



Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

SÉANCE PLÉNIÈRE DU CNLE **26 juin 2018**

Ministère des solidarités et de la santé

• Ordre du jour	2
• Membres présents	3
• La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité : Présentation par Geneviève COURAUD rapporteur du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes	5
• La situation des femmes sans abri : Intervention de Christine LACONDE Directrice Générale du Samu social de Paris	11

Ordre du jour :

- **La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité**
Présentation par Geneviève COURAUD rapporteure du rapport du haut conseil à l'égalité
entre les femmes et les hommes

- **La situation des femmes sans-abri**
Intervention de Christine LACONDE
Directrice générale du Samu social de Paris

Membres présents :

➤ **PRÉSIDENT** : Co présidence : Brigitte BOURGUIGNON, Étienne PINTE

➤ **ADMINISTRATIONS**

MINISTÈRE DE L'INTERIEUR

Charlotte DESPRAIRIES, Chargée d'étude

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Astrid LOUIS PHILIPPE, Chargée de mission

MINISTÈRE DE LA SANTE

Lionel LAVIN, Direction Générale de la Santé

➤ **ASSOCIATIONS**

Delphine BONJOUR, Secours Catholique
Patrick BOULTE, Solidarités Nouvelles Face au Chômage
Alexis GOURSOLAS, Fédération des Acteurs de la Solidarité
Laura SLIMANI, Fédération des Acteurs de la Solidarité
Bénédicte JACQUEY VAZQUEZ, ATD Quart Monde
Manon JULLIEN, UNIOPSS
Claudie MILLER, FSCF
Bernard MORIAU, Médecins du Monde
Emmanuelle MOUY, Petits frères des pauvres
Henriette STEINBERG, Secours Populaire

➤ **PARTENAIRES SOCIAUX**

Mohamed LOUNAS, CGT
Christine SOVRANO, CGT

➤ **PERSONNES QUALIFIÉES**

Jean Claude BARBIER
Marianne BERTHOD WURMSER

➤ **CONSEILS ET COMITES**

Maryse SYLVESTRE, USH

➤ **MEMBRES DU 8^e COLLEGE**

Aurélie AZEMARD
Angélique CRETEAU
Fatouma DIOP

Dominique VIRLOGEUX

➤ **SECRETARIAT GENERAL DU CNLE**

Brigitte ZAGO-KOCH
Françoise ALBERTINI
Alain FROMENT

➤ **AUTRES PARTICIPANTS :**

Marion LEBON, Juliette RAMSTEIN, Arbia GUEZGOU, Julie VANHECKE, Pascal FROUDIERE, Sophie DEL CORSO (DGCS), Gabrielle BERTLOZZO, Hassen HARBAOUI (ex membre du 8 e collège), Paul Antoine CAILLAUD (Sénat), Honorine GUILLET (Restos du cœur), Marianne Yvon (ANSA)

Nombre total de participants : 38

Etienne PINTE (Président) : J'ai invité Brigitte Bourguignon, présidente du HCTS à coprésider cette réunion avec moi. Elle nous avait d'ailleurs conviés en mars à la journée internationale du HCTS, à l'Assemblée nationale. Nous avons décidé de travailler ensemble sur des thématiques qui nous sont communes. C'est pourquoi nous l'accueillons aujourd'hui. Brigitte Bourguignon sera également la bienvenue au CNLE quand elle le souhaitera.

Je dois également vous faire part d'une mauvaise nouvelle, l'une des « anciennes » membres du huitième collège, Reine Cau, est décédée. Elle était très dynamique et très joyeuse, malgré sa vie extrêmement difficile. Nous avons tous apprécié son dynamisme, la pertinence de ses propos lorsqu'elle siégeait dans cette instance. Elle est décédée voici un mois. Je souhaite que nous ayons tous une pensée pour elle.

La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité : Présentation par Geneviève COURAUD rapporteure du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes

Étienne PINTE (Président) : Madame Couraud a coprésidé le rapport sur la Santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité. Ce thème est d'autant plus important que 64 % des femmes reportent ou abandonnent les soins dont elles ont besoin. Hommes et femmes confondus, 9 millions de personnes reportent leurs soins en France. Ces femmes occupent souvent des emplois précaires, à temps partiel. Il s'agit souvent de personnes seules, pour lesquelles la santé ne constitue pas une priorité. Il est donc important que nous nous saisissions de ce sujet.

Geneviève COURAUD (rapporteure du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes) : Madame la Secrétaire générale, nous vous avons reçu pour l'élaboration de ce document. Vous aviez alors attiré notre attention sur plusieurs points que nous avons repris en troisième partie de ce rapport.

Celui-ci n'a pas été facile à élaborer, car nous avons dû commencer par définir plusieurs notions notamment celle des femmes en situation de précarité ou de pauvreté.

Je viens de Marseille et, pendant onze ans, au sein du Conseil général des Bouches-du-Rhône, j'ai présidé un observatoire du droit des femmes. Cet observatoire s'est très vite rendu compte de la disparité de la situation des femmes dans ce département. A Marseille, une grande partie de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et cette question des femmes en situation de pauvreté a très vite alerté. Le Comité catholique contre la faim a également interpellé l'observatoire, dès 2004, sur la santé de ces femmes.

Pourquoi avoir évoqué l'urgence en titre de ce rapport ? D'abord, la question de la santé de ces femmes en difficulté est très préoccupante et nécessite une intervention rapide. Il s'agit également d'une urgence pour notre société, comme vous le savez tous.

Le haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a été créé en 2013. Il s'agit d'une structure internationale, consultative, indépendante, en charge des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes placée auprès du Premier ministre. Elle peut également s'auto saisir, comme cela a été le cas pour le présent rapport.

La loi égalité citoyenneté de janvier 2017 garantit la pérennité et l'indépendance du haut conseil. Sa présidente, Danielle Bousquet, est une ancienne présidente adjointe de l'Assemblée nationale et députée des Côtes-d'Armor. Le haut conseil a pour mission centrale d'accompagner et d'éclairer les pouvoirs publics dans leurs prises de décisions en matière de droit des femmes et d'égalité. Ces recommandations ne sont pas contraignantes mais sont souvent prises en compte dans les projets de loi. Sur les 250 recommandations du haut conseil formulées entre 2013 et 2015, 40 % ont été reprises.

Pour le présent rapport, le travail s'est déroulé sur près d'un an, de mai 2016 à mai 2017. Nous avons procédé à plus de 20 auditions et rencontres de chercheurs, épidémiologistes, médecins, spécialistes, syndicats, associations et acteurs publics. Nous avons rencontré un centre de santé communautaire en

Seine-Saint-Denis, ainsi que des médecins généralistes à Marseille, dans un quartier du centre-ville particulièrement paupérisé.

Nous avons fait le choix, dès le début de ce travail, de nous intéresser à la santé de manière globale, tout au long de la vie des femmes, de l'adolescence jusqu'à la fin de vie.

L'espérance de vie des femmes à la naissance (85,6 ans) est meilleure que celle des hommes (80 ans). Dès lors, pourquoi s'intéresser à la santé des femmes ? Parce que celles-ci se considèrent en moins bonne santé que les hommes. Selon l'OMS, la santé est l'état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. L'espérance de vie en bonne santé pour les femmes est de 64,5 ans, contre 63,4 ans pour les hommes. Les femmes renoncent également plus aux soins que les hommes, 64 % des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des derniers mois étaient des femmes. Enfin, du fait des changements comportementaux des femmes, qui se rapprochent de ceux des hommes, il est probable que l'espérance de vie des femmes se rapprochera de celle des hommes.

Pourquoi avoir choisi les femmes en situation de précarité ? Nous avons rencontré des difficultés pour obtenir des chiffres et des études sur ce sujet. Il manque également une coordination des données, qui ont pourtant besoin d'être plus organisées.

Dans tous les domaines de soins que nous avons suivis au cours de notre étude, la pauvreté et la précarité sont signalées comme des facteurs aggravants, voire des facteurs de risque. Cependant, fallait-il parler de pauvreté ou de précarité, voire de vulnérabilité ? La précarité est multidimensionnelle et ne se résume pas au seul aspect financier. Ce terme englobant nous a paru plus intéressant.

Dans leur ensemble, les femmes constituent l'immense majorité des personnes en situation de précarité, puisqu'elles représentent 73 % des travailleurs pauvres, 80 % des temps partiels et 80 % des chefs de famille monoparentale. Ce sont elles qui travaillent tôt le matin et tard le soir, prennent les transports en commun plusieurs heures par jour et assument souvent la charge mentale. Dans leur vie, leur santé passe après le reste.

Nous croisons sans cesse deux types d'inégalités. La première est celle des inégalités de santé et de soins entre les femmes et les hommes. La seconde, les inégalités de santé et de soins entre la moyenne des femmes et les femmes en situation de précarité. En matière de santé et d'accès aux soins, les inégalités sociales et de sexe se combinent et se renforcent. Les femmes en situation de précarité sont les premières exposées.

Notre rapport commence par décrire quatre indicateurs de santé détériorée, identifiés comme exemplaires. La seconde section porte sur les déterminants sociaux conduisant à cette situation et la troisième contient des préconisations d'amélioration concernant le système de soins.

Le premier indicateur de santé concerne les maladies professionnelles, les accidents de travail et de trajet. Les maladies liées aux conditions de travail sont plus nombreuses chez les hommes, bien que l'écart avec les femmes soit désormais minime. Entre 2000 et 2015, le nombre de maladies professionnelles des femmes a ainsi augmenté de 155 %.

Sont également source d'inégalité les troubles mentaux, ainsi que le suivi gynécologique des femmes et la prévention des cancers spécifiques, en particulier les cancers du col de l'utérus et du sein. C'est d'ailleurs la raison de notre auto saisine.

En 2014, nous avons rendu un avis sur les inégalités territoriales, concernant les politiques de la ville et les territoires ruraux en difficulté. Parmi nos remarques, nous avons pointé la question de la santé des femmes. Or nous avons le sentiment de n'être pas allé suffisamment loin sur cette question et nous nous sommes auto saisis du présent rapport. Les femmes les moins dépistées pour le cancer du sein et de l'utérus et les moins vaccinées contre le papillomavirus ont pour point commun de vivre dans une famille à faibles revenus. Ces éléments sont très préoccupants, parce qu'ils passent les barrières des générations.

En France, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité des femmes, devant le cancer. Parmi les 150 000 personnes qui décèdent chaque année d'une maladie cardio cérébro vasculaire, plus de 54 % sont des femmes. Parmi elles, les femmes précaires sont surreprésentées. Les maladies cardio-vasculaires touchent de plus en plus de femmes jeunes. Cette progression s'intensifie et les infarctus du myocarde ont triplé ces 15 dernières années chez les femmes de moins de 50 ans. Les changements de mode de vie des femmes s'accompagnent de mauvaises habitudes : tabac, alcool, manque d'exercice physique, alimentation déséquilibrée, etc., qui constituent des facteurs de risques. Le tabagisme et l'obésité ont d'ailleurs notablement augmenté. La précarité est elle-même un facteur de risque supplémentaire, qui amplifie les autres facteurs. Notre défaut de prévention et de prise en charge trouve sa source dans l'intersection d'inégalités liées au sexe et aux difficultés économiques et sociales. Plus une femme est pauvre, moins elle se fait dépister. Du fait de la méconnaissance des symptômes et des retards de diagnostics, elles arrivent aux urgences une heure plus tard que les hommes. En effet, pour de nombreuses femmes subissant un infarctus, les symptômes sont inconnus. Les femmes ouvrières présentent un taux de mortalité moyen trois fois supérieur pour les cardiopathies ischémiques et les maladies cardio cérébro vasculaires par rapport aux femmes ayant exercé la fonction de cadre ou une profession intellectuelle supérieure. Nous préconisons d'améliorer la formation des professionnels de santé, afin de mieux prendre en compte les spécificités des femmes dans les diagnostics et les traitements.

Dans la deuxième section, nous évoquons des facteurs qui conduisent à une dégradation de la santé des femmes en situation de précarité. Nous avons tout d'abord été frappés par l'absence de prise en compte de la pénibilité des métiers des femmes. En effet, les critères de pénibilité sont établis en fonction des métiers des hommes. Par exemple, pour les manutentions, les seuils de port de charge ne s'appliquent pas aux hôtesses de caisse. Il faudrait ainsi différencier ces données en fonction de données sexuées. Parmi nos recommandations, nous demandons que les seuils de pénibilité soient révisés. En 2015, 513 000 salariés (dont 116 000 femmes, soit 23 % du nombre total) ont été exposés à une forme de pénibilité et ont acquis au moins 1 point sur leur compte pénibilité. Le haut conseil préconise donc de modifier les seuils de port de charge, notamment pour mieux coller aux réalités du travail des femmes, compléter les critères déjà existants, pour prendre en compte les conditions de travail des femmes, c'est-à-dire intégrer la station debout aux critères de postures pénibles et les produits ménagers parmi les produits chimiques dangereux. Nous préconisons aussi de prendre en compte de nouveaux facteurs de pénibilité propres aux emplois occupés par des femmes, par exemple la multiplication des trajets pour des interventions à domicile.

L'insécurité sociale et économique caractérise la précarité et peut avoir des effets directs et concrets sur la santé. Ce sont les questions de l'alimentation et celles qui concernent le rapport au corps. Dans ces vies bousculées, un rapport au corps négatif s'installe, qui éloigne encore plus ces femmes du soin.

La précarité rend les femmes plus vulnérables face aux violences de genre et entrave l'accès à un accompagnement adéquat. On peut entrer en précarité parce que l'on fuit un conjoint violent. La précarité peut aussi être un facteur de risque. Lorsqu'elles sont victimes de violence, les femmes se tournent en premier lieu vers les professionnels de santé.

Quels freins empêchent l'accès aux soins de ce public ? Comment améliorer ces soins ? Je rappellerai les principaux points de notre rapport : le premier obstacle dans l'accès aux soins correspond à l'aspect financier. Sur ce sujet, nous préconisons la fusion de l'AME, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé et de la CMU-C, ainsi que l'automatisme de l'accès à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA.

Le second obstacle correspond à l'accès aux professionnels de santé, avec des refus de rendez-vous aux personnes bénéficiaires de dispositifs d'aides. Les professionnels de santé doivent être formés et outillés pour un accueil adapté des personnes en situation de précarité et les pratiques discriminatoires doivent être sanctionnées.

Dans les territoires éloignés et ruraux, la question de l'accès aux soins est très difficile. Nous avons été très intéressés par les expériences menées par l'association Familles rurales concernant l'entraide et la mobilité.

J'espère vous avoir convaincus qu'en effet, cette question de la santé des femmes en situation de précarité constitue bien une urgence.

Étienne PINTE (Président) : Merci beaucoup, vous avez été passionnante et vous nous avez appris beaucoup de choses.

Brigitte BOURGUIGNON (Présidente du HCTS) : Merci de cette invitation.

Madame Couraud nous a donc présenté des constats alarmants et il est urgent de répondre aujourd'hui à ces difficultés. La question des femmes est omniprésente dans nos travaux, notamment ceux menés à la commission affaires sociales. Nous constatons des problématiques particulières aux femmes : l'accès à la santé, les modes de garde, les violences, les inégalités salariales, etc. Sur le sujet des EHPAD, nous avons ainsi mis en avant la pénibilité du travail féminin. A travers la formation professionnelle et l'apprentissage, que nous reverrons en deuxième lecture dans dix jours, nous avons ajouté un titre 3, avec tous les sujets concernant l'égalité salariale et l'égalité d'accès à la formation professionnelle et l'apprentissage. Ces difficultés peuvent aussi être démultipliées par les différences territoriales, notamment dans les zones rurales.

Tous ces sujets sont donc véritablement pris en considération. Le plan pauvreté accordera une grande part à l'égalité entre les hommes et les femmes, notamment s'agissant des modes de garde et la petite enfance, sujets qui demeurent largement la part des femmes aujourd'hui.

Concernant la pénibilité, je trouve votre approche très intéressante. Elle devrait être prise en considération dans le futur. Nous continuerons à la commission affaires sociales à travailler de façon transversale, pour valoriser les métiers, les formations, etc. Notre Secrétaire d'Etat est très impliquée sur ces sujets et notre ministre du Travail a souhaité inscrire l'égalité salariale dans le droit.

Le sujet des femmes sera à nouveau abordé s'agissant des retraites. En septembre, j'organiserai à l'Assemblée nationale un colloque sur les retraites, en prenant en compte le prisme des femmes.

Delphine BONJOUR (Secours catholique) : Avez-vous également travaillé sur la question des femmes étrangères, notamment celles qui vivent en situation irrégulière ?

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes) : Cela a fait partie des débats et nous avons choisi de ne pas en parler, parce que cela constituait un sujet à part entière. Il y a quelque temps, le haut conseil a cependant publié un rapport sur les femmes migrantes, abordant notamment le sujet de la santé.

Christine SOVRANO (CGT) : Merci de votre intervention. J'ai été particulièrement sensible à la fusion des aides médicales, qui constitue une préconisation intéressante. Je lirai votre rapport très attentivement, mais je me pose des questions concernant certaines catégories de population, notamment les aides à domicile. Ces femmes travaillent souvent à temps partiel, selon des horaires hachés et sont en première ligne s'agissant des TMS. Ce sujet renvoie aussi à la question des garanties collectives dans les différentes branches, en baisse progressive. De ce fait, la précarité devrait augmenter, notamment pour les femmes.

Enfin, je me pose la question de l'égalité sur les territoires, avec la fermeture des hôpitaux de proximité. Le recours aux soins est beaucoup plus problématique en zone rurale.

Étienne PINTE (Président) : Le CNLE demande depuis plusieurs années la fusion des aides médicales. Nous serions très satisfaits que cette fusion devienne effective.

Henriette STEINBERG (Secours Populaire) : Je voudrais tout d'abord vous remercier pour la qualité de votre présentation et celle du rapport. La question des personnes y est en effet prise en compte de façon générale, sous tous ses aspects.

Ce rapport soulève de nombreuses interrogations. Serait-il possible de demander aux ARS de procéder à une enquête qui permettrait de connaître leur approche en termes d'analyse et de moyens

consacrés à ce sujet ? L'ensemble du dispositif doit en effet pouvoir être mobilisé. Il s'agit de lancer une réflexion collective, pour faire avancer la situation.

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes) : Effectivement, nous abordons rapidement la question des ARS dans le rapport, en troisième partie.

Lionel LAVIN (Direction générale de la santé) : Les ARS travaillent avec les PRAPS s'agissant des personnes précaires. Ces programmes allient le social à la santé et s'intéressent normalement à tous les territoires, y compris les territoires ruraux.

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes) : Pourriez-vous me faire parvenir une question écrite à ce sujet ?

Étienne PINTE (Président) : Cette remarque est valable pour tous ; n'hésitez pas à envoyer vos questions et contributions.

Bernard MORIAU (Médecins du Monde) : Ce rapport est très proche de la réalité, notamment s'agissant des TMS, dont sont largement victimes les femmes. Le deuxième élément correspond aux maladies cardio cérébro vasculaires, qui émergent chez les femmes.

Concernant les cancers du sein, du colon et les frottis, les femmes éloignées du système des soins ont peu recours aux dépistages. Nous constatons aussi une surreprésentation des gynécologues dans les quartiers riches et une sous-représentation dans les territoires ruraux et pauvres. La loi Touraine a cependant étendu les compétences des sages-femmes, ce qui devrait pallier les déficits de certains territoires, de même que le recentrage de la formation des généralistes en matière de prévention.

Par ailleurs, l'AME est réservée aux personnes qui ne sont pas assurées d'Etat. Ces personnes échappent donc aux campagnes de prévention menées concernant ces pathologies. Elles ne bénéficient pas non plus du programme d'accompagnement Sophia de la Sécurité Sociale pour les diabétiques. La fusion avec l'AME s'impose donc pour améliorer la prévention.

Enfin, j'ai constaté que la santé des enfants est liée à la santé des femmes. Le manque d'accès des femmes à la santé entraîne souvent un manque d'accès des enfants à la santé. Il faut dès lors insister pour que ces femmes précaires puissent entrer dans le système de soin.

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes) : Effectivement, votre intervention est très intéressante, notamment concernant l'importance de l'AME en matière de prévention.

Pour revenir à la question des retraites évoquée par Madame Bourguignon, la diminution de la pension de réversion pèsera également sur les générations à venir, ce qui est très préoccupant.

Brigitte BOURGUIGNON (Présidente du HCTS) : Fort heureusement, la diminution des pensions de réversion n'est pas du tout à l'ordre du jour.

En matière de retraites, il apparaît que de nombreux pans des carrières des femmes ne sont pas pris en considération, notamment pour les femmes qui ont travaillé dans le monde agricole ou comme familles d'accueil. C'est donc également sur ces sujets qu'il faut se battre. Il faudrait harmoniser et simplifier les régimes de retraites.

Un intervenant : Merci pour votre rapport, qui est de grande qualité, mais témoigne d'une réalité effrayante, qui ne peut que nous amener à réagir.

Vous évoquez beaucoup la question des travailleurs pauvres, qui sont souvent des femmes. Il s'agit d'un sujet essentiel, qui amène au devenir de la prime d'activité.

En outre, votre rapport contient-il des éléments sur les femmes en situation de pauvreté, mais qui ne travaillent pas ?

Enfin, il est effectivement nécessaire de prévoir des mesures particulières aux femmes. Néanmoins, il faut également que nous progressions sur la prise en compte des problématiques de santé pour les personnes en situation de précarité. Nous attendons beaucoup de la stratégie pauvreté à cet égard. Plus globalement, l'articulation territoriale entre professionnels du social et de la santé devrait permettre de nous améliorer.

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes) : Les femmes qui ne travaillent pas sont effectivement prises en compte dans le rapport, même s'il est parfois difficile de les identifier. Nous avons axé notre travail sur une certaine catégorie de femmes, correspondant à des domaines dans lesquels nous disposons de données importantes.

Aurélié AZEMARD (membre du huitième collègue) : Je suis issue d'un territoire dans lequel de nombreuses femmes et leurs enfants sont à la rue. J'ai déjà eu l'occasion d'indiquer que, tant que nous ne pourrions pas prendre en charge ces personnes, la problématique demeurera. Comment le Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes travaille-t-il sur les territoires, pour prendre en charge les personnes en grande précarité ? Comment parvenez-vous à détecter les situations de femmes en grande précarité ?

Vous avez également évoqué la question de l'accompagnement à la prévention dans les territoires ruraux, mais ces dispositifs me semblent encore largement inopérants, par exemple en Ardèche. Serait-il possible d'envisager des missions de détection et de prévention sur les territoires, notamment en passant par les auxiliaires de vie, infirmières ou aides-soignants, pour mener des enquêtes de terrain permettant de détecter les personnes les plus précaires ?

Enfin, les femmes à la rue avec leurs enfants demeurent trop souvent invisibles. Comment identifier ces personnes qui ne disposent d'aucun accompagnement ?

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes) : Les missions de notre haut conseil sont des missions d'étude et de bilan, ce qui nous engage à la modestie. Nous n'intervenons pas directement sur les territoires, mais travaillons sur la base d'études. Avec nos préconisations, nous pouvons toutefois interpeller le législateur et les collectivités territoriales. Nos 72 membres sont des experts bénévoles. Comment aborder les territoires les plus éloignés ? Avec des études, des auditions et des enquêtes auxquelles nous avons accès. Nous ne sommes cependant pas actifs sur le terrain, mais je retiens l'indication que vous me donnez concernant l'Ardèche.

Angélique CRETEAU (membre du huitième collègue) : Médecins du monde a indiqué qu'une femme en situation de précarité qui avait accès au soin donnerait ensuite accès au soin à ses enfants. Or nous avons souvent constaté que les personnes en situation de précarité préféreraient souvent donner accès au soin à leurs enfants en priorité, à leur détriment. Il semble également que l'information sur l'accès aux soins ne soit pas suffisante pour ces populations.

Bernard MORIAU (Médecins du Monde) : Il y a vingt ans, les hommes en situation de précarité se maintenaient à l'écart des soins, mais cette situation change à présent. Une fois que les femmes ont introduit la notion d'importance de la santé dans la famille, l'accès des soins pour les enfants s'est élargi, puis pour les hommes.

Mohamed LOUNAS (CGT) : Dans votre rapport, vous évoquez beaucoup la précarité, notamment la précarité du travail, qui génère une précarité financière et conduit à solliciter les dispositifs existants en ce qui concerne les minimas sociaux. Or ces dispositifs sont très mal adaptés, ce qui maintient ces personnes en situation de précarité.

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes) : Nous sommes conscients de cette situation que vous décrivez, mais nous ne sommes pas entrés dans le détail de ces questions.

Marianne BERTHOD WURMSER (personne qualifiée) : Je tenais à attirer votre attention sur la « maltraitance administrative » de ces personnes en situation de précarité, notamment vis-à-vis de

l'assurance-maladie. Elles sont reçues dans des conditions particulièrement difficiles, notamment en région parisienne, du fait de la modification de l'organisation territoriale des points d'accueil et de la complexité des sujets. J'ai ainsi pu constater que, pour ces raisons, des femmes victimes de fibromes n'étaient pas toujours en mesure de se soigner.

Une intervenante : Votre rapport nous rappelle l'importance du prisme de l'égalité femmes/hommes. La question de la migration mériterait également d'être développée en matière de santé. J'insiste aussi sur le remplacement de l'AME par l'AMU, qui ne prendra pas en compte la question de la contraception.

Enfin, avez-vous travaillé sur le sujet de la prostitution, qui a de forts impacts sur la santé sexuelle bien sûr, mais aussi sur la santé mentale ?

Geneviève COURAUD (rapporteuse du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes) : Concernant les femmes migrantes et la prostitution, ces thèmes entrent dans le périmètre d'autres commissions, notamment celle qui porte sur les violences et la commission internationale. Nous rendrons bientôt un rapport sur la question des violences gynécologiques et obstétricales.

Étienne PINTE (Président) : Merci beaucoup, avec ce rapport, vous avez apporté une importante contribution à nos réflexions.

La situation des femmes sans abri : Intervention de Christine LACONDE Directrice Générale du Samu social de Paris

Étienne PINTE (Président) : Je vous rappelle qu'en 2012, 142 000 personnes étaient sans-abri, dont 22 % étaient des femmes. Or nombre d'entre elles sont invisibles. Depuis janvier 2017, plusieurs milliers de femmes se sont adressées au Samu social pour trouver un hébergement d'urgence.

Christine LACONDE (Directrice Générale du Samu social de Paris) : Bonjour à tous.

Merci de nous avoir invités pour évoquer ce sujet qui nous tient particulièrement à cœur. En fin d'année 2017, le Samu social de Paris a lancé une campagne de communication et de sensibilisation sur la question des femmes sans domicile et des femmes à la rue, qui sont en augmentation. Or on héberge moins bien les femmes que les hommes, alors qu'il est encore plus dangereux pour une femme que pour un homme d'être à la rue.

Les femmes représentent une part significative de personnes sans domicile fixe (près de 25 %), alors que l'on a le sentiment qu'elles sont moins nombreuses, ce qui renvoie à la question de l'invisibilité.

En région parisienne, les demandes d'hébergement sont en nette augmentation au cours des dernières années, particulièrement pour les femmes (+ 66 % depuis 2006), avec une part des primo-demandeuses également en augmentation. La réponse aux besoins de mise à l'abri des femmes s'est fortement dégradée au cours de cette même période : en 2006, 72 % de ces femmes parvenaient à être hébergées, contre moins de 25 % en 2016. Pour les familles, dont la majorité est monoparentales, le taux de réponse s'est encore plus dégradé.

L'explosion du sans-abrisme à Paris entretient un lien fort avec les questions migratoires et la façon dont celles-ci sont traitées. En 2006, 49 % des femmes ayant fait l'objet d'une demande d'hébergement était de nationalité française, contre 29 % en 2016. En 2006, 20 % des appelantes ne disposaient pas d'une couverture santé, contre 34 % en 2016. Cette situation est le reflet de la grande vulnérabilité des migrants, en particulier des migrantes.

Le Samu social a également réalisé un travail d'enquête, concernant cette dégradation de la réponse apportée aux femmes sans domicile demandant à être hébergées, C'est donc cette enquête que je vais vous présenter, et ensuite je répondrai à vos questions :

L'enquête se trouve à l'adresse suivante : <http://www.samusocial.paris/nos-enquetes>

Laura SLIMANI (FAS) : mon intervention comportera 4 points qui me paraissent importants : Tout d'abord les chiffres sont terrifiants mais en même temps utiles car ils doivent nous pousser à agir.

Il me paraît également important de faire le lien entre ces chiffres et la traite des êtres humains en France, qui est sous-détectée. Notre pays ne met pas en place aujourd'hui les politiques auxquelles il est engagé internationalement dans la lutte contre la traite des êtres humains et la protection des victimes. Or nombreuses sont les femmes à la rue à être exploitées.

Cela pose également la question de la sensibilisation de l'hébergement généraliste à la réponse des violences ce qui n'est pas évident à faire dans un contexte de resserrement budgétaire, même si certaines actions sont simples : affiches, mise en place d'un-e référent-e sur la question, etc.

Et enfin il est nécessaire d'améliorer la situation des femmes venues par le biais du regroupement familial et qui se retrouvent à la rue parce qu'elles fuient les violences de leur conjoint : leur titre de séjour étant lié à celui de leur conjoint elles se trouvent en situation administrative précaire, et les possibilités d'obtenir un titre de séjour pour violences conjugales sont très limitées.

Henriette STEINBERG (Secours Populaire) Le Secours Populaire Français souhaite attirer l'attention sur le fait qu'il est un acteur territorial indépendant de tout pouvoir qui détermine sa démarche et ses actions selon ses propres orientations déterminées dans ses congrès, dans le respect des lois de la République au titre desquelles figure la Loi 1901 concernant les associations. A cet égard, le SPF peut être un partenaire, il ne sera pas un exécutant.

Emmanuelle MOUY (Petits frères des pauvres) Mme Laconde vous parlez dans votre présentation d'urgence sociale pour les femmes or, dans les années 90, j'étais moi-même infirmière de nuit dans les véhicules du samu social...à cette époque, déjà, nous laissions des femmes sur le trottoir faute de places disponibles dans des hébergements dédiés. Ma question est la suivante : quand le samu social juge-t-il qu'il s'agit d'une urgence ?

Christine LACONDE (Directrice Générale du Samu social de Paris) : le Samusocial est malheureusement contraint par l'offre d'hébergement disponible, une offre largement insuffisante en particulier pour les femmes. Cette insuffisance de places d'hébergement disponibles révèle à la fois une inadaptation de l'offre à l'évolution du public (manque de places pour les femmes, en particulier de structures dédiées à celles-ci) et des parcours de sortie d'hébergement rendus bien trop lents par le manque de logements accessibles et la longueur des délais de régularisation de la situation administrative des personnes.

Christine SOVRANO (CGT) : Il serait intéressant d'avoir une visibilité sur les territoires, et les différentes catégories de femmes accueillies en CHRS ou orientées par le 115 pouvant se répartir autrement, femmes victimes de violence, issues de l'aide sociale à l'enfance, des migrations soulignant la confusion des missions entre structures CADA, CHRS faute de places...

En effet les services en province sont également engorgés, il y a un délai de 2 ans d'attente dans certains CHRS. Aujourd'hui existe une réelle inquiétude concernant le financement de ces établissements qui sont en mesure de prodiguer un accompagnement global aux personnes sans abri.

Fatouma DIOP (8^e collège) : Nous avons pu constater aujourd'hui à l'occasion de cette réunion à quel point l'apport de notre collège était important pour nos travaux. Certes nous ne possédons pas votre compétence, mais nous avons pour nous notre expérience et c'est très important. C'est une réelle fierté pour nous d'être ici.