à la Cimade** pour recevoir les informations juridiques concernant les droits des réfugiés (notamment droit au titre de séjour pour femmes victimes de violences conjugales).

Le **dépôt de plainte** est proposé, il se fait au commissariat de police ou à la gendarmerie. Les victimes mineures peuvent porter plainte jusqu'à 20 ans à compter de leur majorité (c'est-à-dire jusqu'à leur 38 ans) pour les crimes (viols) et jusqu'à 10 ans à compter de leur majorité pour les délits (agressions sexuelles). Les victimes majeures ont 10 ans, à compter de la date des faits, pour porter plainte en cas de viol et 3 ans en cas d'agression sexuelle. La victime peut porter plainte en écrivant directement une lettre au Procureur de la République en faisant un récit détaillé des faits et en joignant le certificat médical et éléments de preuve (témoignages témoins).

ANNEXE XIV : MODÈLE CERTIFICAT MÉDICAL VICTIME DE VIOLENCES

Modèle de certificat médical

Sur demande de la patiente

Ce certificat doit être remis à la patiente uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits)

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné

Madame _____ (Nom, Prénom,)¹ née le _____,

domiciliée à _____,

le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile,
autre) _____²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom,
Prénom) _____³.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur (Nom,
Prénom) _____.

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de »⁴ _____, le
_____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____.

Elle présente à l'examen clinique :

- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____

- Sur le plan physique _____

- _____ Sur _____ le _____ plan
psychique : _____

Depuis, elle dit « se plaindre de »⁵ _____.

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet,
service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis
en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... »

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas

³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri
Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répétitif. – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) susnommé, le préciser

⁵ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime

CNOSF Juin 2015

ANNEXE XV : EXTRAITS DU MÉMOIRE « L'ANALYSE DU DISCOURS DES FEMMES » [40]

Hana Alrawashdeh a été traductrice pour GSF au camp de Zaatari en Jordanie puis pour la mission Caminor durant 4 mois. Elle y réalise alors son mémoire de fin d'étude en sciences humaines et sociales intitulé « L'analyse du discours des femmes : cas des femmes réfugiées-migrantes des camps du Nord-Pas-de-Calais » pour lequel elle a réalisé 30 entretiens auprès des femmes avec qui, grâce au partage de la langue et à une présence continue, elle a pu créer le lien nécessaire à leurs confessions.

Extrait 1, Une soudanaise de 27 ans : « C'est la guerre qui nous a obligé de partir, ils ont tué mon père et mes frères et mes proches devant mes yeux.... Je ne peux pas dormir la nuit quelques fois. J'ai rencontré mon mari en Libye... on est resté deux ans là-bas, le jour où j'ai accouché de ma fille à l'hôpital il n'y avait pas d'électricité, une heure après l'accouchement, on est sorti de l'hôpital en courant car ils l'ont bombardé, je suis resté une semaine à marcher sur quatre pattes. J'étais choquée... je n'oublierai jamais cette période. ». Elle ferme les yeux en essuyant ses larmes avec son voile puis elle continue : « On est venu ici à travers la mer c'était horrible, on a failli mourir, j'ai beaucoup pleuré, il y avait l'eau qui entrait à l'intérieur du bateau, on était nombreux... ». Elle a prolongé son souffle pendant un moment puis elle a regardé le ciel en disant : « Aaaah.... J'aimerais bien retourner au Soudan, il n'y a pas mieux que mon pays. »

Extrait 2, Une érythréenne de 19 ans : « J'étais obligée de quitter l'école parce que ma mère est tombée malade, après ils ont amené un papier pour que j'aille au service militaire, c'est obligatoire chez nous pour les filles qui ne font pas des études et sont à la maison. » Elle commence à pleurer sans arrêt en fixant les yeux sur le lit. Elle continue en me regardant dans les yeux : « tu sais, je suis la dernière dans ma famille et j'ai 6 frères et sœurs mais ils ne savent rien sur moi... rien. Je n'ai aucun contact avec eux. J'ai fui le service militaire et ma famille. »

Extrait 3, Une syrienne de 33 ans : « Le voyage m'a coûté 8000 dollars, c'est trop cher, mais je n'avais pas d'autre solution que payer les passeurs pour arriver en Angleterre chez mes frères. Je suis toute seule et je ne parle qu'arabe et je n'ai jamais travaillé parce que selon la coutume chez nous, la femme ne travaille pas, elle reste une femme de foyer et s'occupe de ses enfants. »

Extrait 4, Une érythréenne de 24 ans : « Après la mort de ma mère, j'avais 18 ans, je suis partie en Lybie, je suis restée 6 mois en prison parce que je suis venue sans papiers, d'une façon illégale. Les policiers prenaient chaque jour une fille et la violaient. Pour nous laisser tranquille, on les suppliait en pleurant. »

Extrait 5, Une kurde de 32 ans, professeur d'anglais : « Mon mari me tapait, moi et ma fille âgée de 2 ans, et maintenant, je suis enceinte. C'est ma deuxième grossesse. Il me donnait des coups sur le ventre. Je ne veux plus rester avec lui. En plus, quand j'étais chez moi en Kurdistan, mes parents me disaient qu'il allait changer mais il n'a jamais arrêté de me taper ». Ce jour-là, elle avait des taches bleues sur les bras et sur le ventre. Elle me les a montrées en tremblant, comme des stigmates qu'elle subit chaque jour. Elle ajoute : « Je suis maintenant en Europe. Je veux le quitter, bien qu'il soit mal vu chez nous qu'une femme quitte son mari ou demande le divorce. »

Extrait 6, Une éthiopienne de 24 ans : « Je suis ici depuis trois semaines, les hommes ont le pouvoir ici et je n'ai pas le choix de dire non...c'était une sorte de viol, parce que je lui ai dit que j'ai un petit ami en Erythrée, et quand j'ai refusé il m'a dit que lui aussi est marié » elle continue à pleurer en regardant autour de nous pour s'assurer qu'il n'y a pas quelqu'un et me dit : « j'ai peur de tomber enceinte, hier quand il m'a forcé de coucher avec lui, le préservatif était déchiré, je ne l'aime pas !!! En plus ici, tout le monde couche les uns avec les autres. »

ANNEXE XVI : RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU REFUGE GSF

Conditions d'admissibilité au « Refuge » GSF : Etre une femme seule ou avec un nourrisson;
Avoir subi des violences physiques, psychologiques, sexuelles ou des menaces sur les camps;
Etre en situation de post-partum immédiat.

La présence d'hommes ou de toute autre personne non autorisée par GSF est formellement interdite au sein du Refuge. La fratrie, le mari ne sont pas acceptés au refuge.

Les femmes hébergées doivent s'engager à ne pas communiquer l'adresse du refuge pour leur sécurité, la sécurité des autres femmes hébergées, la sécurité des futures femmes hébergées et la sécurité des bénévoles intervenants sur le site.

L'adresse du Refuge sera communiquée aux services le nécessitant uniquement par les bénévoles de GSF.

Les femmes hébergées s'engagent à respecter les lieux, à ne pas les dégrader et à ne pas gaspiller la nourriture.

Un entretien à l'entrée de chaque femme sera réalisé par nos bénévoles afin d'avertir les femmes de ces règles et de rappeler que GSF est une ONG, non subventionnée par l'Etat, totalement bénévole, agissant sur fonds propres dans l'intérêt des femmes exilées.

GSF s'engage à rester disponible 24h/ 24 et 7j / 7 pour les femmes hébergées, les coordonnées de GSF seront remises à chaque femme lors de son entretien d'arrivée.

GSF s'engage à ce que les femmes hébergées puissent recevoir toutes les informations juridiques et médicales nécessaires à leur prise en charge médico-psycho-sociale. Ainsi à la demande de GSF, France Terre d'Asile sera autorisée à s'entretenir avec les femmes hébergées.

GSF pourra solliciter La Cimade pour des conseils et des entretiens.

GSF assurera les transferts dans les structures médicales adaptées en fonction des besoins.

GSF sollicitera les associations locales pour les besoins logistiques (vêtements essentiellement).

GSF sollicitera le Planning Familial pour assurer une écoute pour les femmes victimes de violences.

GSF travaillera en étroite collaboration avec l'AFEJI pour les femmes issues du camp de Grande-Synthe. GSF travaillera en étroite collaboration avec l'association Terre d'errance Steenvoorde et Terre d'errance Norrent-Fontes pour les femmes issues de ces camps. GSF travaillera en étroite collaboration avec le collectif Fraternité migrants pour les femmes issues du camp d'Angres.

GSF s'engage à solliciter toutes les structures existantes pour proposer un hébergement plus pérenne aux femmes. En cas de refus de la proposition d'hébergement, la femme devra quitter le refuge.

Témoignage 1 : Juillet 2016, une jeune femme érythréenne de 18 ans

Au mois de juin, l'équipe a rencontré dans le bidonville de Calais (au centre d'hébergement pour les femmes Jules Ferry, alors géré par La vie active) une jeune érythréenne âgée de dix-huit ans lors d'une session de sensibilisation avec des mineurs originaires de la Corne de l'Afrique. Lors de cette session collective, elle a souhaité s'entretenir individuellement avec les intervenants.

Elle raconte son calvaire en Libye : « J'ai quitté mon pays pour fuir le service militaire, dans le but de partir en Angleterre. Je rêvais de poursuivre mes études et d'avoir un meilleur avenir. Quand j'ai quitté l'Érythrée, je suis passée par l'Éthiopie puis le Soudan où je suis restée un certain temps. J'ai continué mon parcours, lorsque je suis arrivée à la frontière libyenne, j'ai été capturée par un groupe de passeurs. Au début, je suis restée enfermée dans un hangar. Après quelques jours, les passeurs m'ont vendue comme esclave sexuelle à un homme libyen. J'ai vécu l'enfer avec cet homme, il a abusé de moi. Il avait l'habitude de me violer et si je refusais il m'attachait et me forçait. Il m'a même obligée à me convertir à l'Islam alors que je suis de confession chrétienne. Puis il s'est lassé de moi, il m'a vendue à un autre Libyen. Après quelques temps, j'ai réussi à m'enfuir. Plusieurs filles et femmes ont vécu le même cauchemar: capturées, vendues, violées et revendues. »

Témoignage 2 : Janvier 2017, une jeune fille érythréenne de 17 ans

H. est une jeune fille de 17 ans, elle vient d'arriver à Steenvoorde. Elle a fui son pays à cause de la guerre. Elle est restée un an en Libye et y a travaillé pendant huit mois en tant que bonne au sein d'une famille libyenne. Elle ne recevait pas de contrepartie financière. Elle n'avait pas le droit de sortir ni de voir un médecin lorsqu'elle était malade. Elle a ensuite été en prison pendant quatre mois et a été torturée par le service de la police en prison. Elle a été relâchée par la suite et elle a pu venir en Europe par le biais d'un passeur. Elle est restée deux semaines en Italie puis en arrivant en France, elle a dormi deux semaines à Paris, dans les camps du métro La Chapelle.

Témoignage 3 : Avril 2016, un jeune homme vietnamien

Nous rencontrons ce jeune homme vietnamien âgé de 16 ans selon ses déclarations. Son récit a été recueilli avec l'aide d'un interprète professionnel par téléphone.

Il explique avoir quitté le Vietnam il y a deux ans pour des raisons économiques. Sa famille est en effet très pauvre et a contracté une dette d'environ 30 000 euros auprès «des gens» (traduction donnée par l'interprète) afin de financer le départ du jeune homme vers l'Europe. Il a alors pris la route avec l'aide des personnes qui lui ont prêté l'argent. Il a quitté le Vietnam en avion pour la Russie, pays où le «réseau» (traduction donnée par l'interprète) lui a confisqué ses papiers vietnamiens. Selon les directions données par le «réseau», il a marché pendant deux jours puis a pris un train pour la Pologne. Il a alors été arrêté par les forces de l'ordre polonaises et a été retenu pendant un mois. Contre son avis, les autorités polonaises l'ont obligé à effectuer une demande d'asile, finalement rejetée. Un mois plus tard, une personne retenue avec lui a joué un rôle d'intermédiaire avec le «réseau» pour lui permettre de s'échapper. Une fois dehors, les membres du «réseau» lui ont pris les papiers concernant sa demande d'asile. Ils l'ont ensuite aidé à se rendre en Allemagne en train. Une fois en Allemagne, les «gens du réseau» l'ont incité à demander l'asile. Il a accepté car il souhaitait commencer à travailler afin de rembourser sa dette. Il est resté en Allemagne

pendant un an environ. Il a vécu au sein d'une famille d'accueil et a été obligé d'étudier. Il était donc difficile pour lui de travailler ce qui a retardé le remboursement de sa dette. Les «gens du réseau» sont venus le voir tous les jours pour lui réclamer de l'argent. Ils l'ont même battu deux fois et lui ont donné des coups de couteau à l'origine des cicatrices qu'il présente sur le front. Ils lui ont également affirmé que s'il ne payait pas il ne reverrait plus sa famille. Cette dernière a également été menacée directement au Vietnam. À la suite de ces menaces, il explique avoir été contraint de donner de l'argent aux «gens du réseau» deux fois par semaine. Afin de rembourser plus rapidement la dette, le «réseau» lui a demandé de rejoindre le Royaume-Uni via la France. Une fois à Paris, un taxi l'a conduit jusqu'à la «forêt» (probablement le camp d'Angres) où vivent d'autres personnes vietnamiennes. En Allemagne, les «gens du réseau» lui avaient expliqué que des «gens» en France s'occuperaient de lui et pourraient l'aider à passer clandestinement au Royaume-Uni. Il tente de gagner ce pays car des amis lui ont assuré qu'il trouverait certainement du travail dans la restauration ou dans une onglerie. En réponse à notre interrogation sur son lien avec ces amis, il répond que ces derniers ne sont pas des membres du «réseau». Il a déjà tenté le passage à plusieurs reprises et a été arrêté par la police française. Il explique que des personnes masquées l'emmènent en voiture jusqu'à des points de passage. Une fois au Royaume-Uni, il compte rembourser la dette en envoyant de l'argent à sa famille au Vietnam, afin que celle-ci le transmette au «réseau». Selon lui, il est normal que ces personnes lui réclament de l'argent. Il sera libre dans trois ou quatre ans, une fois sa dette remboursée. Il sait que c'est illégal mais est obligé de respecter cette astreinte financière par peur des représailles contre sa famille. Concernant le «réseau», il affirme n'avoir rencontré qu'une seule fois la personne qui l'a aidé à partir.

Dimanche :

Cela fait maintenant quelques mois que je réalise des recherches sur les camps et les femmes qui s'y trouvent. Les entretiens auprès des sages-femmes parties en mission là-bas m'ont permis d'appréhender la réalité des camps et la situation de leurs habitants mais toujours à distance. Avec l'incendie du camp de la Linière et donc sa disparition, je sais que la mission n'aura plus grand chose à voir avec ce qu'on a pu me rapporter, avec surement moins d'activité et la reprise des maraudes mais cela me semble nécessaire d'y aller malgré tout. Je reste persuadée que je ne pourrai y croire qu'en voyant par moi-même.

Le trajet pour arriver dans le nord de la France ne me prend que quelques heures et paraît si facile après qu'on m'ait raconté ces parcours de migration, pour la majorité semés de drames et d'épreuves.

J'arrive à la gare de Dunkerque où un des deux binômes vient m'accueillir avec le camion de Gynécologie Sans Frontières. Je fais la connaissance de Dominique, infirmière, déjà partie dans d'autres missions humanitaires et pour qui c'est déjà la troisième mission en trois mois. Grâce à son expérience, elle est une référente pour toutes les questions des autres bénévoles sur l'organisation, l'histoire ou la logistique de la mission. Brigitte, quant à elle, est sage-femme libérale à Rouen. Elle est arrivée hier, c'est sa première mission avec GSF mais elle a, elle-aussi, déjà une expérience dans l'humanitaire.

Nous arrivons à Bourbourg où se situent les deux appartements mis à disposition par GSF pour les bénévoles. Sur un grand miroir, plusieurs phrases sont inscrites, destinées plus vraisemblablement aux migrants mais aux messages finalement universels : « On a le droit de vivre dignement », « Essaie d'être heureux quel que soit l'endroit », « Ne laisse jamais les ombres d'hier obscurcir les lumières de demain », « Le monde appartient à nous tous ».

Je rencontre le reste de l'équipe avec Estelle, sage-femme, présente depuis une semaine et pour qui c'est la première mission avec GSF. Margot, sage-femme également, arrive directement de Guyane où elle travaille. C'est la deuxième fois qu'elle est bénévole pour la mission Caminor, la première fois c'était il y a un an, quand la jungle de Calais existait encore. Leila arrive du Liban, dont elle est originaire et est étudiante en troisième année de psychologie aux Etats-Unis. Elle est en stage pour deux mois à Bourbourg où elle sera coordinatrice du refuge de GSF. Elle parle anglais, français et arabe, ce qui est un atout majeur pour créer un lien et recueillir des informations auprès des migrantes hébergées.

J'apprends que la mission devrait finalement être maintenue jusqu'en 2018 grâce aux subventions de certains laboratoires. Je suis également informée de la volonté du maire de Grande-Synthe, qui avait mis en place le camp de la Linière, de recréer, avec ou sans l'aide de l'Etat, un camp qui soit digne d'accueillir les migrants et réfugiés.

En discutant avec les bénévoles, je me rends compte que, en effet, la mission a bien évolué avec la reprise des maraudes dans les « nouvelles jungles » de Calais et du Puythouck (dans la ville de Grande-Synthe).

Le refuge occupe également une place importante de l'action de GSF et c'est grâce aux maraudes qu'on repère les femmes et notamment les mineures pour leur proposer cet abri pour une, deux ou trois nuits.

Pour cette première journée, Margot et Estelle partent au refuge avec Leila pour la présenter aux six femmes (ou plutôt filles pour certaines) s'y trouvant et essayer d'obtenir

quelques informations. Leila revient choquée par le jeune âge de certaines migrantes, qui ont entre 15 et 17 ans.

Demain c'est férié et il n'y a donc pas de PASS malgré un problème à régler pour une femme suivie par GSF. Cette patiente, avec un antécédent de cancer du sein, a présenté récemment des douleurs dans la poitrine et a donc bénéficié d'une scintigraphie. Elle n'a pas d'AME et GSF devrait donc payer pour cet examen. Par ailleurs, elle est hébergée par Emmaüs (il faut une certaine durée d'hébergement pour pouvoir bénéficier de l'AME) et GSF va donc essayer de voir si cela peut lui permettre de bénéficier de l'AME.

Dans la soirée, je fais la connaissance de Marwan qui est traducteur kurde bénévole pour GSF mais travaillant aussi pour la police dans la journée.

La soirée se finit sur la situation problématique d'une famille suivie par GSF, qui habite depuis deux ans dans un container, situé au niveau de la nouvelle jungle de Calais. Il y a trois enfants et GSF craint pour la plus âgée, qui a environ 10 ans et qui se retrouve juste à côté des migrants de la nouvelle jungle de Calais. La mère subirait des violences par son conjoint et les enfants ne peuvent pas aller à l'école. Il se pose actuellement la question du placement des enfants, avec ou sans la mère.

Lundi:

Leila et Brigitte partent au refuge pour obtenir les dates de naissance et les noms bien orthographiés des migrantes. Les jeunes femmes disent toutes avoir 16 ans car à 18 ans on peut se faire arrêter. Quand on leur demande leur date de naissance, on peut vite voir si elles mentent sur leur âge car elles hésitent, se reprennent. Elles disent presque toutes venir d'Erythrée. Certaines sont sûrement originaires d'Ethiopie mais elles pensent qu'il vaut mieux prétendre venir d'Erythrée où la situation serait « pire ». Sur les six migrantes présentes au refuge, il y a quatre jeunes femmes et deux plus âgées, dont une avec un enfant d'un an et demi.

De notre côté, on accompagne ce matin trois des plus jeunes migrantes du refuge qui disent vouloir retourner dans la jungle de Calais pour tenter de passer. On apprend plus tard que c'est en fait pour rejoindre leur « copain ». Elles me semblent, à moi aussi, extrêmement jeunes et je ne peux m'empêcher d'observer le contraste frappant avec ma situation à leur âge.

Sur l'autoroute A26 un panneau d'information qui, habituellement prévient d'éventuels bouchons ou travaux/accidents, indique de faire attention aux personnes pouvant traverser l'autoroute. Les dernières aires sont fermées pour empêcher toute installation de camp à proximité de l'autoroute.

On croise plusieurs petits groupes de migrants tout le long. En sortant de l'autoroute, on passe devant l'ancienne jungle de Calais qui n'a plus rien à voir avec ce que j'ai pu voir sur les photos, plus de tentes, d'église, d'école...seulement un terrain vague où la nature a repris ses droits et des panneaux à l'entrée interdisant son accès. Seuls des graffitis sur un mur à proximité rappellent l'existence de l'ancienne jungle.

Un peu plus loin, se trouve la « nouvelle jungle » de Calais, rue des Verrotières, dans une zone industrielle. Il faut être discret lorsque l'on ramène des migrantes car on croise beaucoup de gendarmes et CRS. On dépose les trois jeunes migrantes dans une rue parallèle et on leur souhaite bon courage, c'est tout ce que nous pouvons faire. Elles gardent sur elles la carte de GSF avec le numéro permettant d'appeler si elles souhaitent revenir au refuge.

On croise l'association SALAM sur le retour, qui distribue à l'abri des regards et en vitesse des repas aux migrants. Après avoir récupéré un sac, les migrants s'éloignent vite à travers un petit bois, leurs regards sont méfiants. Les contrôles policiers sont de plus en plus fréquents et il devient compliqué pour les bénévoles d'agir, certains se font même arrêter.

La situation qui se déroule sous mes yeux me semble invraisemblable. On a le sentiment d'être dans l'illégalité la plus totale, presque comme si ces bénévoles faisaient du trafic de drogue, alors qu'ils essaient simplement de préserver le droit pour ces migrants de manger au moins un repas par jour.

Une des bénévoles, nous informe de la présence d'une mineure isolée de 13 ans, derrière le Auchan de Calais.

La journée se poursuit avec le rangement de la pharmacie et l'organisation du refuge pour les futures arrivantes. On change les draps, on met des vêtements et du maquillage à leur disposition, ce qui semble réjouir la plus jeune occupante. Ça fait plaisir de la voir redevenir, au moins quelques instants, une adolescente comme les autres. Elle est très souriante et semble apprécier être ici mais parle déjà de son départ le lendemain. Ces très jeunes migrantes sont toujours en contact avec leurs « copains » qui semblent exercer une emprise très forte sur elles et les poussent à revenir dans la jungle. C'est dur de ne pas pouvoir faire plus pour elles.

Départ à 17h pour la maraude et les consultations à Puythouck. Le bois de Puythouck se situe à Grande-Synthe au bord d'un lac, qui semble être habituellement un lieu de promenade pour les habitants.

Là non plus, ça n'a rien à voir avec les descriptions du camp de la Linière ou de la jungle de Calais. Ici il n'y a absolument aucune installation, pas de tentes, pas d'accès à l'eau, de douches, ni de toilettes. Simplement des groupes de migrants constitués d'hommes seuls ou de familles avec quelques enfants, assis dans l'herbe ou dans les bois. Il fait beau depuis une semaine mais il n'est pas difficile de s'imaginer la situation de ces migrants, sans aucun abri ni même de sac de couchage, si le mauvais temps revient. Les estimations de la semaine dernière ont dénombré environ 400 migrants mais Estelle me dit qu'il y a de plus en plus de monde.

On se gare dans le sens du départ pour pouvoir partir rapidement si jamais l'ambiance se dégrade ou s'il y a une descente de CRS. A peine arrêtés, les gens affluent à l'entrée de l'ambulance, principalement des hommes. Nous ne sommes pas très bien organisées mais nous commençons les « consultations ». En réalité, ce ne sont pas des vraiment des consultations mais plutôt des distributions de médicaments. Un par un ils entrent et s'assoient dans l'ambulance. La porte reste ouverte et les patients suivants sont collés à l'entrée ce qui ne garantit aucune intimité mais il est difficile de faire autrement.

Un des migrants parlant anglais vient de lui-même faire traducteur. On apprend plus tard par Marwan, qui est normalement présent pour les consultations, que ce n'est pas celui qui vient habituellement, que c'était peut-être un passeur. En effet, il semblait comprendre le français, mais son caractère avenant nous a laissé nous y prendre.

On enchaîne les consultations de médecine générale ou plutôt de « bobologie ». Les migrants viennent pour des petits maux comme des piqûres de moustiques, des rhinites allergiques ou petites blessures liés aux conditions sanitaires déplorables dans lesquelles ils se trouvent. Il faut trouver des médicaments qu'ils peuvent prendre facilement, sans eau.

Je réalise le référencement de nos patients dont il n'est pas aisé de comprendre et d'orthographier correctement le nom.

Lorsque l'on voit des femmes, on les fait passer avant. On en verra quatre au final dont une venant pour des saignements qui durent depuis deux mois, depuis son IVG. Estelle et Margot l'emmèneront demain pour réaliser un dosage des Beta HCG à la PASS de Dunkerque. On voit également une enfant de moins de deux ans.

Un des migrants s'énervé car on ne peut pas lui délivrer de tramadol. Le tramadol contient de l'opium, créant ainsi une addiction comme cela semble le cas pour ce patient. Il devient violent et s'en va en frappant la cloison de l'ambulance et déchirant le papier cachant les vitres. On finit par arrêter les consultations plus tôt que prévu suite au vol du marchepied de l'ambulance...

Nous rencontrons la Croix Rouge qui réalise pendant 4-5 jours une mission d'évaluation des besoins humanitaires. Ils viennent en maraude avec nous. Les migrants sont souriants, disent tous bonjour. En s'enfonçant un peu plus dans la forêt, on croise plus de familles (3) avec des enfants. Il y a très peu de tentes, seulement deux et il est difficile de concevoir qu'on puisse laisser ces personnes dans de telles conditions pour dormir avec des enfants pour certains âgés de moins de deux ans sans rien sur la tête.

Nous présentons GSF et son refuge aux femmes croisées en leur donnant la carte avec le numéro.

C'est un camp de transit pour des personnes en errance et cette situation semble très loin d'être viable sur le long terme. Des afghans sont maintenant présents à Puythouck alors qu'ils ne s'entendent pas avec les kurdes. Il y a eu des descentes de CRS plus tôt dans la journée. Les bénévoles ont peur que ça éclate à nouveau.

De par cette situation, la mission est un peu dans le flou, avec peu d'obstétrique et on sent un sentiment de frustration chez les sages-femmes.

Deux mineures sont ramenées aujourd'hui de Calais par l'autre binôme dont celle de 13 ans dont on nous avait parlé ce matin et pour laquelle une information préoccupante doit être réalisée (mineure isolée au milieu des migrants).

Mardi :

Départ à 7h ce matin pour amener la famille habitant le container (la maman et les 3 enfants) à la PASS dentaire de Calais. Elle ouvre à 8h30 mais il faut arriver tôt car ils ne prennent que les 10 premiers arrivés.

La famille est prête quand nous arrivons. Le container bleu où ils habitent depuis deux ans est situé au bord de la route et fait environ 3 mètres sur 2 mètres, il y a une petite fenêtre. Seuls le tricycle et les jouets autour du container rappellent que des enfants vivent ici. Le petit garçon, âgé d'un peu plus de 2 ans, n'aura connu que cet environnement.

Il fait froid aujourd'hui, il y a beaucoup de vent et l'attente est longue devant la PASS. Il y a une dizaine de migrants présents. Un interprète est sur place et parle 8 langues! Au final, la mère, le fils et la plus jeune fille devront revenir la semaine prochaine, du fait de nombreuses caries.

On les ramène puis direction Angres situé à 1h30 de route. On apprend avant de partir, par Alexandra, qu'un des migrants de ce camp s'est suicidé la semaine dernière alors qu'il était hospitalisé. Nous ne savons alors pas trop quel accueil nous allons recevoir dans un camp où la population est déjà habituellement très fermée.

206 Le camp se situe juste à la sortie de la ville d'Angres après une sorte de décharge.
207 L'entrée est fermée par un portail et un cadenas et un des migrant semble assigné pour garder
208 la porte, il nous dit bonjour à mi- mot et évite notre regard.

209 Ici on doit attendre l'autorisation pour entrer, les bénévoles se sont vus parfois refuser
210 l'accès au camp. Malgré ces refus, il est important de maintenir cette venue une fois par
211 semaine pour rester une organisation connue des migrants, d'autant plus que GSF est la seule
212 association réussissant encore à entrer dans le camp.

213
214 Après être finalement autorisés à pénétrer dans le camp, les quelques mètres que nous
215 faisons se transforment vite en plusieurs milliers de kilomètres, j'ai l'impression d'avoir quitté
216 la France.

217
218 Le camp est en réalité un squat d'un ancien bâtiment municipal. De vieux shelters,
219 semblant inutilisés, s'entassent à l'entrée du camp. Sur le côté du bâtiment, un hôtel pour les
220 ancêtres a été installé. La maison où les migrants dorment est complètement délabrée, les
221 vitres sont cassées et bien que ce soit un abri en dur, l'hiver doit être tout aussi glacial ici. Il y
222 a beaucoup de fumée dehors car les migrants sont en train de cuisiner sous une sorte d'auvent
223 en dur. Un accès à l'eau via un réservoir est situé dehors et dans un shelter qu'ils semblent
224 utiliser pour leur toilette. Il y a de nombreuses bassines par terre et des chats errants partout,
225 tout un tableau qui me rappelle un peu l'Inde. Tout ça paraît irréel, alors qu'on vient à peine
226 de quitter le centre-ville d'Angres.

227
228 Mais le plus frappant quand on arrive ici c'est l'étrange ambiance qui y règne, je ne
229 suis pas à l'aise. Les migrants sont quasi exclusivement des jeunes et surtout des jeunes
230 garçons. Quand on va vers eux, ils restent souriants mais avec un sourire qui semble de
231 surface, ils n'ont besoin de rien et mettent rapidement un terme à l'échange. Au niveau du lieu
232 où ils font la cuisine, un homme plus âgé répond à leur place.

233
234 Après avoir demandé l'autorisation, on entre dans la maison. La chambre des femmes
235 se situe au rez-de-chaussée, c'est une grande pièce où tous les lits sont côte à côte, on ne voit
236 personne dedans. Personne ne semble vouloir quoi que ce soit et on nous regarde un peu de
237 travers, j'ai l'impression qu'on dérange. On attend quand même 10 minutes et ils finissent par
238 venir nous voir, encore une fois pour des piqûres, rhinites, maux de tête... peut être seulement
239 pour nous faire plaisir et nous voir partir plus vite.

240 Ils disent tous avoir 18 ans mais il y a vraisemblablement des mineurs. Quelques
241 jeunes femmes viennent aussi. Là encore, il y a deux femmes plus âgées et les plus jeunes
242 semblent demander leur accord pour venir nous voir. Dominique nous dit qu'elles n'étaient
243 pas là avant et les soupçonne d'être des « macrelles ».

244
245 On finit par repartir, avec le sentiment d'abandonner tous ces jeunes à un avenir ne
246 pouvant être que sombre et sordide.

247 Sur le trajet de Norrent-Fontes, on discute de leur situation avec Dominique. Ils
248 viennent d'une région très pauvre du Vietnam où des trafiquants se sont installés pour profiter
249 de la situation. Pour aider leur famille, ils leur proposent de trouver un travail en Angleterre
250 dans une onglerie ou autre. Leur voyage est entièrement payé. Seulement, la réalité est
251 souvent bien différente en arrivant en France. En effet, ils se retrouvent avec une énorme dette
252 qu'ils ne rembourseront sûrement jamais en totalité. Mais, étant redevables, ils sont pris dans
253 un réseau de prostitution ou de travail forcé pour la rembourser et, dans le cas contraire, des
254 représailles sont à craindre pour leur famille. C'est un vaste réseau de traite des êtres humains
255 dont les trafiquants sont à l'étranger, quasi intouchables. Dominique me dit que parfois ils
256 constatent une diminution franche du nombre de migrants pouvant signifier l'arrestation d'un
257 trafiquant mais le flux migratoire finit toujours par reprendre.

258 On sait ce qui les attend et on ne peut rien faire même si on est en France et que
259 l'horreur de cette situation a peut être poussé un jeune migrant jusqu'au suicide.
260

261 Norrent-Fontes est le deuxième « petit camp » où GSF se rend, deux fois par semaine,
262 le mardi pour les consultations et le vendredi pour amener les femmes aux douches.
263

264 On accède au camp par un chemin de campagne en terre où, à l'entrée, un mémorial a
265 été installé en mémoire d'un jeune migrant de 20 ans battu à mort par des passeurs en début
266 d'année. Ce mémorial sonne comme un avertissement quand on poursuit le chemin qui nous
267 fait passer devant un premier shelter « de luxe » appartenant justement au passeur contrôlant
268 le camp. Il possède une baie vitrée, des meubles, des barrières tout autour... Il fait payer les
269 migrants pour entrer, 500 euros le mois et tout mois entamé est dû. Ces migrants paient cher
270 leur accès au camp mais déboursent moins pour les tentatives de passage en Angleterre qui
271 sont moins organisées. Ce sont, pour la majorité, des personnes isolées, hommes ou femmes,
272 parfois des couples.
273

274 Le camp est situé en campagne, sur un terrain communal, au milieu de champs mais
275 non loin de l'autoroute. Un chantier est en cours et signifie peut-être le démantèlement
276 prochain du camp. Les migrants ont un accès à l'eau et des toilettes. Pendant notre visite,
277 deux tracteurs sont venus pour vider le container à ordures et pour remplir la citerne d'eau.
278

279 Une partie du camp, où se trouvent les femmes, est constituée de grands shelters en
280 bois avec pleins de dessins et inscriptions dessus, « We love jungle », « Resistance »...

281 Il y a la caravane où GSF réalisait les consultations médicales mais qui semble
282 maintenant inutilisée.

283 Nous entrons dans un des shelter où plusieurs femmes sont en train de cuisiner, ça sent
284 très bon, elles sont très souriantes et nous serrent la main. La pièce est constituée de lits côte à
285 côte avec, suspendus à des crochets, pleins de sacs contenant leurs affaires. Nous les
286 prévenons de notre présence et qu'elles peuvent venir nous voir si elles ont besoin de quelque
287 chose. On apprend que la femme enceinte que nous devions voir ici est partie à Steenvoorde.

288 Dans un autre shelter, il y a une femme seule, c'est « Digui », la chef, qui semble
289 bénéficier de nombreux privilèges.
290

291 Plus loin, il y a d'autres shelters plus petits, on ne croise qu'une ou deux personnes.
292 Au milieu de ces shelters il y a un espace commun pour faire la cuisine et manger. Il pleut
293 seulement depuis aujourd'hui et déjà de grandes flaques se sont formées, le terrain doit
294 rapidement se transformer en champ de boue quand la pluie dure plus longtemps.
295

296 Au camion, les femmes viennent nous voir quasi exclusivement pour des lingettes. Au
297 départ, seulement Digui vient et en demande plusieurs pour les autres filles. En réalité, elle en
298 fait un trafic pour les revendre aux autres femmes après. On lui en donne seulement un paquet
299 et nous lui demandons d'amener les autres filles qu'on veut également référencer et qui
300 viennent par la suite.
301

302 D'apparence ce camp peut paraître plus « confortable » mais les migrants paient très
303 cher pour y être et sont finalement très isolés par rapport aux familles de Puythouck. Le plus
304 important n'est peut-être pas d'avoir un toit sur la tête mais d'avoir au moins le réconfort de
305 sa famille ?
306

307 En rentrant à l'appartement, on apprend qu'Estelle et Margot n'ont pas pu accéder à
308 Puythouck ce midi pour amener leur patiente à la PASS, la présence policière a été très
309 renforcée ce jour, empêchant ainsi l'accès au camp. Il semblerait que les policiers fassent un
310 décompte des migrants présents.

On ramène trois mineures à Calais ce soir. Elles sont vraiment très jeunes et nous semblent aussi sous l'emprise de leur « copain » les poussant à revenir au camp, les deux plus jeunes n'ont pas de portable propre donc pas de numéro à nous donner. A peine dans le camion, elles appellent pour prévenir de leur arrivée. Des procédures sont en cours avec la Cimade pour la plus jeune qui a 13ans.

La nouvelle jungle n'est en fait qu'un terrain vague au milieu de la zone industrielle où les migrants viennent le soir, il n'y a, là non plus, aucune installation. Dans la journée, ils se réfugient dans une sorte de bois derrière le terrain.

Les gendarmes sont présents presque toute la journée le long du terrain, les CRS les relaient par la suite. Ils sont très cordiaux avec nous. GSF n'a en général pas de problème avec les forces policières surtout car l'association s'occupe des femmes et des enfants.

Il y a énormément de bénévoles, beaucoup plus qu'à Puythouck, qui viennent avec des camions pour distribuer nourriture et vêtements, ils mettent de la musique, des tables créant ainsi un espace de partage entre migrants et bénévoles. Les bénévoles sont pour la plupart très jeunes et il y a beaucoup d'anglais.

On commence les consultations, aucune femme ne se présente. Médecins Du Monde est présent aujourd'hui, on renvoie donc les migrants vers leur camion (car tous viennent voir GSF qu'ils voient tous les jours) et nous en profitons pour faire une petite maraude. On croise certaines des femmes déjà venues au refuge mais aucune ne souhaite venir ce soir. J'ai du mal à imaginer ces quelques femmes et jeunes filles seules parmi tous ces hommes la nuit quand les bénévoles sont partis.

Mercredi :

Cet après-midi nous partons pour Steenvoorde, situé à 45 minutes de l'appartement. Nous nous rendons dans la salle paroissiale de la ville située à côté de l'église, dans le bourg et qui est ouverte la journée pour les migrants grâce à une femme que tous les migrants appellent « mamy ». La nuit, ils retournent dans une jungle derrière la ville.

Nous nous garons près de l'entrée. Il faut être discret car les voisins sont hostiles à la présence des migrants. On entre par un passage entre deux petits immeubles. Sur l'entrée est inscrit « oasis de l'espérance ». Il y a d'abord un espace dehors avec l'accès à l'eau puis on entre dans la grande salle où se trouvent de nombreux canapés, des armoires remplies par des vêtements et les sacs des migrants, des tables avec des jeux, deux migrants jouent aux dés lorsqu'on arrive. Derrière se trouvent les cuisines et sur le côté ce qui semble être les douches. Entre 50 et 70 migrants sont réunis dans cette salle.

L'association la Croix Rouge est présente lorsque nous arrivons, ils viennent d'installer la Wi-Fi dans la salle et prêtent des portables aux migrants pour qu'ils puissent appeler leur famille à l'étranger. Tout ce travail de maintien du lien est aussi extrêmement important pour eux.

Nous devons voir « mamy » en arrivant car c'est elle qui s'occupe de tout, qui nous dit quelles femmes ont des besoins, quelle femme est enceinte, etc. mais elle n'est pas là. Récemment, sa maison a été incendiée.

On prévient les femmes que nous voyons qu'elles peuvent venir dans l'ambulance si elles ont besoin de quelque chose. Une quinzaine viendront nous voir, même si encore une fois, les lingettes et le shampoing sont les principales demandes. On réalise seulement une

consultation obstétricale et une consultation gynécologique. Lors de la consultation de grossesse, nous n'arrivons pas à faire fonctionner le monitoring de l'ambulance, on utilise à la place un stéthoscope de Pinard.

La femme enceinte qu'on devait voir hier à Norrent-Fontes et qui devait être ici n'arrivera que vers 18h, on donne les médicaments qui lui sont destinés à un homme qui la connaît bien.

Pendant les consultations, un défilé de 6 fourgons de gendarmes se déroule devant nos yeux. Tout cela paraît démesuré compte tenu de la taille de la ville. Un des fourgons vient se placer juste derrière la camionnette de GSF mais ne fait rien de plus. Les femmes que nous voyons semblent très inquiètes par la forte présence policière depuis quelques jours et nous posent de nombreuses questions mais nous n'en savons pas plus qu'elles.

Trois d'entre elles souhaitent venir au refuge le temps que ça se calme un peu ici. Malheureusement, une d'entre elles a un enfant de 8 ans (le refuge n'accepte que les enfants jusqu'à 2 ans suite à des problèmes avec le voisinage du fait du bruit). Elle vient nous montrer son fils, nous dit qu'elle a toujours été acceptée partout, elle est émouvante et nous fait fortement culpabiliser. On trouve finalement une autre solution pour les accueillir, elle et son fils, chez un autre bénévole que GSF connaît bien sur Calais et qui accepte gentiment (il prend avec sa femme jusqu'à 10 migrants par soir chez lui!) mais elle refuse car c'est trop loin bien que nous l'aurions amenée et ramenée dès qu'elle l'aurait souhaité. On apprend par la suite qu'elle est connue de GSF et qu'elle serait une « taupe »...

Marie, l'autre coordinatrice du refuge vient chercher les deux autres migrantes.

A Puythouck, on voit tout de suite qu'il y a moins de monde. Nous rencontrons la Cimade qui nous explique ses missions (informent les migrants de leurs droits, des démarches administratives possibles,...) et leurs difficultés à réaliser leur rôle car la maraude n'est pas du tout adaptée à leurs fonctions puisqu'ils ont besoin de s'entretenir longtemps avec les personnes. Ils proposent également des formations aux bénévoles sur la prise en charge des mineurs, les droits des bénévoles,... La Cimade a récemment appris l'existence du refuge de GSF, on leur rappelle la nécessité de ne pas parler de refuge mais de « locaux de GSF » pour garder l'endroit confidentiel.

En maraude, nous ne croisons presque personne, il n'y a plus aucune tente et les familles vues il y a deux jours ont disparu. Elles seraient maintenant beaucoup plus loin dans le bois.

Les consultations sont largement facilitées aujourd'hui par la présence de Marwan. Nous voyons au total 4 enfants, 21 hommes et une femme. Elle est arrivée la veille avec sa famille (conjoint et deux enfants de 6 et 9 ans) après un voyage de 3 mois depuis l'Irak. Elle est à environ 34 SA et n'a plus eu aucun bilan ou échographie depuis le début de leur voyage. On apprend que ses deux premiers accouchements étaient par césarienne... Lors de la consultation tout paraît normal, il faut maintenant prévoir un bilan, une consultation à l'hôpital, une consultation d'anesthésie et une échographie. Estelle et Margot reviendront la chercher demain.

Certaines têtes commencent à être connues et cela énerve un peu Marwan car d'après lui, il n'est pas utile, pour GSF, de venir tous les jours. Quand les migrants tentent de passer ils jettent les médicaments qu'on leur a donné car ils savent qu'ils pourront revenir le lendemain en chercher. En effet, ils semblent consommer très rapidement les médicaments qu'on leur donne mais peut-être ont-ils aussi besoin de parler, de se distraire comme ils le peuvent. D'autres à qui on avait dit d'aller à l'hôpital, n'ont pas pu y accéder car l'association Utopia56 qui amène les migrants à la PASS n'a pas pu entrer dans le camp la veille.

Nous avons la visite de Richard Matis ce soir, qui passe en général une fois par semaine. Il nous confirme que la mission se poursuivra au moins jusqu'en 2018. Du fait de l'évolution de la mission, les infirmières, les médecins généralistes, les étudiantes sages-femmes pourront également être bénévoles.

Dominique qui a vu l'évolution depuis l'incendie, sent que la tension monte au niveau de la jungle de Calais, comme avant l'incendie. Les migrants sont fatigués car ils ne peuvent se poser nulle part, ne peuvent posséder ni tente ni duvet. Ils ont faim car on ne leur autorise qu'un repas par jour. Ils n'ont pas d'accès à l'eau, aux douches et aux toilettes, il a fait chaud, il y a beaucoup de moustiques... On les empêche d'accéder à des besoins primaires, on leur prend jusqu'à leur dignité. Ça peut se dégrader très rapidement et on peut les comprendre. Les tensions sont aussi plus fortes entre policiers et bénévoles avec plusieurs mises en garde à vue et amendes...

Jeudi :

Petite journée aujourd'hui. On ramène à 10h une des femmes du refuge à Calais, on amène Leila avec nous pour lui montrer (de loin) la « jungle ». Encore une fois, on doit être discret.

Estelle et Margot étaient à Puythouck pour amener la femme qui est à huit mois de grossesse à l'hôpital pour ses rendez-vous, qu'elles lui ont pris la veille pendant au moins deux heures. En arrivant, elle n'était pas là, elles ont seulement croisé son conjoint qui leur a dit qu'elle allait bien et qu'elle n'avait pas besoin de ces rendez-vous. La nécessité d'aller à l'hôpital lui a été réexpliquée.

Je pars avec Brigitte à 17h pour la maraude à Calais mais nous arrivons trop tôt. Les gendarmes sont présents jusqu'à 18h puis sont relayés à 19h par les CRS laissant seulement une heure aux migrants pour aller aux camions de nourriture, de vêtements et pour des soins éventuels. Avant, les migrants étaient quand même présents dès 17h, maintenant ils arrivent seulement à 18h. Depuis hier, des barrières ont commencé à être installées délimitant ainsi la zone où se trouve les migrants et qui va compliquer l'accès pour les bénévoles. Le terrain aurait été racheté hier et rend l'avenir de ces migrants encore plus incertain.

Nous discutons avec un bénévole du Secours Catholique qui nous raconte les attaques des CRS subies dans la journée par les migrants. Ils sont gazés dans leur sommeil ainsi que leurs affaires, les rendant inutilisables. Les migrants ont peur, ils n'ont nulle part où aller, partout ils sont chassés. On ne veut pas d'eux ici, mais on les empêche d'aller là-bas. Ces abus de pouvoir me semblent inadmissibles et inhumains, on les empêche de manger et même de dormir. Ces gens sont comme nous et fuient une situation terrible, ce ne sont pas des nuisibles qu'il faut pourchasser.

A 18h nous commençons notre maraude, on croise quelques-unes des femmes du refuge mais pas toutes, la nouvelle femme rencontrée hier par Béatrice n'est pas là.

On réalise ensuite une vingtaine de consultations, beaucoup viennent car ils ont reçu du gaz dans les yeux. Un migrant parlant très bien anglais reste longtemps parler avec nous, il était pharmacien au Pakistan, il a besoin de parler. Il déplore les conditions dans lesquelles ils vivent et comment les migrants sont traités, « On n'est pas des animaux. Dans mon pays je ne suis pas traité comme un animal, ici je suis traité comme un animal. » Bien que nous soyons là pour aider, un sentiment profond de honte m'envahit. L'ambiance est malgré tout plutôt détendue ce soir et lorsque nous partons, à 19h30, les CRS ne sont pas encore là.

470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492

Vendredi :

Dernière journée aujourd’hui. Je me rends une dernière fois au refuge avec Marie et Leila pour quelques tentatives de bricolage (évier, serrure, carreaux,...).

La mission a encore vécu une évolution majeure depuis l’incendie avec une certaine remise en question. Tout commençait à être bien en place et organisé pour le suivi des femmes mais maintenant les femmes se font rares ou sont cachées et la médecine générale est dorénavant beaucoup plus présente avec l’absence d’une autre organisation médicale.

Cependant, c’est peut être une période de transition, les migrants reviennent petit à petit, démontrant l’inefficacité des mesures mises en place. Une réorganisation est pour l’instant compliquée du fait de la très forte présence policière qui rend les soins et l’accompagnement des migrants vers les structures alentours difficiles.

Toute cette situation est loin d’être viable sur le long terme comme si les autorités fermaient tout simplement les yeux sur la réalité de la situation et refusaient la prise en charge de ce problème. Toutes ces personnes sont dignes comme nous, ont des besoins primaires comme nous et il est inadmissible de leur refuser d’y accéder. Il semble que cette triste comédie humaine ne trouve jamais de fin.

Suivi des femmes dans les camps de réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais : Quelle prise en charge par Gynécologie Sans Frontières dans le cadre de la mission CAMINOR ?

Depuis début octobre 2015, l'association Gynécologie Sans Frontières, dans le cadre de la mission humanitaire « Caminor », prend en charge les femmes des camps de réfugiés-migrants du Nord-Pas-de-Calais.

A l'aide de 10 entretiens réalisés auprès de sages-femmes bénévoles parties à différentes périodes de cette mission et par l'étude de ses registres d'activité, nous avons souhaité évaluer la prise en charge médico-psycho-sociale de ces femmes avec ses particularités et ses difficultés liées au contexte dans lequel elles évoluent. D'autre part, nous avons cherché à évaluer la réponse humanitaire dans ce contexte et étudier les solutions à plus long terme.

Les soins en gynécologie-obstétrique ne sont pas la priorité des femmes réfugiées-migrantes. Elles évoluent dans un contexte de violences multiples et permanentes depuis le début de leur parcours migratoire jusqu'à l'intérieur des camps et présentent de multiples facteurs de fragilisation. La réponse humanitaire dans les camps du Nord-Pas-de-Calais apparaît comme une solution nécessaire mais, sans intervention nationale et internationale, uniquement palliative à leur situation. Des femmes réfugiées-migrantes sont maintenant présentes sur tout le territoire français, ce qui tend à vouloir faire évoluer cette mission, vers la mission « CamiFrance ».

Mots-clés : Réfugiées, migrantes, humanitaire, camps de migrants, Gynécologie Sans Frontières, Caminor, suivi médico-psycho-social, précarité, accès aux soins, violences.