

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2023

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Marie LEFEVRE

Présentée et soutenue publiquement le *21 novembre 2023*.

Evaluation des représentations et des besoins concernant la santé de la femme, dans le cadre de l'implantation d'un cycle d'ateliers santé en milieu carcéral : une étude qualitative menée auprès des femmes détenues à la maison d'arrêt de Nantes.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directeur de thèse : Docteur Aude TOULEMONDE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pascal Fournier,

Tu me fais l'honneur d'être à la présidence de ce jury et d'évaluer mon travail, je t'en suis sincèrement reconnaissante. Je suis heureuse de démarrer la grande aventure de la médecine générale en devenant ta collègue.

A Madame Le Docteur Aude Toulemonde,

Je te remercie de m'avoir proposé ce projet si important pour toi, de m'avoir accompagnée et de m'avoir fait confiance. Merci pour ton enthousiasme, ton imagination et tes précieux conseils. Et surtout, merci pour ton investissement auprès de toutes ces femmes. J'espère que les ateliers perdureront à la prison.

A Madame Le Docteur Marie Giaume,

Je te remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Merci pour ton dévouement auprès de la population carcérale, pour la transmission de ton savoir et pour ta bienveillance tout au long de mon stage à la Maison d'Arrêt.

A Madame le Docteur Maud Poirier,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Merci d'avoir accompagné avec entrain le projet d'ateliers en santé féminine depuis le début. Vous inviter dans ce jury était une évidence. J'espère que ce projet continuera de grandir.

A Madame le Docteur Anne Jolivet,

Je vous remercie de votre intérêt porté à ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci d'apporter à ce jury l'approche de la Santé Publique qui m'est chère.

A Madame le Docteur Pauline Jeanmougin,

Je vous remercie de votre intérêt porté à ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour vos enseignements au sein du DMG.

A Monsieur le Professeur Thibaut Thubert,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre intérêt à propos de ces projets de promotion de la santé féminine.

A toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à ce projet,

A toutes les femmes de la maison d'arrêt qui ont accepté de participer à ce projet et de m'ouvrir leur cœur.

A l'équipe soignante et aux surveillants de l'USMP de la maison d'arrêt de Nantes, qui m'ont fait découvrir le sens du soin dans l'univers carcéral. Je remercie tout particulièrement Marie Ganacheau et Sandrine Robin pour leur implication lors des ateliers.

A Madame Folliot, pour avoir permis et facilité la réalisation de ce projet.

A Cécilia, Aude, Justine, Claire et Elise, pour vos superbes thèses et votre engagement auprès des femmes.

A Anne Le Rhun, pour vos conseils et votre enthousiasme quant à ce projet.

A Steven Le Pape, pour ton aide lors de la retranscription des entretiens.

A mes parents, à Pierre, à Solenn Menoret et à Tom Lucas, pour avoir relu ce manuscrit avec attention.

A Alexa Marcillat, pour l'impression de ces pages.

A tous les soignants qui m'ont accompagnée,

A toutes les équipes soignantes que j'ai rencontrées durant mes études de sage-femme, aux équipes des urgences du CHU de Nantes, de la pédiatrie du CHD de La Roche-Sur-Yon, de la MAG et de l'USMP.

A tous les maîtres de stage dont j'ai croisé la route et qui m'ont profondément inspirée, plus particulièrement Françoise Lecointre, Pierre-Vincent Lacroix, Charlotte Claret et Claudine Loiseau.

A l'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Brest, pour les enseignements de qualité et votre soutien dans mon parcours. Je vous dois la rigueur de mon raisonnement et, surtout, l'approche humaine de mon métier.

A mes co-internes, qui ont rendu ces semestres un peu plus doux et funs.

A ma promotion d'école de sage-femme.

A mes futurs collègues de la MSP de Chantenay, avec qui j'ai hâte de m'installer.

A mes amis,

A Carole, ma plus ancienne amie. Pour tous ces moments partagés. Pour ton soutien infaillible, ta capacité à me faire relativiser et à me divertir durant ces nombreuses années de révision. Pour avoir su me dire "Sake éd'dins" quand il le fallait, car il vaut mieux vivre avec des remords qu'avec des regrets.

A mes colocs, Alizée et Anaïs, sans vous je n'en serai pas là. Merci pour ces années inoubliables, ces épreuves traversées ensemble et ces fous rires que je n'oublierai jamais. Merci d'être toujours là, peu importe la distance ou les circonstances. A Camille, notre invitée d'honneur à la coloc, pour notre amitié et ton soutien.

A Margaux, pour notre amitié et notre soutien mutuel. Je suis heureuse d'être sur la ligne d'arrivée en même temps que toi.

A Vincent et Corentin, mes acolytes du lycée. Merci de m'avoir toujours supportée. Mme LB n'en croirait pas ses yeux. Merci pour notre amitié sincère et fidèle.

Aux baby doc, pour ces années de travail, de step, de bières au Louis blanc et d'amitié. A Julie, pour nos révisions d'oraux et notre complémentarité de travail. A Sandrine, pour nos débriefings de med gé. A Simon, pour ton soutien sportif. A Louise, pour ta capacité à chanter en espagnol.

Aux bordèèèères +1, pour notre amitié de longue date et la diversité de nos parcours. Puissent nos "nouvel an" perdurer à jamais.

Aux 8 nains qui machinent, pour m'avoir accueillie dans votre cercle depuis bientôt 4 années. Merci pour les rires, les bières, les pirogues, la night et les vacances. A la famille moderne que l'on forme pour toujours.

A Clémence, depuis notre rencontre virtuelle pour l'organisation d'un planning, il s'en est passé des choses. Je suis heureuse de t'avoir comme future collègue, témoin de mariage et confidente au quotidien.

A crew de l'Erdre Quarter, pour nos dîners, goûters et autres boboteries nantaises. J'espère que vous continuerez d'égayer mon quotidien pour de nombreuses années.

A Catherine, pour les kilomètres parcourus ensemble, ton écoute attentive et ton humour.

A Marie, Anna, Manon, Hélène, Marion, Zoé, Cécile et aux copines de voyage au Pérou.

A Olga et ses parents,

Pour avoir redonné du sens à mon métier de soignante ce mercredi 18 octobre 2023 à 10h10, dans le tourbillon de la fin de rédaction de cette thèse.

A ma famille,

Aux étoiles qui brillent là-haut : mamie Juju, mamie Anne-Marie, mamie Jacqueline, papi Robert, pépé Julien et Benjamin. A Jean-Robert, ma source familiale d'inspiration médicale. J'avais promis à Mamie Anne-Marie de prendre la suite.

A Corinne, pour ton infinie bienveillance. A Véro, Yvon, Eglantine, Joseph. A Guy et Monique.

A mes grands-parents adorés, je ne saurais à quel point vous remercier. Vous m'avez accompagnée depuis toujours et j'en suis extrêmement reconnaissante. Je suis heureuse de vous avoir à mes côtés pour savourer cette réussite. "On n'a que le bon temps qu'on se donne !"

A mes parents chéris, pour toutes les valeurs que vous m'avez enseignées, pour votre soutien sans faille et votre amour. A ma maman, pour ta générosité, ta patience, tes petits plats, les jus d'oranges pressées et surtout pour ton dévouement infini depuis toujours pour Léa et moi. A mon papa, pour la justesse de tes conseils et l'inspiration que tu m'as donnée.

A ma sœur, ma Léa, mon titi, pour tout ce que l'on partage depuis toujours. Pour ton soutien et ton amour. Je suis extrêmement fière de toi. On y est arrivées !!!

A mon Nestor, mon fidèle compagnon, pour toutes ces heures de ronrons apaisantes. Depuis nos débuts à Brest, tu auras partagé mes joies et mes peines durant toutes ces années.

A mon Roger, pour le bonheur que tu apportes au quotidien à notre petite famille. Pour toutes ces heures de rédaction de thèse à tes côtés.

A Pierre, le plus fort, (et c'est toi qui l'a écrit)

Pour le coaching physique et mental, pour les pistaches concassées dans tes plats, pour m'éblouir par ta 2ème place à l'urban trail nantais. Pour partager ma vie et rendre mon quotidien si beau.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	15
1. Avant-propos.....	15
2. Santé et inégalités sociales de santé.....	16
2.1. Concepts de santé.....	16
2.2. Déterminants de santé.....	16
2.3. Inégalités sociales de santé.....	17
2.4. Situations de vulnérabilité et de précarité.....	17
3. Le milieu carcéral.....	18
3.1. Le système pénitentiaire.....	18
3.1.1. En France.....	18
3.1.2. A Nantes.....	19
3.2. La population carcérale.....	19
3.2.1. Terminologie.....	19
3.2.2. Effectifs.....	19
3.2.3. Caractéristiques socio-démographiques.....	19
3.3. L'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire.....	20
3.3.1. Fonctionnement du dispositif sanitaire.....	21
Figure 2 : niveaux de soins en milieu pénitentiaire (5).....	21
3.3.2. Types de consultation.....	21
3.3.3. Extraction médicale.....	22
3.3.4. Droits de la personne détenue.....	22
3.3.5. USMP au quartier maison d'arrêt de Nantes.....	23
3.4. La vie en détention à la MAF de Nantes.....	23
3.4.1. Description de l'environnement.....	23
3.4.2. Activités disponibles.....	24
3.4.3. Un espace dédié à la maternité.....	24
3.4.4. Un environnement féminin.....	24
4. La santé des femmes détenues.....	25
4.1. La santé des femmes.....	25
4.1.1. Définition.....	25
4.1.2. Constats en France.....	25
4.2. La santé des femmes en détention.....	26
4.2.1. Données de la littérature.....	26
4.2.2. Ressenti du personnel soignant à la maison d'arrêt de Nantes.....	27
5. Promotion de la santé.....	27
5.1. Promotion et éducation pour la santé.....	27
5.1.1. Concept de promotion de la santé.....	27
5.1.2. Education pour la santé.....	27
5.1.3. Notion d'empowerment.....	28
5.1.4. Ateliers en santé.....	28
5.1.5. Education pour la santé par les pairs.....	28
5.2. Promotion de la santé en milieu carcéral.....	29
5.2.1. Une priorité de santé publique.....	29

5.2.2. L'exemple de l'action de Médecins du Monde à la prison de Nantes.....	29
5.3. Des ateliers-santé au CHU de Nantes.....	30
MATERIELS ET METHODES.....	31
1. Objectifs.....	31
1.1. Objectif principal.....	31
1.2. Objectifs secondaires.....	31
2. Méthodologie générale.....	31
3. Population.....	31
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
3.2. Recrutement de la population.....	32
3.3. Sélection de la population.....	32
4. Recueil des données.....	32
4.1. Planification des entretiens.....	32
4.2. Enregistrement des entretiens.....	33
4.3. Déroulé des entretiens.....	33
4.4. Contenu de l'entretien.....	33
4.4.1. Recueil de données socio-démographiques.....	33
4.4.2. Guide d'entretien.....	33
4.4.3. Utilisation d'un outil visuel et interactif.....	34
5. Analyse des données.....	34
6. Mise en place des ateliers.....	34
6.1. Organisation des ateliers.....	34
6.2. Elaboration du contenu.....	35
6.3. Déroulement commun aux ateliers.....	35
7. Réglementation et éthique.....	36
RÉSULTATS.....	37
1. Caractéristiques de la population et des entretiens.....	37
1.1. Caractéristiques de la population.....	37
1.1.1. Recrutement de la population.....	37
1.1.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	38
1.2. Caractéristique des entretiens.....	38
2. Résultats qualitatifs.....	40
2.1. Représentations et croyances autour du concept de la santé.....	40
2.1.1. La santé.....	40
2.1.2. La santé de la femme.....	40
2.2. Information en santé.....	41
2.2.1. Sources d'information en santé.....	41
2.2.2. Freins à l'information en santé.....	42
2.2.3. Insuffisance de l'information en santé.....	43
2.3. Connaissances, représentations et expériences en santé féminine.....	44
2.3.1. Le corps de la femme.....	44
2.3.2. Les règles et le cycle menstruel.....	45

2.3.3. Aménorrhée et ménopause.....	48
2.3.4. La contraception.....	49
2.3.5. Les infections sexuellement transmissibles.....	53
2.3.6. Les cancers féminins et les dépistages.....	54
2.3.7. La grossesse.....	55
2.3.8. La sexualité.....	57
2.4. Etre femme en détention.....	61
2.4.1. Impact sur la santé.....	61
2.4.1.1. Une occasion de soin.....	61
2.4.1.2. Une dégradation de la santé.....	62
2.4.1.3. Accompagnement de la santé sexuelle et reproductive.....	64
2.4.2. Vie de femme en détention.....	67
2.4.2.1. Statut de détenu.....	67
2.4.2.2. Lieu de vie.....	68
2.4.2.3. Relations avec les détenues.....	69
2.4.2.4. Relations avec le personnel pénitentiaire.....	69
2.4.2.5. Vécu positif.....	70
2.4.2.6. Vécu négatif.....	71
2.5. Rapport à soi et au monde environnant.....	73
2.5.1. Estime de soi.....	73
2.5.2. Image de soi.....	74
2.5.3. Féminité.....	76
2.5.4. Parentalité.....	76
2.5.5. La famille.....	78
2.5.6. Les hommes.....	78
2.5.7. Amour et l'amitié.....	79
2.5.8. La violence.....	80
2.5.9. Milieu scolaire et professionnel.....	81
2.6. Rapport au système de soin.....	82
2.6.1. Soins en général.....	82
2.6.2. Soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive.....	83
3. Intérêt pour les ateliers.....	85
3.1. Souhait de participation aux ateliers.....	85
3.2. Bénéfices envisagés.....	85
3.3. Freins à la participation aux ateliers.....	85
3.4. Choix des thématiques.....	85
4. Description des ateliers.....	86
4.1. Atelier n°1.....	86
4.1.1. Le cycle menstruel.....	86
4.1.2. Le corps de la femme et l'examen gynécologique.....	86
4.1.3. Impressions.....	86
4.2. Atelier n°2.....	87
4.2.1. La contraception.....	87
4.2.2. Les infections transmissibles.....	88

4.2.3. Les cancers féminins.....	88
4.2.4. Impressions.....	88
4.3. Atelier n°3.....	88
4.3.1. Estime de soi, image de soi et féminité.....	88
4.3.2. Santé affective et sexuelle.....	89
4.3.3. Impressions.....	89
4.4. Atelier n°4.....	89
4.4.1. Violences et droits des femmes.....	90
4.4.2. Visionnage du film « Woman ».....	90
4.4.3. Clôture de l'atelier et impressions.....	90
5. Evaluation des ateliers.....	91
DISCUSSION.....	93
1. Présentation des principaux résultats.....	93
1.1. Connaissances, représentations et expériences.....	93
1.2. Besoins en santé.....	93
1.2.1. Place de la santé.....	93
1.2.2. L'information en santé.....	93
1.2.3. Les soignants.....	94
1.3. Impact de la détention sur les besoins en santé.....	94
1.4. Impact de la violence.....	96
1.5. Intérêt pour les ateliers.....	97
2. Forces et limites.....	97
2.1. Forces.....	97
2.1.1. Un travail inédit.....	97
2.1.2. Des critères de scientificité.....	97
2.1.3. Un projet suscitant de l'intérêt.....	98
2.1.4. Contribution des Pluri'Elles.....	98
2.1.5. L'entretien individuel : un espace favorisant la parole.....	98
2.1.6. A propos des ateliers.....	98
2.2. Limites.....	99
2.2.1. Aspects méthodologiques de l'étude qualitative.....	99
2.2.2. Expérience de l'étudiante en thèse.....	99
2.2.3. Limites propres à la phase de diagnostic de situation.....	100
2.2.4. Limites propres aux ateliers.....	100
3. Comparaison aux projets menés auprès d'autres populations.....	101
3.1. Des points communs.....	101
3.2. Des différences.....	102
3.3. Adaptabilité et reproductibilité du projet.....	104
4. Place du diagnostic de situation.....	104
4.1. Une démarche comparable à celle de l'éducation thérapeutique.....	104
4.2. Fonction thérapeutique de l'entretien individuel.....	105
4.3. Limite du temps et pistes d'aménagement.....	106
4.4. Limite de l'implication du professionnel.....	107

4.5. Question de l'ouverture des ateliers.....	107
5. Pérenniser ce projet.....	107
5.1. En détention.....	107
5.1.1. Une approche adaptée.....	107
5.1.2. Limites des contraintes carcérales.....	108
5.1.3. Perspectives quant à ce projet.....	108
5.1.4. Autres perspectives.....	110
5.1.5. Communication autour de cette recherche.....	110
5.2. Vers d'autres horizons.....	111
5.2.1. Proposer ce projet dans d'autres milieux de soins.....	111
5.2.3. Place des femmes transgenres.....	111
CONCLUSION.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	115
ANNEXES.....	125
Annexe 1 : Affiche.....	125
Annexe 2 : Flyer d'invitation.....	126
Annexe 3 : Lettre envoyée aux femmes ayant répondu favorablement et incluses Convocation à l'entretien individuel.....	127
Annexe 4 : Lettre envoyée aux femmes ayant répondu favorablement mais non incluses.....	127
Annexe 5 : Note d'information pour la participation à la recherche.....	128
Annexe 6 : Formulaire d'autorisation à la voix : reproduction et exploitation.....	129
Annexe 7 : Guide d'entretien.....	130
Annexe 8 : Outil visuel.....	131
Annexe 9 : Invitations aux ateliers.....	132
Annexe 10 : Exemple de conducteur de séance.....	133
Annexe 11 : Feuille d'évaluation remise à la fin de chaque atelier.....	135
Annexe 12 : modèle anatomique utérus, vagin, ovaires.....	136
Annexe 13 : tablier anatomique.....	136
Annexe 14 : Photolangage.....	137
Annexe 15 : ébauche de notice d'utilisation pour le diagnostic de situation.....	138
FIGURES ET TABLEAUX	
Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	17
Figure 2 : Niveaux de soins en milieu pénitentiaire.....	21
Figure 3 : Recrutement de la population.....	37
Figure 4 : Le cycle de la violence.....	90
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participantes.....	39

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CIDFF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CPT	Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CRIPS	Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DIU	Dispositif intra-utérin
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human Papillomavirus
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAF	Maison d'Arrêt des Femmes
OIP	Observatoire International des Prisons
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SPIP	Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
UGOMPS	Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
USMP	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
UVF	Unités de Vie Familiale
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

1. Avant-propos

La santé des femmes devient progressivement une préoccupation majeure au sein de la société et dans le domaine de la santé publique. Elle englobe de nombreux aspects, notamment celui de la santé physique et mentale ainsi que celui de la santé sexuelle et reproductive. Elle est fondée sur les principes d'autonomie et de sécurité, dans le but de satisfaire les besoins des femmes. (1) (2) Pour répondre à ces derniers, il est indispensable qu'elles soient en mesure de prendre des décisions éclairées concernant leur corps et leur santé. Cela implique de recevoir des informations appropriées, d'avoir accès au système de santé et de bénéficier d'un environnement favorable.

Les femmes détenues, en raison de leur parcours de vie et du contexte de l'incarcération, constituent une population susceptible de vivre des situations de vulnérabilité et de précarité. Le Haut Conseil de Santé Publique constate que les femmes en situation de précarité connaissent une santé dégradée et un moindre accès aux soins. Elles sont moins bien suivies sur le plan gynécologique et ont moins recours à la contraception et aux dépistages des cancers féminins. Elles ont davantage recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et présentent plus souvent des grossesses à risque. (3) Elles sont donc victimes d'inégalités concernant leur santé. Ces dernières sont étroitement liées au contexte social, culturel, environnemental, économique et politique dans lequel les femmes évoluent. (4)

A Nantes, à la Maison d'Arrêt des Femmes (MAF), l'expérience de terrain montre que de nombreuses détenues bénéficient d'un frottis cervico-utérin dans les mois qui suivent l'arrivée. Elles échappent en effet pour beaucoup d'entre-elles au dépistage du cancer du col de l'utérus dans leur vie ordinaire. L'hypothèse suggérée est que leur défaut de participation à ce dépistage découle, entre autres, d'un manque de connaissance à ce sujet. La méconnaissance semble également concerner des éléments essentiels tels que leur propre corps et son fonctionnement, et plus globalement, leur santé en tant que femme.

Face à cette réalité, il est crucial de mettre en place, au sein des établissements pénitentiaires, des initiatives visant à informer et à autonomiser les femmes détenues. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Le guide de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, rédigé conjointement par les ministères de la santé et de la justice en 2019, souligne largement l'importance de la promotion de la santé en détention. (5)

En 2021, dans une démarche similaire, des ateliers en santé de la femme ont été créés au sein de l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) du CHU de Nantes. Celle-ci accompagne des femmes en situation de vulnérabilité. Ces ateliers ont été proposés initialement à un public de patientes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Ils étaient précédés d'une phase de diagnostic de situation : un temps d'échange individuel entre chaque patiente recrutée et une soignante, afin d'étudier en profondeur les représentations et les besoins en santé de chaque femme. Les ateliers abordaient ensuite des thèmes directement en lien avec la santé féminine, selon les besoins identifiés auprès des patientes : le cycle menstruel, la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST), la sexualité, la grossesse, l'estime de soi et les droits des femmes. (6) Une méthode d'évaluation de ces ateliers a été proposée en 2023 à l'occasion

d'un deuxième cycle d'ateliers. (7) Dans la continuité de ce projet et toujours à l'initiative de l'UGOMPS, des ateliers en santé de la femme ont été mis en place, selon le même modèle, auprès de femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise, en démarche « d'aller vers ». (8) Chacune de ces étapes a fait l'objet d'un travail de thèse. Ainsi, ces expérimentations menées auprès de différentes populations de femmes semblent concluantes et le modèle utilisé pour les construire, reproductible. Des femmes généralement peu touchées par les programmes d'éducation pour la santé sont sensibilisées à la question de leur santé. La richesse des échanges contribue à briser des tabous, à accroître les connaissances, à développer les compétences et à renforcer la capacité d'action des femmes. Cela permet également de créer du lien entre ces populations et le système de santé.

En s'inspirant de ces travaux et pour répondre à la nécessité de promotion de la santé en détention, est né le projet des ateliers en santé féminine en milieu carcéral. Selon les principes de l'éducation pour la santé et afin de répondre de manière ciblée et adaptée aux besoins spécifiques de ces femmes détenues, il semble judicieux de comprendre leur contexte et de mener préalablement « un diagnostic de situation ». Ceci est l'objectif principal de cette thèse.

2. Santé et inégalités sociales de santé

2.1. Concepts de santé

Le concept de la santé a évolué au fil des siècles. Le modèle biomédical a longtemps été la référence, considérant la santé comme l'absence de maladie. A la fin du XXème siècle, le modèle bio-psycho-social se développe, basé sur une attitude positive, active et globale de la santé. Ce modèle s'intéresse davantage aux causes de la bonne santé et aux moyens de l'améliorer, plutôt qu'aux causes de la maladie. (9) Ainsi, en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (10)

La charte d'Ottawa signée en 1986 lors de la première conférence internationale sur la Promotion de la Santé précise que « l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques ». (11)

2.2. Déterminants de santé

L'approche bio-psycho-sociale de la santé englobe tant les éléments médicaux *stricto sensu* que les déterminants de santé. L'OMS définit les déterminants sociaux de la santé comme les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (12). Ils désignent les facteurs influençant l'état de santé de la population, sans être la cause directe des maladies. Ainsi, le contexte socio-économique, culturel, environnemental et politique des individus est étroitement lié à la santé de ces derniers. Certains déterminants jouent un rôle majeur sur l'état de santé, notamment les habitudes de vie, le logement, le niveau d'éducation, l'emploi, le revenu, l'intégration sociale ou encore l'offre de santé disponible.

(13)

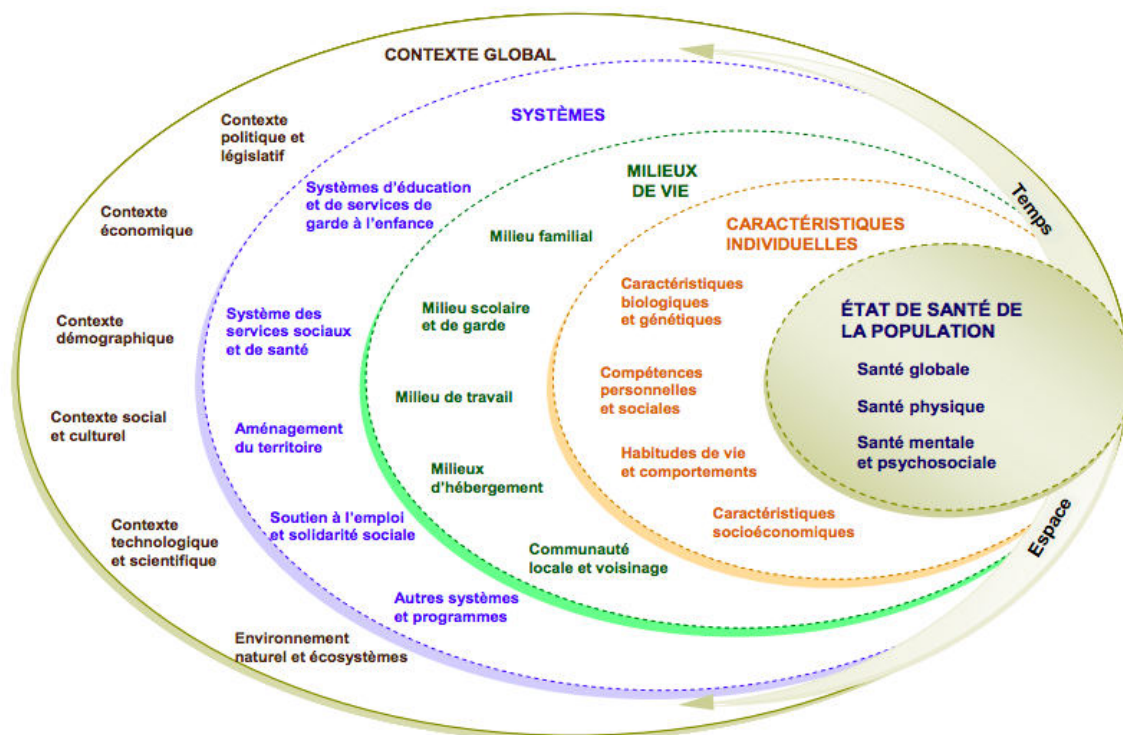


Figure 1 : cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (13)

2.3. Inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux. Elles sont définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale et résultent d'une inégalité de distribution des déterminants de santé. Ces différences sont importantes, systématiques et évitables. Elles existent selon un gradient social : la majorité des indicateurs de santé (espérance de vie, comportements favorables à la santé, utilisation du système de santé...) se dégradent depuis les catégories sociales les plus favorisées jusqu'aux plus défavorisées. (14) (15)

La France est un des pays d'Europe Occidentale où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées, paradoxalement à l'état de santé moyen de la population qui tend à s'améliorer. (16) En réponse à ce constat, l'objectif principal de la loi de modernisation du système de santé, promulguée en 2016, concerne précisément la réduction des inégalités de santé. (17) Afin de toucher efficacement l'ensemble de la population, y compris les plus vulnérables, il semble essentiel de concevoir des actions de promotion de la santé adaptées, en prenant en compte les différents déterminants de santé.

2.4. Situations de vulnérabilité et de précarité

Ces notions sont étroitement liées et difficiles à distinguer.

La vulnérabilité correspond à une situation de fragilité d'un individu, à un moment donné de sa vie. Cette situation peut-être en lien avec les caractéristiques intrinsèques de l'individu (âge, sexe, maladie...) ou extrinsèques (économiques, éducatives, culturelles, comportementales, relationnelles ...). (14)

La précarité correspond à l'absence d'une ou plusieurs des sécurités (économique, emploi, logement ...) permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. [\(18\)](#) Le Haut Conseil de Santé Publique précise que les processus de précarisation s'accompagnent d'une souffrance psychique pouvant conduire à une véritable dégradation de la santé. [\(19\)](#)

3. Le milieu carcéral

3.1. Le système pénitentiaire

3.1.1. En France

En France, l'administration pénitentiaire est un service public relevant du ministère de la justice. Elle se compose d'une direction centrale, de neuf directions interrégionales, d'une direction des services pénitentiaires d'outre-mer, de 187 établissements pénitentiaires et de 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). [\(20\)](#)

Il existe différents types d'établissements pénitentiaires classés en fonction des catégories de condamnations :

- Les maisons d'arrêt : elles accueillent des personnes prévenues placées en détention provisoire dans l'attente d'un procès et des personnes condamnées à une peine d'emprisonnement inférieure à deux ans (ou dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans).
- Les établissements pour peine : ils accueillent des personnes condamnées à une peine de plus de deux ans. Il en existe plusieurs :
 - Les centres de détention, qui accueillent les personnes présentant les meilleures perspectives de réinsertion sociale ;
 - Les maisons centrales, qui accueillent les détenus les plus dangereux et le régime de détention est axé sur la sécurité ;
 - Les centres de semi-liberté (ou quartier semi-liberté) et les centres pour peines aménagées (ou quartier pour peines aménagées), qui accueillent des personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement extérieur.

On parle de centre pénitentiaire quand sont regroupés au moins deux quartiers de régimes de détention différents (quartier maison d'arrêt et/ou quartier centre détention et/ou quartier maison centrale et/ou quartier de semi-liberté).

Les établissements pour mineurs accueillent des personnes âgées de 13 à 17 ans inclus. Les quartiers accueillant des femmes sont au nombre de 58. Ils sont le plus souvent juxtaposés à des quartiers de détention d'hommes. Il n'existe que deux établissements entièrement dédiés à l'accueil des femmes : le centre pénitentiaire pour femmes de Rennes et la MAF de Versailles. [\(21\)](#)

Au sein des établissements carcéraux, il existe deux types de quartiers ayant un statut particulier : le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire [\(22\)](#). Le placement à l'isolement est une mesure de protection ou de sécurité. Elle peut être prise d'office ou sur demande de la personne détenue. La personne est seule en cellule. Elle conserve ses droits mais ne doit croiser aucune autre personne détenue. Le placement au quartier disciplinaire fait suite à une sanction émise dans le cadre d'une infraction commise pendant le temps de la

détention. Il s'agit d'une mesure disciplinaire. La personne est seule en cellule, dépourvue de tout effet personnel, pouvant seulement bénéficier d'une radio et de quoi écrire. Elle ne peut participer à aucune activité et ne peut croiser aucune autre personne détenue.

3.1.2. A Nantes

Le centre pénitentiaire dépend de la direction interrégionale de Rennes. Il se compose d'un quartier maison d'arrêt, d'un quartier centre de détention, d'un quartier de semi-liberté et d'un établissement pénitentiaire pour mineurs. Au sein de la maison d'arrêt se trouve un quartier accueillant des femmes.

3.2. La population carcérale

3.2.1. Terminologie

Une personne écrouée fait l'objet d'une prise en charge par l'administration pénitentiaire et peut être détenue ou non. Les personnes écrouées non détenues ne font pas l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. Il s'agit des personnes placées en détention à domicile sous surveillance électronique ou en placement à l'extérieur sans hébergement. Les personnes écrouées détenues font l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire.

3.2.2. Effectifs

Au 1er janvier 2023, la France compte 72 173 personnes détenues. Les femmes sont au nombre de 2286, représentant 3,2% de la totalité des personnes détenues. La population détenue est donc majoritairement masculine. [\(23\)](#)

La densité carcérale globale française s'élève à 119% [\(23\)](#). Il s'agit du rapport entre le nombre de personnes détenues et le nombre de places opérationnelles (correspondant au nombre de places défini en fonction de la superficie au plancher). En réalité, la surpopulation carcérale se concentre dans les quartiers maison d'arrêt. Ainsi, la densité carcérale des quartiers maison d'arrêt en France s'élève à 141,3% au 1er janvier 2023. A Nantes, le quartier maison d'arrêt accueille 798 détenus pour 570 places, soit une densité carcérale de 140%. Dans le bâtiment réservé aux femmes, il y a 45 femmes pour 43 places opérationnelles, soit une densité carcérale de 104%. Les chiffres concernant les femmes semblent être très fluctuants.

3.2.3. Caractéristiques socio-démographiques

Il s'agit d'une population jeune mais vieillissante. L'âge moyen de la personne détenue est de 34,6 ans. Cependant, en analysant les séries statistiques des 10 dernières années, il apparaît que la proportion de personnes âgées de plus de 30 ans augmente, tandis que celle des moins de 30 ans diminue. Les plus de 50 ans représentent 12,5% des détenus [\(24\)](#). Il existe peu de données à propos du statut marital et parental. Seule une étude locale, menée à la prison de Fleury-Mérogis, a révélé que la majeure partie des femmes étaient célibataires, et qu'il y avait à peu près autant de femmes avec des enfants que de femmes sans enfants [\(25\)](#). En ce qui concerne la nationalité, près de 75% des détenus sont d'origine française [\(26\)](#).

Les informations disponibles indiquent que la population carcérale est précaire et provient principalement de milieux socioéconomiques défavorisés [\(27\)](#). Le niveau de scolarité est

relativement bas. Au premier janvier 2023, seulement 12,9 % des détenus ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat [\(26\)](#). En 2019, 13% des femmes détenues étaient considérées comme analphabètes ou ayant seulement achevé l'éducation primaire [\(28\)](#). Concernant l'activité professionnelle, un rapport émis par la direction de l'administration pénitentiaire en 2015 rapporte que la principale situation professionnelle déclarée avant l'incarcération était l'inactivité (37%), suivie du statut de salarié (16%) [\(29\)](#). Cela concerne les femmes également [\(25\)](#). Les conditions de logement semblent moins bonnes qu'en population générale. Les données disponibles à ce sujet sont anciennes. Dans une étude menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à propos de la santé des personnes entrées en prison en 2003, près d'une personne sur cinq déclare ne pas avoir de domicile stable, un tiers des femmes sont concernées [\(30\)](#) [\(31\)](#).

Concernant l'accès au soin, les détenus bénéficient davantage de la couverture maladie universelle : 17% des arrivants, comparé à 2,5% en population générale. Les femmes, comme les hommes, semblent avoir un accès au soin réduit par rapport à la population générale. D'après l'étude de la DREES, seulement un quart des femmes ont déclaré avoir bénéficié d'un suivi gynécologique au cours des 12 mois précédant leur incarcération [\(31\)](#).

La plupart des femmes en prison semblent avoir été victimes de violences au cours de leur vie. Cela semble étroitement lié à leur parcours délictuel ou criminel ainsi qu'à leur santé mentale et physique [\(28\)](#) [\(27\)](#).

Les femmes sont généralement condamnées à de courtes peines : moins de 6 mois pour la moitié d'entre elles. La majorité des faits pour lesquels les femmes sont incarcérées ne sont pas liés à des faits de violence mais plutôt au trafic de stupéfiant ou à l'abus de matériel [\(28\)](#) [\(27\)](#).

En comparaison avec la population générale, il s'agit donc d'une population relativement jeune, moins éduquée, davantage impactée par l'inactivité, vivant dans des conditions de vie moins sûres et plus éloignée du système de soin. La violence semble être un élément récurrent de leur vécu. Il semble important de préciser que les données concernant les femmes sont peu nombreuses et anciennes. Les femmes constituant une minorité en prison, les résultats concernant l'ensemble de la population détenue ne peuvent pas refléter avec précision leur situation particulière. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

3.3. L'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire

Depuis près de 30 ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont profondément évolué. Dans le but d'offrir un accès et une qualité de soins équivalents à ceux de la population générale, la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du ministère de la Justice à celui de la Santé. [\(32\)](#)

Un guide méthodologique de la prise en charge des personnes placées sous main de justice, rédigé conjointement par le ministère de la justice et le ministère des solidarités et de la santé, détaille l'organisation du dispositif sanitaire, les droits des personnes détenues ainsi que les règles professionnelles et déontologiques applicables aux professionnels sanitaires et pénitentiaires. [\(5\)](#)

3.3.1. Fonctionnement du dispositif sanitaire

Il existe au sein de chaque établissement pénitentiaire une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Chaque USMP est reliée à un centre hospitalier de rattachement. L'organisation repose sur deux systèmes distincts, l'un dédié aux soins somatiques et l'autre aux soins psychiatriques.

Les soins sont organisés en trois niveaux :

- **Le niveau 1** regroupe les soins ambulatoires réalisés au sein de l'USMP ou dans le centre hospitalier de rattachement, lors d'une extraction médicale ;
- **Le niveau 2** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps partiel. Il s'agit de soins somatiques en chambre sécurisée au sein du centre hospitalier de rattachement (durée inférieure à 48h) ou de soins psychiatriques en hôpital de jour au sein d'un service médico-psychologique régional (SMPR) ;
- **Le niveau 3** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet, au sein d'un établissement de santé :
 - Pour les soins somatiques (durée supérieure à 48h) : hospitalisation au sein de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ou de l'établissement public de santé national de Fresnes ;
 - Pour les soins psychiatriques : hospitalisation au sein de l'UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) ou de l'UMD (unités pour malades difficiles).

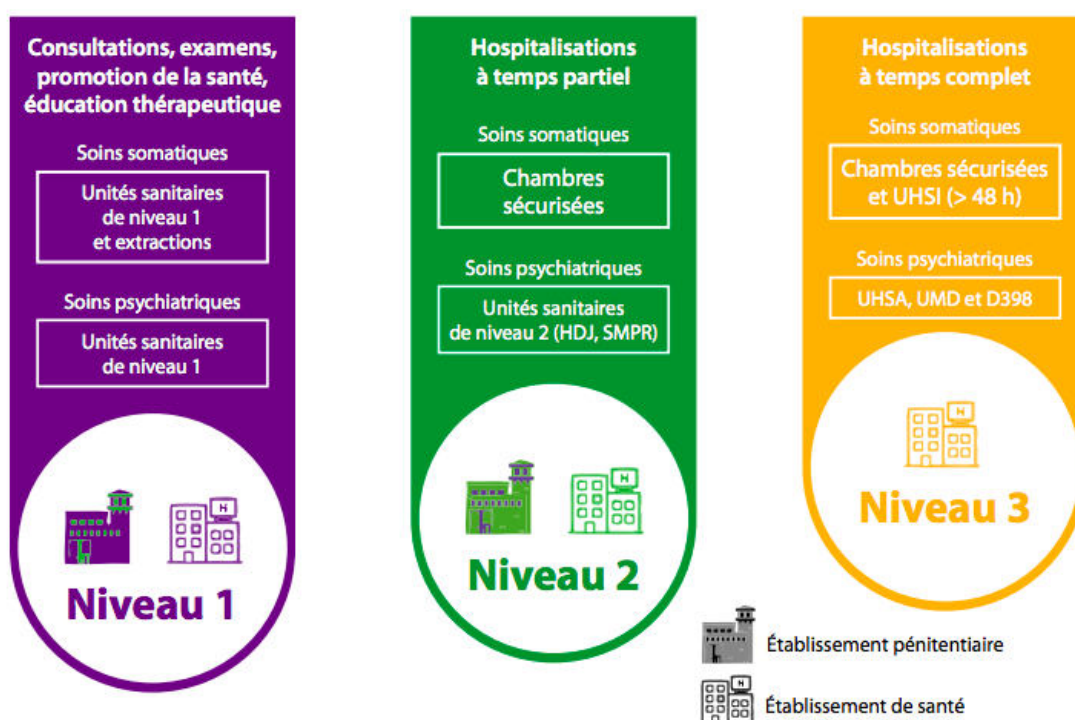


Figure 2 : niveaux de soins en milieu pénitentiaire (5)

3.3.2. Types de consultation

A l'arrivée de la personne en détention, une « consultation arrivant » est systématiquement proposée dans les 48 heures. Il s'agit d'une consultation avec un médecin généraliste au

sein de l'unité de soins somatiques et d'un entretien avec un infirmier en psychiatrie au sein de l'unité psychiatrique. L'objectif est de déceler une pathologie évolutive, d'assurer la continuité des soins, de proposer des dépistages (tuberculose et IST) et de prévenir le risque suicidaire.

Durant l'incarcération, la personne peut faire une demande de consultation, par écrit, communément appelée « requête », au moyen d'une boîte aux lettres réservée à cet effet. Le secrétariat de l'USMP recense et traite les demandes reçues avec les personnels soignants concernés. Un rendez-vous est programmé à l'USMP en fonction du degré d'urgence. La personne concernée en est informée par écrit.

Les détenus placés au quartier d'isolement ou au quartier disciplinaire, régimes de détention particulièrement à risque suicidaire, bénéficient d'une visite médicale, sur place, au moins deux fois par semaine.

3.3.3. Extraction médicale

Autant que possible, la prise en charge est réalisée au sein de l'USMP. Si les soins ne peuvent y être réalisés, une extraction médicale est organisée vers le centre hospitalier de rattachement. La nature du rendez-vous et les conditions de sa réalisation lui sont expliquées, mais la personne n'a pas connaissance de la date d'examen, pour des raisons de sécurité. Le consentement de la personne est nécessaire pour organiser l'extraction médicale. Les personnels pénitentiaires sont informés de la date, du service dans lequel la personne est attendue, et du type de soin. Les raisons qui motivent les soins ne leur sont pas communiquées.

Il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer l'extraction de la personne détenue. Le niveau de surveillance et la nécessité de moyens de contraintes - menottes, entraves - durant le transport et durant la consultation sont définis par le chef d'établissement. Cela dépend de la dangerosité de la personne, des risques d'évasion et de son état de santé. Quel que soit le niveau de surveillance retenu, les modalités de prise en charge doivent permettre de préserver la dignité de la personne et la confidentialité des soins.

3.3.4. Droits de la personne détenue

Selon le Code Pénitentiaire, « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. » (33) Il précise également que les personnes détenues ont le droit au respect de la dignité (34). La cour européenne des droits de l'homme précise : « Personne ne peut infliger à quiconque des blessures ou des tortures. Même en détention, la dignité humaine doit être respectée. » (35)

Le secret professionnel, essentiel à la relation de soins, s'impose en milieu pénitentiaire comme dans le reste de la société. Le partage d'information entre professionnels sanitaires et pénitentiaires est parfois nécessaire. L'objectif est de favoriser l'accès aux soins et d'améliorer la santé des détenus. Il vise également à garantir la sécurité de tous ceux qui travaillent en milieu pénitentiaire. Le partage d'information doit impérativement respecter le droit au secret médical.

Le professionnel de santé doit à la personne qu'il prend en charge une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Le consentement éclairé est obligatoire.

L'examen d'une personne détenue se déroule, normalement, hors de la présence de tout personnel pénitentiaire. Néanmoins, lorsque la sécurité d'un personnel de santé est menacée et que le soin ne peut pas être reporté, ce professionnel peut solliciter la présence d'un personnel pénitentiaire.

Les professionnels de santé ne peuvent pas consulter les données de l'administration pénitentiaire n'ayant pas de lien avec la prise en charge sanitaire des personnes détenues, notamment la fiche pénale.

3.3.5. USMP au quartier maison d'arrêt de Nantes

L'USMP du quartier maison d'arrêt de Nantes est située dans un bâtiment distinct de celui où résident les détenus. Un étage est dédié à l'unité somatique, l'autre étage est dédié à l'unité psychiatrique.

L'unité somatique est pourvue de salles de soins infirmiers, de salles de consultations, de salles de soins dentaires, d'un espace dédié aux soins de kinésithérapie et d'une salle de radiographie. L'équipe soignante des soins somatiques est constituée d'infirmiers, de médecins généralistes (dont deux internes en formation), d'un masseur-kinésithérapeute, de dentistes et assistantes dentaires, de manipulateurs en radiologie. Des spécialistes effectuent des vacations (ophtalmologue, dermatologue, gastro-entérologue). Des téléconsultations auprès d'anesthésistes et de cardiologues sont également possibles. Une ostéopathe ainsi que des étudiants en ostéopathie sont présents une journée par mois. Un podologue et un opticien interviennent ponctuellement.

Le suivi gynécologique standard est assuré par les médecins généralistes. Les femmes peuvent également bénéficier, si nécessaire, de consultations auprès de gynécologues, lors d'une extraction médicale au CHU.

Au sein de l'unité psychiatrique, existent le SMPR comprenant un hôpital de jour et le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). L'équipe soignante du SMPR se compose d'infirmiers en psychiatrie, de psychologues, de médecins psychiatres, et d'une psychomotricienne. L'équipe soignante du CSAPA se compose d'infirmiers, de médecins addictologues, d'une assistante sociale, d'un musicothérapeute et d'une éducatrice spécialisée.

Des surveillants pénitentiaires assurent le bon déroulement du flux de consultation, sans assister aux consultations. Les femmes sont reçues uniquement au début de chaque demi-journée, de manière à ce qu'elles ne soient pas en contact avec les hommes.

3.4. La vie en détention à la MAF de Nantes

3.4.1. Description de l'environnement

La MAF est un lieu de détention qui reçoit les femmes prévenues (en attente d'un jugement), les femmes condamnées dont la durée de peine restant à purger est inférieure à deux ans et les femmes en attente d'une affectation dans un établissement pénitentiaire. Il s'agit d'un bâtiment isolé de ceux des hommes.

Les détenues sont soumises à un régime de détention fermé. Leur cellule est constamment verrouillée et elles doivent être accompagnées d'une surveillante pour accéder aux activités. En fonction de la densité carcérale, les femmes peuvent être seules ou partager leur cellule avec une ou deux autre(s) détenue(s). La densité carcérale est, en général, moins élevée que chez les hommes.

Chaque cellule mesure neuf mètres carrés. Elle se compose de lits, d'un bureau, d'une étagère de rangement, d'un réfrigérateur, d'une télévision, ainsi que d'un bloc sanitaire composé d'une douche et d'un WC. Une cellule peut accueillir jusqu'à trois détenues. Les repas sont servis en cellule par l'administration pénitentiaire. Toutefois, les femmes ont la possibilité de faire des achats à la « cantine » de la prison pour obtenir de la nourriture ainsi que du matériel de cuisine, ce qui leur permet de cuisiner leurs propres repas. Elles peuvent également « cantiner » d'autres produits, tels que des produits d'hygiène.

3.4.2. Activités disponibles

Les femmes ont le droit à deux sorties quotidiennes dans une cour de promenade, d'une durée d'une heure et quinze minutes. Elles ont l'opportunité de suivre une formation ou d'occuper un emploi, sous réserve des disponibilités. Les postes de travail disponibles comprennent la boulangerie, le rôle d'agent magasinier, d'auxiliaire d'étage et de lingère.

Certaines activités sont accessibles sur des créneaux définis : couture, cartonnage, consultation de la bibliothèque, activités sportives au gymnase, médiation animale, engagement religieux ou encore séances de coiffure. Plusieurs associations opèrent au sein de la prison telles que Médecins du Monde, Prison Justice 44, Relai Enfants Parents Incarcérés ou encore Cœur d'artichien.

Les femmes bénéficient également de parloirs ou parfois de séjours en unités de vie familiale (UVF) avec leurs proches.

3.4.3. Un espace dédié à la maternité

Un espace nurserie comprenant deux cellules est réservé aux femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et à celles qui sont accompagnées de leurs nourrissons jusqu'à l'âge de dix-huit mois. L'objectif de cette mesure est de favoriser le lien entre la mère et l'enfant, tout en apportant un environnement favorable au développement de l'enfant.

3.4.4. Un environnement féminin

La supervision des femmes détenues est assurée par des professionnelles pénitentiaires de sexe féminin. Cette mesure vise à garantir le respect de leur dignité et de leur vie privée, tout en les protégeant contre les abus et les violences. Cependant, en raison d'un nombre plus restreint de surveillantes de prison, cela peut représenter à obstacle à la participation aux activités [\(27\)](#) [\(36\)](#).

Comme énoncé ci-dessus, seuls deux établissements sont exclusivement dédiés aux femmes. Ainsi, elles sont le plus souvent affectées dans des quartiers à part, au sein des prisons pour hommes, avec lesquels elles ne doivent, en principe, avoir aucun contact. Il existe cependant de rares situations de mixité, survenant uniquement après l'approbation d'un supérieur hiérarchique de l'administration pénitentiaire. Ce principe peut entraîner des restrictions quant à l'accès aux installations partagées telles que les salles de formation, les

espaces de travail, les lieux socio-culturels et les unités sanitaires. Leur utilisation peut parfois être limitée à des créneaux horaires spécifiques. [\(36\)](#)

4. La santé des femmes détenues

4.1. La santé des femmes

4.1.1. Définition

Le terme « femme » fait référence au sexe biologique, basé sur les caractéristiques physiques du corps. Il peut également évoquer le genre féminin qui se rapporte aux rôles, identités et comportements socialement construits associés à la femme dans la société.

Il n'y a pas de consensus quant à la définition de la santé de la femme. En se basant sur la définition de la santé, elle peut être considérée comme un état global de bien-être physique, mental et social des femmes, en prenant en considération les particularités liées à leur anatomie, leur physiologie et leur expérience sociale. Cela implique la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes de santé spécifiques aux femmes, tout en promouvant l'égalité des sexes et un accès équitable aux soins de santé.

La santé sexuelle et reproductive est une composante essentielle de la santé féminine. L'OMS précise qu'elle correspond à « une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ». Elle doit contribuer à favoriser « des expériences sexuelles agréables, sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence ». Les questions liées à la santé sexuelle sont très variées. Elles concernent les IST, la planification familiale (contraception, IVG), la maternité, les relations sexuelles et affectives, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. [\(37\)](#) [\(38\)](#)

4.1.2. Constats en France

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Cependant, elles connaissent une morbidité plus importante et ont davantage recours aux services de soins de santé que les hommes. [\(39\)](#)

Aussi de nombreux indicateurs liés à la santé sexuelle sont peu satisfaisants. Il existe une recrudescence des IST chez les plus jeunes vulnérables. La couverture vaccinale contre les papillomavirus humains (HPV) est insuffisante. Les taux de participation aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus sont inférieurs aux objectifs. Malgré une large couverture contraceptive, un tiers des grossesses est non programmé et 1,5% des femmes en âge de procréer ont recours à l'IVG. Parmi elles, 2 femmes sur 3 utilisent un moyen de contraception. La violence sexuelle semble concerner au moins une femme sur 7 au cours de sa vie. [\(38\)](#)

Par ailleurs, différents travaux font état de connaissances insuffisantes, chez les femmes, à propos de l'anatomie et de la physiologie du corps féminin, des moyens de contraception et plus globalement, de la santé reproductive et sexuelle. Des représentations erronées semblent persister. [\(40\)](#) [\(41\)](#) [\(42\)](#)

Enfin, plusieurs études font état du lien entre les déterminants sociaux de santé et la santé des femmes. Selon un rapport, publié par Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, les femmes en situation de précarité connaissent un mauvais état de santé et un moindre accès aux soins. Elles sont davantage exposées aux troubles psychiatriques, aux

maladies professionnelles et aux accidents de travail ainsi qu'à la mortalité par maladies cérébro-cardio-vasculaires. Elles ont un moindre suivi gynécologique et ont plus souvent de grossesses à risque (3). Selon le rapport de la DREES sur l'état de santé de la population en France en 2022, le recours à la vaccination anti HPV et aux dépistages des cancers féminins suit un gradient social : les personnes de classes sociales les plus modestes y participent moins. Il a également été constaté que le recours à l'IVG était plus fréquent chez les femmes aux niveaux de vie les plus faibles (43).

4.2. La santé des femmes en détention

4.2.1. Données de la littérature

Les individus placés sous main de justice constituent un public vulnérable. Comme décrit précédemment, ils cumulent souvent de nombreuses difficultés d'ordre socio-économiques. Ils sont souvent éloignés du système de santé et ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour solliciter une prise en charge adaptée. La prévalence des comportements à risque est importante et l'état psychologique est souvent fragilisé. Ainsi, la population entrant en prison présente un état de santé dégradé.

Les études menées à l'échelle nationale s'intéressent majoritairement aux maladies infectieuses, aux addictions et aux pathologies psychiatriques. Elles témoignent de prévalences supérieures, dans ces domaines, chez les personnes détenues en comparaison à la population générale. Les données restent insuffisantes et non actualisées.

Les études de santé spécifiquement menées auprès de femmes détenues sont rares, et ont tendance à se concentrer sur des échantillons locaux. Néanmoins, en examinant les résultats des études qui rapportent la prévalence des maladies en fonction du sexe, il est possible d'obtenir des informations sur la santé des femmes détenues. (27) (44). Il convient cependant d'être prudent quant à l'interprétation de ces données.

Face à l'incarcération, les femmes semblent éprouver davantage de difficultés que les hommes. Elles ont plus de mal à faire face à l'atteinte à leur intimité physique et psychologique. Cela se manifeste par des réactions somatiques et par une détérioration significative de leur santé mentale (45) (27). Elles semblent effectivement présenter plus fréquemment des problèmes de santé mentale, tels que le stress post-traumatique, les syndromes anxio-dépressifs et les comportements suicidaires. Les problématiques d'addictions touchent les deux sexes, mais il est observé une prévalence plus marquée de la dépendance aux drogues chez les femmes et à l'alcool chez les hommes. De plus, les femmes sont plus fréquemment confrontées aux pathologies chroniques.

Les taux d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC) et les IST sont supérieurs chez les femmes par rapport aux hommes. Il ne semble pas exister davantage de données robustes concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes détenues. Les taux de participation aux dépistages des cancers gynécologiques ne sont pas connus. Cependant, ces taux étant insuffisants en population générale, on peut imaginer qu'ils sont encore plus bas dans la population des détenues.

Enfin, lors de leur admission en détention, les femmes sont plus susceptibles de se voir prescrire un examen d'imagerie, une consultation spécialisée ou une prise en charge psychiatrique, que les hommes. Elles ont tendance à avoir davantage recours aux soins au sein des USMP que les hommes.

4.2.2. Ressenti du personnel soignant à la maison d'arrêt de Nantes

Les professionnels de santé de l'USMP observent que la majorité des femmes reçues en consultation ne manifestent généralement pas d'opposition à prendre en charge leur santé, y compris leur santé sexuelle et reproductive.

Beaucoup d'entre elles ont été éloignées du système de soins avant leur incarcération. La période de détention offre l'opportunité de mettre à jour différents dépistages, tels que ceux liés aux IST et au cancer du col de l'utérus. Les femmes n'expriment pas ou peu de réticence face à ces examens, y compris les examens gynécologiques. Ainsi, la période de détention peut être considérée comme une « occasion de soins », offrant un accès à des traitements et à des soins qu'elles ne priorisent pas à l'extérieur, et du temps pour prendre soin d'elles-mêmes.

Par ailleurs, les femmes semblent avoir peu d'informations concernant ces dépistages. Elles ont souvent des idées fausses ou des connaissances inexactes à leurs sujets. Plus largement, elles semblent manquer d'informations à propos de leur propre corps et de leur santé en tant que femmes.

5. Promotion de la santé

5.1. Promotion et éducation pour la santé

5.1.1. Concept de promotion de la santé

Selon la Charte d'Ottawa, publiée par l'OMS en 1986, la promotion de la santé est définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » [\(12\)](#). Elle permet de mieux maîtriser les déterminants de santé. Elle comprend :

- Des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus ;
- Des mesures visant à changer les situations sociale, économique et environnementale, afin de réduire leurs effets négatifs sur la santé.

Cinq priorités ont été énoncées dans la Charte d'Ottawa : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables à la santé, renforcer l'action communautaire pour la santé, acquérir des aptitudes individuelles et adapter les services de santé.

Pour que la promotion de la santé soit efficace, il est essentiel de placer les individus au cœur des actions et des processus décisionnels.

5.1.2. Education pour la santé

L'éducation pour la santé est une stratégie d'intervention en promotion de la santé. L'objectif est de transmettre des connaissances et de permettre leur appropriation afin de développer des compétences. Elle ne doit pas se cantonner à la transmission d'informations sur les risques, bien que cela soit nécessaire. Elle doit inspirer des évolutions dans les opinions et les attitudes des individus. Elle doit susciter le désir de changer les comportements. Elle vise également à développer la motivation et la confiance en soi, afin de favoriser la prise de décisions visant à améliorer la santé.

L'éducation pour la santé est basée sur la participation des personnes et s'appuie sur leurs besoins et leurs représentations. [\(12\)](#)

5.1.3. Notion d'empowerment

La notion d'empowerment est développée dans la Charte d'Ottawa et la déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé. Il a été défini comme « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent et accroissent la capacité des individus à faire des choix puis à transformer ces choix en actions ayant un impact sur la santé ». Il s'exerce dans des domaines variés, de l'action personnelle à l'action collective et politique.

L'empowerment communautaire étant un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie ».

Les stratégies de promotion de la santé de l'OMS décrivent l'empowerment et l'action communautaire comme des pré-requis pour la santé. [\(46\)](#)

5.1.4. Ateliers en santé

Il s'agit d'une rencontre entre des professionnels de la promotion de la santé et un public en difficultés sociales. Le cycle d'ateliers est organisé sous la forme de plusieurs séances collectives. Le nombre de participants est limité, afin de créer un climat de confiance et de favoriser les échanges. Les méthodes d'intervention et le contenu des séances mis en œuvre sont multiples.

Conformément aux principes de l'éducation pour la santé, les représentations des participants, qui émergent progressivement, sont prises en compte. Cela vise à comprendre attentivement les besoins de santé spécifiques à chaque public.

L'atelier cherche à sensibiliser les participants aux questions de santé. Les principaux objectifs sont de développer des connaissances, des compétences, des savoir-faire, des savoir-être. L'atelier permet également de renforcer l'estime de soi. L'individu est rendu acteur de sa propre santé. [\(47\)](#)

5.1.5. Education pour la santé par les pairs

La Commission européenne définit l'éducation par les pairs de la façon suivante : « Cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personnes de même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs. L'éducation par des pairs est un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles. » [\(48\)](#) Le concept repose sur l'idée que les individus sont souvent plus enclins à écouter et à suivre les conseils de leurs pairs. Cette approche est utilisée notamment auprès des jeunes, mais aussi dans le cadre de la santé mentale et dans le domaine de l'addictologie.

L'empowerment est au cœur de l'éducation pour la santé par les pairs. Les pairs impliqués dans les actions d'éducation acquièrent du « pouvoir » dans la mise en œuvre de projet, renforçant leur autonomie et leur offrant une réelle reconnaissance. Les individus bénéficiant de l'éducation pour la santé par les pairs peuvent alors acquérir les connaissances, compétences et ressources nécessaires pour prendre en main leur propre santé [\(49\)](#).

5.2. Promotion de la santé en milieu carcéral

5.2.1. Une priorité de santé publique

Le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice consacre un chapitre entier à l'importance de la promotion de la santé en milieu carcéral, la considérant ainsi comme une priorité de santé publique en prison. [\(5\)](#)

La mise en œuvre d'actions de promotion de la santé dans un établissement pénitentiaire permet de donner aux personnes détenues les moyens de faire des choix favorables à leur santé. Elle prend en compte leurs besoins de santé, y compris ceux relatifs aux conditions particulières de vie en détention (correspondant aux déterminants de santé). Cette démarche est l'un des outils de réinsertion.

Afin de définir un programme de promotion de la santé, un comité de pilotage se réunit au moins une fois par an. Il est composé de professionnels de santé, de professionnels pénitentiaires, de personnels du SPIP et d'une personne détenue représentant les usagers de l'établissement. Un référentiel publié par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2014 permet de guider la mise en place d'actions de promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

5.2.2. L'exemple de l'action de Médecins du Monde à la prison de Nantes

Depuis 2015, Médecins du Monde intervient au Centre Pénitentiaire de Nantes, afin de promouvoir la santé et l'accès aux soins des détenus, en favorisant leur participation active, dans une démarche communautaire. Le projet vise à renforcer le pouvoir d'agir des détenus sur leur santé, à favoriser la collaboration entre les équipes médicales et pénitentiaires sur les questions de santé, et à garantir un accès aux soins équivalent à celui disponible à l'extérieur. Plusieurs actions ont été mises en place, notamment à la MAF : ateliers santé, ateliers cuisine, facilitation de l'accès au terrain de sport, accueil des femmes arrivantes ou accompagnement lors d'extractions médicales. Les évaluations menées à propos de ce programme mettent en évidence que cette initiative offre aux personnes détenues une meilleure reconnaissance sociale, une amélioration de leur estime de soi et de leur confiance en soi. Les détenus développent des compétences et des connaissances en santé. De plus, ce projet permet aux professionnels impliqués d'ajuster leur pratique en fonction des retours des détenus. [\(50\)](#) [\(51\)](#)

A la MAF, le projet a conduit à la création d'un collectif, en 2018, les Pluri'elles. Les femmes détenues ont exprimé leur souhait de former un groupe de « déléguées » chargé de faciliter la communication avec l'administration pénitentiaire et les services de santé. Ce collectif a pour mission de repérer des problématiques communes, de recueillir des suggestions d'amélioration, et de les présenter aux professionnels de santé et pénitentiaires. Ainsi, les Pluri'Elles se réunissent de façon hebdomadaire, avec une personne de l'Administration Pénitentiaire chargée des activités. Elles se retrouvent aussi parfois en autonomie. Pendant un moment, elles avaient également repris l'organisation et l'animation d'ateliers santé en lien avec les équipes médicales. Leur mission était de rassembler les questions des femmes sur le sujet choisi et de les envoyer à l'unité sanitaire avant le temps collectif. Enfin, les Pluri'elles participent également à l'accueil des nouvelles arrivantes sur la maison d'arrêt. Cela permet de proposer un temps d'échange entre pairs à propos de leurs droits et du fonctionnement de la structure, afin de mieux vivre l'entrée en détention. Médecins du

Monde expérimente l'idée de leur confier le relais dans certaines actions, en leur conférant davantage de responsabilités, visant à renforcer leur autonomie.

5.3. Des ateliers-santé au CHU de Nantes

Un cycle d'ateliers santé a été mis en place en 2021 au sein de l'UGOMPS du CHU de Nantes, dans le cadre d'un travail de thèse (6). Ces ateliers étaient destinés à un public de femmes migrantes enceintes originaires d'Afrique Sub-Saharienne. Ils avaient été mis en place, suite au constat fait par les professionnels de santé, de la nécessité de créer un espace de parole et d'échange d'informations, différent de celui proposé en consultation, afin d'accompagner leur santé de femme dans la globalité. Ce programme a été monté et pensé dans une logique de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales en santé. Les ateliers avaient été précédés d'une phase de diagnostic de situation. Cela consistait en une étude qualitative menée par entretiens individuels semi-directifs auprès des femmes recrutées pour les ateliers. Ils étaient menés au moyen d'un outil visuel construit pour favoriser une libération de la parole et l'expression d'émotions sur des sujets aussi intimes que ceux de la santé féminine. A noter, qu'il s'agissait d'une population peu francophone, avec un vocabulaire limité. L'objectif était d'explorer leurs représentations et leurs besoins sur différentes thématiques de santé féminine, d'évaluer leur intérêt pour les ateliers et d'interroger leurs préférences à propos des thématiques à aborder.

Afin que les ateliers puissent perdurer et pour garantir leur pertinence et leur qualité, un deuxième cycle a fait l'objet d'un travail d'évaluation, dans le cadre d'une autre thèse (7). Les ateliers étaient un succès et répondaient aux objectifs de promotion de la santé : renforcement des compétences, amélioration de l'estime de soi, développement de l'empowerment et renforcement des liens avec les professionnels de santé.

Un troisième cycle d'ateliers santé a été proposé en 2023, dans le cadre d'une troisième thèse (8). L'expérience a été menée auprès de femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise, en démarche d'aller-vers. Les étudiantes en thèse ont été accompagnées par l'équipe de Médecins du Monde et par une association nantaise de médiation en santé. Une interprète est également intervenue tout au long du programme. L'objectif était d'expérimenter les ateliers en dehors de l'hôpital, auprès de femmes isolées, dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé. Les ateliers étaient également précédés d'une phase de diagnostic de situation, afin de d'être au plus proche des besoins de la population. Encore une fois, les ateliers ont été productifs, montrant leur capacité à être mis en œuvre avec succès auprès d'un public différent. En plus des objectifs déjà atteints lors du précédent cycle d'ateliers, il ont permis de lever des barrières d'accès au soin et de générer du lien entre cette population et le système de santé.

En s'inspirant de ces travaux et pour répondre à la nécessité de promotion de la santé en détention, est né le projet des ateliers en santé féminine en milieu carcéral.

MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs

1.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'identifier les besoins des femmes détenues à la MAF de Nantes à propos de leur santé de femme, en tenant compte de leurs déterminants sociaux de santé. Dans cette optique, leurs représentations, leurs connaissances et leurs expériences à ce propos ont été explorées. Une attention particulière a été portée à leurs parcours de vie et leurs environnements.

1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de :

- Établir une relation de confiance lors d'entretiens individuels afin de favoriser un climat favorable à l'échange collectif lors des ateliers ;
- Adapter un cycle d'ateliers santé préexistant, à cette population de femmes.

2. Méthodologie générale

Une étude qualitative a été réalisée pour répondre à l'objectif principal de cette thèse. Des entretiens semi-dirigés individuels ont été menés auprès d'un échantillon de femmes détenues à la maison d'arrêt de Nantes.

Un cycle d'ateliers, composé de quatre séances, a ensuite été proposé aux femmes ayant participé à l'étude qualitative. Ces ateliers n'ont pas été ouverts à d'autres femmes détenues, car il a été construit et adapté pour les femmes ayant participé à l'étude qualitative.

3. Population

3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être une femme ;
- Être détenue au sein de la MAF de Nantes.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Être détenue au sein du quartier d'isolement ou du quartier disciplinaire ;
- Présenter des troubles psychiatriques non stabilisés ;
- Être non francophone ;
- Avoir une date de libération prévisionnelle fixée avant la fin du projet d'ateliers santé, soit avant le mois de juillet 2023.

Les femmes placées au quartier d'isolement ou au quartier disciplinaire ont été exclues car elles ont l'interdiction d'être en contact avec d'autres détenues. Les inclure ne leur aurait pas permis de participer aux ateliers en santé.

Les femmes présentant des troubles psychiatriques non stabilisés ont été exclues afin d'éviter toute situation délicate, que ce soit pour la femme en question, l'enquêteur ou le groupe participant aux ateliers collectifs.

Les femmes ayant une date de libération prévisionnelle fixée avant le mois de juillet 2023 ont été exclues. L'objectif était de permettre à chaque participante de profiter des ateliers santé après avoir été reçue en entretien individuel.

3.2. Recrutement de la population

Afin de recruter les participantes, le collectif de femmes détenues « Les Pluri'Elles » a été sollicité. Une rencontre a été organisée avec les quatre femmes membres du collectif. Le projet leur a été exposé. Des prototypes d'affiches et de flyers leur ont été présentés, puis adaptés selon leurs conseils.

L'affiche et le flyer ont été conçus à l'aide du logiciel Canva. Un affichage a été mis en place à la MAF et à l'USMP (annexe 1). Un flyer a été remis à toutes les femmes détenues à la MAF en date du 22 mars 2023, à l'exception des femmes détenues aux quartiers d'isolement et disciplinaire (annexe 2). La distribution a été faite par les femmes des Pluri'Elles elles-mêmes, lors de la distribution d'un repas. Le flyer, sous format livret, était constitué d'un visuel identique à celui de l'affiche, d'une lettre d'invitation et d'un coupon-réponse. Les femmes intéressées devaient déposer ce coupon-réponse rempli dans la boîte aux lettres destinée à l'USMP. Sur le coupon-réponse, il était demandé de renseigner si la femme était active professionnellement ou engagée dans des activités. Le cas échéant, elle devait spécifier son jour de congé, afin de faciliter la planification des entretiens et des ateliers.

Le fait d'impliquer les Pluri'Elles avait pour objectifs de favoriser l'adhésion des femmes détenues au projet et de valoriser le rôle des Pluri'Elles au travers d'une action de promotion de la santé. Cette démarche s'est inspirée de l'éducation pour la santé par les pairs.

3.3. Sélection de la population

Le nombre de participantes a été limité à douze. Les quatre femmes des Pluri'Elles ont été incluses prioritairement. L'inclusion des femmes s'est ensuite faite dans l'ordre chronologique de réception des coupons-réponse. Face à un afflux excessif de réponses reçues le premier jour, il a été convenu d'effectuer un tirage au sort parmi les femmes ayant répondu ce jour-là.

Une convocation personnalisée pour l'entretien individuel a été envoyée en cellule à chaque femme incluse (Annexe 3). Une lettre a été envoyée aux femmes n'ayant pas été incluses afin de les en informer (Annexe 4). Il a été indiqué que le projet pourrait être reconduit en cas de succès. Le service de l'USMP a préservé une liste comprenant les noms de ces femmes.

4. Recueil des données

4.1. Planification des entretiens

Les entretiens ont été menés en mars et en avril 2023. Le choix de la date et de l'heure des entretiens dépendait des jours de repos des participantes mentionnés sur le coupon-réponse et des disponibilités de l'enquêtrice.

4.2. Enregistrement des entretiens

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone (marque Olympus - modèle VN-540-PC), qui avait fait l'objet d'une autorisation d'entrée au sein de la détention. Aucune note n'a été prise durant l'entretien afin de limiter toute perturbation lors des échanges.

4.3. Déroulé des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été menés par l'étudiante en thèse. Lors des deux premiers entretiens, elle a été accompagnée par la directrice de thèse, afin de se former à l'utilisation de l'outil visuel, décrit dans un paragraphe ultérieur (6). Un entretien a été mené en présence d'une infirmière de l'USMP, dans un but de formation du personnel sanitaire, dans l'hypothèse de la reconduction du projet.

Les entretiens ont eu lieu directement dans le bâtiment où sont hébergées les femmes, à la MAF. Ils ont eu lieu dans une salle dédiée à des interventions en santé par l'USMP. La participante et l'enquêtrice étaient assises sur des chaises, face à face. Il n'y avait pas de bureau entre elles, afin de favoriser la proximité et l'instauration d'un climat de confiance. L'enquêtrice ne portait ni blouse, ni masque. Selon un schéma triangulaire, un tableau servant de guide visuel était placé sur une chaise, positionnée entre la femme et l'enquêtrice. Il n'y avait pas de personnel pénitentiaire dans la salle.

Afin d'assurer la sécurité de l'enquêtrice, elle était munie d'une alarme portative individuelle déclenchable à tout moment en cas de danger. L'activation de cette alarme entraîne l'intervention rapide du personnel pénitentiaire. Une équipe de surveillantes était présente dans le bâtiment.

4.4. Contenu de l'entretien

4.4.1. Recueil de données socio-démographiques

Un bref recueil de données socio-démographiques était réalisé à l'oral. Ces données concernaient : l'âge, la nationalité, le statut marital, le statut parental, le milieu de vie avant l'incarcération, le niveau d'étude, l'activité professionnelle exercée avant l'incarcération, la date d'entrée en détention, la durée prévue d'incarcération et l'activité professionnelle en détention.

4.4.2. Guide d'entretien

L'entretien semi-dirigé s'appuyait sur un guide largement inspiré de celui élaboré pour les entretiens réalisés en 2021 à l'UGOMPS lors du premier cycle d'ateliers (6). Ce guide avait été initialement pensé avec l'aide de l'unité de Promotion et d'éducation pour la santé du CHU de Nantes (PromES) et se basait sur le modèle du diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé, utilisé dans le cadre de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Il s'agit d'une approche globale qui permet d'explorer les dimensions biomédicales, psychoaffectives, socio-professionnelles et cognitives des individus, en lien avec la santé.

Le guide a été adapté au contexte de la détention. Il a d'abord été testé par les quatre femmes du collectif des Pluri'Elles. En raison de l'abondance des informations recueillies, qui ont donné lieu à des entretiens de longue durée, le nombre de questions a été réduit pour la suite.

Le guide s'intéressait au rapport à la santé et au système de soins, puis à différentes thématiques concernant la santé de la femme, puis à l'intérêt porté aux futurs ateliers (Annexe 7).

4.4.3. Utilisation d'un outil visuel et interactif

Un outil visuel, également issu des ateliers menés par l'UGOMPS et conçu par Véronique Honorée, illustratrice,, a été utilisé afin de faciliter les échanges (Annexe 8). Il s'agissait d'un tableau de type Velleda et de vignettes mobilisables. Une vignette en forme de personnage représentait la femme reçue en entretien. Des vignettes représentaient des thématiques de santé. Ces dernières ont été sélectionnées parmi les vignettes créées pour les premiers cycles d'ateliers. Une vignette représentant la détention a été rajoutée. D'autres vignettes correspondaient à des émojis.

La participante choisissait une vignette représentant un thème de santé féminine. Chaque thème était exploré à travers trois axes : la connaissance, l'expérience personnelle et l'émotion. Ainsi, la femme pouvait associer une ou plusieurs émotions en utilisant les vignettes émojis.

L'ordre dans lequel les thèmes étaient abordés était choisi par la participante.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur Word par l'enquêtrice et anonymisés.

L'approche utilisée était inductive. Les données du verbatim étaient étiquetées puis transformées en propriétés afin de construire des catégories.

Une triangulation des données a été réalisée : chaque entretien a été analysé séparément par l'étudiante en thèse et la directrice de thèse. Les analyses ont ensuite été croisées.

6. Mise en place des ateliers

Les ateliers correspondaient à des séances collectives de promotion et d'éducation pour la santé, portant sur des thématiques de la santé de la femme.

Leurs objectifs étaient d'offrir un temps d'échange et d'écoute, de transmettre des informations biomédicales dans le but de développer les connaissances et les compétences des femmes tout en favorisant la confiance en soi.

6.1. Organisation des ateliers

Quatre séances d'ateliers ont été organisées au cours des mois de mai et juin 2023. Les deux premières séances se sont déroulées le vendredi de 14h30 à 16h30. La durée des autres séances a été étendue de 30 minutes en raison de la brièveté perçue des premières séances. Les ateliers ont eu lieu dans la salle de la MAF, où avaient été menés les entretiens individuels.

Les dix femmes qui avaient participé aux entretiens individuels ont été invitées aux ateliers. Des invitations leur avaient été préalablement envoyées par courrier (Annexe 9). Les thèmes de chaque atelier y étaient annoncés.

Les séances ont été animées par l'étudiante en thèse et sa directrice de thèse. Deux internes en médecine générale ainsi que deux infirmières ont également participé à certaines des séances.

6.2. Elaboration du contenu

L'élaboration des ateliers s'est faite à partir d'une trame préexistante, créée dans le cadre des ateliers en santé féminine menés à l'UGOMPS. Le contenu a été adapté afin de répondre aux besoins des femmes identifiés lors de la phase d'entretien. Ainsi, des outils pédagogiques sélectionnés lors des ateliers à l'UGOMPS ont été réutilisés. De nouveaux outils ont été mis en œuvre : certains issus de la base de données du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS), d'autres spécialement créés pour les ateliers.

Un documentaire a été utilisé à chaque séance, en guise de fil rouge. Il s'agit du film « Woman » réalisé par Anastasia Mikova et Yann Arthus-Bertrand en 2020. Il donne la parole à 2000 femmes, à travers 50 pays différents à propos de la condition féminine dans le monde.

L'outil Abaque de Régnier a également été utilisé lors de plusieurs séances. L'animatrice formulait une affirmation sur un thème donné, puis, chaque participante votait à l'aide de cartes colorées exprimant son avis. Le vert correspondait à « d'accord », le jaune correspondait à « je ne sais pas » ou à un avis neutre, le rouge correspondait à « pas d'accord ». Chacun était libre d'argumenter ensuite son choix, ouvrant la voie à un débat collectif.

6.3. Déroulement commun aux ateliers

Les participantes étaient appelées par les surveillantes pénitenciaires quelques minutes avant le début de l'atelier. À leur arrivée, un rafraîchissement était proposé dans une ambiance conviviale. Les chaises étaient disposées en cercle, et les femmes prenaient place où elles le souhaitaient. Les animatrices étaient également assises parmi elles.

Les animatrices ont fait le choix d'être habillées en tenue civile, afin de réduire la distinction entre le personnel soignant et les participantes.

Le déroulé et le contenu de chaque séance étaient préparés en amont par les animatrices, puis tracés sous la forme d'un conducteur de séance (annexe 10). Ce dernier servait de guide pour les animatrices et permettait de faire participer les professionnelles, internes et infirmières, venues ponctuellement.

Chaque atelier débutait par un rappel du cadre de la séance selon le modèle CORDE, utilisé pour l'animation de groupe : Contexte, Objectifs de la séance, Règles du groupe, Déroulement de la séance (durée, pause) Et questions des participantes, si besoin. Lors du premier atelier, un tour de présentation a été réalisé et chaque femme a eu l'occasion d'apposer une étiquette portant son prénom ou surnom sur sa poitrine. Cette pratique n'a pas été nécessaire pour les ateliers suivants car le groupe se connaissait déjà.

Une activité brise-glace était ensuite proposée pour favoriser la connaissance mutuelle et centrer l'attention du groupe. A compter du deuxième atelier, les animatrices proposaient ensuite à chaque femme de s'exprimer à propos de la séance précédente et répondaient aux questions restées sans réponse lors de la séance précédente.

À mi-séance, une pause était prévue, offrant l'opportunité d'échanger sur d'autres sujets tout en partageant une collation. En clôture d'atelier, les questions en suspens étaient listées afin d'y répondre la fois suivante. La parole était donnée à celles souhaitant partager leurs impressions. La date de l'atelier suivant était rappelée et une feuille d'évaluation rapide (Annexe 11) était distribuée à chaque participante.

7. Réglementation et éthique

Cette recherche s'inscrivait en dehors de la loi Jardé. Elle était conforme à la méthodologie de référence 004 à laquelle s'est engagée l'université de Nantes. Il n'a donc pas été nécessaire d'entreprendre des procédures auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ni de solliciter l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Au début de chaque entretien, une information concernant l'objectif et le contexte de la recherche était fournie. Les participantes étaient encouragées à répondre librement aux questions. Il leur était précisé qu'il n'y aurait aucun jugement de la part de l'enquêtrice. Chaque femme était informée que l'entretien serait enregistré au moyen d'un dictaphone, que les données seraient ensuite retranscrites en assurant l'anonymat et que les enregistrements audio seraient par la suite supprimés. Il était notifié que la femme avait le droit d'interrompre l'entretien à tout moment, sans que cela n'affecte de quelque manière que ce soit son traitement en détention. Une note d'information écrite (Annexe 5) était également remise. Un formulaire écrit de consentement à la voix était signé par la patiente (Annexe 6). Enfin, un accord oral était sollicité avant de débiter l'enregistrement audio.

Il semble important de préciser que le texte concernant des données risquant de permettre l'identification des participantes à la lecture du verbatim a été supprimé.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population et des entretiens

1.1. Caractéristiques de la population

1.1.1. Recrutement de la population

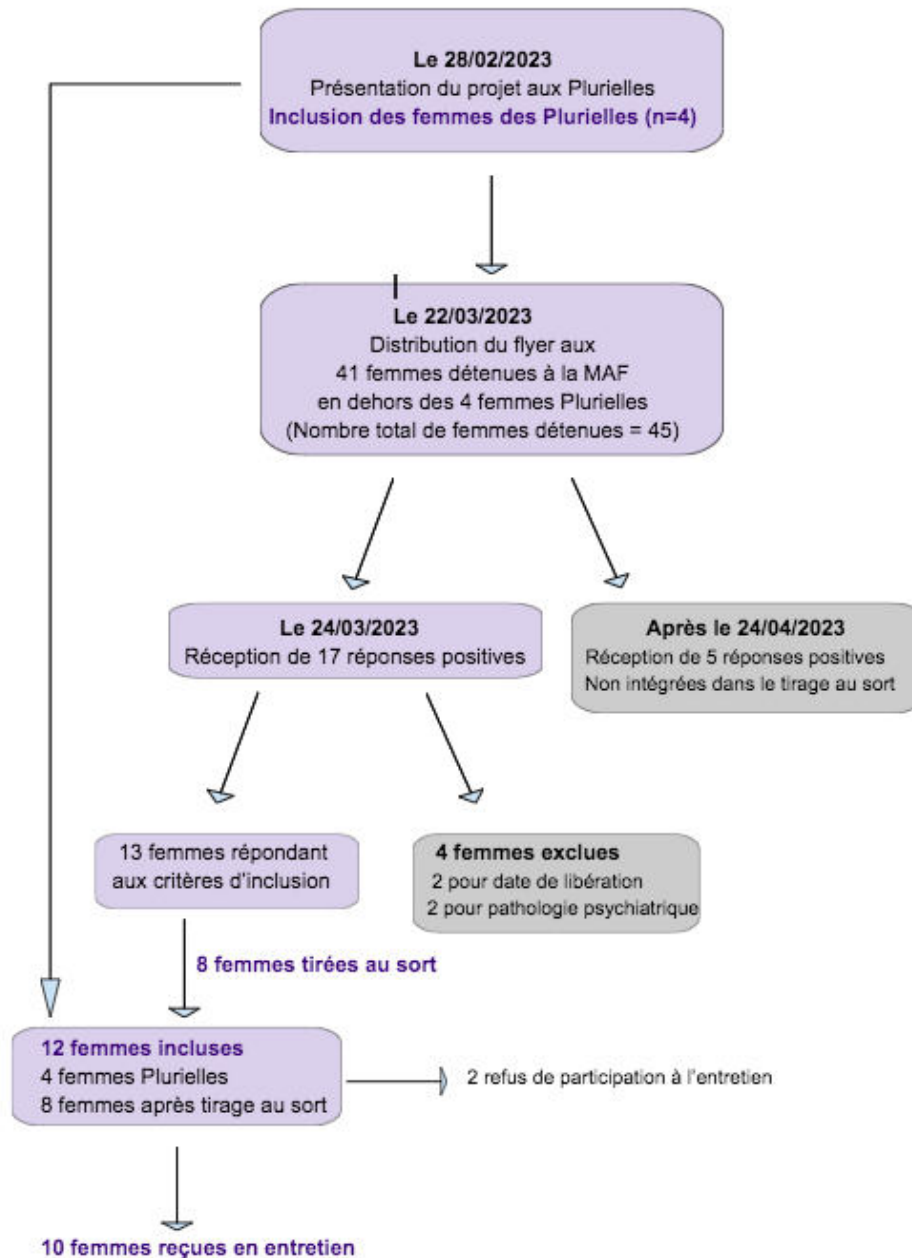


Figure 3 : recrutement de la population

Comme décrit ci-dessus, la sélection de la population a été faite par ordre chronologique de réception des réponses. Face à un afflux excessif de réponses reçues le premier jour (24/04/2023), il a été convenu d'effectuer un tirage au sort parmi les femmes ayant répondu ce jour-là.

Deux femmes ont été exclues en raison de leur date de libération prévue avant juillet 2023. Deux femmes ont été exclues du fait de troubles psychiatriques non stabilisés. Des faits de violences auprès de professionnels et/ou de détenus avaient été rapportés à leur sujet.

Deux femmes initialement incluses dans l'étude ont finalement refusé l'entretien. Il leur a été proposé une seconde fois de participer quelques jours plus tard, sans succès. Les motifs de ces refus n'ont pas été explicités par les femmes.

1.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Les principales caractéristiques sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen était de 39,5 ans (âge médian de 41,8 ans). La majorité des femmes était d'origine française, seules deux femmes sur dix étaient d'origine étrangère. A propos du statut marital, seules deux femmes sur dix étaient en couple, les autres femmes étaient célibataires, séparées, divorcées ou veuves. Huit femmes sur 10 avaient des enfants. La plupart des femmes étaient diplômées : 4 femmes avaient un niveau baccalauréat ou supérieur au baccalauréat. Cinq femmes étaient détentrices d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP). Une seule femme avait le niveau lycée, sans diplôme obtenu. Neuf femmes sur dix travaillaient avant d'être incarcérées. A propos des conditions de vie avant l'entrée en détention, une femme vivait en foyer, une autre était en Syrie dans des camps, une autre était sans domicile fixe. Les sept autres femmes vivaient dans un logement personnel.

Le temps écoulé depuis le début de la détention variait de 1 mois à 7 ans et 3 mois. Quatre femmes sur dix n'avaient pas encore été jugées. Parmi les 6 femmes jugées, 3 avaient écopé d'une peine d'une durée de moins de 2 ans, 3 avaient été condamnées à de plus lourdes peines.

Concernant l'activité en détention, six femmes travaillaient, une femme en avait fait la demande et une autre était en formation CAP Boulangerie.

1.2. Caractéristique des entretiens

Les durées des entretiens variaient de 33 minutes, pour le plus court, à 2 heures et 19 minutes, pour le plus long. Le temps moyen des entretiens était d'une heure et 27 minutes, le temps médian était d'une heure et 38 minutes.

Le temps de retranscription était d'environ 7 heures pour 1h d'entretien, soit environ 100 heures de retranscription.

	Age (années)	Nationalité	Statut marital	Nombre d'enfant	Age du premier enfant	Niveau d'études	Activité professionnelle antérieure	Milieu de vie antérieur	Début détention	Durée détention prévue	Activité pro en détention
Femme	29	Étrangère	En couple	0		Niveau lycée	Cuisine	LP urbain	< 2 ans	Prévenue	Oui
Femme	56	Française	Divorcée	3	36	CAP	Coiffeuse	LP / Semi-rural	> 2 ans	Prévenue	Oui
Femme	43	Française	Célibataire	1	14	CAP	Petite enfance	En foyer / Semi-rural	> 2 ans	Perpétuité	Non
Femme	29	Française	Veuve	2	9	CAP	Sans profession	Etranger	< 2 ans	Prévenue	Non
Femme	43	Étrangère	Divorcée	2	18	BAC+	Agent d'entretien	LP caravane /Semi-rural	< 2 ans	10 mois	En demande
Femme	57	Française	Séparée	2	27	BAC+	Responsable adjointe	LP / Semi-rural	> 2 ans	9 ans	Oui
Femme	34	Française	Séparée	1	2	BAC	Divers	LP Rural	< 2 ans	18 mois	Oui
Femme	56	Française	Mariée	2	34	CAP	Prof de voile	LP / Rural	> 2 ans	Prévenue	Oui
Femme	36	Française	En couple	0		CAP	Divers	SDF	< 2 ans	17 mois	Oui
Femme	35	Française	Veuve	3	9	BAC+	Infirmière	LP / Urbain	< 2 ans	Prévenue	En formation CAP

BAC + : niveau scolaire supérieur au baccalauréat.
BAC : niveau scolaire correspondant au baccalauréat
LP : logement personnel

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques des participantes

2. Résultats qualitatifs

2.1. Représentations et croyances autour du concept de la santé

2.1.1. La santé

La santé apparaît comme l'absence de maladie mais est également reliée au bien-être. L'implication de la femme dans la gestion de sa santé est soulignée. La santé semble constituer une préoccupation importante dans la vie des femmes.

- ❖ F6 : *“Être en bonne santé, c'est de ne pas être malade.”*
- ❖ F6 : *“La santé de la femme pour moi c'est d'être en bonne santé, le bien-être de la femme.”*
- ❖ F7 : *“C'est s'entretenir, faire attention à soi. C'est la base. Ça devrait être le point numéro un. Je m'en suis rendu compte d'ailleurs. Je pense que c'est quelque chose que j'avais mis de côté depuis longtemps.”*

La santé semble concerner tant le corps que l'esprit, tous deux étroitement liés.

- ❖ F8 : *“On sépare beaucoup le psychique du reste du corps, alors que c'est en connexion. Le psychologique joue beaucoup sur notre santé. Et euh... aussi le fait de séparer tout ça, on ressent moins peut-être notre corps.”*
- ❖ F9 : *“En fait, si je vois dans mon corps que ça va, je me dis que dans ma tête ça va.”*

Plusieurs femmes attirent également l'attention au sujet de comportements ayant un impact sur la santé.

- ❖ F7 : *“Et hygiène de vie, aussi : tabac, bien manger. (...) La santé des dents, on sait que ... On sait que c'est la porte ouverte à toutes les maladies, les dents abîmées.”*

2.1.2. La santé de la femme

La santé de la femme est décrite comme prenant en compte les besoins particuliers des femmes par rapport aux hommes.

- ❖ F4 : *“Ce dont une femme a besoin, par rapport à un homme. Ils ont pas forcément les mêmes besoins.”*
- ❖ F8 : *“Tout ce qui fait les différences entre nous et les hommes, donc aussi la maternité, des choses comme ça... (...) Des différences... On ne va pas avoir les mêmes problèmes hormonal, on va pas avoir, euh... que ce soit pour les règles ou même d'autres hormones. Par exemple, on va parler de problèmes de santé intime. Bah, les seins aussi, hein, forcément.”*

Les femmes associent également le terme de santé féminine à la santé sexuelle et reproductive. Il s'agit d'une santé de l'intime, en lien avec le corps de la femme. Elle englobe les problématiques liées aux règles, à la ménopause, à la procréation, aux IST et aux cancers féminins.

- ❖ F1 : *“Bah santé de la femme c'est tout ce qui touche à ... L'intime hein. Mais en plus, c'est les problèmes euh... utérins, les problèmes des seins.”*
- ❖ F3 : *“Euh, bah les règles, oui. La grossesse... (...) Cancer du sein, y'a mon entourage où y'a pas mal de femmes qui sont mortes de ça.”*
- ❖ F4 : *“Bah la santé de la femme c'est ... tout ce qui est euh.. fragile donc tout ce qui est : la poitrine, les règles douloureuses ou non, la ménopause, la pré-ménopause. Moi j'ai songé à l'endométriose, parce j'ai ma belle-fille qui a des problèmes d'endométriose. (...) Après, c'est à titre personnel, ça serait plus euh... l'anatomie. Que ce soit euh... des règles ou des seins ou n'importe quoi.”*
- ❖ F9 : *“On peut penser aux maladies, le fait d'avoir des enfants, bien se protéger des MST, les choses comme ça.”*

2.2. Information en santé

2.2.1. Sources d'information en santé

L'information à propos de la santé féminine provient de diverses sources. L'entourage semble jouer un rôle majeur dans la diffusion d'informations. L'entourage familial est fréquemment mentionné : mère, grand-mère, belle-mère, sœur ou parfois même, la famille au sens large.

- ❖ F1 : *“Mais moi, l'élément de référence, c'est ma sœur. Elle a tout fait avant moi : elle a eu des enfants avant moi, donc forcément ... la grossesse, tout ça... C'est vers elle que je me tournais pour avoir toutes les réponses.”*
- ❖ F7 : *“C'était le week-end où j'allais chez mon père. (...) Donc il avait une amie et elle m'a dit “quand t'auras tes règles, tu me le diras”. Parce qu'elle, elle savait. J'en ai plus parlé avec elle au début qu'avec ma maman.”*
- ❖ F2 : *“On était dans une famille très... moi j'étais dans une famille où on pouvait poser des questions et on avait des réponses. Donc euh, y'avait ... pas de souci. (...) Rien n'était tabou en fait.”*

Certaines fois, il s'agit d'une orientation vers une source fiable d'information.

- ❖ F10 : *“Mais, à partir du moment où j'ai eu mes premières menstruations, ma mère m'a envoyée voir un gynécologue... Voilà, c'est ... Elle disait, c'est comme ça ... Elle était gênée de répondre aux questions. (...) Voilà, donc elle m'a dit “à partir des premières règles : “paf ! gynécologue, magnifique, tout va bien”. Et du coup, voilà. (Rires).”*

L'entourage amical féminin semble important également.

- ❖ F8 : *“Donc bah, j'ai appris ça comme ça avec des copines. (...) Puis bah, c'est l'âge où les petites filles, elles se demandent entre copines “bah, toi t'as eu tes règles? toi t'as pas eu tes règles?”*

Plus largement, le savoir semble transmis par le biais de l'entourage féminin.

- ❖ F3 : *“Euh, une éducatrice du foyer. Et euh, elle m'a expliqué et voilà quoi.”*
- ❖ F5 : *“Oui, elle (sa voisine) m'a ramenée, voilà. Elle a vu que ça n'allait pas. Elle m'a dit “il faut que tu voies un gynéco”, donc j'ai vu un gynéco pour la première fois.”*
- ❖ F7 : *“Ah si, il y a une personne qui a joué, c'est la mère d'un copain. C'est elle qui m'a acheté mes premiers outils d'épilation.”*

L'éducation en **milieu scolaire** semble jouer un rôle dans la transmission d'informations en santé.

- ❖ F4 : *“C'est la prof de biolo qui m'a expliqué ce qu'était le cycle, machin ...”*
- ❖ F7 : *“Je sais que les seules choses que je sais ... J'ai fait bio, bac bio. J'ai eu 7/7 sur l'appareil génital de la femme. Je me souviens pas de tout. Mais c'est des trucs que j'avais lu dans mon livre de bio.”*

Le système de santé contribue également, pour certaines femmes, à la délivrance d'information en santé. Les femmes évoquent le médecin généraliste, le gynécologue, la sage-femme ou encore le planning familial.

Enfin, les femmes semblent aussi obtenir de l'information par le biais des médias comme internet, la télévision, les livres ou encore les personnes influentes. Une femme dénonce cependant le contenu de l'information diffusée par certaines publicités.

- ❖ F5 : *“Mais pas besoin d'aller à l'école, allez à la bibliothèque, vous cherchez un bouquin d'anatomie.”*
- ❖ F6 : *“Je vais sur internet pour voir, quand tu te sens comme ça, qu'est ce que ça veut dire.”*
- ❖ F10 : *[à propos de l'endométriose] : “Mais ça, c'est grâce à l'actrice de Plus Belle La Vie, aussi, qui a fait avancer les choses. Et elle a fait avancer la recherche sur ça.”*
- ❖ F7 : *“Alors par contre, ce que je trouve aberrant, c'est que tu te retrouves à table avec tes enfants, ton mari, ta belle famille, il suffit qu'il y ait des pubs de je sais pas quoi qui passent, qui mettent tout le monde mal à l'aise. Puis à côté de ça, la femme, elle voit la pub qui passe 40 fois par jour, mais elle n'est pas capable de savoir ce qui se passe à l'intérieur.”*

2.2.2. Freins à l'information en santé

Il semble persister un tabou significatif autour de la santé des femmes, entravant la diffusion d'informations. Ce tabou se manifeste au sein de la famille, en présence des hommes ou dans la société en général.

- ❖ F5 : *“Sur la sexualité... C'était vraiment tabou, ma mère elle m'en parlait pas. Quand j'ai eu mes règles, j'ai cru que j'allais mourir, que j'avais un problème. Pour que je saigne comme ça, sans raison, avec des fortes douleurs...”*
- ❖ F9 : *“Non, dans la famille on ne parlait pas de ça. C'était tabou, un peu. On est grave plus pudiques. On n'aime pas parler de ça. Du coup voilà.”*
- ❖ F5 : *“A l'école en [Pays]? Oh non ! (...) Ils ont fait rentrer comme matière obligatoire la religion. C'est bien, je n'ai rien contre les religions. Mais vous mettez en matière obligatoire les religions, mais pourquoi pas la sexualité? Parlez !”*
- ❖ F8 : *“Au final, vous voyez, la première pub qui a eu avec du sang sur des serviettes hygiéniques à la télé ... Ca fait pas très longtemps. Et y'en a plein qui trouvaient ça scandaleux limite. (...) Maintenant on a de la chance, ça fait pas très longtemps, mais on en parle quand même un peu plus qu'avant.”*

Les femmes sont parfois elles-même concernées par ce tabou et n'osent pas demander d'informations à propos de leur santé.

- ❖ F7 : *“Il y a des choses où on est assez pudique. (...) En grandissant, il y avait une certaine distance à ce niveau-là. Une certaine pudeur. Même chez le docteur, j'ai cette pudeur. C'est hyper gênant. (...) École mixte, tu retrouves à parler de ça... Vous voyez ce que je veux dire ?”*

Certaines femmes rapportent un défaut d'information de la part du corps médical.

- ❖ F5 : *“J'étais en train de manger et l'infirmier est venu me poser des médicaments “ça c'est pour vous”. J'ai dit “Ah bon, qui c'est qui a dit que je vais prendre ça?” ; “Votre médecin”. Je lui ai dit “vous pouvez le reprendre parce que moi je ne connais pas, donc je ne prends pas”. ”*
- ❖ F8 : *“Je suis allée à l'hôpital pour la fausse couche. Et donc, quand on a vu que je faisais une fausse couche, on m'a fait direct un curetage. Mais après je suis sortie, on ne m'a pas parlé de contraception. On n'a pas parlé de préservatif, ni de pilule, ni de quoi ce soit.”*

Des femmes rapportent ne pas avoir de ressource où trouver de l'information concernant leur santé féminine.

- ❖ F7 : *“- E : Vous, dans toute votre vie, si à un moment donné vous avez eu des questions sur votre santé de femme, justement, vers qui ou quoi vous vous êtes tournée pour avoir des réponses aux questions ? - F7 : Pas grand monde. C'est ça le problème, en fait.”*

Certains parcours de vie entravent l'accès à l'information. Il peut s'agir de l'absence de figure maternelle, d'inceste durant l'enfance ou encore de manque d'implication scolaire.

- ❖ F3 : *"J'ai pas eu une enfance heureuse, donc ... du coup, euh... Il y a pas eu de ... C'était tabou..."*
- ❖ F7 : *"Record d'absence du lycée [Nom propre]. C'est pas une gloire, c'est grave, je trouve ça hyper grave ça aussi. (...) J'ai pas fait l'association. Entre mon livre de bio et mon corps en fait, il s'est rien passé. Il n'y a pas eu de connexion. J'ai pas fait le lien."*

2.2.3. Insuffisance de l'information en santé

Au travers de tous les récits des femmes, le manque d'information des femmes au sujet de leur santé semble évident.

- ❖ F1 : *"Je me souviens des premiers ateliers (de Médecins du Monde) par exemple. Juste euh... le corps de la femme, le sexe féminin. Certaines, on s'est rendu compte que certaines ne le connaissent pas, ne savaient pas ce que c'était. Je veux dire, c'était la base avant de commencer à parler de cancer de l'utérus ou autre. Ça a été incroyable. Enfin pour moi, ça a été une grosse surprise de voir que certaines femmes ne savaient pas."*
- ❖ F7 : *"Je suis une arriérée. Sur certains points aussi quand même. Faut être franc. Mais toutes les femmes ! Je pense que toutes les femmes sont mal informées."*
- ❖ F9 : *"C'est important d'aborder ces thèmes, parce que tout le monde ne connaît pas je pense."*

Pour plusieurs femmes, ce défaut d'information a pu entraîner des événements non souhaitables, tels que des grossesses non programmées, des fausses couches parfois compliquées, des IST ou encore des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Ces incidents ont eu des répercussions significatives sur leur bien-être psychologique.

- ❖ F9 : *"C'est vrai qu'on m'a dit 'mais c'était un bébé prévu?', j'ai dit 'bah non pas du tout' et ils m'ont dit 'ok mais vous prenez une contraception? Vous êtes protégée?' "Ah non pas du tout". Je suis tombée des nues, un peu."*
- ❖ F5 : *"Bah, j'ai failli perdre ma vie. Parce que je suis tombée enceinte, j'ai fait une fausse couche. Et moi je ne savais pas, donc j'ai cru que c'était des règles, qui sont arrivées tardivement. Sauf qu'au bout d'un moment, elles sont devenues abondantes, abondantes..."*

Il en résulte un sentiment de préjudice. Afin d'éviter la répétition de cette situation, plusieurs femmes aspirent à éduquer leurs enfants sur ces questions.

- ❖ F7 : *"C'est super grave. C'est des choses que... par exemple, moi, je ferais vacciner ma fille. (...) Parce que je ne veux pas qu'elle ait à vivre ce que je vis."*
- ❖ F9 : *"Alors que moi, c'est un truc dont je parle plus maintenant avec mes enfants."*

2.3. Connaissances, représentations et expériences en santé féminine

2.3.1. Le corps de la femme

➤ Connaissances

La majorité des femmes peut nommer différents organes féminins : « hymen », « clitoris », « vagin », « trompes », « ovaires », « utérus », « seins », « vulve », « lèvres », « col de l'utérus », « glande de bartholin ». Plusieurs femmes rapportent avoir de solides connaissances à propos de leur corps de femme. Cependant, certains termes peuvent être mal compris.

- ❖ F7 : [A propos de la vulve] *“Euh... (rires gênés). Je sais pas comment dire d'ailleurs. Vagin? Non, le vagin c'est l'intérieur?”*
- ❖ F3 : *“Après euh... je ne connais que ce que je ressens et euh ... Ce que je découvre de moi-même donc euh... (...) Entre le vagin, le clito euh... (...) . Euh... la sécrétion qui apporte voilà, un lubrifiant naturel etc...”*

Plusieurs d'entre elles considèrent ne pas connaître leur corps.

- ❖ F4 : *“Euh... Je ne saurais pas l'expliquer. “Quand je sais pas expliquer quelque chose, ça veut dire que je ne l'ai pas complètement acquis.”*
- ❖ F7 : *“E : Et vous, votre anatomie, votre appareil génital, vous connaissez un peu les différentes parties ? - F7 : Pas du tout. Même les lèvres etc. Ca, je ne connais pas du tout. Le point G, clitoridienne, je sais pas quoi ... J'y connais rien. Je connais que dalle. L'appareil génital, j'ai compris comment on faisait un gosse, comment ça marche à l'intérieur... mais c'est tout.”*
- ❖ F8 : *“Vous voyez, c'est bête, mais j'ai mon amie qui m'a envoyé une lettre. Elle m'a envoyé, c'est un jeu. Elle m'a envoyé un schéma, vous savez anatomique et dessin anatomique, qu'on peut voir dans le livre de science. Un dessin anatomique d'un sexe de femme et d'un sein, avec plein de flèches. Et euh... avec plein de flèches, où fallait noter ce que c'était. Il y a des flèches, je ne sais pas ce que c'est. Pourtant, j'ai XX ans et tout, mais... il y a des flèches, je ne sais pas ce que c'est. Honnêtement non je connais pas. Voilà je sais ce que c'est qu'un clito, mais je connais pas.”*

Les informations à propos du corps ont principalement été acquises grâce à l'éducation en milieu scolaire et par l'expérience personnelle.

- ❖ F10 : *“Enfant, j'ai toujours eu la curiosité de mon corps. Donc euh... je me souviens je sais pas quel âge que j'avais... Je devais avoir entre 8 et 10 ans. Je pense qu'on a tous la curiosité de son corps. Un jour j'ai pris un miroir et j'ai voulu voir comment j'étais faite. (...) De toute façon, je connais mon corps, hein. Si je touche quelque chose qui n'est pas normal, je le vois tout de suite.”*

➤ Représentations

Pour certaines, l'appareil génital est une zone sacrée réservée à la fonction de procréation.

- ❖ F7 : *“Par exemple, on est en prison. Euh... le seul endroit pour une femme où tu peux mettre des affaires, c'est là. On n'a ... rien. Rien, c'est hors de question, faut que ça reste propre. Non mais sérieux, je respecte trop ma chichine.” ; “E : Pour vous c'est une zone euh... sacrée ? F7 : Ouais. Oui, c'est pour faire les enfants.”*

Le fait que l'appareil génital féminin soit majoritairement interne, d'un point de vue anatomique, semble le rendre plus difficile d'accès à la surveillance pour certaines femmes.

- ❖ F8 : *“Parce que c'est un organe interne, on n'a aucune visibilité. Mais c'est vrai que quand tu as une infection, un champignon ou quoi que ce soit, quand c'est le début ou quoi, tu ne vois pas forcément. C'est pas visible à l'œil nu. Il faut être quand même à l'écoute.”*

Une femme dénonce l'image négative du sexe féminin, véhiculée par la société.

- ❖ F8 : *“La vulve, on assimile ça à un mot qui n'est pas beau à dire. (...) Et même dans beaucoup d'ethnies, dans plein de légendes et tout, depuis la nuit des temps, une femme qui soulève sa jupe et qui montre son sexe et ça fait carrément fuir le diable.”*

Une femme rapporte une fausse croyance qu'elle a entendue quant aux rapports sexuels durant la grossesse, en lien avec l'anatomie de l'appareil génital féminin.

- ❖ F5 : *"Il y a des femmes que j'entends parler "je suis enceinte je peux pas faire l'amour avec mon mari", je dis "pourquoi?", "parce que mon mari il dit ça touche le bébé". Je me dis "N'importe quoi ... Où est-ce que vous avez entendu ça ? Le bébé il est....? Vous avez été à l'école ou quoi ?"*

Une femme associe la connaissance de son propre corps à un sentiment de « perversité».

- ❖ F7 : *"Après je sais pas si c'est bien ou pas d'être comme ça [d'avoir peu de connaissances de son corps]. Peut-être c'est bien aussi... quelque part à XX ans, de ne pas être une grosse perverse. (...) Il faut quand même passer, pour connaître son corps, il faut passer par des trucs un peu chelou..."*

➤ Expériences et vécus

Certaines femmes ressentent une distance avec leur propre corps, probablement liée au tabou. Une de ces femmes semble pourtant ressentir de la peine de ne pas connaître son corps et de la colère de ne pas en avoir suffisamment pris soin.

- ❖ F7 : *"Même, on m'a dit "faut te remuscler le périnée et compagnie là, après l'accouchement". C'était compliqué, j'ai rien fait."*
- ❖ F9 : *"J'ai pas besoin de savoir plus. J'aime pas, c'est bizarre. (...) Non, c'est pas que ça me gêne de lire des infos mais c'est vrai que oui... j'aime pas trop en parler."*
- ❖ F7 : *"J'ai XX piges et je sais pas ça, c'est peut-être grave. (Pleure). Je pleure après moi-même là, je suis ... (...) Je prenais pas soin de moi."*

2.3.2. Les règles et le cycle menstruel

➤ Connaissances

A propos des règles et du cycle menstruel, les femmes semblent avoir des notions. La compréhension des mécanismes physiologiques apparaît cependant limitée. Plusieurs citent les mots-clés « endomètre », « muqueuse utérine » ou encore « oestrogène ».

- ❖ F1 : *"Bah... c'est un mécanisme féminin euh... J'en pense pas grand chose, en fait. C'est une muqueuse, c'est ...? C'est quoi ?"*
- ❖ F7 : *"Tes ovaires se décomposent... Ils se déposent sur les parois muqueuses de l'utérus. Et en fait, tes ovaires se régénèrent."*
- ❖ F8 : *"En fait, c'est une poche de sang qui se forme au niveau de l'utérus. En fait, quand l'ovule s'accroche, il y a une poche de sang qui se met autour pour qu'il soit fécondé. Ça évolue en embryon. Et vu que l'ovule n'est pas fécondée, j'imagine que ça éjecte un peu tout ça."*
- ❖ F8 : *"J'ai su en cours de biologie, les histoires d'ovulation. Il y a l'histoire des pertes blanches avant ou après. Et... l'ovulation, je sais que c'est à peu près 14 jours après le début des règles. Je crois qu'à une période ça va être le droit et la période d'après ça va être le gauche, il me semble. Moi je calcule jamais. (...) Tout ce que je sais, c'est que j'ai mes règles une fois par mois. C'est le début du cycle voilà."*

Plusieurs femmes rapportent qu'elles n'avaient pas ou peu été informées des règles au moment de la ménarche. Cela a pu être à l'origine d'un mauvais vécu. Certaines femmes rapportent avoir développé des connaissances en observant le comportement de leur mère, par mimétisme.

- ❖ F4 : *"Alors je savais que la femme allait avoir des ... Comment ils appelaient ça à l'époque? Je sais plus? Et euh... Et je savais que ma mère, elle mettait des couches. (...) Bah dans la salle de bain, qu'on partageait, je voyais bien qu'il y avait des couches."*

Certaines femmes évoquent différents facteurs pouvant interférer avec le cycle menstruel : le poids, la drogue ou encore la contraception hormonale. Ces connaissances semblent issues de leur expérience personnelle.

- ❖ F1 : *“Je croyais que j’étais pas normale car toutes mes amies avaient leurs règles. Mais en fait, c’était lié aussi à mon état d’anorexie.”*
- ❖ F7 : *“C’est sûr, j’ai testé. Que ce soit la drogue ou les sous-alimentation, tes règles sont coupées.”*
- ❖ F8 : *“Après, j’ai mis du temps à être réglée régulièrement aussi... Parce qu’avec la défonce ...”*

A propos de l’hygiène menstruelle, quelques femmes ont évoqué les protections durables : la coupe menstruelle ou encore les culottes menstruelles. Les connaissances semblent cependant limitées et empreintes de fausses croyances.

- ❖ F7 : *[A propos de la cup] “J’ai jamais réussi. Je sais pas comment ça marche, je sais toujours pas comment ça marche. Bah, ouais, où fallait la mettre... Comment, où ? J’ai rien compris.”*

➤ Représentations

Pour la plus grande majorité des femmes, les règles sont synonymes de capacité à procréer. A l’inverse, l’absence de menstruations suscite en elles des inquiétudes concernant leur fertilité.

- ❖ F9 : *“Oui, ça peut être relou d’avoir ses menstrues (...) Mais je me dis : oui, j’ai pu avoir deux enfants.”*
- ❖ F10 : *“J’ai l’impression que comme j’ai pu mes règles, je ne peux plus faire un enfant, en fait.”*

La ménarche semble marquer le passage du statut de fille au statut de femme.

- ❖ F4 : *“Bah maintenant t’as plus qu’à compter hein, ca y est, t’es une demoiselle.”*
- ❖ F5 : *“Mais tu grandis, tu deviens femme.”*

Les règles apparaissent également comme un signe de bonne santé. Ainsi, l’absence de règles peut faire craindre une pathologie.

- ❖ F5 : *“Mais justement, si on est très jeune et qu’on les a pas, c’est pas bon signe. C’est qu’on est malade, on est ménopausée de trop de bonne heure.”*
- ❖ F10 : *“J’ai encore un projet, j’aimerais avoir un petit garçon. Je me dis : j’ai XX ans et je vois qu’en un an je n’ai plus de règles... Je me dis j’ai peur d’avoir quelque chose, en fait.”*

Une femme rapporte que les règles constituent un signe de jeunesse et de féminité.

F10 : *“C’est un signe de féminité et de jeunesse en même temps. Hum. Enfin j’sais pas... Normalement quand on n’a plus de règles, c’est quand on a passé 50 ans.”*

Une femme souligne qu’il pourrait même s’agir d’un processus de nettoyage du corps.

- ❖ F7 : *“Un nouveau cycle qui se fait, ça nettoie. (...) Non c’est pas sale. Au contraire. Après c’est du mauvais sang. Bah... il est plus... Ouais c’est plus du bon sang. C’est du sang à éliminer en tout cas. Faut que ça sorte de ton corps en tous cas.”*

Pour certaines femmes, les menstruations sont perçues de manière négative. Ce phénomène peut être considéré comme peu hygiénique et susciter du dégoût. Elles peuvent également être ressenties comme une perte de soi.

- ❖ F4 : *“Le dégoût du sang, tous les mois. Mais j’trouve ça sale en fait.”*
- ❖ F5 : *“Déjà il sent mauvais. Vous avez vu, le sang des règles, c’est pas le même sang que quand on se coupe en coupant l’oignon. Ça sent pas bon.”*
- ❖ F3 : *“Baaah, c’est euh... Comment on dit euh... Bah (silence). On perd quelque chose de soi quoi.”*

Selon les traditions et religions, les règles semblent avoir des significations particulières. Elles peuvent signifier le fait d’être apte au mariage, correspondre à une période d’impureté ou à une punition religieuse. Dans certaines cultures, la ménarche semble ritualisée.

- ❖ F1 : *“Tant que t’es pas réglée, t’es pas reconnue comme une femme, donc t’es pas mariable, donc tu peux pas procréer, donc tu ne risques rien. Tu gardes ton statut au sein de la famille. T’es pas en danger.”*
- ❖ F1 : *“Ils disent d’une femme quand elle a ses règles qu’elle est impure. Par exemple, elle est impure à la prière, elle est impure à un tas de choses.”*
- ❖ F5 : *“L’explication religieuse c’est que... les règles ont été données par Dieu aux femmes. Parce que la femme n’a pas écouté Dieu. Puisque c’est Eve qui a poussé Adam au péché, de la pomme. Et Dieu a dit “puisque tu as péché en premier, je te punis de saigner tous les mois”. Et ce sang, soit disant, c’est un sang mauvais, parce que la femme doit être punie.”*
- ❖ F4 : *“Ma mère elle dit “d’habitude on met une claque, c’est la coutume. On met une claque...”*

➤ Expériences et vécus

Les vécus des femmes à propos des règles sont variables.

- ❖ F9 : *“La joie. Bah ouais, on est des femmes.”*
- ❖ F8 : *“Enfin c’est pas que j’aime bien, mais si j’aime bien ça me... Je sais que je suis une fille quoi. Et que j’ai mes règles et que je peux avoir des enfants.”*
- ❖ F1 : *“Honnêtement moi ça m’embêtait plus qu’autre chose. Voilà c’est insignifiant pour moi.”*
- ❖ F4 : *“Bah c’est pas agréable... C’est chiant, c’est chiant, c’est ...”*
- ❖ F2 : *“Donc les règles, ça fait partie de ma vie et ça m’a jamais dérangée. Je me suis jamais dit “olala ça va arriver”, non.”*

Plusieurs femmes décrivent des manifestations physiques et psychologiques ressenties au moment des règles ou juste avant.

- ❖ F8 : *“Bon, mis à part les seins et le ventre qui gonfle ... Je vais avoir euh... je sais pas moi : plus de libido, des choses comme ça. Je ressens plus mes hormones quand j’ai mes règles.”*
- ❖ F9 : *“Je sais que deux semaines avant, je suis genre à fleur de peau et tout. Quand je les ai, c’est bon, ça y je suis délivrée. Mais avant, aaah... je suis en mode “cocotte minute”, un peu.”*

Les émotions positives font majoritairement écho à la capacité de procréation et à l’accès au statut de femme. Une femme décrit également une fonction de reconnexion à son propre corps durant les règles.

- ❖ F8 : *“C’est pour ça que j’aime bien aussi quand j’ai mes règles et que je ressens un peu toutes ces hormones. Moi ça me fait plaisir, ça me reconnecte à mon corps, carrément.”*

Diverses raisons sont avancées pour expliquer le vécu négatif des règles. Elles peuvent être liées à des sentiments de honte, de crainte et d’inconfort.

- ❖ F8 : *“Je me rappelle, je cachais mes vieilles serviettes sous le lit la première fois, mes premières règles. Je cachais mes serviettes sous le lit.”*
- ❖ F4 : *“C’était une gêne pour s’habiller ou avoir des vêtements, ou se mettre à l’aise...”*

Plusieurs femmes rapportent également un vécu douloureux. Plusieurs antalgiques sont utilisés : paracétamol, anti-inflammatoires, tramadol, codéine. Certaines décrivent des méthodes antalgiques traditionnelles issues de leur culture.

- ❖ F5 : *“La technique de la grand-mère, de l’eau de vie. (...) Si, bah l’alcool ça soulage la douleur. Elle nous donnait des petites shooters. Vous savez les petits verres ? Un petit verre comme ça ... Pfff ça apaise. Attention ! Pas n’importe quel alcool : pas de vin rouge, pas de bière. De l’eau de vie ou du whisky...”*

Certaines décrivent un vécu d’injustice, en comparaison aux hommes.

- ❖ F4 : *“C’est chiant, c’est chiant, c’est ... Et nous on a ça et pas les hommes.”*

Comme pour les autres thématiques de santé féminine, la plupart des femmes déclarent avoir été confrontées à un tabou : personnel, familial et sociétal.

- ❖ F8 : *“Mais on n'explique pas forcément aux filles que c'est quelque chose de normal et que c'est gênant. Nous quand on était au collège, on disait aux profs qu'on avait ça, ils voulaient même pas. On disait “oui je suis une fille, j'ai mes problèmes” : “oh c'est bon, tu vas pas à la piscine”. Comme si on n'avait pas le droit d'en parler presque ? Ouais c'est ça, c'est hyper tabou et puis c'est presque honteux quoi.”*

A propos de l'hygiène menstruelle, certaines ont rapporté avoir été victimes de précarité menstruelle du fait de problèmes financiers ou d'indisponibilité des produits.

- ❖ F8 : *“Parce qu'il faut avoir les moyens de s'acheter des serviettes, hein. (...) Et puis bah moi j'avais pris la mauvaise habitude... Quand je n'en avais pas, je volais dans les magasins quoi.”*
- ❖ F9 : *“Il y a eu des périodes, c'était en mode pénurie, y'en avait pas. C'était une galère. Bah, on a refait comme à l'ancienne, on avait fait comme euh... des couches mais lavables. Mais ça c'était dur. Franchement c'était vraiment dur.”*

2.3.3. Aménorrhée et ménopause

➤ **Connaissances**

La majorité des femmes connaissent le terme de « ménopause ». Seule une femme nous a confié avoir découvert cette notion en détention.

- ❖ F6 : *“C'est en prison, ici, avec une femme et elle m'a dit qu'elle avait commencé à avoir ses règles pendant deux mois. Et ils ont dit que c'est la ménopause. Je lui ai dit “mais c'est quoi la ménopause?”. Et c'est là elle m'a dit que les règles un jour, ça va s'arrêter et du coup je voulais... ça m'a intéressée en fait.”*

Les symptômes associés à la ménopause semblent être plus familiers que la physiologie sous-jacente. Les femmes évoquent les bouffées de chaleur, la sécheresse vaginale et l'arrêt des règles. Certaines y voient un lien avec l'acné ou encore la pilosité.

- ❖ F4 : *“- E : Donc finalement, qu'est que c'est la ménopause ? Qu'est ce qu'il se passe dans le corps ? - F4 : Bah j'sais pas tellement. (...) Alors nous on se dit toutes “ah bah une prise de poids, tiens c'est la ménopause qui me guette ou “tiens j'ai l'endomètre qui déconne”. Je sais que la ménopause bah voilà ... on a moins de glandes euh... salivaire on va dire, qui se produisent, je sais pas si c'est comme ça que ça s'appelle.”*
- ❖ F8 : *“Euh bah... La ménopause, c'est quand les ovaires fabriquent plus d'ovules, en gros, c'est ça ? (...) Ça fait des bouffées de chaleur. Mais franchement je ne m'y connais pas du tout. (...) Le fait de moins avoir d'hormones, ça doit perturber, hein, je sais pas. Que ce soit la pilosité, les chaleurs, les bouffées... Enfin voilà, peut-être des boutons, j'en sais rien...”*

➤ **Représentations**

La ménopause est associée par plusieurs femmes à **la vieillesse**. Une femme fait le lien entre le rythme de vie intense, le risque de vieillissement anticipé et la ménopause.

- ❖ F4 : *“Ca c'est bien quand c'est une mamie qui est complètement asséchée parce qu'elle a la ménopause euh...”*
- ❖ F5 : *“Et quand on ne les a pas (les règles), c'est qu'on devient vieille, on commence à être ménopausée, on vieillit.”*
- ❖ F7 : *“Et que ça peut arriver hyper précoce, surtout quand tu as eu une vie hyper accélérée... et que ton coeur, c'est celui d'une dame de 80 ans. Je me dis que les hormones, elles vont pas tarder à suivre.”*

Une femme s'inquiète de l'impact sur les rapports intimes.

- ❖ F4 : *“Ce sera tout sec. Donc du coup, c'est plus douloureux d'avoir des rapports intimes euh...”*

➤ Expériences et vécus

Deux femmes sont ménopausées. Certaines aspirent à la ménopause ou à l'arrêt des règles. Une femme regrette qu'on ne puisse pas anticiper la ménopause.

- ❖ F3 : *“Justement moi ... moi j'ai... j'ai une question. J'ai-j'aimerais bien ... Est-ce que ça existe d'arrêter les règles ?”*
- ❖ F9 : *“Côté ménopause et tout, je n'y suis pas encore. Mais franchement, ça me ferait ni chaud ni froid, la vérité. Moi c'est bon, j'ai eu des enfants, j'en veux plus.”*
- ❖ F4 : *“Et puis euh... j'ai hâte. D'avoir la ménopause en fait. Et puis personne ne sait prédire ça. Alors je comprends pas, on est au 21ème siècle, et on sait pas prédire ça ?”*

A *contrario*, plusieurs femmes se sont exprimées au sujet de l'aménorrhée et présentent des préoccupations à ce sujet. Certaines présentent notamment une aménorrhée depuis leur incarcération. Elles s'inquiètent de leur fertilité et de leur féminité.

- ❖ F7 : *“Franchement, avant ça ne m'inquiétait pas du tout, maintenant ça me fait flipper. Parce que ça veut dire que je ne peux plus avoir d'enfant.”*

2.3.4. La contraception

➤ Connaissances

Toutes les femmes interrogées peuvent citer plusieurs méthodes contraceptives chacune. Les plus connues sont le préservatif, la pilule, l'implant et le stérilet. D'autres méthodes sont également citées : la ligature des trompes, les spermicides, le diaphragme, et la surveillance du cycle. Une femme mentionne l'émergence de la contraception masculine.

Seule une femme confie manquer d'information. Force est, cependant, de constater qu'elles ne maîtrisent pas toujours l'utilisation des méthodes contraceptives.

- ❖ F3 : *“Je préfère pas prendre de stérilet. Bah on sait pas comment ça se passe dans le bras quoi.”*
- ❖ F8 : *[A propos du stérilet], “Alors ouais, en fait ça bouche des trompes. En gros ça bouche les trompes et du coup l'ovule peut pas rentrer dans l'utérus. Il y en a un, celui à l'ancienne je crois. A l'époque c'était pas du cuivre ? Et il y en a un qui est comme du fil de pêche, peut-être, je sais pas ?”*

Par ailleurs, elles semblent avoir également peu de connaissances à propos des mécanismes d'action. Cela ne semble pas constituer une priorité. Leur priorité, c'est l'efficacité. Certaines évoquent l'impact des différents types de stérilet sur le flux menstruel, une femme évoque les risques d'associer une contraception hormonale et le tabac.

➤ Représentations

Comme énoncé ci-dessus, le critère le plus important en matière de contraception semble être l'efficacité : le fait de pas avoir de grossesse sous contraceptif. La réversibilité, le fait de pouvoir obtenir une grossesse à l'arrêt du contraceptif est également énoncé à plusieurs reprises. Avoir un cycle simulé, sous contraception hormonale, avec des menstruations chaque mois, semble importer à certaines femmes.

Si l'objectif principal est la prévention des grossesses, séparant alors la sexualité reproductive de la sexualité récréative, la contraception peut avoir plusieurs finalités. Les femmes peuvent rechercher une fonction de régulation du cycle, de prise en charge des dysménorrhées ou des ménorragies. Par le préservatif, elles voient également un moyen de prévention des IST.

- ❖ F4 : *“Euh... et ça permet de dissocier euh... la sexualité de ... entre le désir de sexualité réel et le désir de procréer un bébé.”*

D'autres femmes voient en cela une représentation de la transition vers l'âge adulte et de l'obtention de la liberté, tandis qu'une femme considère la contraception comme emblématique de la femme moderne.

- ❖ F4 : *"Et, je trouve que cette invention, ce truc, c'est... C'est génial. Parce que ... C'est une liberté de femme avant tout selon, moi."*
- ❖ F2 : *"On me donnait la pilule, à la limite j'étais presque contente. Parce que j'étais comme les grandes."*
- ❖ F5 : *"À un âge tardif... Mais disons que je suis devenue une femme moderne."*

Une femme décrit la contraception comme un marqueur de sexualité active qui n'a pas lieu d'être, en dehors du mariage, dans le système culturel dans lequel elle a grandi. Par la suite, une première prescription de contraception a symbolisé son émancipation

- ❖ F1 : *"Bah euh... Qu'en fait c'était, si vous en prenez, vous avez l'intention de passer à l'acte etc... Alors, il faut savoir que dans ma famille (...) une femme ne peut avoir, enfin ne devrait avoir, des relations sexuelles, qu'une fois mariée. Donc bien-sûr, je ne pouvais pas en parler. (...) J'ai passé l'âge, je suis plus une enfant, je vais me prendre en charge, et je vais la prendre moi-même."*

Plusieurs femmes ne se sentent pas concernées par la contraception. Une femme y voit un usage exclusivement réservé à celles qui n'ont aucun projet d'enfant. Une autre indique que sa trajectoire obstétricale est guidée par des croyances religieuses.

- ❖ F6 : *"Moi j'ai jamais essayé mais on m'avait déjà proposé quand j'étais plus jeune. Et j'ai dit "non, j'ai pas besoin de ça moi". (...) Parce que moi j'ai toujours voulu avoir des enfants avant."*
- ❖ F9 : *"Je me disais voilà, Dieu, il sait déjà pour moi ce qu'il a prévu. Donc, en fait, pourquoi je vais aller chercher à prendre un truc?"*

Des femmes dénoncent l'implication majoritairement féminine dans la gestion de la contraception.

Les méthodes contraceptives semblent également être perçues négativement par certaines femmes. Une femme considère la contraception, en général, comme contre-nature. Plusieurs femmes dénoncent le caractère non naturel des contraceptions hormonales. D'autres méthodes (implant, stérilet) sont perçues comme l'introduction d'un corps étranger dans le corps. Une femme évoque que l'utilisation prolongée de contraceptifs pourrait nuire à la fertilité.

- ❖ F7 : *"C'est pas normal non plus, parce qu'on te fait manger des hormones en fait. Ca t'envoie des hormones, clairement à ton cerveau. Et puis du coup, ton corps il agit en fonction de ça. C'est des hormones, comment on appelle ça ... Pas hormones de croissance, hormones de... je sais plus, j'ai plus le mot. De synthèse."*
- ❖ F4 : *"Oui, c'est comme un robot, il robotise l'humain."*
- ❖ F7 : *[A propos de l'implant et du stérilet], "Je n'ai pas confiance dans un corps étranger."*
- ❖ F3 : *"Ça empêche d'être enceinte, à force de trop en prendre."*

Diverses croyances semblent exister en fonction du moyen de contraception. Le préservatif semble apparaître, pour certaines, comme un moyen de contraception réservé aux relations peu sérieuses, non adapté aux relations stables et durables. Pour d'autres, il constitue uniquement un moyen de prévention des IST. Il peut également apparaître une méthode de contraception associée à la responsabilité masculine.

- ❖ F3 : *“Euh... préservatif, bah euh, j’ai pas eu des relations euh... J’ai eu des relations mais sérieuses avec des hommes.”*
- ❖ F7 : *“La première fois encore je suis d’accord, là d’accord. Mais après quand ça fait deux ans que t’es avec la personne, non. Normalement tu ne dois pas utiliser de préservatif. (...) Bah non, tu ne devrais pas. Au bout de deux ans, normalement il y a une certaine relation de confiance qui s’instaure.”*
- ❖ F7 : *“Enfin, je serais un homme, bien sûr que je vois ça comme un moyen de contraception. Ça veut dire que ... ça t’évite de te retrouver avec des gosses partout dans la France ou dans l’univers entier.”*

La pilule, de par son format médicamenteux, peut-être perçue négativement et rattachée à la maladie. Comme les autres méthodes hormonales, le caractère non naturel est souligné.

- ❖ F4 : *“Déjà prendre des médicaments moi, pffiu. (...) Et puis, c’est un médicament donc pour moi c’était repoussant. Tout ce qui est médicament, ça veut dire qu’on est malade. Donc euh...”*

Le stérilet hormonal ou en cuivre est associé à de multiples croyances négatives. Certaines le pensent contre-indiqué chez la nullipare, d’autres le pensent inefficace ou nuisant à la fertilité. Le stérilet hormonal peut faire craindre un dérèglement hormonal.

- ❖ F4 : *“Il m’a dit [son gynécologue] “Non, t’es trop jeune pour avoir un stérilet, il faut attendre que t’aies un enfant”.*
- ❖ F7 : *“J’ai trop entendu des trucs là-dessus. Euh... plein de trucs, plein de mauvais trucs. Je crois que ça peut te rendre stérile. (...) Et puis de toute façon les bébés ils peuvent passer quand même. (...) Et en plus ça dérègle l’intérieur, je ne sais pas trop.”*

L’implant subit les mêmes accusations.

- ❖ F7 : *“Pareil et ma belle-soeur elle est tombée enceinte avec l’implant.”*
- ❖ F10 : *“Mais ça, un gynécologue me disait que c’est compliqué pour les désirs de grossesse ensuite. Parce que on m’a expliqué que ça donnait une grande décharge d’hormones d’un coup. C’est censé durer 3 ans je crois.”*

La méthode du retrait est décrite comme acceptable, à condition d’être réalisée correctement.

- ❖ F7 : *“Soit t’arrêtes avant. Ça, il faut avoir confiance... Dans le gars. Qu’il se retire au bon moment.”*

Certaines femmes évoquent le mauvais vécu de l’aménorrhée engendrée par certains contraceptifs hormonaux.

- ❖ F10 : *“Et au final, j’avais plus de règles (sous Miréna). - E : Ça vous allait pas ? - F10 : Non. - E : Vous avez besoin de voir vos règles arriver? - F10 : Voilà. Même si elles me font chier.”*

➤ Expériences et vécus

La contraception est à l’origine d’émotions diverses. Trois femmes rapportent des émotions positives. Quatre femmes ont un vécu neutre. Trois femmes présentent de la colère en lien avec l’insuffisance de connaissance ou des prescriptions inadaptées qui ont été défavorables.

A propos du préservatif, une femme rapporte ne pas avoir utilisé cette méthode, encore peu connue à son époque. Une femme raconte avoir rencontré des refus de la part d'hommes qui estimaient que le préservatif diminuait le plaisir sexuel. Une autre femme partage ses difficultés à choisir la taille appropriée du préservatif et relate avoir eu plusieurs expériences de rupture de préservatif, ce qui l'a amenée à remettre en question sa fiabilité. Enfin, à propos du préservatif féminin, une femme le juge inesthétique et bruyant. Ces facteurs peuvent en limiter son utilisation.

- ❖ F5 : *“J'en connaissais l'existence mais je l'utilisais pas. Parce que le partenaire, il voulait pas. Soit disant, il avait pas de plaisir avec le préservatif.”*
- ❖ F10 : *“Et puis on pense, en tant que femme, quand on est une femme et qu'on doit acheter des capotes pour un homme... On ne sait pas quoi prendre. Bah non en fait, la capote elle est soit trop grande, soit trop petite. Dans les deux cas, ça ne va pas. (...) C'est bien mais combien que j'en ai eu qui ont pété ? (Rires). On dit "non ça pète pas". Bah, en fait, si.”*

La pilule est très souvent reliée à la problématique de l'observance.

- ❖ F4 : *“Puis alors, faut le prendre quand ? “Bah tous les jours, tous les matins tu le prends” (...) Je suis honteuse quand je dis ça, mais moi déjà je l'oubliais. Donc c'était très compliqué pour moi à mettre en place. (...) Et donc, en fait, j'ai même pas fini la plaquette, parce que je faisais tout et n'importe quoi...”*
- ❖ F8 : *“La pilule, j'ai pris mais c'était du n'importe quoi. Parce que forcément j'oubliais un jour sur deux, et tout.”*

A propos du stérilet, une femme rapporte qu'il s'agit du meilleur moyen de contraception selon elle, malgré une crainte d'expulsion. Elle décrit une préférence pour le dispositif intra-utérin au cuivre, du fait de l'aménorrhée induite par le stérilet hormonal. Une femme raconte que son conjoint était gêné par les fils du stérilet, lors des rapports sexuels.

- ❖ F10 : *“Pour moi c'est le plus... Le mieux. Même si j'avais peur que ça se déplace. J'avais peur, toujours un peu peur de ça quoi.”*
- ❖ F4 : *“Et monsieur trouvait qu'il touchait ... Oui, le stérilet, donc ça le gênait. Et donc, j'ai repris rendez-vous euh... enfin je suis retournée et j'ai dit faut l'enlever tout de suite, ça va pas.”*

L'implant semble apprécié pour l'absence de notion d'observance et pour l'aménorrhée induite, bien que cela suscite des préoccupations. Une femme évoque également la prise de poids.

- ❖ F4 : *“Et là du coup, elle a grossi encore plus. Énorme, énorme. Elle l'a gardé 3 ans, mais elle n'a pas renouvelé.”*

Plusieurs femmes n'ont jamais expérimenté de méthode contraceptive. Certaines par manque de connaissances ou d'intérêt, d'autres par convictions religieuses.

- ❖ F8 : *“- E : Et comment vous expliquez que vous n'ayez pas eu une contraception du coup ? - Parce que je m'en foutais un peu... Et puis, voilà, je ne connaissais pas plus que ça honnêtement, à XX ans.”*
- ❖ F9 : *“Non. Jamais, jamais. (...) Je me disais voilà, Dieu, il sait déjà pour moi ce qu'il a prévu.”*

Certaines femmes semblent ressentir de la colère lorsqu'est abordé le thème de la contraception. Une femme est en colère du fait l'absence d'information dont elle a bénéficié à l'adolescence, ce qui l'a conduite à des grossesses non programmées et plusieurs IVG. Une femme explique avoir eu une prescription imposée d'une pilule engendrant des risques thrombo-emboliques importants, dans le cadre d'un traitement contre l'acné, sans être informée des risques. Une autre femme rapporte l'abord de la contraception par un professionnel de santé, dans un contexte qui ne lui a pas paru adapté, dans le suites d'une interruption médicale de grossesse. Enfin, une femme décrit une pose d'implant en service de psychiatrie vécue de façon imposée, du fait de sa situation personnelle jugée inadaptée à une grossesse.

2.3.5. Les infections sexuellement transmissibles

➤ **Connaissances**

Les femmes identifient le préservatif comme un moyen de protection des IST. Plusieurs d'entre elles évoquent le préservatif masculin, mais aussi le préservatif féminin. Une femme mentionne la digue, moyen de protection lors des rapports sexuels par voie orale.

- ❖ F7 : *“En fait déjà, normalement quand tu as des relations sexuelles sans amour, à droite à gauche ... Je pense que la principale des choses c'est déjà la capote, contre les maladies.”*

Plusieurs soulignent l'importance du dépistage, réalisable auprès de leur médecin traitant ou au sein d'un centre de dépistage anonyme et gratuit. Certaines évoquent d'autres modes de contamination, comme la toxicomanie intraveineuse. D'autres connaissent le risque d'infertilité en lien avec certaines IST.

- ❖ F7 : *“Les infections sexuellement transmissibles de toute façon ... Bon à part, l'hépatite... Mais encore, les hépatites je les confonds. Et pourtant, je suis une ancienne tox, hein. C'est des trucs auxquels j'aurais dû faire attention.”*
- ❖ F6 : *“Ma mère, ma soeur... Ils m'ont même parlé que l'utérus tu peux avoir des infections qui peut détruire l'utérus, qui peut te rendre stérile.”*

➤ **Représentations**

Plusieurs femmes ne semblent pas se sentir concernées par les IST. Penser que ces infections n'affectent que celles qui ont de nombreux partenaires sexuels ou des partenaires inconnus semble être une croyance courante.

- ❖ F7 : *“Je pensais qu'en me tenant bien, en n'ayant pas beaucoup de garçons... (...) Enfin, quand t'es sérieuse, que tu fais attention à ce que tu fais avec les garçons et tout ça... Tu t'attends pas à ce que ça te tombe dessus.”*
- ❖ F10 : *“Quand on connaît la personne c'est bon.”*

Certaines femmes pensent également que les IST ne concernent que les personnes ayant des problèmes d'hygiène.

- ❖ F7 : *“Et puis, chez nous, c'est... en gros, il y a que les femmes sales qui attrapent les maladies.”*

Une femme considère les infections urinaires survenant après un rapport sexuel, comme des IST.

➤ **Expériences et vécus**

Une femme atteinte d'une IST exprime un sentiment d'injustice, car elle n'avait pas connaissance des moyens de se protéger. Une autre ressent de la colère et de la tristesse de ne pas s'être renseignée à ce sujet.

- ❖ F5 : *“J'ai vécu les expériences et j'ai appris par moi-même comment me protéger de toutes ces choses-là. Personne ne m'a expliqué comment me protéger pour ne pas tomber enceinte, comment me protéger pour ne pas avoir de maladie sexuelle. On ne m'a pas expliqué. Après, mon premier copain, c'était le copain qui m'a défloré. Donc je suis restée avec lui. La relation a duré longtemps. Il est parti à l'armée. (...) Donc, il m'a ramené des maladies. J'étais très jeune, je ne savais pas ce qu'il se passait. J'avais des verrues, de la blennorragie...”*
- ❖ F7 : *“En colère (...). Bah contre moi parce je ne me suis pas renseignée peut-être aussi. (En pleurs).”*

Une femme ayant eu des expériences sexuelles avec une femme rapporte l'utilisation systématique de préservatifs, notamment sur les sex-toy.

2.3.6. Les cancers féminins et les dépistages

➤ **Connaissances**

Les cancers gynécologiques sont abordés par les femmes essentiellement sous l'angle des dépistages.

A propos du cancer du sein

La palpation mammaire est évoquée par deux femmes qui disent la pratiquer régulièrement. Toutes deux en ont entendu parler par un professionnel de santé. L'une d'elles a même bénéficié d'une réelle éducation à la palpation par une sage-femme. L'autre rapporte avoir été sensibilisée par un personnage de série, atteinte d'un cancer du sein.

- ❖ *F4 : "Ah bah c'est la première découverte que j'ai eue (avec la sage-femme). Jusqu'alors ça a toujours été mon mari qui s'en est chargé (rires). Il adorait ça. Mais euh... en fait, elle m'a fait une véritable éducation de la palpation."*
- ❖ *F10 : "Une fois par mois ... un truc comme ça. On va peut-être dire, au final. Sous la douche. Parce que quand je me lave, instinctivement, je le fais. J'avais vu une série télé, à l'époque qui m'a fait flipper aussi. C'était Beverly Hills. La fameuse Brenda, à 16 ans, a un cancer du sein. Et elle le découvre en lisant un magazine, qui explique qu'on peut s'auto-palper. Elle a su comme ça. Et du coup je me suis dit "Oh"."*

Deux femmes parlent de la mammographie. L'une d'entre-elles participe au dépistage occasionnellement. L'autre y est sensibilisée du fait du cas de cancer du sein dans sa famille.

- ❖ *F4 : "Je faisais ces soins là. Alors peut-être pas tous les 2 ans, 3 ans. Mais je le faisais."*
- ❖ *F8 : "En plus, j'ai une grand-mère qui a eu un cancer du sein. Donc apparemment, moi je suis censée faire des mammographies."*

A propos du cancer du col de l'utérus

Plusieurs femmes évoquent le dépistage par frottis cervico-utérin, qui leur semble important. Certaines font le lien entre les HPV et le cancer du col de l'utérus. Cependant, les connaissances semblent fragiles. L'amalgame entre le dépistage des IST et le dépistage du cancer du col de l'utérus est évident.

- ❖ *F8 : "Le frottis, j'ai fait le test aussi avec le coton-tige là, pour les papillomavirus. (...) Je pense que si on a un symptôme de cancer d'utérus, c'est sûrement trop tard. Voilà, les dépistages sont quand même vachement importants du coup, parce que ça peut permettre de sauver la vie, quoi".*
- ❖ *F7 : [A propos des papillomavirus], "Un homme, il peut le garder 18 mois. Après, il le redonne à 40 gonzeuses... qui le garderont toute leur vie. Voilà, ça j'ai compris. Et je trouve ça hyper grave. Et 70% des femmes elles sont touchées de ce cas. C'est hyper grave."*
- ❖ *F8 : "Euh... frottis... Il me semble qu'il racle les parois de l'utérus, en gros un peu... Pour analyser un peu les cellules, voir si on a des cellules mortes, si il y a des traces d'infection. C'est ça ?"*

Certaines femmes évoquent la vaccination contre les HPV. Il semble y avoir un besoin d'améliorer l'information à ce sujet.

- ❖ *F10 : "Et c'est là que j'ai découvert qu'en fait le vaccin ne protégeait pas de tout. Parce que, du coup, j'ai eu un petit papillomavirus, qui n'est pas dans le vaccin. Et puis il s'est éliminé tout seul. Alors là, j'ai rien compris."*

➤ **Représentations**

Les cancers féminins semblent représenter une préoccupation pour certaines femmes, qu'elles relient avec le risque de mort.

- ❖ F7 : *“Cancer de l'utérus. Plus de gosses et mort rapide?” Une mort programmée, en fait.”*
- ❖ F10 : *“Et je me disais "ouah, elle a mon âge, elle a pu mourir d'un cancer.”*

Des croyances semblent exister à propos des papillomavirus. Une femme voit un lien entre les HPV à l'origine du cancer du col de l'utérus et l'infertilité. Une autre estime prévenir efficacement sa transmission en portant des sous-vêtements pendant les rapports. Il semble également que l'examen de dépistage soit perçu comme un geste douloureux.

- ❖ F7 : *“Cancer de l'utérus. Plus de gosses.”*
- ❖ F8 : *“Avec mon ex-copine, vu qu'elle avait eu des condylomes... Il y en a une de nous deux, souvent, qui avait une culotte pendant le rapport et tout. On essayait de faire attention.”*

➤ Expériences et vécus

Une femme considère la palpation mammaire comme douloureuse. Elle décrit également la mammographie comme douloureuse et difficile d'accès.

- ❖ F4 : *“Je lui ai dit “mais c'est hyper douloureux”. “Bah évidemment, j'suis pas votre chéri” qu'elle [la sage-femme] me dit.”*
- ❖ F4 : *“Parce que je trouve que c'est quand même euh... je sais pas, c'est tellement douloureux. Voilà, on nous prend, on a l'impression d'être des vaches à lait. On nous écrase le machin. C'est vraiment douloureux. (...) On pourrait aider les femmes à y aller plus souvent. Et euh... l'intelligence artificielle, j'espère qu'ils vont pouvoir nous trouver quelque chose. L'accès et moins douloureux quoi.”*

Une femme porteuse d'un HPV, avec lésions du col de l'utérus, décrit des émotions telles que la tristesse et la colère. Elle confie qu'elle fera vacciner sa fille contre les papillomavirus. Une femme raconte avoir été marquée par le décès d'une jeune fille de son entourage des suites d'un cancer du col de l'utérus.

2.3.7. La grossesse

➤ Connaissances

Les femmes s'expriment peu à propos de la physiopathologie de la grossesse et l'accouchement. Certaines ont quelques notions.

- ❖ F4 : *“Mais non, je connais pas suffisamment entre le cordon, le lien etc ... Je sais qu'il y a bon ... il est dans son liquide amniotique etc... La façon dont il se présente tout ça je connais. S'il se tourne, s'il se tourne pas, s'il arrive par les fesses... Les contractions à quoi elles servent euh voilà... Ca si, je connais un peu tout ça.”*
- ❖ F7 : *“Il y a le liquide amniotique qui entoure l'embryon. Et euh... par le cordon ombilical en fait, il y a un canal d'air et un canal d'alimentation. Et du coup, à la naissance il y a le canal pulmonaire qui s'ouvre.”*

A propos de l'allaitement, une femme évoque l'impact de l'état psychologique sur la lactation.

➤ Représentations

La majorité des femmes ont une représentation positive de la grossesse. Certaines la comparent à un cadeau, un privilège de porter la vie. Une femme décrit la grossesse comme valorisante. Une autre associe la grossesse à un mode de vie sain.

- ❖ F4 : *“Mais c'est vrai que c'est ... tellement des cadeaux de vie. (...) Puis monsieur, il ne sait pas encore. C'est nous d'abord. (...) J'ai trouvé ça ... C'est un partage énorme.”*
- ❖ F10 : *“Mais euh... déjà je me sentais belle, alors que je me sentais toujours moche avant.”*
- ❖ F7 : *“Le fait d'être saine... Vous voyez ce que je veux dire ? Avoir une vie saine...”*

➤ Expériences et vécus

Les émotions associées à la grossesse sont majoritairement positives. Les femmes décrivent un sentiment de bien-être et une fierté de porter la vie. Plusieurs décrivent les mouvements fœtaux comme un moment très agréable.

- ❖ F1 : *“Moi quand j’ai appris que j’étais enceinte, après ma petite mésaventure, ça a été un bonheur. Enfin !”*
- ❖ F4 : *“Bah j’étais... j’étais fière. (...) De porter un enfant, de ... d’avoir quelqu’un en moi à protéger. Puis alors quand il commence à bouger ... Aaah, mon dieuuuu ! Que c’est beau.”*
- ❖ F10 : *“Je trouve que ce sont les meilleures choses qui me sont arrivées dans ma vie. C’est là où je me suis sentie le mieux dans mon corps. Et ... je me suis jamais sentie aussi bien dans mon corps, dans mon cœur, que en étant enceinte. (...) Je sais pas, j’ai l’impression de me sentir moi, entière, comblée. Mais jusqu’à tous les points.”*

Certaines femmes décrivent cependant un vécu parfois difficile physiquement, ou psychologiquement.

- ❖ F1 : *“Une grossesse difficile, parce que... parce que fatiguée, parce que je vomissais tout le temps, tout le temps. J’ai vomi 9 mois. Pendant que j’accouchais je vomissais, et du sang. C’était une grossesse épouvantable !”*
- ❖ F2 : *“Et j’avais en plus un mari qui... qui ne supportait pas les femmes enceintes. C’était très moche pour lui. Mais pour lui c’était un calvaire. Et pour moi, je pense que ça m’a pas fait profiter de mes grossesses, comme j’aurais dû, je pense”*

A propos de l’accouchement, plusieurs femmes rapportent des émotions positives, malgré la douleur, rapidement oubliée. La rencontre physique avec l’enfant semble être une source de plaisir.

- ❖ F3 : *“Baaaah, du plaisir de prendre l’enfant et de le mettre sur son corps quoi. (...) ouais, oh bah la douleur bah... on oublie quoi.”*
- ❖ F5 : *“Mais... une fois que le bébé était dans les bras, on oublie. Du bonheur.”*
- ❖ F7 : *“Oh mais ils sent bon”. J’étais choquée en fait. Oh la la la la la la la.”*

Certaines confient des expériences plus difficiles. Des femmes relatent des accouchements vécus dans l’anxiété ou la peur du fait de leur jeune âge ou de l’absence de connaissances à ce sujet.

- ❖ F2 : *“La première naissance ça a été compliqué aussi parce que ... quand ils ont voulu me donner le bébé j’en ai pas voulu. Ca m’a fait peur. Y’a du sang, j’avais XX ans...”*
- ❖ F9 : *“C’est vrai que le côté déclenchement... Et moi ça je connaissais pas. Maintenant, de l’avoir vécu, je comprends. Mais à l’époque, quand on me disait “on va vous déclencher”, je comprenais pas ce que ça signifiait.(...) Et j’étais pas prête psychologiquement pour ça. Vraiment, j’étais en mode complètement paniquée et j’étais jeune.”*

Une femme se confie à propos de son accouchement prématuré suite à des violences conjugales.

- ❖ F7 : *“Et l’accouchement... C’était un peu horrible pour ma fille. J’ai accouché euh... Je me suis faite éclater, il est rentré bourré d’un repas avec ses collègues. Je me suis faite éclater sur mon canapé de 2 heures jusqu’à 4h30 du matin. (...) Et le matin quand je me suis levée : flatsh. À 7h30, 8h. La poche des eaux, le sang. Une marre de sang. J’ai accouché à 7 mois et une semaine.”*

Une autre femme raconte un accouchement vécu seule. Elle en garde un souvenir positif, malgré les conditions précaires.

- ❖ F9 : *“Maintenant, vraiment, pour avoir vécu une grossesse sans aide médicale, sans péridurale. J’ai rien senti, j’ai trop bien vécu mon accouchement et tout. Même si j’étais toute seule. Vraiment j’étais toute seule avec une de mes voisines. Mais j’en garde vraiment des bons souvenirs.”*

A propos du post-partum, les femmes rapportent majoritairement un vécu difficile et douloureux psychologiquement et physiquement. Une femme exprime avoir eu l’impression

d'être délaissée au profit de son enfant. Elle décrit une insuffisance d'encadrement et d'informations dans la période du post-partum.

- ❖ F5 : *"J'avais l'impression que je m'en occupais mal, j'arrêtais pas de pleurer, déprime totale."*
- ❖ F9 : *"C'était douloureux de dingue. J'avais archi mal parce que j'avais eu une épisiotomie de 13 points. J'en pouvais plus. J'avais mal : intérieur et extérieur. J'en pouvais plus, c'était horrible."*

L'allaitement peut être source de fierté.

- ❖ F7 : *"Mais devant ton mari, au contraire, tu es fière d'allaiter ton enfant. Limite, tu vois, c'est une belle image et tout. J'avais rêvé de ça toute ma vie."*

Les femmes recrutées pour cette étude ont pour la plupart un passé obstétrical difficile. Nombreuses sont celles qui rapportent avoir vécu des fausses couches. Une femme évoque une longue attente d'une grossesse, après avoir vécu une fausse couche. Une autre femme évoque avoir vécu une fausse couche dans un contexte de relation extra-conjugale. Elle a été contrainte de vivre cette douleur sous silence. Une autre femme raconte avoir vécu plusieurs fausses couches, suivi d'un échec de prise en charge en aide médicale à la procréation. Elle rapporte être inquiète et préoccupée car elle aspire grandement à la maternité. Toutes expriment un vécu difficile.

- ❖ F1 : *"Puis j'ai perdu ce petit bébé à 3 mois et demi. J'ai mis un an avant de tomber enceinte. Donc, 1 an c'était quand même euh... J'ai mal vécu cette période-là. Tous les mois... c'était compliqué. J'arrivais au boulot, j'étais déprimée."*
- ❖ F10 : *"J'ai eu 2 fausses couches, une fausse couche sous stérilet, une fausse couche spontanée. Une grossesse extra-utérine."*

Une femme confie son expérience d'une interruption médicale de grossesse du fait d'une malformation cardiaque foetale. Elle décrit un moment difficile, mais vécu pour le mieux du fait de l'accompagnement par la sage-femme.

- ❖ F7 : *"Alors que j'ai accouché d'un bébé qui pleurait pas. Euh... du coup, c'est horrible, hyper choquant. En fait je suis vraiment tombée sur ... je sais qu'elle s'appelait [Prénom]. Bref, je lui aurais envoyé des fleurs. Sans déconner, elle a transformé ce moment horrible en un truc magnifique. J'ai un très très bon souvenir de mon accouchement. Ça peut vous paraître hyper paradoxal. Mais vraiment. Elle a transformé ce moment atroce en un bon moment."*

Enfin, deux femmes relatent avoir fait un déni de grossesse. L'une décrit l'absence de soutien du père de l'enfant. L'autre décrit une grossesse difficile à accepter et une communication limitée avec le fœtus, source de culpabilité pour elle.

- ❖ F9 : *"Ils m'ont dit 'mais vous êtes enceinte'. (...) Je leur ai dit 'non, non, pas du tout, c'est juste pas possible'. Ils m'ont dit 'non mais si vous êtes enceinte'. (...) Donc, j'appelle le papa. Lui il était en mode 'non mais on s'est pas parlé depuis 2 mois, là c'est fini, ça y est nous deux, c'est fini (...) non mais je ne suis pas responsable de ça. T'es un peu dans ta pagaille, débrouille toi'. Et quand j'ai fait quelques jours après ... pour savoir où est-ce que j'en étais dans ma grossesse... Et bah... J'étais déjà arrivée 4 mois. Donc, en fait, j'avais fait un déni de grossesse."*
- ❖ F10 : *"Et là je j'accepte pas. Et, je m'en veux encore plus. Parce que j'accepte pas cette grossesse... J'accepte pas avoir ce bébé en moi. Et là, je rentre pas en communication avec mon bébé comme dans mes deux premières grossesses."*

2.3.8. La sexualité

Deux femmes évoquent l'organe du plaisir féminin, le clitoris. A l'inverse, une femme déplore son manque de connaissance dans ce domaine.

- ❖ F8 : *"Alors que moi j'ai appris il n'y a pas longtemps, je ne savais pas, j'ai appris il y a un an ou deux là, qu'en fait, au final, c'est le même organe : le clitoris il y a une partie interne et une externe. Je ne savais pas, ça fait un an, deux ans que j'ai appris ça. Je ne savais pas du tout. Parce qu'on parle beaucoup de vaginale ou clitoridienne."*

Certaines femmes décrivent la sexualité comme un besoin primaire. D'autres ne ressentent pas le besoin d'avoir une sexualité.

- ❖ F2 : *"Non, je suis une femme. J'ai aussi des besoins, comme toutes les femmes."*
- ❖ F7 : *"Parce que, qu'il y ait du sexe dans ma vie ou qu'il y en a pas, ça me touche pas trop."*

Une femme évoque l'importance de sa première relation sexuelle, qui semble représenter une transition marquante dans sa vie, un moment « sacré ».

- ❖ F1 : *"Il fallait que moi, ce soit en accord avec moi. Il fallait que ce soit accepté. Parce que c'était pas de retour en arrière, on redevient pas vierge après."*

La sexualité semble évoluer parfois au fil de la vie. Plusieurs femmes décrivent le début de leur vie sexuelle à un âge précoce, qu'elles qualifient parfois d'immature. Une femme associe le jeune âge à une sexualité active, variée et avec de multiples partenaires. Une femme souligne le manque d'espace disponible à la sexualité dans une vie d'une femme qui est à la fois mère et active professionnellement. Pour une autre femme, la sexualité n'a pas d'âge.

- ❖ F9 : *"Et je trouve que 15 ans c'est bien trop jeune. (...) Je trouve qu'on est trop immature. Après, il peut y avoir des conséquences, si on ne fait pas bien les choses."*
- ❖ F10 : *"Mais en fait, j'étais tellement dans le boulot, j'avais quasiment plus de rapport, en fait. Parce qu'on était dans un quotidien ... Il y avait le retour de couches, il y avait la rééducation... Enfin, en fait, c'était un tout ..."*
- ❖ F2 : *"Mais je ne sais pas si la sexualité, elle a un âge pour terminer. Je pense que non."*

Certaines femmes conçoivent la sexualité essentiellement au travers de l'amour. A l'inverse, d'autres femmes distinguent clairement les concepts de sexualité et d'amour.

- ❖ F4 : *"Le couple quoi, la sexualité réelle."*
- ❖ F5 : *"L'amour ce n'est pas que le sexe. L'amour, ouuuuh c'est grand..."*
- ❖ F8 : *"Ce n'est pas la même chose, la sexualité et l'amour."*

Plusieurs femmes décrivent des conditions nécessaires à une sexualité épanouie telles que le consentement, la confiance envers le partenaire ou encore le fait de se connaître soi-même et d'être bien dans son corps.

- ❖ F8 : *"Assez tôt mes parents, ils m'ont expliqué. Ils m'ont expliqué que, voilà, les hommes ils avaient pas à... à nous demander de nous déshabiller, que c'était indispensable de donner l'accord et tout ça."*
- ❖ F10 : *"Et je pensais pendant longtemps, ne pas être normale. Je me disais "je dois être frigide". C'est venu tard. C'est venu avec le père de mes deux derniers enfants. Là, j'ai commencé à m'assumer moi, telle que je suis. Parce qu'il me mettait quand même à l'aise. C'est pareil, justement, c'est comme plaire à quelqu'un, je crois qu'il faut se plaire à soi."*
- ❖ F9 : *"Avant, à l'époque, quand j'avais 15 ans, mes premiers rapports... Non c'est pas que j'ai pas kiffé, enfin j'ai pas kiffé... Oui j'ai pas kiffé, dans le sens où je me connaissais pas."*

Plusieurs femmes rapportent un vécu positif de la sexualité. Elle semble être reconnue comme faisant partie intégrante de la santé. Elle peut être synonyme de partage, de tendresse, de bien-être et de liberté.

- ❖ F1 : *"Parce que pour moi le plaisir, c'est le partage, c'est synonyme d'échange. C'est le plaisir, l'amour, la tendresse.(...) Je me sens plus libre de faire ce que je veux."*
- ❖ F4 : *"Un épanouissement ... moi je sais pas, je sais que ... quand je fais l'amour, je dors, je suis paisible quoi. Voilà, c'est ... je suis aux anges."*
- ❖ F5 : *"Les gens ne comprennent pas que la sexualité participe à la santé. (...) Je dis "attends, ne dis pas qu'un orgasme ne te fait pas du bien, ben si, ben alors ? Si ça te fait du bien et un bien qui ne fait pas de mal, alors c'est de la santé."*

La sexualité semble également être perçue sous un angle négatif. Elle peut être synonyme de prise de risques, comme les IST. Elle semble parfois être vécue dans la douleur.

- ❖ F1 : *“Alors ce que je sais, c’est que la première fois, ça a été douloureux, forcément. Parce qu’il y a eu l’hymen de déchiré donc euh... Défloration. Il y a eu saignement. Ça n’a pas été agréable tout de suite.”*
- ❖ F7 : *“E : Et votre premier rapport sexuel consenti, ça a pu être source de plaisir quand même? F7 : Non, non. Trop crispée... la douleur... la peur... C’est venu bien après.”*

Certaines femmes la perçoivent comme un devoir ou l’associent à quelque chose de sale ou d’opposé à la sagesse.

- ❖ F10 : *“Avec mon premier compagnon, le père de mon premier enfant. C’était pour moi un devoir conjugal en fait. C’était comme ça, quoi. Il fallait le faire.”*
- ❖ F7 : *“Je me disais “je reste propre pour le prochain” ; “E : C’était sale en fait d’avoir une vie sexuelle trop riche ? F7 : Ah oui, c’est sale pour moi oui.”*
- ❖ F5 : *“Quand mon fils m’a dit qu’à l’école ils ont appris comment mettre une capote sur un concombre... Ma mère a dit “c’est du n’importe quoi”. J’ai dit “pourquoi maman?”, “Mais comment, on peut demander aux enfants d’aujourd’hui d’être sages quand le prof il leur apprend ça ?”.*

Plusieurs femmes, victimes d’abus sexuels par le passé, associent la sexualité à des émotions négatives, à l’origine parfois d’un rejet de la sexualité.

- ❖ F3 : *“J’ai pas eu une enfance heureuse, donc ... du coup, euh... Il y a pas eu de ... C’était tabou... Tout ce qui est euh... sexualité ... Même au niveau des relations sexuelles euh... j’suis pas quelqu’un qui ... qui a envie d’en avoir quoi...”*

Plusieurs femmes s’expriment à propos de la masturbation. Plusieurs femmes la considèrent comme une possibilité, non réservée aux personnes célibataires. La plupart l’ont expérimentée à l’adolescence. Une femme y voit une fonction de canalisation hormonale.

- ❖ F4 : *“Oui, voilà, la masturbation euh... Clairement... Qui est importante hein, pour tout le monde je pense hein. Moi je travaillais qu’avec des mecs, y’en a pas un qui m’a pas dit que même en étant avec sa femme, euh... qu’il se masturbait pas. La masturbation, même dans un couple, elle existe. Et faut arrêter de s’imaginer que ça n’existe pas.”*
- ❖ F10 : *“Et maintenant, je me dis que heureusement que je faisais ça. Parce que, justement, avec ce bouleversement hormonal, j’aurais peut-être pu me jeter sur la première personne venue. Peut-être, je sais pas. En fait je pense que ça me canalisait.”*

D’autres femmes y voient moins d’intérêt qu’une sexualité partagée. Certaines ne se sentent pas à l’aise avec leur corps pour cela. Une femme se questionne quant à un impact négatif sur la santé.

- ❖ F1 : *“Je veux dire se caresser, oui, je sais le faire. Oui je l’ai pratiqué. Oui, je le pratique peu. Parce que pour moi le plaisir, c’est le partage. Donc c’est difficile.”*
- ❖ F7 : *“Ah non, non, c’est pas mon délire.”*
- ❖ F6 : *“Mais le fait de le faire toute seule, est-ce que ça peut pas provoquer des hautes tensions ? des stress ? De la fatigue, je sais pas ...”*

Des femmes évoquent la pornographie et critiquent l’image erronée de la sexualité qui y est véhiculée. Elles dénoncent également le fait qu’elle soit principalement conçue pour un public masculin. Une femme rapporte qu’il s’agit d’ailleurs souvent de la première exposition à la sexualité pour de nombreux hommes.

- ❖ F7 : *“Ca se passe pas du tout comme ça dans la vie. (...) Enfin les trois quarts des films porno c’est plus fait pour exciter les hommes que les femmes.”*
- ❖ F8 : *“C’est vrai qu’on ne connaît pas trop la sexualité quand on est une fille et qu’on est jeune. On ne connaît pas trop parce que les garçons, tout ce qu’ils voient, c’est des films de cul.”*

Enfin, plusieurs femmes rapportent avoir expérimenté d'autres formes de sexualité, en dehors du cadre conjugal classique.

- ❖ F5 : *"Et en dehors, j'ai eu des relations extra-conjugales, avec son accord."*
- ❖ F8 : *"J'ai déjà eu des expériences sexuelles à 3 personnes, à 4 personnes, mais ce n'était pas des gens avec qui j'étais en couple."*
- ❖ F10 : *"Quand j'ai eu le compagnon, le père de mes deux derniers enfants... C'était quelqu'un qui était assez... Un petit peu libertin, quoi. Et donc, il m'a initiée, en fait, aux plans à 3."*

Malgré tout, la majorité des femmes font état d'un tabou autour de la sexualité.

- ❖ F7 : *"Ah chez nous c'était 'tu n'en parles pas'. T'en rigoles, à la limite tu fais une ou deux vannes... Et encore, faut que ça soit mignon, pas sale, ni cru."*
- ❖ F5 : *"Les gens ne s'en rendent pas compte. C'est tabou. Ils croient que c'est tabou et ils croient que c'est une option. Non, ce n'est pas une option. Oui, la clim est une option pour une voiture. Ça, je comprends. Mais les pneus de la voiture, ce n'est pas une option. Parce que si les pneus, on les enlève, elle ne va pas circuler. La clim, c'est une option. Donc, c'est pareil. Pour moi, le sexe, c'est les roues."*

Certaines femmes notent tout de même une évolution sociétale en ce qui concerne la sexualité, caractérisée par une plus grande libération et une meilleure prise en compte du plaisir féminin. Une femme met en garde contre le risque d'hypersexualisation de la société.

- ❖ F8 : *"Et c'est pas évident parce qu'on passe en gros d'une période où on parlait pas du tout de sexualité, la sexualité c'était pour faire des enfants. On passe d'une période où la sexualité est complètement taboue, et même inexistante chez les femmes ... à une période où les femmes, limite, doivent être épilées, puis elles doivent sucer leur mec. Sinon c'est des... Sinon c'est des frigides quoi."*

Quel que soient les expériences et les vécus, une femme soulève l'importance de parler de sexualité entre femmes, pour se libérer à ce sujet.

- ❖ F7 : *"J'étais beaucoup à l'ancienne et... les femmes libérées, c'est tout mon opposé. C'est pas ce que je voudrais pas être mais en même temps elles m'apportent beaucoup. Les femmes qui se lâchent, comme je vous disais tout à l'heure. (...) Oui, le côté libéré et tout, ça crée un peu un équilibre avec mon côté trop coincé."*

2.4. Etre femme en détention

2.4.1. Impact sur la santé

2.4.1.1. Une occasion de soin

Pour certaines femmes, l'incarcération peut apparaître comme une occasion de soin. Cela permet aux femmes les plus éloignées du système de santé, à l'extérieur, d'avoir accès aux soins. Plusieurs décrivent qu'il s'agit d'un moment propice à prendre soin de soi.

- ❖ F8 : *"Parce que, vous voyez, un traitement ici on a que ça à faire, on peut suivre un traitement, on n'a pas toutes les contraintes de dehors, ni la tête ailleurs. On a des professionnels, si on a un problème."*

La détention permet alors de reprendre un suivi médical, de mettre à jour les dépistages et d'être sensibilisée à l'importance de la santé.

- ❖ F8 : *"Moi je suis arrivée ici, donc j'ai eu un dentiste. J'ai vu un médecin addictologue, donc j'ai eu mon traitement, avant de voir le généraliste. J'ai en profité pour faire tout pour la santé. J'ai fait des prises de sang pour tout ce qui est hépatite, sida, tout ça. J'ai refait mon vaccin pour l'hépatite B. Non franchement je trouve que c'est pas mal."*
- ❖ F7 : *"On ne devrait pas attendre que les gens soient en prison pour faire tout ça autour d'eux. De la prévention. Et puis un suivi, quoi... Un encadrement. De toute façon, moi maintenant... C'est fini de faire passer ma santé en dernier, c'est fini."*

Pour certaines, c'est l'occasion de se sevrer de divers toxiques. Une femme explique avoir arrêté de fumer. Une autre a arrêté l'héroïne, elle y voit un espoir de réinsertion sociale.

- ❖ F4 : *"Bah là, je sais pas ce qui s'est passé euh... J'ai eu un déclic de ... encore un ... comment on appelle ça, un détachement. (...) Bah de plus être contrainte, dépendante. On en a assez ici, des contraintes. Je sais pas, à un moment donné, j'ai tout arrêté. Le traitement antidépresseur, la cigarette ..."*
- ❖ F8 : *"Le fait d'être là, bah voilà, je me défonce plus."*

Une femme décrit le lien de confiance développé avec un professionnel de santé au sein de l'USMP. Une autre femme valorise le lien qu'elle a avec la psychologue qui l'accompagne au SMPR. Ces liens semblent importants pour le bien-être des femmes et favorisent l'adhésion au soin.

- ❖ F7 : *"Oui et c'était aussi le fait que vous étiez là... À l'arrivée. (...) Au moment du choc carcéral..."*
- ❖ F2 : *"La psychologue, c'est mon antidépresseur. Je veux me battre pour aller mieux, mais par contre j'ai besoin de ma psychologue. (...) Ça me fait découvrir des choses sur moi, sur ma façon d'être, que j'aurais pas vues autrement. Et ça m'a fait réfléchir. (...) J'y vais pour moi, j'y vais pour aller bien."*

En ce qui concerne l'accès aux soins, plusieurs femmes semblent satisfaites. Les délais pour obtenir un rendez-vous avec les médecins de l'USMP ne semblent pas excessifs. L'une d'entre elles mentionne même avoir eu accès à une consultation avec un spécialiste, ce qu'elle n'avait pas obtenu à l'extérieur.

- ❖ F1 : *"L'accessibilité ça y est, je trouve qu'on a plutôt une bonne relation avec les soignants, que les femmes quand elles vous sollicitent les rendez-vous sont pas trop longs, sincèrement par rapport à l'extérieur, ce que j'entends. Les délais sont franchement très raisonnables."*
- ❖ F2 : *"J'ai beaucoup de problèmes de santé. Mais avec un médecin qui règle euh... qui règle tout, qui est... J'ai beaucoup fait d'extractions, ici, médicales. J'ai même fait des extractions chez le rhumatologue, que j'avais pas trouvés à l'extérieur."*

2.4.1.2. Une dégradation de la santé

L'incarcération semble également avoir un impact négatif sur la santé, tant physique que mentale.

- ❖ F7 : *“Et en prison en plus bah... c'est pas fait pour rallonger ton espérance de vie, on va dire bien. Bien au contraire.”*

Plusieurs femmes parlent du « choc carcéral ». Ce terme fait référence à l'impact émotionnel, psychologique voire physique que peuvent ressentir les détenues lors de l'incarcération.

- ❖ F1 : *“Je sais dans quel état je suis arrivée, je sais dans quel état d'esprit j'étais. J'étais anéantie, complètement anéantie.”*
- ❖ F4 : *“Parce que moi c'est un choc total d'être ici hein.”*

Ce choc est en général relatif aux conditions de détention, notamment à l'isolement et au manque de repères.

- ❖ F4 : *“La première des choses euh... moi je connaissais pas la prison. Je ne savais même pas euh... Je m'étais jamais posé la question euh... Comment vivaient les prisonniers. Je n'avais pas idée dans ma vie d'avant. (...) Derrière les barreaux, avec toutes les questions que ça peut poser : et pourquoi, et comment, et qu'est-ce qui va se passer, et ... enfin voilà. C'est ... L'inconnu total. Moi qui ai navigué avec des horizons, bah... plus du tout. Je connais plus. Je suis au pied du mur. (...) Et encore, on n'est pas habillés ... Enfin au début, on n'a pas nos vêtements quand on arrive. (...) Jamais de ma vie ça n'aurait pu m'arriver. Et c'est ça qui est difficile ... Ouais, c'est ... compliqué, très compliqué. (...) Mais le choc carcéral, c'est vraiment, c'est ... une catastrophe. C'est une vraie catastrophe. Et ça, tout le monde s'en fout.”*

Sur le plan physique, plusieurs femmes décrivent une aménorrhée réactionnelle à l'incarcération, pouvant s'intégrer dans la notion de choc carcéral. Cela est source d'une importante préoccupation pour les femmes.

- ❖ F1 : *“Alors, une chose particulière : quand j'suis arrivée ici, alors ... on a beaucoup évoqué le choc carcéral, comme un terme général. Mais ça a des effets différents d'une femme à l'autre. Et moi il s'avère que d'un coup, j'ai plus eu de saignements. (...) Ça s'est stoppé net, et c'était pas la ménopause, enfin j'étais pas ni en pré-ménopause, ni en ménopause.”*
- ❖ F10 : *“La petite problématique, en fait ... que j'ai, c'est que depuis que je suis ici, je n'ai plus de règles. C'est le milieu carcéral qui fait ça ? Et est-ce que ça va être définitif ?”*

Une femme décrit également des troubles de mémoire suite à son incarcération.

- ❖ F1 : *“Enfin, j'étais incapable de lui dire quand il avait été posé (son stérilet). C'est pour dire, à quel point, la mémoire a ... a je sais pas... Je sais pas, j'étais incapable de dire, même l'année... Ça fait peut-être 3 ans, ça fait peut-être 5 ans, je sais plus.”*

Certaines critiquent la qualité de l'alimentation proposée, qui semble être peu variée, source d'inquiétude à propos de la santé. La possibilité d'acheter ses propres produits est limitée par les finances. D'autres rapportent une prise de poids qui pourrait être consécutive à l'anxiété ou l'ennui.

- ❖ F8 : *“C'est pas du tout varié. C'est pas dégueulasse, mais c'est pas varié du tout. Ça par contre, il n'y a pas beaucoup de légumes verts. C'est que des pâtes, du riz... En plus, souvent le riz n'est pas cuit. Pour la santé, c'est pas optimal du tout.”*
- ❖ F4 : *“On arrive ici, on arrête pas de bouffer.”*
- ❖ F1 : *“Euh... Je dis que ce poids ne m'appartient pas, je le perdrai. Quand je sortirai. Voilà. C'est un poids de choses accumulées, euh... que je n'accepte pas.”*

Sur le plan psychologique, les conditions de détention semblent fortement impacter la santé mentale. Une femme fait état de plusieurs cas de suicides au sein de la MAF ces dernières années. Une autre femme relate qu'elle ne peut exprimer librement sa tristesse, sous peine d'être mise sous surveillance renforcée.

- ❖ F1 : *“Dans cet univers où c’est compliqué de garder une certaine estime de soi.”*
- ❖ F5 : *“En tant que détenue je crois que la santé mentale c’est la plus atteinte, parmi les autres maladies que chacun peut avoir.”*
- ❖ F4 : *“Il faut plus montrer, parce que si on pleure ... Enfin, moi en tout cas, je pleure pas devant eux. Je suis obligée de cacher ça, pour... éviter d’être en surveillance.”*

Une femme décrit des comportements de surconsommation de drogues chez certaines détenues du fait d’un état de mal-être.

- ❖ F8 : *“Après, il y a beaucoup de filles qui se défoncent la gueule avec les cachetons. Mais ça, c’est parce qu’elles sont pas bien d’être en prison donc elles vont prendre des doses plus fortes que d’habitude.”*

Les contraintes de la détention peuvent également impacter la relation médecin-patient. Plusieurs femmes rapportent leur crainte d’être moins bien prises en charge du fait de leur statut de détenues. Une femme s’inquiète du respect du secret médical. Une autre femme évoque la présence de professionnels de l’administration pénitentiaire lors des rendez-vous à l’hôpital, elle craint que la présence de ces tierces personnes n’affecte la relation médecin-patient.

- ❖ F1 : *“La neurologue j’ai senti qu’il a fallu un peu montrer patte blanche avant d’être prise au sérieux. Je sais pas c’est peut-être inconscient mais... une image, une mauvaise image et donc pas de crédibilité.”*
- ❖ F10 : *“Et après, bah j’ai à côté de moi, en fait, une surveillante. Même si c’est une femme, parce que c’est obligé que ça soit une femme. (...) Il y a un paravent. Mais elle est quand même là dans la pièce, quoi. (...) Bref, c’est... C’est gênant, c’est comme ça. Je l’accepte. Mais euh... Je sais que moi, je me freine dans des questions. Donc peut-être dans des explications, à cause qu’il y ait quelqu’un en plus. Et je me dis, si moi, ça me freine un peu, est-ce que ça peut pas le faire aussi pour cette professionnelle ?”*

Bien que certaines femmes soient relativement satisfaites de l’accès aux soins, plusieurs femmes expriment leur insatisfaction à l’égard des soins dentaires. Il n’y a, en effet, pas de prothésiste dentaire à la prison. De plus, une autre femme regrette le soutien qu’elle recevait à l’extérieur pour sa santé mentale. Elle avait un suivi avec un psychologue et un sophrologue. En détention, elle n’est suivie que par un infirmier en psychiatrie. Elle trouve également que les rendez-vous sont trop espacés.

- ❖ F3 : *“Et là j’ai envie d’appuyer sur un truc. C’est au niveau de ma dent. Ça fait plus d’un an que j’attends que ... que le dentiste euh ... réagisse et j’ai toujours pas de nouvelles quoi. Pour me faire placer une dent.”*

Certaines femmes déplorent l’absence de possibilité de choisir leur professionnel de santé. Une femme explique que l’arsenal thérapeutique est limité en détention, certains médicaments dont les femmes bénéficient à l’extérieur ne sont pas accessibles en détention.

- ❖ F1 : *“On a pas de gynéco par exemple, c’est le médecin généraliste qui va vous faire un frottis, qui va vous faire voir si vous voulez un contraceptif euh... C’est à lui et vous n’avez pas d’autre choix, c’est à lui qui faut l’demander et à personne d’autre.”*

Une femme évoque la complexité du système de requête pour la prise de rendez-vous. Une autre femme dénonce le manque d’informations disponibles à propos des rendez-vous médicaux.

- ❖ F8 : *“Il faut qu’on demande tout, des requêtes et tout, il faut des requêtes pour tout.”*
- ❖ F4 : *“Enfin, déjà, on est “convoqué” chez le médecin, on sait pas pourquoi, mais on a une convocation. Donc c’est la surveillante qui dit “UCSA”... Et du coup, c’est comme si on allait chez le médecin, sans savoir ce qu’on allait nous faire et paf elle nous pique le bras ou ... Enfin voilà. (...) Et plus on est dans l’anticipation, la prévention, dans l’information etc ... Et tout coule derrière.”*

Les extractions médicales sont majoritairement mal vécues. Les femmes décrivent des conditions d'extraction humiliantes en lien avec le port d'entraves et la présence de personnel de l'administration pénitentiaire. Ces conditions apparaissent comme un obstacle aux soins. En effet, plusieurs femmes rapportent choisir de refuser les extractions, plutôt que de se soigner. Une femme dénonce également les longs délais d'attente pour bénéficier de soins à l'extérieur de la prison.

- ❖ F1 : *“Les extractions se font dans des conditions épouvantables. (...) C'est des entraves aux pieds et des menottes et vous êtes comme ça dans une salle. Vous attendez comme ça avec deux personnes. C'est... c'est pas possible. C'est invivable. (...) Vous pouvez pas marcher avec ces trucs là, vous nous prenez pour des esclaves. C'est pas possible. (...) Une qui était allée pour un examen gynéco au CHU : une patte comme ça et l'autre qui continuait à être entravée. (...) Moi je refuse beaucoup d'examens. J'ai beaucoup d'examens en attente, à cause de cette putain d'extraction. Excusez-moi le terme.”*
- ❖ F4 : *“Parce que moi, on m'oblige à avoir des entraves. C'est-à-dire euh... voilà, c'est aux pieds. En plus des menottes. (...) Avoir des entraves. Se promener dans un CHU publique avec des chaînes. Là pour le coup, on va nous prendre pour une “je-sais-pas-quoi”, une tortionnaire ou encore pire. Euh... Je préfère ne pas me soigner.”*

2.4.1.3. Accompagnement de la santé sexuelle et reproductive

Le suivi gynécologique

Les femmes expriment bénéficier d'un suivi adapté auprès des médecins de l'USMP. Une femme émet le souhait qu'une sage-femme soit présente dans l'équipe soignante. Pour plusieurs femmes, les dépistages du cancer du col de l'utérus et des IST ont été mis à jour. Une femme déplore que la mammographie ne puisse pas être faite directement à l'USMP. Elle nécessite en effet une extraction médicale, que certaines patientes refusent.

- ❖ F4 : *“Tout ce qui est mammographie, on peut pas le faire ici, donc je le fais pas. (...) Donc, est-ce qu'il n'est pas possible que le CHU de Nantes fournisse à la maison d'arrêt une mammographie ? Si ça peut pas se faire sur place, alors qu'on est dans une MAF, maison d'arrêt des femmes ... Si on a pas les essentiels, je ne sortirai pas.”*

Une femme présentant une aménorrhée depuis son arrivée en prison s'inquiète de sa fertilité. Elle redoute qu'en raison du contexte carcéral inadéquat pour envisager une grossesse, il n'y ait pas de prise en charge proposée à ce sujet.

- ❖ F10 : *“Et euh... Je sais pas ce que va être la suite. Est-ce qu'on va me proposer le traitement ? Et je me dis en même temps, je suis en prison, j'ai pas besoin de... Je me dis, si je prends un traitement, ça me sert à quoi ici ? Parce que je peux pas faire un enfant ici.”*

L'hygiène menstruelle

L'administration pénitentiaire fournit gratuitement, chaque mois, des protections hygiéniques de type serviettes. Les patientes les jugent cependant de mauvaise qualité et inconfortables. Une association fournit également, depuis quelque temps, des protections hygiéniques. Ce projet avait été porté par les Pluri'Elles. Chaque femme a le droit à deux paquets de protection de son choix - serviettes ou tampons - de qualité supérieure. Toutes les femmes ne semblent pas au courant de cette possibilité et il semblerait que l'information ne soit pas suffisamment relayée par l'administration pénitentiaire. Enfin, il existe la possibilité d'acheter, de cantiner des serviettes hygiéniques.

- ❖ F5 : *“Parce que on nous donne en arrivant un paquet de serviettes, qui sont de mauvaise qualité, qui ne collent pas et qui se mettent de côté. Quand on se réveille, bah... on est sale, le lit est sale. Il faut en parler pour qu'on nous change les serviettes, parce que ce qu'ils nous donnent c'est vraiment la cata quoi. La serviette, elle se colle entre les jambes, elle se met de côté. Les règles coulent à côté dans la culotte. Bah... Autant ne rien mettre”*
- ❖ F4 : *“Mais euh... avec les Pluri'Elles, on avait fait un travail pour avoir la gratuité des euh... des protections féminines. Et du coup, là, on peut avoir deux paquets gratuits par femme. Des serviettes n'importe quelle taille ou des tampons. Il suffit qu'elles demandent. On a un bon exprès. Et du coup, c'est gratuit. (...) On avait fait venir une association justement.”*
- ❖ F8 : *[A propos des protections distribuées par l'association], “Moi, c'est les filles qui me l'ont dit, on me l'a pas proposé. Je crois que ça a été mis en place par une association de femmes détenues.”*

La vie affective et sexuelle

Plusieurs femmes font état de l'absence de vie sexuelle au sein de la prison. Certaines mentionnent l'absence de désir ou de plaisir. D'autres évoquent le manque d'occasion. D'autres encore se l'interdisent, comme une punition supplémentaire.

- ❖ F1 : *“Ah bah la sexualité je vous ai dit, il n'y en a pas. C'est en stand-by... (...) D'abord j'en éprouvais pas le plaisir ici, et d'autre part je n'en avais pas l'occasion non plus.”*
- ❖ F9 : *“Non, pas d'envie. Franchement non, pas d'envie. Je me dis, je vais me montrer que ... incarcération et c'est tout.”*

Certaines femmes relatent une vie sexuelle active en détention. Certaines y voient un besoin physiologique et une source de bien-être.

- ❖ F2 : *“- E : Avez-vous une sexualité en détention ? - F2 : Oui, ouais... Bah oui hein. Je suis pas... Ils m'ont pas mise au couvent.”*
- ❖ F4 : *“C'est juste, parce que je pense qu'il y a des gens, ils ont besoin de ça pour redescendre. En fait, c'est un peu leur équilibre, dans leur tête. (...) Donc voilà. Peut-être qu'on remplacerait plus faire l'amour, que de la drogue, que ... je trouve que ce serait plus naturel.”*

Il peut s'agir de relations avec des personnes de l'extérieur, lors d'un parloir - bien que cela soit interdit - ou au sein d'une UVF. Ces dernières permettent de partager des moments intimes avec un proche. Une femme critique cependant la faible capacité d'accueil et la nécessité de ressources financières pour y accéder.

- ❖ F2 : *“Mais euh, j'en ai déjà parlé, parce que la première année, effectivement, j'étais un peu choquée par des filles ... De ce qu'elles pouvaient me dire, qu'au parloir, elles allaient euh... tininin... faire des trucs avec un garçon ...”*
- ❖ F4 : *“Mais les UVF, y'a 4 logements pour 800 personnes. Et tout le monde ne peut pas aller dans un UVF. Parce qu'il faut que le détenu, il soit riche pour pouvoir cantiner. Et si il n'a pas de quoi cantiner pour recevoir, et bah y'a pas d'UVF.”*

D'autres femmes ont recours à la masturbation. La promiscuité avec les autres détenues, en particulier lors du partage de cellule, peut toutefois limiter cette possibilité.

- ❖ F5 : *“Même si on essaie de se masturber. Comment on pourrait faire ? On est à deux en cellule. Et se masturber, c'est... c'est un peu, on va dire intime, puisqu'on se touche nous-mêmes. Donc je ne veux pas quand même me mettre à me masturber devant ma codétenue.”*
- ❖ F10 : *“Elle prenait des traitements pour dormir. Donc bah... c'était simple. (...) Donc ... Je pouvais être tranquille des fois la nuit, quoi. Ca m'arrivait, je faisais ça en silence. J'essayais de pas faire de bruit, je voyais que non c'est bon, elle ne se réveillait pas.”*

Plusieurs femmes dénoncent que rien n'est prévu pour la sexualité. Cela semble apparaître comme une privation du droit à la sexualité. Certaines émettent l'idée de proposer des sex-toys ou de mettre en place une pièce aménagée.

- ❖ F4 : *"Je me suis interrogée en m'disant "mais qu'est-ce qu'on fait ? En France, au monde, au 21ème siècle, qu'est-ce qu'on fait, pour les gens qui ont besoin? Quand-est-ce qu'on avance là-dessus ? Quand ? (...) A quel moment, ils nous rendent cette intimité ? Quand ? Quand, quand, quand ...?"*
- ❖ F1 : *"Quelques unes, une petite minorité, ont émis le souhait qu'on demande à la direction qu'elles puissent cantiner des instruments, des objets, des sex-toys"*
- ❖ F4 : *"Mais pour les femmes, ici, je pense que ce serait bien d'avoir une pièce qui soit aménagée."*

Quoi qu'il en soit, le tabou autour de la sexualité semble d'autant plus présent en détention. Afin de s'en affranchir, les femmes émettent le souhait d'en discuter, ensemble.

- ❖ F1 : *"Et ... quelque part, moi je le sens, mais même en discutant avec les femmes, je sens qu'il y a un tabou qu'il n'y avait pas à l'extérieur curieusement, autour de la question féminine. Pourquoi ...? Je... Bah on est toutes de culture différente, d'éducation différente, de niveau social différent, d'instruction différente, c'est vrai. Mais une grosse majorité, ça reste quelque chose de ... ben euh... tabou ouais, tabou. On l'a évoqué, de faire un atelier santé sur la sexualité. (...) On a jamais pu faire un atelier là-dessus parce que c'est... quelque part c'est ... c'est gênant. Non, mais c'est vrai qu'il faudrait oser. Il faut qu'on ose. Il faut qu'on ose euh... provoquer ça."*
- ❖ F4 : *"Mais j'ai dit "Mais ! Mais c'est ça ! Mais c'est ça qu'il faut aborder comme sujet." C'est ça. Il faut absolument que les femmes puissent avoir une sexualité."*

Concernant les relations affectives ou amoureuses, plusieurs femmes rapportent une rupture amoureuse au moment de l'entrée en détention. Cette rupture peut être en lien avec l'éloignement, l'incertitude à propos l'avenir, un besoin d'autonomie pour faire face au procès. Il peut également s'agir d'un mécanisme de protection. Une femme évoque l'inégalité dans le couple en cas de relation avec quelqu'un vivant en dehors de la prison.

- ❖ F1 : *"Parce qu'il s'avère que quand je suis arrivée ici aussi... là c'était perturbant, je ne savais pas combien de temps ça allait durer ... J'avais une telle inconnue, l'inconnue était tellement importante que j'ai rompu avec l'ami avec qui j'étais. En arrivant ici, je lui ai dit "Je ne veux pas t'embarquer là-dedans, j'ai un combat à mener, je n'ai pas besoin de ça"."*
- ❖ F1 : *"Je veux dire en termes de séduction et de... on n'est pas sur un plan d'égalité. T'es dehors et je suis à l'intérieur. Je l'envisage pas. J'ai besoin qu'on soit sur la même échelle, sur la même longueur d'onde, sur le même truc."*

Les relations affectives entre femmes semblent plus fréquentes. Elles s'inscrivent parfois dans le cadre d'un besoin de tendresse et ne concernent pas uniquement les femmes homosexuelles. Une femme dénonce le fait que ces relations ne soient parfois pas acceptées, voire réprimées. Elle mentionne des comportements inappropriés de la part du personnel pénitentiaire envers des femmes qui avaient manifesté leur affection.

- ❖ F4 : *"Oui bah ok, elles sont trouvées. Pourtant, elles étaient hétéros à l'extérieur. Et bah, ici, elles se retrouvent, parce qu'ici on a besoin d'amour. Ca, ça s'entend. Il faut qu'ils l'entendent. Et ce besoin d'amour, ces petites jeunes là, qui ont 20-30 ans... Et bah des fois elles trouvent ce côté tactile, et bah chez une autre femme. Donc à un moment donné, bah y'a une relation qui est naissante."*
- ❖ F1 : *"J'ai vu 2 jeunes femmes que je connais, voilà se ... se faire des bisous, se caresser en promenade et tout. Elles avaient des réflexions ou des fouilles en rentrant. (...) Enfin voilà, elles étaient fouillées à nu. Enfin vraiment, avec ce désir de brimer ou d'humilier. Et ça c'est inadmissible. (...) Ok, que vous l'ignoriez, que vous ... très bien, que vous l'acceptiez pas et que vous ne le favorisiez pas, très bien. Mais n'humiliez pas, ne cassez pas. Ca par contre, ça peut me générer de la colère, vraiment."*

2.4.2. Vie de femme en détention

Plusieurs femmes décrivent la détention comme un aparté au cours de leur vie. Elles s'empêchent de créer du lien entre cette vie derrière les barreaux et leur vie à l'extérieur.

- ❖ F1 : *“Par nécessité, pour pas me faire du mal aussi, pour me protéger. Je cloisonne. Beaucoup de choses sont en stand-by, en attendant... l'après.”*

2.4.2.1. Statut de détenu

Plusieurs femmes s'expriment à propos de leur statut de détenue, cette étiquette qui leur est associée. Elles estiment ce statut dégradant. Une femme évoque le terme fort de « sous-citoyen ». Plusieurs craignent d'être stigmatisées et de voir leur crédibilité diminuée en raison de ce statut.

- ❖ F1 : *“Que, parce qu'on est en détention, on est pas ... on est des sous-citoyens en quelque sorte.”*
- ❖ F4 : *“Parce que je suis qu'une détenue hein.”*
- ❖ F10 : *“Parce que ... J'arrive, je vois un médecin. Du coup, je suis menottée, hein. Là, on en vient à l'estime de soi, c'est ... Je me dis dans ma tête, est-ce que la personne me juge? Est-ce qu'elle essaie peut-être de savoir ce que j'ai fait ?”*

Par ailleurs, les restrictions imposées par l'administration pénitentiaire semblent avoir un impact négatif sur l'apparence physique des détenues à l'origine d'une dégradation de l'image qu'elles perçoivent d'elles-mêmes. Une femme mentionne notamment l'interdiction du port de talon. Une autre souligne les choix limités en matière de produits de beauté sur les listes de cantine. Elle exprime son mécontentement quant à l'interruption du service d'esthétique depuis l'épidémie de la Covid-19. L'absence de miroir en pied est également rapportée.

- ❖ F1 : *“Alors, on a pas le droit aux talons. Moi j'suis une accroc du talon. Ça a été mais... je crois qu'ils m'ont enlevé... le jour où ils m'ont enlevé mes escarpins, ils m'ont enlevé 60% de l'estime de moi. J'étais déjà au bout du rouleau en arrivant et on me prend en plus mes talons. J'étais au bout de ma vie, au bout de ma vie ...”*

Certaines rapportent ne pas coller avec l'image que l'on se fait d'une personne détenue.

- ❖ F2 : *“De toute façon, on m'voit on me dit : “Qu'est-ce que tu fous là toi?”. J'ai pas le profil de la détenue. C'est comme ça, hein.”*

Une femme s'inquiète quant à son avenir professionnel. Elle craint que l'étiquette de détenue la poursuive.

- ❖ F10 : *“Je trouve que c'est déjà compliqué, en fait.... d'être [métier] et d'être détenue. Parce que je me dis que ... possiblement je pourrais plus l'être et c'est ... ma vocation. J'ai peur qu'on... Que je ne me l'autorise pas. (...) Et même, des fois, on doit donner son bulletin 3, le relevé du casier judiciaire. J'aurais peur encore de ce jugement.”*

2.4.2.2. Lieu de vie

Les femmes s'expriment à propos de leur vie en cellule. Les expériences divergent. En effet, certaines sont seules et d'autres partagent leur cellule. Des femmes vivant seules en cellule rapportent apprécier la solitude et s'être construites un environnement dans lequel elles se sentent bien. Partager leur cellule leur serait compliqué. Elles critiquent tout de même l'espace limité dans lequel elles vivent.

- ❖ F2 : *“La détention par elle-même, dans la cellule, y'a pas de souci. Mais j'ai dit “ne me ramenez personne”. Parce que ça va pas le faire, je suis hyper maniaque, ils vont pas vivre avec moi.”*
- ❖ F4 : *“Parfois, je vous avoue, que ... Bah ouais, moi je me trouve des fois en paix. Complètement sereine. Je me trouve parfois bien. (...) Bah ouais... C'est chez moi, en fait. Depuis 4 ans, c'est chez moi. J'ai plein de fleurs à ma fenêtre. Je fais des passerelles pour qu'ils viennent les oiseaux. Je leur donne à manger, je leur achète leur cake.”*
- ❖ F4 : *“J'ai besoin de temps en temps, d'ajuster mes yeux et d'aller chercher une longueur plus importante que ma cellule. Donc des fois, je reste dans la cour et j'essaie de regarder au travers de la fenêtre qui est à plus de 20 mètres, mais du coup ... ça fait du bien.”*

Une femme indique qu'elle apprécie partager sa cellule et ressent le besoin de socialiser. Elle souligne cependant que lorsque plus de deux personnes partagent la même cellule, la situation devient difficile. Elle met en avant l'importance d'entretenir une relation apaisée avec sa codétenue, pour le bien-être de chacune.

- ❖ F8 : *“Seule, c'est bien, t'es tranquille, mais j'ai besoin d'avoir un contact social. Et donc je trouve ça bien. Deux c'est bien, trois il n'y a pas beaucoup de place, quoi.”*
- ❖ F8 : *“Parce que la prison ça peut être un univers stressant déjà d'emblée. Donc en plus, en cellule, si ça se passe pas bien, ou que t'es obligé de prendre sur toi, ça peut vite être stressant.”*

Certaines femmes critiquent les conditions d'organisation de la vie en détention. Une femme exprime de la colère de ne pas pouvoir cohabiter avec une détenue qu'elle apprécie. Leurs statuts divergents de « prévenue » et de « condamnée » les en empêchent. Une autre femme rapporte avoir changé de cellule sans en être avisée auparavant, brisant l'univers qu'elle s'était construit. Enfin, une femme dénonce l'évolution des conditions de détention suite à l'évolution croissante de l'effectif de femmes au sein de la maison d'arrêt.

- ❖ F5 : *“Avant, il n'y avait pas de femmes qui dormaient par terre dans les cellules. On n'était pas nombreuses.”*

Une femme dénonce les conditions de promenade, notamment la taille de la cour de promenade.

- F4 : *“Le mot “promenade”, ici. Jamais je suis sortie en promenade, moi. J'ai dit “votre bocal là? on dirait des poissons rouges qui tournent dans un bocal en fer. Enfin franchement, n'appellez pas ça une promenade. Dites que c'est l'heure de la cour ou je sais pas quoi moi mais ... c'est pas une promenade”.*

L'environnement carcéral est décrit comme hostile. Plusieurs femmes rapportent un milieu bruyant. L'enfermement physique et la privation de liberté semblent particulièrement mal vécus. Certaines rapportent la présence de personnes malveillantes. L'omniprésence de la drogue semble être difficile pour certaines, source de conflits en lien avec le trafic et de mise en danger sur le lieu de travail. Le manque de nature est également rapporté.

- ❖ F3 : *“J'suis triste d'être en prison. (...) Bah... Bah c'est dur quoi. Tout ... Y'a du bruit, y'a ... des gens qui sont pas biens ... Euh ... Ouais ... Y'a tout quoi. On est pas libres euh... On est pas libres. Bah voilà quoi...”*
- ❖ F6 : *“Et le fait que... c'est les gens qui t'enferment la porte et te l'ouvrent. Ça me met pas bien.”*

2.4.2.3. Relations avec les détenues

Plusieurs femmes rapportent une solidarité entre elles dans cette épreuve. L'une d'elles décrit une relation de confiance avec ses codétenues.

- ❖ F1 : *“Le “vivre ensemble” est le mot clé qui est sorti à ce moment-là.”*
- ❖ F8 : *“On sait qu'on va pas se faire voler des trucs, on a un peu la même manière de vivre, on a les mêmes codes d'hygiène, donc je suis super contente.”*

Malgré le climat plutôt bienveillant, il existe tout de même parfois des différends. Par ailleurs, des femmes se confient à propos de la difficulté de côtoyer certaines détenues. Parfois, la nature de l'infraction pour laquelle certaines femmes ont été incarcérées peut raviver des événements passés. D'autres fois, la proximité avec la douleur constante d'autres détenues s'avère difficile à supporter pour certaines.

- ❖ F7 : *“Et là je suis obligée de vivre avec des cas qui te rappellent, qui te ramènent à ces souvenirs-là, tous les jours. Et du coup, réussir à... à... Tu peux pas en faire abstraction. Tu ne peux pas faire comme si de rien n'était. Tu peux prendre sur toi, te contrôler pour y arriver. Je suis hyper fière de moi, hyper fière de moi.”*
- ❖ F10 : *“Et j'ai même eu une co-détenue qui a fait deux tentatives de suicide en trois jours. Et euh... Moi je m'en suis voulu de ne pas avoir vu certains signes avant-coureurs... Je m'en suis voulu... (...) En fait, ça me bouffait. Ça m'a bouffée. Je l'écoutais.”*

Enfin, une femme fait état de différences socio-culturelles au sein de la prison. Elle ressent de l'isolement et parfois même une forme de stigmatisation, ce qui rend son quotidien difficile. Ces différences se manifestent à travers le langage employé, les comportements, ou encore les apparences physiques.

- ❖ F2 : *“Alors, je ne comprends rien à ce qu'ils disent ici. (...) Alors, pas toutes hein. Il y en a quelques-unes. Mais une majorité quand même, je ne comprends rien. Combien de fois j'ai été obligée de demander aux surveillantes “Ca veut dire quoi ça ?””*

2.4.2.4. Relations avec le personnel pénitentiaire

Pour certaines femmes, les relations avec le personnel pénitentiaire sont positives. Elles y trouvent un soutien. Une femme partage qu'elle éprouve de l'attention de leur part, ce qu'elle n'avait pas expérimenté depuis le début de sa vie. Cela lui procure un sentiment de réconfort.

- ❖ F2 : *“Donc oui, effectivement, moi les surveillantes je m'entends bien avec elles. Et heureusement que je les ai eues. Parce qu'au départ, c'est elles qui venaient discuter avec moi.”*
- ❖ F7 : *“Mais euh... par exemple, j'ai vécu un peu une enfance que j'ai pas eue. (...) En fait, oui, le sentiment qu'on s'occupe de toi... Parce que déjà, la meuf qui se régale d'avoir des gens qui lui portent de l'attention, avec une gamelle. Steuplait, c'est grave”*
- ❖ F9 : *“Franchement, que ce soit au niveau détenu, au niveau surveillante pénitentiaire et tout ça. J'ai vraiment aucun problème avec personne. (...) Donc ouais, c'est un bon appui. Des fois, c'est pas grand chose mais...”*

Pour d'autres, la relation est décrite de façon beaucoup plus sombre. Plusieurs femmes font état d'humiliations et de violences verbales. Jugements de valeurs et abus d'autorité sont rapportés à plusieurs reprises. Certaines déplorent le manque de considération et d'informations de la part des surveillantes.

- ❖ F1: *“A mon niveau, maintenant, avec l’ancienneté, j’arrive à ... avec la personnalité des surveillantes, à faire en sorte de ne pas vivre d’humiliation. De toute façon, elles n’ont pas le droit. Mais il n’empêche qu’en pratique, ça se fait, bien sûr. Si elles peuvent nuire, certaines le font bien volontiers.”*
- ❖ F4: *“Euh... du coup elle prend l’ascendant, parce que, oui, elle a autorité dans son métier. Mais elle n’a pas autorité... J’ai dit “vous n’avez pas autorité de jugement de valeur et vous n’avez pas l’autorité de vous moquer des gens”. L’injustice, dans une maison de justice, je trouve ça ...”*
- ❖ F4: *“Bah euh, un exemple : elles vous ferment la porte et elles oublient de venir vous l’ouvrir. Moi je travaille, donc moi ça décale tout. Il faut que mon travail il soit fait correctement. J’ai une amplitude horaire, voilà.”*
- ❖ F8: *“Et tu demandes aux gardiennes, tu sens que tu les fais chier, quoi. (...) Mais quand en plus tu ne sais pas comment ça marche, elles te regardent, tu les regardes, tu les fais chier, tu le sens, quoi.”*

2.4.2.5. Vécu positif

Pour une minorité de femmes, l’incarcération est vécue plutôt positivement.

- ❖ F7: *“Carrément moi je l’ai dit, hein. J’aurais pas eu de gosses, pas de mecs, pas de chats, pas de chien... Nanani, nanana ... Non, franchement je me serais rendue y’a 10 piges. Je te jure !”*
- ❖ F9: *“Enfin, ça fait X mois que je suis en incarcérée, mais ça va. Je me dis, en gros, je suis bien à la prison. Enfin vraiment ici, on me mettrait genre avec mes enfants, tout le temps. C’est bon moi, c’est bon les gars.”*

Pour ces femmes, la réalité du milieu carcéral apparaît moins difficile que leurs expériences passées. Certaines évoquent un environnement sain et sécuritaire, parfois même de liberté. Le passé de ces femmes a pu être marqué de violences conjugales ou de vie en conditions de guerre.

- ❖ F9: *“En ce moment, vraiment, je suis bien. Pour moi, c’est quand même l’incarcération... je trouve que c’est pas un truc genre je le vis mal. Je le vis pas mal en réalité. Parce que depuis des années, je sais ce que c’est d’être privée de liberté. Pour moi ... l’environnement, il est sain, il est sécuritaire. C’est ça qui est important, la sécurité. Vraiment c’est ça qui est important. Et puis ça ne peut pas être pire que ce que j’ai déjà vécu.”*

Pour plusieurs femmes, le temps de l’incarcération apparaît également comme « un temps pour soi ». Il peut s’agir d’un temps précieux d’introspection. Cela permet de se recentrer sur soi-même et d’appréhender l’après.

- ❖ F4: *“Du temps pour soi qu’on s’offre pas. Et là, je rattrape du temps pour moi et ... et je fais mon introspection.”*
- ❖ F2: *“Parce que ici, je regarde et je m’intéresse à beaucoup plus de choses. J’avais pas le temps à l’extérieur. Je cultive en fait ici.”*

Les femmes témoignent de la possibilité de se sentir valorisées en détention. Elles peuvent se réaliser par le biais du travail, distrayant et parfois salvateur. Il peut aussi s’agir de participer à des activités. Une femme précise qu’il est tout de même compliqué de cumuler travail et activités de loisir.

- ❖ F2: *“Moi j’ai dit : si vous m’enlevez mon travail bah... pendez-moi dans ma cellule ça ira plus vite. Après en détention, j’essaye d’avoir une vie à peu près comme à l’extérieur. Je travaille, je fais des activités quand je peux y participer, des choses comme ça. Je passe plus de temps à l’extérieur de ma cellule. A part les nuits, et les week-ends.”*
- ❖ F6: *“Parce que quand tu es au travail, tu oublies un peu. Tu oublies un peu que tu es en prison, et quand le travail est fini, tu retournes en cellule, tu repenses.”*

Certaines femmes expliquent faire également partie du collectif des Pluri’Elles. Elles semblent fières de se battre pour l’amélioration des conditions de vie en détention. Elles évoquent plusieurs avancées depuis leur création : l’amélioration de l’accès au gymnase

pour les femmes, la contribution à la mise en place d'un atelier santé avec Médecins du Monde et la création du statut de codétenue de soutien. Ce dernier constitue aussi une forme de valorisation. Il consiste à partager sa cellule avec une femme en détresse, afin de l'épauler.

2.4.2.6. Vécu négatif

Pour une majorité, les émotions prédominant au sujet de la détention sont négatives. Beaucoup évoquent un vécu difficile de la privation de liberté, de l'absence de projection possible et de l'ennui. Certaines utilisent le terme de « survie ».

- ❖ F4 : *"Mais euh... là on est dans le noir. En fait, on est vraiment euh... c'est les ténèbres quoi. (...) J'ai pris, au fur et à mesure, un rythme de vie, pour survivre hein."*
- ❖ F7 : *"C'est galère parce que ... comme je disais, ça détruit ta vie."*
- ❖ F5 : *"Je trouve que pour les détenus... c'est flou. S'ils savent pas, ils ne peuvent pas se projeter à l'avenir, de savoir combien de temps il reste."*
- ❖ F6 : *"Parce que, la vie ici je vais raconter quoi ? Je vais dire : je vais au travail, je vais en cellule, je vais en promenade, c'est tout. J'ai pas trop grand chose à raconter, hein."*

La souffrance semble également liée à l'éloignement des proches, au manque de tendresse et d'humanité dans leur quotidien.

- ❖ F2 : *"C'est la tendresse qui me manque ici. La tendresse... ça manque."*
- ❖ F4 : *[A propos de ce qui est le plus difficile pour elle en prison] "C'est euh... d'être ici et d'être séparée de sa famille et de sa liberté. Même de mon chat, de mes chiens ..."*
- ❖ F9 : *[A propos de son enfant], "Ça a été une séparation longue et douloureuse. Et du coup, quand je l'ai revu au bout de six mois et que je l'ai vu deux heures. Ouais, retourner en cellule, là ça a été vraiment un cap archi difficile pour moi à surmonter... Vraiment, j'ai cru que je n'allais pas réussir. J'étais tellement en pleurs, j'avais plus de souffle, j'avais plus rien."*

L'atteinte de l'intimité est très souvent rapportée. Les fouilles à nu sont très souvent mal vécues, parfois à l'origine de reviviscence d'agressions sexuelles passées. Une femme rapporte également être surveillée à travers l'oeilleton dans sa cellule. Elle rapporte également être privée de son intimité psychologique. Elle n'ose plus pleurer en cellule, de peur d'être vue et placée sous surveillance.

- ❖ F4 : *"Le plus difficile, ici, à vivre... Ce qui peut rejoindre un peu la santé psychologique d'ailleurs. C'est les fouilles de mise à nu. (...) On rentre dans un intime et ça... ça je peux pas. Bah, c'est la mise à nu. Les organes génitaux, le regard. Et... ça a rebloqué. Enfin, en fait, ça a fait resurgir... Ce qui m'était arrivé, à plusieurs reprises d'ailleurs. Avec des situations différentes, enfin des personnes différentes."*

Les femmes dénoncent également le manque d'information qui leur est délivrée. Cela s'ajoute aux difficultés de vie dans un environnement déjà hostile. Le défaut d'information concerne notamment celle concernant leurs droits en détention, les activités proposées, la disponibilité des protections menstruelles, le motif de la convocation en consultation médicale.

Au-delà des conditions de détention, l'histoire judiciaire semble impacter le quotidien de la majorité des détenues. Plusieurs n'acceptent pas ce qu'elles ont fait. Elles évoquent regretter le mal fait à leurs proches. Certaines décrivent un sentiment de honte, de perte de dignité. En parallèle, le procès peut être source de colère et de frustration.

- ❖ F4 : *“Parce qu’on éclate une famille. (...) C’est la famille, les enfants, les petits-enfants qui grandissent derrière. (...) Y’a une certaine honte, une dignité... Y’a tout ça.”*
- ❖ F5 : *“Donc encore plus des raisons que mes enfants ils aient honte de leur maman. Ils m’en veulent du fait que je suis là. Ils me répondent pas au courrier, j’ai pas de nouvelles.”*
- ❖ F1 : *“Parfois je suis révoltée, et je suis en colère, vraiment. Cette colère, je ne sais pas quoi en faire. Parce qu’ici, je ne peux rien en faire.”*

Certaines femmes remettent en question le rôle de la détention. Certaines y voient une punition, mais une absence de correction. Elles décrivent une désinsertion progressive de la société. D’autres estiment mériter cette punition.

- ❖ F5 : *“La détention... est une punition parce qu’on a fait des erreurs. (...) Mais elle ne sera en aucun cas corrective. C’est pas parce qu’on m’a mise ici pendant une période, enfermée derrière des barreaux, que moi quand je sors j’arrête l’alcool.”*
- ❖ F2 : *“Donc la détention voilà, je la mérite.”*
- ❖ F9 : *“Mais bon, je me dis, je paye maintenant ma décision. (...) Donc du coup, euh voilà... je savais que ça allait se passer comme ça. J’encaisse le truc.”*

2.5. Rapport à soi et au monde environnant

2.5.1. Estime de soi

Les femmes dressent une riche définition de l'estime de soi. Elle est décrite comme faisant partie de la santé. Elle semble correspondre à la façon dont on se perçoit. Elle implique le fait d'être en accord avec soi, d'avoir confiance en soi, d'être fière de soi, d'être satisfaite de ce que l'on entreprend, de s'assumer, de se respecter, de s'aimer, de se connaître, de reconnaître ses capacités et de reconnaître ce qui nous met en valeur. Elle peut être rythmée par les émotions éprouvées à propos de soi-même et être fluctuante dans le temps. L'estime de soi apparaît importante tant sur le plan personnel que pour les relations avec les autres.

- ❖ F5 : *"Bah avoir une bonne estimation de soi ... ça fait partie de la santé. Et ... moi, je trouve que c'est important pour la santé d'avoir une bonne estime de soi."*
- ❖ F8 : *"Euh bah... C'est se respecter, c'est la base. C'est se respecter en tant qu'être humain. Parce que quand on n'a pas d'estime de soi, quand on se respecte pas, ça a forcément des conséquences aussi sur nos relations avec les autres."*
- ❖ F9 : *"Si, être satisfaite de ce qu'on entreprend, de ce qu'on fait, de ce qu'on est. De ce qu'on est."*
- ❖ F10 : *"S'aimer soi-même. Avoir confiance en soi. S'apprécier soi-même."*

La majorité des femmes rapportent avoir une mauvaise estime d'elles-même. Les autres femmes ont une estime d'elle-même fluctuante et fragile.

- ❖ F3 : *"Euh... J'm'aime pas quoi."*

L'analyse des différents discours à propos de l'estime de soi permet de dégager plusieurs éléments semblant favorables à l'estime de soi. Plusieurs femmes font état de leur force et de leur combativité. Les femmes des Pluri'Elles, militantes pour les droits des femmes incarcérées, représentent un modèle de combativité.

- ❖ F1 : *"J'avais jamais eu euh... autant conscience d'avoir d'abord... une force (émotion dans la voix), et d'avoir de la volonté avant cette épreuve là."*
- ❖ F5 : *"Quand on est en détention, il faut se dire qu'il y a de la souffrance et il faut aussi avoir de la résistance. Si la résistance n'y est pas, c'est fini."*
- ❖ F9 : *"En fait, je me rends compte de tout ce que j'ai vécu et je me dis "bah ouais, mais t'as tenu le choc, t'as tenu le choc".*

Plusieurs femmes rapportent l'importance d'avoir un rôle et de se sentir utile, que ce soit par l'engagement envers autrui, par le biais de leur travail, ou à travers l'amour et l'attention qu'elles portent à leurs proches.

- ❖ F8 : *"On a tous besoin d'avoir un rôle ou de se sentir utile. C'est pour ça que c'est bien d'avoir un rôle dans la vie, parce que au moins on sait pourquoi on se lève et on est motivé pour ça. (...) J'essaye de trouver un but pour pour que quand je sors... d'avoir un projet. J'espère que je pourrai avoir un logement aussi parce que c'est important pour un boulot. Mais euh... mais mon estime de moi est en train de remonter un peu."*

Plusieurs femmes expliquent que le fait de travailler sur elles-même et d'apprendre à se connaître permet d'améliorer l'estime de soi.

- ❖ F1 : *"Mais, faut dire que moi j'ai suivi un cheminement aussi... J'ai fait beaucoup de développement personnel. J'ai passé un module de communication non violente."*
- ❖ F5 : *"Et, grâce à ces séances de sophrologie, que j'ai réussi à garder ... j'ai réussi à me faire un travail sur moi pour pouvoir tenir."*

Plusieurs femmes semblent capables d'identifier quelque chose de positif en elles et d'en être fières.

- ❖ F7 : *"Il y a ce côté un peu autodérision, que j'aime beaucoup chez moi. Il y a mon côté humour, mon côté attentionné pour les autres. J'aime bien ce côté-là de moi, même si je sais que c'est ce qui me nuit. Il y a un niveau où je m'aime bien quand même. Je veux dire, j'ai ce niveau là. Où je m'aime bien un minimum, où je suis quand même fière de moi sur beaucoup de points. Parce que, bah voilà ... Par rapport à ce que j'ai vécu, j'aurais pu être bien pire."*

D'autres éléments discours permettent d'identifier des facteurs impactant négativement l'estime de soi. Plusieurs femmes font le constat d'avoir perdu pied alors que leur situation ne leur permettait plus d'être à l'écoute d'elles-mêmes. Elles rapportent avoir beaucoup donné aux autres, jusqu'à oublier leur propre personne.

- ❖ F2 : *"Alors je vais peut-être faire plus égoïstement, un jour où je sortirai... Parce que j'ai compris qu'enfin, un jour je sortirai. Même si c'est très difficile de le dire. Voilà y'a pas que les autres. Et moi ça a toujours été que les autres."*

Plusieurs femmes rapportent un vécu de solitude. Cela a pu leur faire perdre le contrôle.

- ❖ F4 : *"En fait, je me suis sentie perdue. Enfin, c'est la rétrospective que je me suis faite depuis que je suis ici. Euh... Je n'avais plus, comment dire euh... J'épaule, j'épaule, j'épaule tout le monde. Et quand moi j'ai besoin d'être épaulée, j'ai plus personne."*
- ❖ F2 : *"Euh... entre les médicaments et l'alcool, j'suis tombée dans l'coma. J'ai fait à peu près une semaine de coma. Et quand j'suis r'venue à moi, je me suis dis : mon dieu personne ne veut de moi, je suis encore là."*

Des événements de vie, souvent en lien avec le motif d'incarcération, impactent également de façon forte l'estime des femmes détenues.

- ❖ F2 : *"J'me dis qu'après ce que j'ai fait, je peux pas avoir de l'estime. (...) Parce que moi je ne l'accepte pas ce que j'ai fait. Pour moi, c'est, c'est, c'est très difficile. Ce qui est difficile c'est : comment on fait pour vivre avec le geste que j'ai fait ?(...) Je me dis : mon boulet je l'ai jusqu'à la fin de ma vie, je vais le traîner, ça va être horrible. Mais après, je sais qu'il faut continuer à vivre."*
- ❖ F8 : *"Moi j'ai fait plein de trucs dans ma vie où j'étais pas très fière de moi, quoi. Quand je me défonce la gueule et que je n'arrive pas à arrêter, que je fais des trucs qui sont pas intéressants... J'ai aucune même estime pour moi, quoi."*

Une autre femme fait état d'une baisse d'estime d'elle-même suite à son procès.

- ❖ F7 : *"J'ai pas été entendue, j'ai pas été entendue. On m'a pas crue, on m'a pas crue. Je trouve ça hyper grave. Et mais, pour l'estime de soi, c'est hyper important. Parce qu'en fait du coup, personne te croit comme ça."*

Certaines femmes rapportent l'impact sur leur estime d'elles-mêmes d'éléments en lien direct avec la santé féminine. Une femme rapporte qu'elle avait une meilleure estime d'elle-même lorsqu'elle était enceinte. Une autre femme présentant une aménorrhée voit son estime d'elle-même abaissée par cela.

2.5.2. Image de soi

L'image de soi semble être étroitement reliée à l'estime de soi. L'image que les femmes ont d'elles est majoritairement mauvaise.

Plusieurs femmes évoquent leur apparence physique.

- ❖ F3 : *“Ca, l'image de soi euh... Bah j'me trouve moche. J'ai une dent en moins ... Je ... J'sais pas, j'me trouve pas belle.”*
- ❖ F7 : *“Et j'ai été dévisagée. (...) Je suis abîmée... Mon dieu, ce que je suis abîmée.”*
- ❖ F8 : *“Je me regarde pas trop. (...) Mais j'avoue que voilà, j'aime pas aller dans les magasins, parce que j'aime pas essayer les fringues, je me trouve trop grosse.”*
- ❖ F10 : *“Je suis complexée physiquement depuis ... toute ma vie. Euh... manque de confiance en moi. (...) Que je suis grosse, que je suis moche.”*

Beaucoup expriment prendre soin de leur apparence. Il s'agit de se plaire à soi-même ou aux autres, mais également d'éviter les moqueries.

- ❖ F1 : *“Parce que c'est me respecter et respecter l'autre que de lui donner une image correcte de moi (...) Donc ça fait partie des petites choses qui permettent de rester digne et de garder une estime de soi.”*
- ❖ F7 : *“Mais la réinsertion d'une femme ou d'un homme, encore plus d'une femme j'ai envie de dire... Ça passe un minimum par l'esthétique.”*

Les standards de beauté véhiculés par la société peuvent contribuer au développement d'une mauvaise image de soi-même.

- ❖ F10 : *“Que je suis grosse, que je suis molle. Je sais pas ... Je rentre pas dans ... les standards. C'est la société d'aujourd'hui aussi, hein.”*
- ❖ F8 : *“J'étais très complexée de mes seins, de la forme de mes seins. Et c'est vrai qu'on voit que les filles dans les magazines, ou dans les films porno. Et les seins, il y en a comme les sexes féminins, quoi : il y en a pour toutes les femmes, toutes les couleurs.”*

L'apparence semble refléter la santé, tant physique que mentale.

- ❖ F7 : *“Alors c'est pas la prison qui m'a abîmé les dents. Bien sûr que non. Il y a eu la drogue, il y a eu les coups, il y a eu la malnutrition quand j'étais petite. (...) Il y a des trucs où je me suis abîmée toute seule.”*
- ❖ F9 : *[A propos d'un passé d'anorexie], “En fait, si je vois dans mon corps que ça va, je me dis que dans ma tête ça va.”*

L'image qui est renvoyée aux femmes par les personnes qui les entourent est parfois positive. Une femme rapporte l'image de « force » qui lui est attribuée au sein de la prison.

- ❖ F1 : *“J'ai entendu plein de fois “t'es forte”. Mais y'a pleins de fois où je leur dis : mais vous savez même pas à quel point c'est pas vrai. Quand je suis dans ma cellule une fois enfermée, les larmes sous la douche, je l'ai vécu tellement de fois. Mais c'est vrai que je donne une image plutôt ... Je la donne et ... ça me coûte. Ça me coûte parfois beaucoup. Mais il n'empêche que je la donne, c'est celle que j'arbore.”*

Plusieurs femmes se confient à propos de l'image négative d'elles-même qui leur est renvoyée, notamment par leur entourage. Il s'agit d'une forme de violence psychologique. Ces dépréciations semblent avoir un impact durable sur l'image que les femmes ont d'elles-même. Une femme rapporte avoir envisagé de modifier son apparence par chirurgie esthétique.

- ❖ F2 : *“J'ai... j'ai vécu XX ans avec quelqu'un qui m'a dit “t'es moche, t'es grosse, t'es laide, t'es pas sexy, t'es pas féminine” Euh... voilà. Donc voilà.”*
- ❖ F10 : *“C'est des choses qu'on m'a renvoyées, aussi. Dans ma jeunesse. (...) Ma grand-mère. (...) Et puis après, des autres personnes, quoi. Des élèves, des camarades. (...) Pendant six ans j'étais avec quelqu'un qui... Rien n'allait pour lui. Jusqu'à aller voir un chirurgien esthétique, pour envisager une opération des seins. (...) Plus pour lui que pour moi. Je le faisais pour moi, pour lui. Mais pas pour moi vraiment.”*

La violence physique peut également contribuer à affecter l'image de soi. Une femme déplore son apparence physique, marquée par les violences conjugales.

- ❖ F7 : *“Par contre quand un jour t'es comme ça et que le lendemain, après le passage de quelqu'un, t'es plus pareil, c'est super dur à accepter. Et du coup tu t'aimes plus pareil. (...) Je me trouvais pas trop mal, en fait. A une certaine époque. Et j'ai été dévisagée. Physiquement, j'ai pris cher. (Silence). Mon nez cassé, mon crâne fracturé.”*

2.5.3. Féminité

Les femmes déclarent exprimer leur féminité par leur apparence. Pour certaines femmes, les menstruations ou la grossesse sont également perçues comme des éléments qui renforcent leur sentiment de féminité.

- ❖ F1 : *“A l'extérieur j'étais euh voilà... une femme coquette, qui faisait attention à elle, qui s'habillait. J'essaye de maintenir, à moindre échelle hein, mais j'essaye de maintenir ça ici en tous cas.”*
- ❖ F2 : *“Même si j'suis très coquette et que j'essaye de faire euh tout (...) Alors pas là en semaine mais, le week-end je suis maquillée, je suis toujours ...”*
- ❖ F7 : *“Je prends soin de moi. Voilà, mes cheveux sentent toujours bons. J'ai toujours des belles boucles d'oreilles, des beaux bijoux, du petit vernis à ongles. “*

Selon certains stéréotypes, des femmes considèrent que certains aspects de leur existence, tels que l'alcoolisme ou la vie dans la rue, sont perçus comme des éléments allant à l'encontre de leur propre féminité. Une femme partage également son expérience d'avoir ressenti une diminution de sa féminité dans le regard de son conjoint lors de son allaitement.

- ❖ F7 : *“Pour le papa... j'étais devenue une vache à lait. Il me regardait plus. Une perte de féminité. Vache à lait.”*

Enfin, une femme raconte avoir été privée de sa féminité, par son conjoint dont elle était sous emprise.

- ❖ F10 : *“Enfin, pendant longtemps j'étais féminine... Après, avec cette personne qui disait que, de toute façon, j'étais moche et qu'il fallait que je me refasse... Dès que je me faisais jolie pour me plaire à moi-même, euh... il pensait tout de suite que j'allais vouloir aller draguer quelqu'un à l'extérieur ou je sais pas quoi. Donc en fait, après je pouvais plus.”*

2.5.4. Parentalité

Devenir parent semble représenter une étape significative dans la vie, nécessitant une réflexion préalable. La stabilité de la situation de vie et l'équilibre dans le couple sont jugés essentiels à cette transition. Une femme aborde une perspective écologique en relation avec cette question.

- ❖ F7 : *“En fait quand t'as un enfant... du coup après tu respirez plus. Tu respirez plus pareil.”*
- ❖ F5 : *“Je me demande parfois, si je pouvais faire marche arrière, est-ce que j'en ferais des enfants ... ou pas ?”*
- ❖ F8 : *“Mais égoïstement, j'aurais bien voulu avoir un enfant. Après, je n'ai pas du tout la situation stable pour. J'ai des problèmes à régler dans ma vie. (...) Mais voilà, je n'ai pas d'argent. Je vais lui offrir quoi ? Je ne peux pas l'emmener à l'école. Je ne peux pas. Je n'ai même pas d'appartement pour moi.”*

La parentalité semble offrir la possibilité de transmettre des connaissances et des valeurs aux enfants, tout en trouvant une valorisation personnelle dans l'éducation dispensée et la fierté ressentie envers les enfants. De plus, elle semble être perçue comme une occasion de laisser une empreinte significative de son existence sur terre.

- ❖ F7 : *“Parce qu’attention, je l’emmenais à la plage deux fois par semaine, petites balades, les animaux et tout... Pour ma fille, c’était la découverte. Elle était tout le temps avec moi. Découverte de la cuisine, découverte du ménage, découverte des cailloux.”*
- ❖ F9 : *“Mais voilà, c’est ma fierté, c’est mes enfants.”*
- ❖ F5 : *“Mais ... je crois que c’est une satisfaction spirituelle. J’ai des enfants, j’ai construit quelque chose mais c’est pas un objet, c’est un être humain. Voilà, je laisse de la vie derrière moi. On dit qu’un parent ne meurt jamais, puisqu’il laisse la vie derrière lui. (...) Aussi, l’estime de soi à l’enfant. Parce que ... je m’occupe bien de mon enfant, je suis fière de moi.”*

Devenir parent semble également impliquer des préoccupations, l’oubli de ses propres besoins au risque de se négliger, ainsi que des moments difficiles lors de séparations avec l’enfant. Cela demande de trouver un équilibre de vie. Une femme déplore le manque de reconnaissance de ses enfants, malgré ce qu’elle a donné pour eux.

- ❖ F5 : *“La crainte : qu’est-ce que je vais lui offrir? Ou la crainte : je suis un mauvais parent, je ne suis pas une bonne maman.”*
- ❖ F7 : *“Bah, l’inquiétude. Parce qu’en fait quand tu fais un enfant, tu sais très bien qu’il va y avoir du bon et du mauvais. Mais je ne voulais pas l’admettre que j’avais des angoisses. “Moi stressée? Jamais de la vie”. Au final j’étais comme ça : je ne mangeais plus, je dormais plus, j’avais peur.”*
- ❖ F2 : *“J’avais envie d’être une jeune maman. Mais j’avais pas envie d’être une jeune mamie. (...) Bah, j’ai pensé que je voulais que mes enfants profitent de leur vie. Euh... moi j’ai pu rien faire en fait.”*

Malgré tout, le lien entre une mère et son enfant semble être spécial et puissant dès le début de la grossesse. Certaines craignent que cet attachement soit affecté par l’éloignement engendré par la détention.

- ❖ F4 : *“Parce qu’on a un amour particulier, pour l’enfant, dans le ventre. Euh... Tous les matins, on le porte tous les jours, il est avec nous tout le temps. Donc déjà, il grandit avec nous, H24. C’est extraordinaire. Dans nos respirations, dans nos émotions, dans ce qu’on écoute, dans ce qu’on mange, dans tout.”*
- ❖ F7 : *[A propos de l’éloignement de son enfant du fait de l’incarcération] “Je sais que c’est fait, quoi. C’est un traumatisme vécu. On ne pourra pas le retirer, plus tard ça va ressortir.”*

Dès leur plus jeune âge, certaines femmes semblent naturellement attirées par le monde de la maternité. Plusieurs évoquent la notion « d’instinct maternel ».

- ❖ F4 : *“Un bébé, euh... Bah déjà, c’était ce que je voulais quand j’étais petite, avoir des bébés.”*
- ❖ F10 : *“Mais même, depuis toute petite quand je jouais, je jouais à mettre un coussin sur mon ventre. Ça a toujours été depuis toute petite. (...) J’avais ce truc là en tête. J’ai jamais envisagé ma vie sans enfant.”*
- ❖ F8 : *“Mais on a tous ce truc en nous. Je ne veux pas dire qu’on est faite pour des enfants, mais je pense qu’on a ce truc, on est capables d’être maternelle. (...) Mais je pense qu’on est toutes capables d’avoir cet instinct de protection qui s’exprime d’une façon ou d’une autre.”*

Enfin, le moment de devenir parent semble renvoyer, pour certaines femmes, à leur relation avec leur propre mère.

- ❖ F4 : *“Je sais aussi pourquoi. Parce que ma mère n'a jamais été ... déjà elle m'a pas désirée. Elle me voulait pas du tout. Mais, elle me l'a dit... reproché ... (...) - E : Mais vous y voyez un lien ? - F4 : Ah bah moi, oui. Entre ma mère qui me désirait pas et moi, être désireuse d'amour, d'enfant...”*
- ❖ F5 : *“Quand j'ai eu mes enfants, j'ai compris ce que ma mère n'a pas fait pour moi. J'ai toujours aimé ma maman. J'ai toujours cru qu'elle a fait ce qu'elle pouvait pour moi... Que c'était une bonne maman, que c'était une maman aimante... Et ça m'a fait des effets inverses. Quand j'ai eu mes enfants, je me suis rendu compte de ce que ma mère n'a pas fait pour moi.”*

2.5.5. La famille

Une femme perçoit son environnement familial d'enfance comme une source de soutien et décrit un lien de confiance, tandis que plusieurs autres partagent leurs expériences difficiles au sein de leur famille.

- ❖ F9 : *“Voilà, moi j'ai eu quand même ma famille de mon côté, ma mère, mes frères.”*
- ❖ F1 : *“Papa était assez difficile avec moi. Il me poussait à être la meilleure, fallait ramener les meilleures notes, fallait être la première de la classe etc... Donc oui, par la force des choses, papa m'avait mis de grosses pressions sur mes épaules.”*
- ❖ F2 : *“Mon papa qui buvait et qui était violent. Ce qui n'empêche pas que... j'admire mon papa. C'est des fois, ce qu'on... me reproche de dire mais... J'étais la petite dernière et la seule fille et ... et avec un papa poule.”*
- ❖ F7 : *“On a vécu des choses qui étaient pas forcément belles quand on était petites.”*

Une autre femme regrette de ne pas avoir réussi à maintenir le schéma familial traditionnel.

- ❖ F5 : *“J'ai essayé d'être la maman, l'épouse parfaite, machin machin... Un bout d'une famille je l'ai. Parce que mes enfants, personne ne pourra les enlever. Quoi qu'il se passe, quoi qu'il arrive. Mais bon, seulement une partie de famille, parce qu'il n'y a plus le papa.”*

Quoi qu'il en soit, l'influence du passé familial semble façonner l'évolution personnelle de chacune.

2.5.6. Les hommes

Plusieurs femmes dénoncent une inégalité persistante en homme et femme au travers de leurs expériences personnelles.

- ❖ F5 : *“Chez nous, l'homme avait le droit d'aller voir ailleurs.”*
- ❖ F7 : *“Parce que quand t'es qu'avec des garçons, t'entends parler des autres filles. Euh... t'as pas envie hein, clairement, d'en faire partie.”*

Certaines femmes rapportent avoir une relation particulière par rapport aux hommes, en général.

- ❖ F2 : *“Moi je m'en rends compte aussi : c'est que quand je perds un homme, chez moi, qui m'est proche, c'est très difficile. Pourquoi ? Je sais pas? Et j'ai toujours vrillé quand j'ai ... quand j'ai perdu un homme dans ma vie. Systématiquement. Je perds les pédales.”*
- ❖ F9 : *“Moi j'ai toujours eu un rapport homme-femme un peu chelou. En mode je mets des distances, des grosses barrières et tout ça.”*

Plusieurs femmes rapportent des situations de violence impliquant des hommes au cours de leur existence. En revanche, une femme partage son expérience avec un homme engagé dans la défense des droits des femmes.

Malgré l'évolution de la société, la femme semble parfois encore définie en fonction de ses relations ou interactions avec les hommes. Cette réalité se reflète dans les discours des femmes interrogées.

2.5.7. Amour et l'amitié

Les interactions amicales ou amoureuses semblent avoir toute leur importance dans le parcours de vie des femmes. Plusieurs témoignent à propos de l'amitié.

- ❖ F8 : *"Le bonheur pour moi c'est fait pour être partagé. Donc que ce soit avec des amis ou en couple, c'est fait pour être partagé. Je pense pas qu'on soit fait pour vivre seul, je pense qu'on est fait pour vivre en groupe. On a toujours évolué en groupe, c'est grâce à ça qu'on s'en est sorti d'ailleurs."*
- ❖ F7 : *"C'est les rencontres qui font une vie. T'as besoin de ça dans ta vie. Oui, c'est un besoin. Un besoin de sentir de l'amour. Sentir de l'amour dans mon coeur, même si c'est de l'amitié."*

A propos de l'amour, le discours des femmes est empreint d'émotions positives mais également négatives.

- ❖ F5 : *"L'amour c'est la plus belle des maladies"*
- ❖ F7 : *[A propos de l'amour], "C'est comme quand tu fais les gosses, tu sais que tu vas passer partout. Par toutes les émotions. C'est la vie. Mais en même temps, c'est aussi ... c'est aussi la merde."*
- ❖ F9 : *"Il y a de tout. Il y a de la joie, il y a de la colère, il y a de la tristesse aussi... Ouais, je suis passée par toutes les émotions sur mes trois relations. (...) Autant épuisante l'une que l'autre. Mais c'était un amour aussi ouais ... tellement passionnant, mais tellement toxique, à la fois. Mais vraiment, dans les trois."*

Au travers de leurs expériences, plusieurs femmes aspirent à des relations basées sur le respect, l'égalité, la tolérance, la confiance et l'indépendance.

- ❖ F1 : *"Eh ben c'est celle là à laquelle j'aspire. Celle de l'égalité. D'être au même niveau et s'apportant les mêmes choses. Enfin, s'apportant les mêmes choses... affectivement, intellectuellement, physiquement ..."*
- ❖ F5 : *"- E : Et qu'est-ce que vous avez vraiment besoin, vous, alors? - F5 : Respect, tolérance. Euh... confiance, qu'il ait confiance en moi. Et que moi j'ai confiance."*
- ❖ F9 : *"Dans mes précédentes relations, c'était des gens qui m'imposaient souvent. Et euh... jusqu'à la fin. Parce que je déteste le conflit, du coup je m'écrase tellement... qu'à la fin je deviens transparente. Transparente et les gens ne me reconnaissent pas. (...) Je veux plus qu'on m'impose, me dire tu t'habilles comme ci, ou tu fais ci ou tu fais ça. Nan, je fais ce que je veux en fait, les gars."*

D'autres, en raison de leurs expériences antérieures, préfèrent ne plus s'investir dans une relation amoureuse pour le moment.

- ❖ F5 : *"Je ne voulais tellement plus m'impliquer dans une relation, que j'ai commencé à voir les hommes juste pour un besoin physiologique."*
- ❖ F2 : *"Oui, parce que moi quand je suis arrivée ici, euh... Avec la psychologue, je disais : plus jamais d'homme dans ma vie, j'achèterai un chien et ce sera très bien. Et au fil du temps... Je me rends compte que ... On avance et je me dis que je ne peux pas dire "pas d'homme dans ma vie", j'en sais rien."*
- ❖ F4 : *"Non. Puis pas envie du tout, surtout pas. Surtout m'embobiner. Un truc qui va me ... Alors oui j'aurais peut-être des papillons dans le bidou, les yeux pleins de machins... Mais ça va enlever, en fait, le côté euh... Ca va effacer le travail qu'il y a à faire sur moi."*

Plusieurs femmes évoquent l'homosexualité. Elles confient avoir déjà eu des relations amoureuses avec des femmes. Elles constatent des relations plus respectueuses et valorisantes. Les femmes concernées font le lien entre des violences vécues auprès d'hommes par le passé et leur attirance pour les femmes.

- ❖ F8 : *“Mais je préfère quand même beaucoup, j'ai plus de facilité à me lâcher. Comme si j'avais l'impression qu'il y a un rapport de dominance en fait entre l'homme et la femme. (...) Et que l'homme me respectait moins, en fait, qu'une femme.”*
- ❖ F10 : *“Une femme c'est... Je sais pas comment dire, c'est... C'est l'amour. C'est une pureté d'amour. C'est inconditionnel. (...) Et l'amour d'une femme, c'est tout aussi beau, mais en même temps valorisant. (...) Une femme c'est des preuves d'amour, au quotidien. Tandis qu'avec un homme, je peux toucher ça, mais dans les débuts, dans des moments et pas dans la constance.”*

Les femmes décrivent une persistance de difficultés à accepter ces relations homosexuelles, tant de leur part, que de la part de leur entourage ou de la société en général. Une femme remarque néanmoins l'évolution progressive de la société à ce sujet.

- ❖ F10 : *“Donc, je suis sortie avec elle. Mais là, j'assumais pas. Et puis je ne pouvais pas euh ... je n'osais pas sortir dans la rue, en magasin, lui tenir la main. Je voulais faire ces choses-là, mais je ne pouvais pas. Je me bloquais par rapport au regard des autres.”*
- ❖ F9 : *“Ouais, moi je sais que dans ma famille... Enfin mes frères, ils vont pas comprendre. Ils vont pas comprendre quand même.”*

Ces expériences demeurent sources de questionnement quant à l'orientation sexuelle pour certaines.

- ❖ F9 : *“Donc, en fait, même à l'heure d'aujourd'hui, est-ce que de dire si je suis capable de mettre avec un gars ou avec une fille, j'en ai aucune idée. (...) Peut-être qu'un jour, il faudra que je me pose la question... de savoir. Je me dis, si un jour je veux reconstruire ma vie et que je suis à l'extérieur. Oui, il faudra que je me pose la question de savoir si c'est garçon ou si c'est fille.”*
- ❖ F10 : *“Je suis les deux. Par contre, je crois que je suis plus... Je ne me vois pas finir ma vie avec une femme. Et encore je dis ça... Mais, j'ai rencontré une femme (...) Et je me dis que bah ... Qui sait ? On s'est dit que quand je sortirais, qu'on ferait le point de nos vies. Et euh ... Et pour elle je serais capable de finir ma vie, en fait, avec une femme.”*

2.5.8. La violence

La violence est une thématique qui revient à plusieurs reprises dans le discours des femmes. Elles semblent toutes y avoir été confrontées.

- ❖ F7 : *“Parce que je trouve ça fou qu'il y ait des femmes qui subissent... En fait, je vois beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup ... de cas où les femmes elles ont morflé avant d'arriver ici.”*

La majorité relatent des violences au cours de leur enfance, d'autres au sein de leur couple. Les violences sont de natures verbales, physiques, psychologiques ou sexuelles.

- ❖ F3 : *“Maltraitance pendant l'enfance.”*
- ❖ F10 : *“Enfin, pendant longtemps j'étais féminine... Après, avec cette personne qui disait que, de toute façon, j'étais moche et qu'il fallait que je me refasse...”*
- ❖ F7 : *“Je me suis faite éclater sur mon canapé de 2 heures jusqu'à 4h30 du matin. (...) J'ai pris une grosse tarte et je suis restée clouée au lit.”*

La violence a parfois été vécue au sein de leur environnement : camps de guerre, vie à la rue, addictions aux drogues administrées par voie intra-veineuse. Comme énoncé dans la partie s'intéressant à la grossesse, de nombreuses femmes ont également subi un lourd et violent passé obstétrical.

Pour certaines femmes, la situation s'est inversée. Toutes victimes de violences à un moment donné de leur existence, elles ont elles-mêmes commis des actes de violence. A

l'occasion des entretiens, nombreuses d'entre-elles se confient spontanément sur les motifs d'inculpation et leur ressenti vis-à-vis des faits qui leur sont reprochés.

2.5.9. Milieu scolaire et professionnel

Les femmes recrutées pour l'étude ont toutes une expérience scolaire et professionnelle. Pour plusieurs d'entre elles, le travail est source de valorisation dans leur vie de femme. Certaines femmes racontent avec fierté leur parcours, parfois peu conventionnel, marqué par leur capacité à se débrouiller.

- ❖ F1 : *“Par exemple, je suis la seule [de sa famille] à avoir fait des études supérieures. J'ai bossé comme une tarée, vraiment comme une tarée.”*
- ❖ F2 : *“Moi je travaille depuis l'âge de 15 ans, le travail pour moi c'est très important. C'est pour ça qu'en détention j'ai besoin de travailler. (...) Une femme qui travaille pas pour moi c'est... À l'heure actuelle c'est pas... Voilà...”*

Quelques unes décrivent la difficulté, en tant que femme, de trouver un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle. Certaines admettent avoir dépassé leurs limites.

- ❖ F10 : *“Ça m'intéressait pas. Trop d'administratifs, je voulais une vie de famille aussi. Donc... forcément, je sais que c'était pas pour moi.”*
- ❖ F7 : *“Et... Le travail. Je prenais pas soin de moi. En fait, je travaillais comme un homme, acharnée, depuis je sais pas quel âge.”*

Chaque expérience semble avoir façonné les femmes à être ce qu'elles sont aujourd'hui.

2.6. Rapport au système de soin

2.6.1. Soins en général

Toutes les femmes reçues en entretien ont déjà eu un contact avec le système de soin à l'extérieur. Pourtant, assez peu de femmes déclarent avoir un suivi régulier à propos de leur santé globale. Plusieurs rapportent tout de même assurer les dépistages des cancers.

- ❖ F4 : *“Parce que à l'extérieur euh... voilà. Bon je vais pas souvent chez le médecin j'avoue. Je m'auto-médicamentais. Le frottis, la poitrine et puis euh... le cancer du côlon. (...) Après, y'a des soins euh... mammographie, euh... voilà. Je faisais ces soins là. Alors peut-être pas tous les 2 ans, 3 ans. Mais je le faisais.”*
- ❖ F7 : *“Je n'ai jamais trop été chez le médecin. (...) Ah oui, là-dessus, j'ai ... j'ai merdé. J'ai merdé. J'ai perdu 20 ans de ma vie.”*
- ❖ F2 : *“Mais à l'extérieur je me faisais suivre aussi. Je veux dire euh... Voilà, au niveau mammographie, gynécologie ...”*

Pour beaucoup, la grossesse et plus largement, la santé reproductive et sexuelle, semblent constituer une porte d'entrée dans le système de soin.

Certaines décrivent un éloignement du système de soin à certains moments de leur vie : du fait de modes de vie instables, d'un départ à l'étranger dans des conditions de guerres ou encore de l'épidémie de covid 19. Une femme décrit également que l'absence de permis de conduire était préjudiciable à son suivi médical.

- ❖ F8 : *“C'est plus par rapport à la vie que j'avais qui n'était pas forcément stable, tout ça. D'avoir un rendez-vous, de devoir attendre des mois pour avoir un rendez-vous... C'est plus par rapport à ça.”*
- ❖ F2 : *“Et j'ai eu personne pour m'aider. J'ai trouvé personne. J'ai essayé de trouver un psychologue, mais les psychologues ça travaille pas pendant le covid.”*
- ❖ F8 : *“Oui et puis ce qui s'est passé aussi, c'est qu'il y a quatre ans j'ai perdu mes permis. donc avant c'était beaucoup plus facile. Mais voilà, c'était toute une galère quand même pour avoir un rendez-vous.”*

Le médecin traitant, ou médecin de famille, semble occuper une place importante pour certaines femmes. Plusieurs le décrivent comme le référent médical, capable d'orienter. Une relation de confiance se construit avec lui, et il devient parfois un professionnel auquel elles s'attachent.

- ❖ F1 : *“Alors, moi j'avais un super, enfin une super médecin de famille. Depuis euh... je saurais plus le nombre d'années. C'était même devenu presque une copine.”*
- ❖ F2 : *“J'ai toujours eu des médecins, des spécialistes... qui m'ont été recommandés par mon médecin traitant. (...)”*
- ❖ F5 : *“C'est vrai qu'avec le médecin traitant on est très ouverts. (...) Moi j'ai toujours considéré que le médecin traitant et les avocats, normalement c'est comme la famille. Parce qu'on leur dit tout, on se confie, vous vous confiez. Maintenant, j'ai un autre médecin traitant parce que le mien est parti à la retraite. Ça a été très difficile, hein.”*

Concernant leur santé, certaines femmes rapportent faire appel à des alternatives à la médecine traditionnelle.

La pierre angulaire de la relation patient-soignant semble être la confiance.

- ❖ F4 : *“Mais alors moi, si j'ai pas confiance, mon intimité, je me la garde. Et ... moi ça me ... à partir du moment où y'a un feeling qui se passe. C'est ça, c'est la confiance, où je peux être en lâcher prise.”*
- ❖ F10 : *“Feeling. A mon premier rendez-vous, euh... il faut qu'il y ait le truc. (...) Et s'il n'y a pas le feeling, ça ne passe pas. Voilà. Je pourrais faire des kilomètres juste pour un médecin et c'est ce que j'ai fait, d'ailleurs.”*

Les femmes semblent attendre des professionnels de santé qu'il fassent preuve d'intérêt et d'empathie pour le patient. Elles aspirent à recevoir des informations adaptées, tout en conservant leur autonomie.

- ❖ F4 : *"Moi si on veut que je fasse un lâcher prise euh... médecin etc... il faut vraiment que ... bah oui qu'on se préoccupe de moi. C'est... s'intéresser au patient euh... avant le physique. Avant la consultation."*
- ❖ F10 : *"Elle expliquait tout. Comme une prof. Donc, du coup, j'aimais bien moi en fait. Avoir un médecin qui m'explique."*
- ❖ F9 : *"Mais peu importe, nous guider peut-être un peu."*

Plusieurs espèrent également la libération de la parole quant à la santé sexuelle et reproductive, dans le but de rompre les tabous encore en place.

- ❖ F5 : *"Oui, d'expliquer aux femmes que dire "j'ai mes règles" devant un homme, ce n'est pas un crime, ce n'est pas une honte. C'est quelque chose qui est tout à fait normal. C'est humain."*

Il semble important de préciser que plusieurs femmes font état d'expériences négatives auprès de professionnels de santé, ayant parfois causé un éloignement du système du soin. Il peut s'agir de défaut d'information, d'erreur diagnostique, d'absence de réponse apportée à une problématique, de jugements de valeurs. Des femmes dénoncent des agressions sexuelles ayant eu lieu dans le contexte de soins de santé.

- ❖ F7 : *"Et du coup, il a passé son échographie à nous faire la morale sur les gens qui venaient en famille pour les échographies... Qui remplissaient les hôpitaux pour rien..."*
- ❖ F8 : *"Une fois, c'était à l'hôpital. Ils voulaient me faire des tests et j'étais stressée et tout. Et bon, il en avait un peu rien à foutre. Il m'a enfoncée un spéculum, il m'a fait mal et tout.(...) Je saignais quand même et tout après."*

2.6.2. Soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive

A propos de la santé sexuelle et reproductive, la majorité des femmes considèrent le suivi gynécologique comme important. Seule une femme ne se sent pas concernée du fait de l'absence de vie sexuelle active actuellement.

- ❖ F8 : *"Je pense que c'est important, carrément. De voir si on n'a pas des maladies, si on n'a pas des problèmes d'irritation. Il y a énormément de problèmes, au final. (...) Parce que, peut-être qu'il y a des kystes qui peuvent éventuellement se transformer en cancer. Pour les filles qui ont eu des condylomes, peut-être regarder s'il y a pas des kystes qui peuvent être dangereux dans l'utérus. A voir si tout fonctionne normalement."*
- ❖ F9 : *"Je pense que, de temps en temps, il faut quand même se faire suivre. Parce que je sais que j'ai pas été suivie pendant beaucoup d'années. Et je me dis ... j'ai eu de la chance. Parce que j'ai pas attrapé des trucs dingues, alors que j'aurais pu."*
- ❖ F3 : *"Ici j'y vais plus. (...) Ouais, j'trouve ... j'trouve qu'y a pas besoin quoi. - E : Pourquoi y'a pas besoin ? - F3 : Bah j'trouve que j'ai pas de ... relations sexuelles ou de trucs comme ça quoi."*

Plusieurs décrivent un suivi gynécologique adapté, à l'extérieur. D'autres sont peu suivies. Plusieurs considèrent qu'un suivi annuel est nécessaire.

- ❖ F10 : *"Moi c'est au moins une fois par an. Mais ça, ça a été intégré dans ma routine. Déjà par ma mère."*
- ❖ F8 : *"Et moi, la première fois que je suis allée voir un gynéco, je devais avoir 25 ans, quoi. Et même maintenant, je vais pas chez le gynéco une fois par an, quoi. (...) Donc je pense que c'est l'intérêt d'aller régulièrement, au moins une fois par an, je dirais."*

Plusieurs professionnels sont identifiés comme assurant le suivi de la santé sexuelle et reproductive. Le gynécologue est le professionnel le plus fréquemment cité. Peu de femmes citent le médecin généraliste. Bien qu'il apparaisse comme un référent de confiance pour la santé, il n'est pas toujours identifié comme un interlocuteur privilégié concernant les

problématiques de santé féminine. Une femme déplore tout de même que le sujet n'ait pas été introduit par son médecin généraliste. Seule une femme cite la sage-femme. Le planning familial est également cité.

- ❖ F10 : *“Ça a été un gynéco. (...) C'est vrai que je me dis que j'aurais voulu que les choses soient introduites, peut-être, par mon médecin généraliste. Qu'il me dise que bahhhh voilà “Je peux répondre à des questions, si tu veux.”*
- ❖ F4 : *“Et... du coup, oui, après j'ai pris une sage-femme. Elle était dans mon village. Y'avait un cabinet de santé un peu élargi. Et, est venue justement cette sage-femme. Je trouve que c'est très bien.”*
- ❖ F8 : *“Les sages femmes. Non, je voyais vraiment ça que à la maternité justement.”*

Plusieurs femmes s'expriment quant au genre du professionnel assurant le suivi gynécologique. Alors que la majorité redoutent l'examen avec un professionnel de sexe masculin, une femme se dit plus à l'aise avec un homme. Toutes semblent prioriser quoi qu'il en soit la relation de confiance, plutôt que le genre.

- ❖ F9 : *“Genre j'avais jamais rencontré de gynécologue homme, par exemple. Au début je me suis dit : bon j'y vais, j'y vais pas ... Mais après je me suis dit si c'est important. Et j'y suis allée. Si c'est quelqu'un avec qui je suis en confiance. (...) Si je vois que c'est bon et tout, je peux lui en parler. Même si c'est un homme. Si y'a la confiance et tout, y'a pas de problème, je peux parler.”*
- ❖ F10 : *“Au final, après au fil des années... J'ai pas de préférence médecin homme ou femme. C'est simplement la relation de confiance.”*

3. Intérêt pour les ateliers

3.1. Souhait de participation aux ateliers

Toutes les femmes reçues en entretien individuel ont émis une réponse positive quant à leur souhait de participer aux ateliers.

3.2. Bénéfices envisagés

Les femmes ont été interrogées à propos de ce qu'elles espéraient obtenir de leur participation aux ateliers. Elles ont exprimé les points suivants :

- L'apport de connaissances théoriques ;
- L'apprentissage par l'expériences des autres détenues ;
- L'émergence de sujets de réflexion ;
- La libération de la parole ;
- Le soutien et la réassurance du groupe à propos de certains sujets ;
- L'échange entre femmes détenues de façon non violente.

Certaines n'identifiaient pas d'objectif précis, mais étaient convaincues du bénéfice des ateliers.

- ❖ *F4 : "Et puis, ça va m'apporter, ouais, d'être plus calée, dans la théorie."*
- ❖ *F7 : "Voir comment les femmes elles se situent. Parce que ... y'a des trucs que j'ai peut-être jamais évoqués..."*
- ❖ *F5 : "J'aimerais que les femmes aillent bien... Qu'on soit bien et qu'on n'a pas honte de ce qu'on subi. Et donc en parler. Oser."*
- ❖ *F10 : "Bah peut-être que ... l'une ou l'autre aura une expérience. Enfin, en fait, peut-être que tout peut se compléter. Je sais pas, mais c'est peut-être possible."*

3.3. Freins à la participation aux ateliers

Le principal obstacle signalé était lié aux contraintes de planning. Certaines femmes ont en effet exprimé des inquiétudes quant à leur capacité à participer aux ateliers en raison de leurs engagements professionnels, de leurs formations, de soins de santé occasionnels (ostéopathie), ou d'autres activités déjà prévues, comme la préparation de la messe ou des rencontres de « café philo ». Une femme a évoqué sa mauvaise entente avec d'autres détenues. Une autre femme a rapporté être gênée par le manque d'hygiène et l'odeur de certaines femmes. Deux femmes ne souhaitaient pas parler de sexualité. Certaines ont évoqué leur incapacité à participer en cas de libération anticipée. Enfin, une femme a précisé qu'elle ne souhaiterait pas évoquer son expérience personnelle, sans toutefois la freiner dans la participation à l'entretien.

- ❖ *F6 : "Mais les ateliers on sera avec d'autres personnes ? (...) Parce que je m'entends pas bien avec la plupart des détenus. Et si je dois les supporter en promenade, au travail, partout. Ça va être trop. Parce que si c'est les gens avec qui je m'entends pas bien, je ne vais pas vouloir parler."*
- ❖ *F4 : "Je parlerai pas de mon cas personnel pour autant. Voilà. Euh... mais je ne serai pas gênée, du tout. D'évoquer, de parler de sexe, d'entendre ..."*

3.4. Choix des thématiques

Les femmes pouvaient choisir quatre à cinq thèmes de leur choix, qu'elles souhaitaient voir abordés en atelier. Tous les thèmes proposés ont suscité de l'intérêt, et chacun d'entre eux a été choisi au moins une fois.

Le thème le plus choisi était « le droit des femmes », sélectionné par huit femmes, suivi de « l'estime de soi », choisi par sept femmes. Ensuite, à égalité, « les règles et le cycle menstruel », « les IST » et « la violence » ont été choisis par six femmes. Les thèmes liés au « corps de la femme » et à « la contraception » ont été sélectionnés par quatre femmes. « La grossesse et la maternité », ainsi que « les relations amoureuses », ont été choisis par deux femmes. Enfin, le thème de « la sexualité » a été choisi par une seule femme.

Lors du choix des thèmes, certaines femmes ont apporté des précisions concernant leurs attentes. L'une d'entre elles souhaitait que le cancer du sein soit abordé, tandis qu'une autre désirait en savoir plus à propos des moyens de contraception masculins. Une participante s'interrogeait quant aux moyens « d'arrêter les règles », une autre a abordé le sujet de la ménopause. Une dernière évoqué la question des personnes transgenre.

4. Description des ateliers

4.1. Atelier n°1

L'atelier a eu lieu le vendredi 5 mai 2023. Huit des dix femmes invitées y ont participé. L'une des absentes était hospitalisée, l'autre n'a pas explicité son absence. Les intervenantes étaient la directrice de thèse, l'étudiante en thèse, une infirmière du service de l'USMP et une interne en médecine générale du service de l'USMP.

Les thématiques abordées durant cet atelier étaient le corps de la femme, le cycle menstruel et l'examen gynécologique.

L'activité brise glace de début de séance consistait à citer chacune une femme inspirante.

4.1.1. Le cycle menstruel

Plusieurs courts extraits du film « Woman » abordant ces thématiques ont été diffusés. A l'issue, les réactions des femmes étaient recueillies. Puis, l'abaque de Régnier a été utilisé.

- ❖ *Le sang des règles est sale.*
- ❖ *Il existe des protections menstruelles réutilisables.*
- ❖ *La durée du cycle menstruel est la même pour toutes les femmes.*

Ensuite, une des animatrices a réalisé une explication théorique du cycle menstruel.

4.1.2. Le corps de la femme et l'examen gynécologique

L'abaque de Régnier a de nouveau été utilisé.

- ❖ *L'examen gynécologique est douloureux.*
- ❖ *L'examen gynécologique est obligatoire dès les premières règles.*

Chaque femme qui le souhaitait a pu s'exprimer à propos d'expériences en lien avec le corps ou l'examen gynécologique. Un modèle 3D représentant l'utérus, le vagin et les ovaires a circulé (Annexe 12). Une des animatrices portait un tablier anatomique (Annexe 13).

4.1.3. Impressions

Le groupe a bien fonctionné. Toutes les femmes se connaissaient, ce qui a facilité les échanges. Cependant, cette familiarité a également pu entraîner une légère perte de concentration à la fin de la première partie de l'atelier. Aucune tension n'a été ressentie, et les animatrices ont été impressionnées par la capacité d'écoute et d'expression des participantes.

La gestion du temps a été difficile. La participation des femmes était très importante. Elles ressentaient le besoin de s'exprimer et avaient de nombreuses questions. La première partie de l'atelier a dépassé la durée prévue retardant ainsi l'heure de la pause. De ce fait, la parole de chacun était moins respectée, et certaines femmes discutaient, des thèmes, entre elles. La deuxième partie de l'atelier s'est vue écourtée (50 minutes), car il n'était pas possible de terminer l'atelier au-delà d'une certaine heure, du fait des contraintes carcérales. Le dépistage du cancer du col de l'utérus était initialement au programme. En raison de la complexité et de l'importance de ce sujet, il a été décidé de reporter ce thème au prochain atelier.

Des obstacles logistiques ont été rencontrés. Les animatrices ont éprouvé des difficultés avec le fonctionnement du lecteur DVD, seul support disponible pour la lecture des médias au sein de la Maison d'Arrêt. L'atelier a commencé en retard en raison de l'arrivée tardive de quatre femmes. Les mouvements étaient en effet bloqués au sein de la prison au moment où elles ont été appelées.

4.2. Atelier n°2

L'atelier a eu lieu le vendredi 12 mai 2023. Six des dix femmes invitées y ont participé. Les deux femmes absentes lors du premier atelier, étaient toujours absentes. Une femme n'était pas en forme, selon les dires des autres détenues. Une autre femme participait déjà à une autre activité. Deux femmes ont été contraintes de quitter l'atelier précocement. L'une d'entre elles avait un rendez-vous de coiffure qu'elle avait oublié, et si elle manquait cet atelier, elle aurait perdu la possibilité de bénéficier des services de la coiffeuse à une autre occasion. L'autre femme avait un rendez-vous au parloir dont elle n'était pas informée. Les intervenantes étaient la directrice de thèse, l'étudiante en thèse et une infirmière du service de l'USMP.

Les thématiques abordées durant cet atelier étaient la contraception, les IST et les cancers féminins.

L'activité brise glace de début de séance consistait à former un binôme, choisir un objet à emmener sur une île déserte, puis le présenter au reste du groupe.

4.2.1. La contraception

Afin de lancer la discussion, un brainstorming a été réalisé sur le thème en question, offrant à chacune l'opportunité de partager ses connaissances. Les informations correctes étaient mises en valeur, tandis que les idées préconçues étaient rectifiées.

Ensuite, une mallette contenant divers contraceptifs de démonstration a été utilisée. Pour chaque méthode contraceptive, les animatrices ont fourni des informations sur l'utilisation et les éventuels effets secondaires. Cette mallette comprenait des préservatifs (masculins et féminins), un implant, un Dispositif Intra-Utérin (DIU) et une plaquette de pilules contraceptives. De plus, une coupe menstruelle, protection hygiénique qui avait été évoquée lors du précédent atelier, a été présentée aux participantes.

Enfin, l'abaque de Régnier a été utilisé.

- ❖ *Si l'on utilise un moyen de contraception trop longtemps, on risque de devenir stérile.*
- ❖ *Le stérilet n'est proposé qu'aux femmes qui ont déjà accouché.*
- ❖ *Il faut être majeur pour prendre une contraception.*

4.2.2. Les infections transmissibles

L'abaque de Régnier a de nouveau été utilisé. Puis un brainstorming a été fait à propos des IST. Les animatrices ont proposé une synthèse à propos des modes de transmission, des moyens de prévention et du dépistage.

4.2.3. Les cancers féminins

Les animatrices ont insisté sur la différence entre le dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage des IST de type Chlamydiae et Gonocoque. Le lien entre les papillomavirus et le développement d'un cancer a été expliqué. Le kit utilisé lors du prélèvement cervico-utérin a été montré aux femmes. Les femmes et les animatrices ont également échangé à propos de la vaccination Gardasil.

4.2.4. Impressions

Une fois de plus, il a été difficile de respecter le timing. L'atelier a duré 30 minutes de plus que prévu en raison de la participation active des femmes, de leur intérêt pour chaque thème, ainsi que de la richesse des échanges.

Des extraits du film « Woman » étaient au programme, mais il n'a pas été possible de les diffuser en raison d'un manque de temps et de la complexité du système de diffusion.

Plusieurs femmes sont venues avec du matériel de prise de notes. Il leur a été suggéré de ne pas s'en préoccuper afin de profiter pleinement de l'atelier. À la place, elles ont exprimé le souhait de disposer d'un support d'informations écrites à l'issue de l'atelier.

4.3. Atelier n°3

L'atelier a eu lieu le vendredi 2 juin 2023. Cinq des dix femmes invitées y ont participé. Les deux femmes qui n'avaient pas assisté aux précédents ateliers étaient encore absentes. Deux femmes avaient un rendez-vous programmé au sein du service médico-psychologique de l'unité sanitaire. Une femme était en formation.

Les intervenantes étaient la directrice de thèse, l'étudiante en thèse et l'infirmière du service déjà présente lors du premier atelier.

Les thématiques abordées durant cet atelier étaient l'estime de soi, l'image de soi et la féminité ainsi que la santé affective et sexuelle.

L'activité brise glace de début de séance consistait en une activité de stretching accompagnée d'un fond musical.

4.3.1. Estime de soi, image de soi et féminité

Un brainstorming a été mené sur la notion de féminité, et les femmes étaient particulièrement inspirées. Cette thématique a suscité beaucoup d'enthousiasme. Bien que la diffusion d'un extrait du film « Woman » ait été programmée, le temps imparti ne nous a pas permis de le diffuser.

Concernant l'estime de soi, l'une des animatrices a lu des extraits de verbatims définissant l'estime de soi tels que définis par les participantes. Ces textes semblaient particulièrement authentiques. Ensuite, un brainstorming a de nouveau été proposé sur le thème de l'estime de soi.

En ce qui concerne l'image corporelle, un photolangage a été utilisé. Diverses images représentant différents types de corps étaient proposées. Chaque femme pouvait choisir une image et la présenter au reste du groupe en expliquant les raisons de son choix. (Annexe 14).

4.3.2. Santé affective et sexuelle

L'abord de la vie affective et sexuelle s'est faite à partir d'un brainstorming. L'attention s'est ensuite portée vers l'organe du plaisir féminin, le clitoris. Un modèle anatomique en trois dimensions représentant une vulve et un clitoris a été présenté, et des planches anatomiques à propos des organes génitaux externes féminins et masculins ont également été exposées.

L'outil « Le Milk Shake du Plaisir » a ensuite été utilisé. Ce jeu propose aux participantes de reconstituer chronologiquement les différentes étapes d'un rapport sexuel à l'aide d'une série de cartes. Sur ces dernières sont inscrits des mots clés en lien avec la sexualité. Chaque participante pioche une ou plusieurs cartes puis les place sur une frise chronologique représentant le déroulé d'un rapport sexuel. Cet outil permet de travailler à propos des représentations en lien avec les rapports sexuels.

4.3.3. Impressions

Le groupe s'est montré intéressé tout le long de l'atelier. L'ambiance était plus intime et plus calme. L'émotion était palpable, notamment lors de l'utilisation du photolangage à propos du corps. Des témoignages poignants de violences conjugales ont été livrés. Une phrase, énoncée par une participante, a marqué l'ensemble du groupe : « *les roses venaient toujours après les bleus* ». La bienveillance et le soutien manifestés par les femmes étaient remarquables. Une confiance mutuelle semblait petit à petit se construire.

Une femme a abordé le thème de l'homosexualité et a conté sa propre expérience.

Une fois encore, tous les outils prévus n'ont pas pu être utilisés. Les femmes étaient très actrices, la parole était libérée. Il a été choisi de privilégier les échanges et interventions des femmes. Une vidéo à propos du clitoris, une vidéo à propos du consentement et l'extrait du film « Woman » n'ont pas été diffusés. Il a été proposé de les visionner lors de la dernière séance d'atelier.

4.4. Atelier n°4

L'atelier a eu lieu le vendredi 24 juin 2023. Six des dix femmes invitées y ont participé. Les deux femmes qui n'avaient pas assisté aux précédents ateliers étaient toujours absentes. Les motifs d'absence des deux autres femmes n'ont pas été explicités.

Les intervenantes étaient la directrice de thèse, l'étudiante en thèse et l'infirmière du service déjà présente lors des premier et troisième ateliers.

Les thématiques abordées durant cet atelier étaient la violence et les droits des femmes.

L'activité brise glace de début de séance était un jeu de mime par le biais d'expressions faciales à se transmettre, de la joie à la tristesse, puis de la peur à la sérénité.

4.4.1. Violences et droits des femmes

L'abord de la violence s'est fait au travers d'un jeu de rôle. Les animatrices avaient préparé des textes correspondant à des échanges entre deux personnes sous forme de SMS. Des participantes volontaires les ont lus à haute voix. Les différents types de dialogues représentaient des relations plus ou moins saines. L'objectif était de susciter les réactions des femmes. Cela a ouvert la voie à divers témoignages à propos de la violence.

L'abaque de Régnier a également été utilisé. Le cycle de la violence a été présenté aux femmes. Celles-ci ont pu le commenter, tout en évoquant leur expérience personnelle.

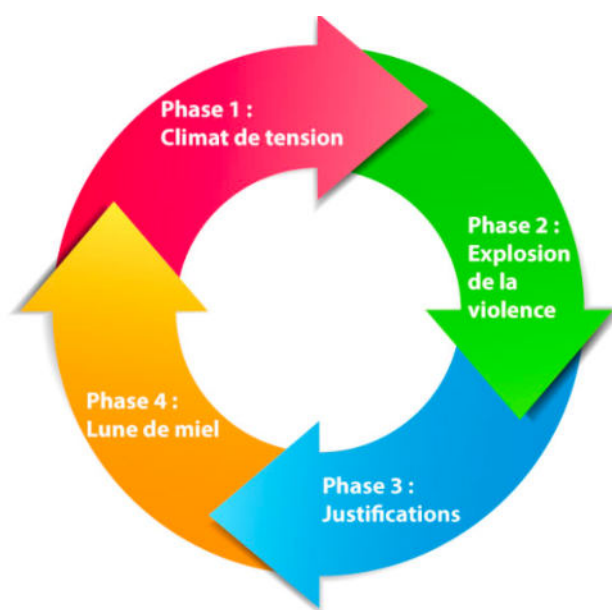


Figure 4 : le cycle de la violence

4.4.2. Visionnage du film « Woman »

Pour la deuxième partie de la séance, il a été proposé de visionner les vidéos qui n'avaient pas pu être diffusées lors des précédents ateliers. En raison du temps limité, les femmes ont voté entre les différentes options disponibles : le film « Woman » (dont elles avaient vu des extraits lors du premier atelier), la vidéo à propos du clitoris, la vidéo « Tea Consent ». Le choix du groupe s'est porté vers le film « Woman », bien que les participantes auraient aimé avoir accès à tous ces supports. Le visionnage de ce film a suscité différentes émotions parmi les participantes, détenues comme animatrices.

4.4.3. Clôture de l'atelier et impressions

Ce dernier entretien était volontairement moins fourni en termes de contenu. Cela a été l'occasion de faire un retour sur les différentes notions abordées lors des précédents ateliers. Un temps de question-réponse a été permis.

Les femmes et les animatrices se sont chaleureusement remerciées mutuellement pour ce projet. Il a été évoqué une présentation du travail aux participantes, à l'issue de la soutenance de la thèse. Les discussions ont également abordé la possibilité d'organiser un prochain cycle d'ateliers similaires pour d'autres femmes détenues. La question de l'implication d'animateurs masculins pour ces ateliers a été discutée.

5. Evaluation des ateliers

D'après les feuilles d'évaluation remplies à la fin de chaque atelier, la satisfaction globale des participantes était de 4,9/5. Les supports utilisés étaient notés à 4,8/5. Le niveau de compréhension global était évalué à 3,7/4.

À la question « Notre intervention vous a-t-elle appris quelque chose ? », toutes les femmes ont systématiquement répondu « oui ». Leurs réponses correspondaient ensuite principalement à divers domaines de connaissances, tels que l'anatomie, le fonctionnement du corps ou la prévention des IST. D'autres femmes ont mentionné avoir appris à surmonter la culpabilité qu'elles ressentaient sur certains sujets, tandis que d'autres ont expliqué que l'atelier avait contribué à remettre en question leurs idées préconçues sur certains thèmes.

A la question « Qu'avez-vous pensé de l'animation ? des animatrices ? », les femmes ont généralement fait des appréciations à propos des animatrices. Elles décrivaient des animatrices dynamiques, explicites, à l'écoute et ouvertes. De nombreux commentaires étaient rédigés sur les fiches d'évaluation tels que « *Vous allez nous manquer* » ; « *C'est géant, vous êtes au top* » ; « *Extra, à refaire* ».

Enfin, en ce qui concerne les suggestions d'amélioration, les participantes ont principalement exprimé leur souhait d'avoir des ateliers plus longs ou plus fréquents. Certaines ont exprimé le désir d'un entretien individuel à mi-parcours. Plusieurs ont évoqué l'idée de pérenniser ce type d'ateliers au sein de la MAF.

DISCUSSION

1. Présentation des principaux résultats

1.1. Connaissances, représentations et expériences

Les données recueillies à propos des connaissances, des représentations et des expériences des patientes au sujet de différentes thématiques de santé féminine permettent une compréhension approfondie de leurs situations en tant que femme.

Les femmes semblent détenir des notions et utilisent d'ailleurs un vocabulaire spécifique à propos de plusieurs thèmes. Ces connaissances semblent cependant fragiles, voire parfois erronées. Il apparaît donc essentiel de leur fournir des informations appropriées, afin de renforcer leur savoir et de favoriser le développement de compétences. La majorité des femmes semblent avoir acquis des connaissances grâce à leur propre expérience. Le partage de ces dernières avec d'autres femmes constituerait une source d'information pour celles-ci, et renforcerait leur confiance en elles.

Par ailleurs, cette analyse met en lumière l'existence de fausses croyances et de représentations qu'il semble impératif de déconstruire. Il est fondamental de s'attacher à ne pas porter de jugement ni stigmatiser les femmes, et à valoriser leurs connaissances actuelles.

Enfin, les parcours et expériences de vie des participantes permettent d'anticiper les sujets sensibles et de mieux préparer l'approche de certaines thématiques lors des ateliers collectifs.

1.2. Besoins en santé

1.2.1. Place de la santé

L'analyse des verbatims confirme que la santé est une préoccupation pour les femmes, mais elles semblent parfois adopter des comportements contraires au maintien de la bonne santé. Peu d'entre elles rapportent d'ailleurs bénéficier d'un suivi médical général régulier. Il en est de même sur le plan gynécologique alors qu'elles semblent accorder une plus grande importance au suivi de leur appareil reproducteur. A titre d'exemple, en France, le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, indicateur semblant corrélé au suivi gynécologique, est insuffisant (58,2%) [\(52\)](#).

Ainsi, il est crucial de comprendre ce décalage entre l'importance accordée à la santé par les femmes et leurs comportements de santé.

1.2.2. L'information en santé

Il semble pertinent de s'intéresser à l'information en santé, base de la prise de décision, ainsi qu'à la sensibilisation des soignants à cette question.

Les sources d'information en santé rapportées sont l'entourage féminin (familial et amical), le milieu scolaire, le système de santé et les médias. Ces résultats sont en accord avec les autres études menées sur le sujet [\(42\)](#) [\(53\)](#).

Les femmes rapportent parfois un défaut d'information de la part du corps médical. Cela peut résulter de l'omission d'informations par le soignant, mais aussi et surtout d'un écart potentiel entre ce que le soignant souhaite transmettre et ce que le patient retient. En effet, bien que la majorité des femmes ait accès à l'information, il semble y avoir un problème dans la manière dont cette information est gérée. Elle est parfois diffusée de manière inadaptée, mal comprise ou utilisée de façon inadéquate, limitant l'autonomie en matière de santé. Afin de permettre de développer des connaissances et surtout des compétences favorables à la santé, il semble indispensable d'apporter une information adaptée, en termes de contenu, de communication, d'occasion et d'évaluer la compréhension de cette information.

Cela fait écho à la littératie en santé qui correspond à la capacité des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de faire des choix responsables et éclairés pour leur santé (54). Cette compétence est cruciale pour réduire les inégalités en matière de santé. Une étude menée en 2019 révèle un niveau insuffisant de littératie en santé chez plus d'un français sur dix, en lien avec le niveau socio-économique et avec l'état de santé déclaré (55). Améliorer le niveau de littératie est donc un enjeu majeur de santé publique. Pour ce faire, il est essentiel de développer la recherche à ce sujet afin de comprendre les mécanismes qui freinent l'accès à un niveau de littératie suffisant, et de prendre en compte cette préoccupation dans les politiques de santé. Ainsi, la stratégie nationale de santé 2018-2022 met l'accent sur l'importance de la littératie en santé, notamment dans le cadre de l'éducation à la sexualité (56). Elle préconise le développement d'outils innovants (jeux ludo-éducatifs, marketing social) et la mise en place de méthodes permettant d'aller vers les publics les plus éloignés du système de santé, telles que les pairs-aidants, les ateliers santé ville ou les équipes mobiles. Par ailleurs, Santé Publique France a publié un guide « Communiquer pour tous : guide pour une information accessible » abordant la conception de documents écrits, d'images, de supports numériques et la communication orale (57).

1.2.3. Les soignants

Les verbatims dessinent les parcours de soins des participantes et mettent en évidence leurs besoins à propos des professionnels de santé.

L'élément clé qui se dégage des témoignages est la notion de confiance envers le professionnel. Elle apparaît comme un élément indispensable à la fois pour le recours aux soins, mais aussi pour la réception des informations médicales. Cette confiance semble se construire progressivement et être profondément influencée par l'attitude du soignant.

L'analyse des témoignages met parfois en lumière un décalage entre les besoins des patientes et les perceptions des soignants à ce propos. Ainsi, il semble essentiel d'interroger les besoins des femmes et de les prendre en compte. Ici, l'identification des thèmes d'intérêt pour les ateliers collectifs permettra d'orienter la conception des ateliers.

1.3. Impact de la détention sur les besoins en santé

Selon certaines participantes, l'incarcération semble constituer une occasion de soin. En effet, la présence d'une unité sanitaire au sein de la prison favorise l'accès au soin. De plus, le contexte carcéral permet la disposition de temps pour soi. Un travail de thèse réalisé en 2022 à propos de l'impact ressenti de la détention sur la santé des personnes incarcérées à

la Maison d'Arrêt de Nantes vient confirmer ce constat (58). La détention semble donc constituer un moment particulièrement propice pour répondre aux besoins de santé des femmes.

Cependant, la détention semble également avoir un impact négatif sur la santé, notamment mentale. La privation de liberté, l'isolement, l'ennui et le manque d'humanité sont autant de facteurs qui impactent la santé mentale des détenues. Dans cet univers, l'estime de soi est mise à mal. Par ailleurs, le choc carcéral décrit par les femmes n'est pas un mythe (59). Une étude menée à l'échelle nationale entre 2000 et 2010 confirme la surreprésentation des décès par suicide par rapport aux autres causes de décès en milieu carcéral et la surmortalité par suicide des personnes détenues par rapport à la population générale (60). Dans ces conditions, un dépistage précoce de la part des soignants, semble d'autant plus nécessaire.

Le système carcéral semble également interférer avec la relation soignant-patient. Les femmes craignent que leur statut de détenues puisse entraîner une stigmatisation, risquant d'affecter la qualité de leur prise en charge par les soignants. De plus, le secret médical semble parfois compromis en raison de la présence de personnel pénitentiaire. Par ailleurs, certaines conditions de soins, en particulier lors des extractions médicales, sont perçues comme humiliantes. Une sensibilisation des professionnels de santé hospitaliers à propos de ces extractions devrait être réalisée de manière systématique et répétée, afin qu'ils soient pleinement acteurs du respect des droits des personnes détenues. Cette question est régulièrement soulevée à l'USMP de Nantes. En effet, il est souvent constaté que cette sensibilisation fait défaut, entraînant des retours négatifs de la part des patients.

Plusieurs femmes évoquent l'atteinte de l'intimité tant physique que psychique, notamment lors des fouilles ou des périodes de surveillance. En tant que soignant, aborder les questions du respect du corps et de la dignité humaine pourrait contribuer à rétablir un cadre. A ce sujet, le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) rapporte : *« Une fouille à nu est une mesure très invasive et potentiellement dégradante. Lorsqu'il semble nécessaire de recourir à une fouille à nu, il convient de déployer tous les efforts raisonnables pour minimiser la gêne. Les personnes fouillées ne devraient normalement pas être obligées d'enlever tous leurs vêtements en une seule fois ; elles devraient, par exemple, être autorisées à enlever les vêtements au-dessus de la ceinture, puis à les remettre avant d'ôter les autres vêtements. Les fouilles intrusives des zones génitales et des orifices corporels comportent un risque élevé d'abus et d'intimidation. Des méthodes de dépistage alternatives, grâce à des examens par ultrasons, par exemple, devraient être développées. Les fouilles intimes devraient être effectuées par un médecin uniquement, étant entendu que ce médecin ne devrait pas être le médecin chargé de soigner la patiente en cas de problèmes de santé. »* (61).

Les participantes décrivent des relations variables avec les surveillantes pénitenciaires. Certaines trouvent un soutien auprès d'elles, tandis que d'autres dénoncent des comportements humiliants. Pour la santé mentale des femmes, il semble essentiel de lutter contre ces comportements. Le CPT souligne : *« Le CPT a souvent dû recommander à la direction des prisons – notamment celles qui accueillent des femmes – de délivrer au personnel pénitentiaire le message clair que les mauvais traitements physiques, l'usage excessif de la force et les insultes ainsi que d'autres formes de comportement irrespectueux*

ou provoquant à l'égard des personnes incarcérées sont inacceptables et seront traités avec sévérité. En particulier, les directrices ou directeurs de prison devraient faire preuve de vigilance et utiliser tous les moyens mis à leur disposition pour apaiser les tensions. En plus d'enquêter sur toute plainte déposée par des femmes détenues, les directrices ou directeurs devraient être présents de manière régulière dans les quartiers de détention pour femmes et entrer directement en contact avec elles. » [\(61\)](#)

Enfin, l'estime de soi et l'image de soi semblent très affectées chez les femmes détenues. L'exercice de la féminité semble entravé par les conditions de détention. Un travail à ce sujet semble nécessaire.

1.4. Impact de la violence

Toutes les participantes décrivent un parcours de vie traumatique. Plusieurs s'expriment librement à ce sujet dès que l'enquêtrice aborde le thème de la violence. Certaines l'évoquent spontanément. Les femmes semblent avoir besoin d'en parler.

Bien que les autorités de santé préconisent le dépistage systématique de la violence [\(62\)](#) [\(63\)](#), il semble que cette pratique soit peu courante. Dans une thèse d'exercice s'intéressant aux pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie quant au dépistage des violences conjugales, seulement 2% des médecins rapportent le faire systématiquement [\(64\)](#). Une autre thèse d'exercice affirme que le médecin généraliste apparaît comme un acteur de choix pour le dépistage des situations de violences conjugales. Cependant, les médecins généralistes révèlent éprouver des difficultés. Ils évoquent un sentiment d'intrusion dans la vie privée de leur patient lors du dépistage systématique, et se sentent déstabilisés, isolés, et peu compétents, entraînant une insatisfaction professionnelle. Les pistes d'amélioration proposées incluent :

- La systématisation du dépistage des violences, que ce soit lors du premier entretien, lors de l'examen clinique, ou une fois qu'une relation de confiance a été établie. L'objectif est de créer une ouverture pour l'avenir, même si la réponse est négative à ce stade. De cette manière, les femmes sont informées que leur médecin est prêt à recevoir cette information et à les prendre en charge [\(65\)](#). Dans le cadre de la détention, il pourrait être proposé d'introduire cette question de façon systématique dans la trame de la consultation arrivant, tant pour les femmes que pour les hommes.
- L'amélioration de la formation des médecins, que ce soit à la phase initiale de leur formation ou dans le cadre de la formation continue. Cela pourrait consister à des rencontres avec des associations, et à l'écoute de témoignages de femmes victimes, dans le but de confronter les professionnels à des situations de violences, les dotant ainsi d'une meilleure aptitude pour y faire face [\(65\)](#). Dans le cadre de la détention, des réunions de concertation pluridisciplinaire entre les soignants de l'unité sanitaire somatique et ceux de l'unité sanitaire psychiatrique permettent déjà d'échanger au sujet des situations les plus complexes. Par ailleurs, il semble important de profiter du caractère pluridisciplinaire des soins en détention, afin d'améliorer la prise en charge coordonnée des victimes de violences.

Enfin, il semble important de souligner que certaines femmes déclarent avoir été victimes de violences dans le cadre du soin, notamment lors de soins gynécologiques. Ces comportements inacceptables ont pour conséquence d'éloigner les femmes du soin et constituent ainsi un obstacle à la santé. Le comité consultatif national d'éthique a

récemment publié un avis à ce sujet, rappelant le cadre de l'examen gynécologique, l'importance du consentement et du respect de la personne [\(66\)](#).

1.5. Intérêt pour les ateliers

Il est intéressant d'observer que les avantages que les femmes envisageaient de tirer des ateliers étaient en accord avec les objectifs définis par l'étudiante en thèse.

En ce qui concerne le choix des thèmes, les sujets ayant suscité le plus d'intérêt - les droits des femmes et l'estime de soi - sont directement liés à la situation actuelle des participantes, c'est-à-dire leur incarcération.

Par ailleurs, le thème de la sexualité, bien qu'ayant suscité un fort intérêt lors des entretiens individuels, a été moins fréquemment choisi pour les ateliers. Il semble légitime d'envisager que cela soit de l'ordre du tabou. Par conséquent, il a été décidé d'inclure prudemment cette thématique aux ateliers. Les retours suite à cet atelier ont été extrêmement positifs, les femmes étaient étonnées de la facilité avec laquelle elles ont pu en discuter.

Enfin, il semble intéressant de noter que les deux femmes qui ne se sont jamais présentées aux ateliers, sont celles qui avaient rapporté ne pas souhaiter aborder le thème de la sexualité en ateliers.

2. Forces et limites

2.1. Forces

2.1.1. Un travail inédit

Ce travail se démarque par son caractère innovant. Il a permis de mettre à l'épreuve le modèle de « diagnostic de situation - ateliers en santé féminine », qui avait déjà fait ses preuves avec d'autres groupes de femmes, auprès d'une population habituellement peu concernée par la recherche, celle des femmes détenues [\(6-8\)](#).

En effet, peu de recherches s'intéressent à la population carcérale, qui plus est, féminine. En 2019, un travail de thèse s'intéressant à la perception de la santé, avait révélé un état de santé dégradé des femmes détenues par rapport à la population générale de sexe féminin [\(67\)](#). En 2021, une étude quantitative descriptive menée dans le département de la Lorraine avait dressé un état des lieux du suivi gynécologique en détention et proposé des suggestions pour son amélioration. La mise en place d'ateliers collectifs à propos de la santé gynécologique avait été évoquée [\(68\)](#).

Ainsi, le présent projet, axé sur la promotion de la santé féminine en détention et spécifiquement élaboré pour répondre aux besoins particuliers des femmes, apparaît comme une avancée significative pour l'amélioration de la santé en détention.

2.1.2. Des critères de scientificité

Le choix de la méthodologie qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés, semblait le plus adapté pour répondre à la question posée. Les entretiens ont été jugés suffisamment riches pour identifier au plus près les besoins de santé des participantes.

L'analyse a bénéficié d'une triangulation des données.

Enfin, afin de s'assurer de la qualité de ce travail, une relecture à l'aide de la grille COREQ a été réalisée. Les faiblesses identifiées seront présentées dans le paragraphe suivant.

2.1.3. Un projet suscitant de l'intérêt

De nombreuses réponses positives ont été reçues au secrétariat de l'USMP suite à l'envoi des flyers. Au total, 26 femmes sur 45 ont émis le souhait de participer au projet, soit près de 57% des femmes détenues à La Maison d'Arrêt de Nantes à ce moment-là. L'engouement des femmes souligne la pertinence et la nécessité de cette initiative. Il convient cependant d'aborder ce résultat avec prudence. En effet, il semble légitime d'envisager que toute activité proposée puisse générer de l'enthousiasme dans un environnement propice à l'ennui.

Par ailleurs, le contact des femmes au cours des entretiens puis des ateliers, a permis de confirmer leur intérêt pour le projet. Elles semblaient heureuses d'y participer. Nombreuses sont celles qui ont remercié les différents acteurs impliqués.

2.1.4. Contribution des Pluri'Elles

L'implication du collectif des Pluri'Elles était une force majeure. Cela a contribué à proposer un projet adapté aux femmes détenues, et a favorisé leur adhésion. De plus, la présence des Pluri'Elles lors des ateliers a permis leur identification en tant que référentes de la population carcérale féminine pour les femmes détenues. Enfin, leur participation a été source de valorisation personnelle pour elles.

2.1.5. L'entretien individuel : un espace favorisant la parole

Afin de favoriser la libération de la parole, plusieurs éléments avaient été consciencieusement pensés.

- Les entretiens et les ateliers avaient lieu au sein de la MAF, sur leur lieu de vie, suivant l'inspiration de la démarche « d'aller-vers » expérimentée dans le travail de thèse mené auprès des femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise.
- La salle d'entretien constituait un lieu calme, éloigné des cellules et du poste de surveillance pénitentiaire, garantissant ainsi l'absence d'interruptions des échanges.
- Enfin, l'utilisation de l'outil visuel permettait de guider l'entretien, tout en s'adaptant aux souhaits de chaque participante. Il avait un rôle de médiation entre la femme et l'enquêtrice. L'utilisation des vignettes émojis permettaient, tout particulièrement, de faciliter l'expression des émotions, parfois peu aisée par la parole. Cet outil a semblé plaisant pour les participantes, apportant une dimension ludique à la conversation.

Les entretiens ont été d'une richesse captivante. Les femmes se sont livrées avec une profonde authenticité, surprenant tant les participantes que l'étudiante en thèse et créant ainsi un moment de parole et d'écoute empreint d'une forte intensité émotionnelle.

2.1.6. A propos des ateliers

L'organisation des ateliers avait été pensée de manière à faciliter les échanges et l'écoute mutuelle. Ils avaient lieu dans la même salle que les entretiens, sur le lieu de vie des femmes, créant ainsi une continuité rassurante pour les participantes. La collation proposée contribuait à instaurer une atmosphère conviviale. Par ailleurs, les professionnelles de santé

se mêlaient aux participantes, dans le cercle mis en place pour l'atelier, afin de favoriser l'horizontalité dans les relations.

La dynamique de groupe s'est révélée positive et enrichissante. Le faible nombre de participantes a permis le partage de connaissances, de croyances ou d'expériences en santé, constituant un environnement d'apprentissage collaboratif. La diversité des profils a apporté un éventail de points de vue soulevant des interrogations, stimulant ainsi la réflexion critique et enrichissant les propositions en faveur de la santé. Cela a suscité des comportements d'empathie et de solidarité remarquables. La dimension groupale a également contribué à renforcer la motivation et à favoriser la responsabilisation.

La diversité des supports utilisés, à la fois informatifs et ludiques, a permis de captiver l'attention des participantes. Elle a également permis de s'adapter à la pluralité de leurs besoins, garantissant que chacun puisse être touché d'une manière ou d'une autre. Les outils déjà expérimentés lors des précédents cycles d'ateliers (abaque de Régnier, malette contraceptive, modélisations anatomiques en trois dimensions) ont démontré leur pertinence, dans un contexte différent. De nouveaux outils testés (photo-langage à propos de l'image corporelle, jeu du milk shake du plaisir) ont été appréciés et pourront être de nouveau proposés lors de prochains cycles d'ateliers.

Enfin, l'expérience d'animatrice de la directrice de thèse, qui avait déjà encadré deux cycles d'ateliers au sein de l'UGOMPS, a constitué un gage de qualité des échanges. Elle avait également bénéficié d'une formation quant à l'animation d'ateliers en santé au sein de l'unité PromES. De plus, l'étudiante en thèse, bénéficiait d'une formation et d'une expérience de sage-femme, constituant un atout significatif en ce qui concerne les sujets de santé féminine.

2.2. Limites

2.2.1. Aspects méthodologiques de l'étude qualitative

A propos de la suffisance des données

Pour ce travail, le nombre de participantes était préalablement limité à douze femmes. Ce chiffre correspond au nombre maximal de participantes fixé pour le bon déroulement des ateliers. Dans le souci de proposer les ateliers à toutes les femmes reçues en entretien, il a été décidé de ne pas inclure davantage de femmes pour l'étude qualitative. La suffisance des données n'a donc pas pu être garantie. Il semble, cependant, qu'aucune nouvelle thématique ne soit apparue lors des derniers entretiens.

Biais

L'enquêtrice s'était présentée en tant que médecin généraliste, cela a pu orienter certaines réponses des femmes et favoriser un biais de désirabilité sociale.

Par ailleurs, une des femmes avait été suivie médicalement par l'enquêtrice durant six mois lors d'un stage au sein de l'USMP de la Maison d'Arrêt de Nantes. Cette relation de soins préalable a pu influencer les réponses de cette participante.

2.2.2. Expérience de l'étudiante en thèse

Il s'agissait de la première expérience en recherche qualitative de l'étudiante en thèse, notamment à propos de la conduite d'entretiens semi-dirigés. Elle a cependant bénéficié

d'un apport théorique au travers du livre d'Initiation à la Recherche Qualitative en Santé proposé notamment par le Collège National des Généralistes Enseignants et avait suivi un enseignement de communication en santé, dans le cadre du D.E.S. de Médecine Générale.

2.2.3. Limites propres à la phase de diagnostic de situation

Défaut de participation

Quatre femmes ne se sont initialement pas présentées à l'entretien fixé par l'enquêtrice. Les participantes avaient pourtant été prévenues à l'avance de la date de l'entretien, par courrier, et celle-ci avait été programmée en fonction des disponibilités renseignées sur le coupon-réponse de participation. Les surveillantes pénitentiaires ont indiqué qu'elles n'avaient pas été mises au courant de la venue de l'enquêtrice pour les entretiens individuels et qu'elles n'avaient, de ce fait, pas communiqué oralement auprès des femmes à propos des entretiens. Un listing mentionnant le nom des participantes ainsi que leur date d'entretien leur avait pourtant été transmis par mail. Les entretiens ont été proposés une seconde fois à chacune de ces femmes. Deux femmes qui étaient occupées à d'autres activités la première fois, ont participé à l'entretien lors du deuxième appel. Deux femmes qui avaient refusé l'entretien la première fois, ont réitéré leur refus, sans explication.

Au total, deux femmes sur les douze initialement incluses n'ont pas participé à l'entretien. Elles n'ont, de ce fait, pas été conviées aux ateliers collectifs. La question de sélectionner deux autres femmes par tirage au sort, parmi celles qui n'avaient initialement pas été incluses, s'est posée mais cette option n'a pas été retenue. Le peu de temps disponible avant le début des ateliers, ainsi que les contraintes du contexte carcéral ralentissant significativement la communication entre l'enquêtrice et les participantes, n'ont pas été jugés compatibles avec l'inclusion de nouvelles patientes.

Le guide d'entretien

Par le biais de l'outil visuel, certaines thématiques étaient suggérées. L'enquêtrice faisait cependant preuve de souplesse et laissait libre cours au discours de chaque femme. Cette approche différait des méthodes classiquement utilisées en recherche qualitative en matière de conduite d'entretiens. Toutefois, il s'agissait d'un choix délibéré, se présentant comme une force, dans l'inspiration du bilan éducatif partagé réalisé dans le cadre de l'ETP.

Durée des entretiens et limites de l'environnement carcéral

Les entretiens individuels se sont avérés longs. La plupart des entretiens se sont étendus au-delà d'une heure et six entretiens sur dix ont duré au-delà d'une heure et trente minutes. Il est arrivé que les surveillantes pénitentiaires écourtent l'entretien, du fait d'une heure tardive approchant de l'heure de la distribution du repas. Dans ce cas, l'enquêtrice était contrainte d'interrompre le dialogue et de clôturer l'entretien par la partie concernant l'intérêt quant aux futurs ateliers. Cela a pu réduire la quantité de données à propos des thèmes abordés en dernier.

2.2.4. Limites propres aux ateliers

Défaut de participation et stabilité du groupe

Le groupe se composait de cinq à huit participantes. Il semble important de souligner que deux femmes n'y sont jamais venues. Malgré des absences, le groupe est resté plutôt stable, ce qui semble être un élément important pour le déroulement d'un atelier santé. [\(69\)](#)

Il est judicieux de réfléchir à ces absences : sont-elles liées au fait que la santé est considérée comme moins importante que d'autres activités, ou bien résultent-elles des contraintes du milieu carcéral empêchant la participation simultanée à certaines activités ? Le principal obstacle identifié à la participation aux ateliers, en amont de ceux-ci, était l'emploi du temps. Comme l'a souligné une femme lors de l'entretien individuel, la détention limite la possibilité de s'engager dans différentes activités. Pour certaines femmes qui travaillent ou sont inscrites à des activités régulières, il est risqué de perdre leur place en participant occasionnellement à une autre activité programmée au même moment. En cas de reconduction de ce projet, il semblerait pertinent de discuter des possibilités d'aménagement avec l'administration pénitentiaire.

Absence d'intervenant extérieur et de médiateur de santé

L'étudiante en thèse et la directrice de thèse ont assuré l'organisation et l'animation des ateliers. En effet, aucun intervenant extérieur ni médiateur en santé n'a été impliqué. Cela s'explique en grande partie par les difficultés d'accès à la prison des intervenants extérieurs. Le projet avait été présenté à Médecins du Monde, déjà actifs au sein de la prison, mais dans un rôle différent de celui de médiateur. La participation à ce projet ne correspondant pas à leur mission habituelle, ils ne sont pas intervenus.

Il est également important de souligner que le thème « droits des femmes », qui avait fait l'objet d'un franc succès lors du choix des thématiques, n'a pu être abordé en profondeur. L'intervention d'une juriste du Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) avait été envisagée mais n'a pu avoir lieu. Cette intervention méritera d'être programmée à l'avenir.

Enfin, il semblerait intéressant d'envisager un travail pluri-professionnel avec les professionnels exerçant au sein du SMPR.

Evaluation des ateliers

Aucune évaluation approfondie de la phase d'ateliers ou du projet dans son ensemble n'a été réalisée. Les feuilles d'évaluation rapide étaient principalement utilisées pour recueillir des impressions générales et obtenir des suggestions d'amélioration. Il serait intéressant de solliciter les avis des participantes à distance des ateliers pour savoir ce qu'elles en ont retiré.

3. Comparaison aux projets menés auprès d'autres populations

Le présent travail s'inscrit dans la continuité de trois précédents travaux de thèse [\(6–8\)](#). Le modèle associant les entretiens individuels et le cycle d'ateliers a été proposé à trois types de populations différentes : les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, les femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise, et maintenant, les femmes détenues. Il semble intéressant de comparer les résultats obtenus.

3.1. Des points communs

La santé semble être une préoccupation importante pour ces femmes. Les sources d'informations en matière de santé semblent similaires. Toutes rencontrent des difficultés dans la gestion de leur santé. Les femmes attendent les mêmes besoins de la part des

soignants : attention, écoute, empathie, respect, réassurance et absence de jugement. Dans chacune de ces populations, un tabou majeur entoure la santé sexuelle et reproductive.

Ces femmes ont également la caractéristique commune d'être ou d'avoir été à la fois entourées - au sein de leur communauté, par leur environnement culturel, par leurs proches - et à la fois isolées de la société ou du système de soin.

Concernant les connaissances, représentations et expériences en santé féminine, de nombreuses similitudes sont observées :

- **A propos des règles** : Elles sont principalement appréhendées à travers l'expérience. L'origine physiologique des règles ne semble pas maîtrisée. Les règles semblent perçues par toutes comme une signe de bonne santé, introduisant le statut de femme dans leur vie, et ayant une fonction de nettoyage du corps. Dans chaque population, certaines femmes trouvent cela sale et honteux.
- **A propos de la contraception** : Les femmes partagent les mêmes préoccupations et croyances à propos des effets secondaires ou du risque d'infertilité. Elles partagent cependant toutes une vision positive de la possibilité de réguler les naissances.
- **A propos des IST** : Il semble exister une croyance commune quant au fait que ces infections ne concernent que les personnes ayant un défaut d'hygiène ou ayant des partenaires occasionnels multiples.
- **A propos de la grossesse** : Malgré certaines expériences physiques ou psychologiquement difficiles, l'émotion dominante exprimée est positive. Peu de connaissances physiologiques sont avancées.
- **A propos de la sexualité** : Elle occupe une place importante dans la vie de toutes les femmes. Le tabou à ce propos les relie.
- **A propos de la violence** : Les trajectoires de toutes ces femmes sont fortement marquées par la violence.
- Chaque population de femmes a également souligné l'inégalité existante entre les hommes et les femmes.

Lors des ateliers, la trame de déroulé utilisée et plusieurs outils pédagogiques étaient communs. Pour chaque population, la dimension groupale a été un facteur essentiel du fonctionnement des ateliers. Enfin, le défaut de participation aux ateliers rendait compte des contraintes de vie particulières de chaque type de population ou de priorités autres, à ce moment de leurs vies.

3.2. Des différences

Ces trois populations se distinguent particulièrement par leurs contextes de vie, y compris leur environnement et leur culture. Cependant, la population des détenues se démarque par son caractère hétéroclite. En effet, alors que les populations de femmes migrantes et de femmes vivant dans un bidonville présentaient chacune une grande homogénéité culturelle, la population des détenues se caractérise par une diversité considérable, tant sur le plan social, culturel, éducatif, professionnel, marital ou encore juridique.

Ces différences de contexte ont un impact sur leur rapport aux soins. Les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et celles vivant dans un bidonville signalent des difficultés d'accès au soin en lien avec la couverture sociale ou le manque de connaissance du système de soin français. En revanche, les femmes détenues bénéficient toutes d'un

accès au soin en détention, et semblent avoir une certaine connaissance du système de soin avant leur incarcération.

Concernant les connaissances, représentations et expériences en santé féminine, certaines différences sont observées :

- **A propos du corps** : Les femmes détenues semblent détenir davantage de vocabulaire à propos des organes génitaux féminins. Cependant, tout comme pour les autres populations étudiées, ces notions ne semblent pas réellement être intégrées en termes de localisation et de fonctionnement.
- **A propos des règles** : Il semble exister une différence en matière d'utilisation des protections menstruelles. Alors que les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et celles vivant dans un bidonville n'utilisent que des serviettes, les femmes détenues sont familières avec les tampons et évoquent les protections menstruelles durables. Par ailleurs, les femmes détenues semblent particulièrement préoccupées par l'aménorrhée. Cela s'explique probablement par la prévalence de l'aménorrhée dans cette population, en lien avec le choc carcéral.
- **A propos de la contraception** : Seules les femmes détenues évoquent le caractère non naturel des contraceptions hormonales. De plus, l'opinion du conjoint au sujet de la contraception semble varier en fonction des populations. Celle-ci semble bien accueillie par les conjoints des femmes vivant dans un bidonville et plutôt mal accueillie par les conjoints des femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Les femmes détenues ne se sont pas exprimées à ce sujet.
- **A propos des IST** : Elles sont plus fréquemment évoquées par les femmes détenues. Celle-ci identifient le préservatif comme le moyen de protection des IST.
- **A propos des cancers féminins** : Les dépistages des cancers ont peu été abordés par les femmes vivant dans un bidonville et jamais par les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Même si leurs connaissances semblent fragiles et parfois erronées à ce sujet, les femmes détenues y semblent plus sensibilisées.
- **A propos de la grossesse** : La population des femmes détenues semble se démarquer par des expériences obstétricales particulièrement difficiles et parfois violentes. Beaucoup ont vécu des fausses couches, parfois compliquées. Certaines ont dû faire face à des dénis de grossesse, à des interruptions médicales de grossesse et à des naissances prématurées. Par ailleurs, elles étaient globalement plus âgées et avaient ainsi davantage de recul concernant leurs expériences en lien avec la maternité.
- **A propos de la sexualité** : La notion de plaisir et de besoin physiologique en lien avec la sexualité est évoquée par les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et les détenues. Cette dimension n'apparaît pas chez les femmes vivant dans un bidonville. Par ailleurs, la sexualité de certaines des femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne pouvait être impactée par l'excision.
- **A propos de l'estime de soi** : L'estime de soi de femmes détenues semble être davantage affectée que dans les autres populations.
- **A propos de la place de la femme dans la société** : Les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et les femmes vivant dans un bidonville semblent principalement définies par leur rôle de mère et de femme au foyer. L'importance de la famille qu'elles ont construite est cruciale. Cette dimension semble moins évidente dans les discours des femmes détenues.

Le choix des thématiques pour les ateliers présentait également quelques distinctions. Les femmes détenues ont peu choisi le thème de la grossesse, alors qu'il a été choisi en premier par les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et les femmes vivant dans un bidonville. Les thèmes de l'estime de soi et du droit des femmes ont moins séduit ces dernières, alors qu'ils ont été les premiers choisis parmi les femmes détenues.

Il semble important de préciser que le projet mené auprès des femmes vivant dans un bidonville a permis d'inclure des femmes non francophones. Une interprète a ainsi participé aux entretiens individuels et aux ateliers. Chez les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et celles détenues, le projet était fermé aux femmes non francophones.

Concernant les ateliers, le lieu de déroulement était différent : l'un dans un service médical, l'autre directement sur le lieu de vie des femmes, l'autre encore dans une salle réservée aux activités de santé de l'unité sanitaire, mais sur le lieu de vie des femmes.

Les ateliers menés auprès des femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et des femmes vivant dans un bidonville ont bénéficié de l'intervention de différents professionnels extérieurs au projet initial (sage-femme, gynécologue, infirmière, socio-esthéticienne ou encore juriste). Les ateliers étaient également marqués par la présence d'un médiateur en santé, facilitant les échanges entre les animatrices et les participantes. Ce n'était pas le cas pour les ateliers menés en détention.

3.3. Adaptabilité et reproductibilité du projet

Malgré les importantes différences de contextes de vie, de cultures et d'expériences personnelles, toutes les participantes partagent une réalité fondamentale : elles sont des femmes, formant ainsi une unité. Cette dimension de leur identité transcende les frontières culturelles et sociales pour se manifester dans leurs préoccupations communes en matière de santé et de bien-être. Cette unité fondamentale constitue la base de ce projet.

Par le présent travail, se profile à nouveau la capacité à mettre en œuvre le projet avec succès, auprès de différentes populations et dans divers contextes. Il présente l'originalité de faire ses preuves auprès d'une population plus diversifiée sur le plan socio-culturel que chacune des deux précédentes populations, et réunit des femmes par leur expérience féminine et carcérale.

Les entretiens individuels semblent jouer un rôle clé dans la collecte de données pertinentes pour adapter le projet à chaque population. Les similitudes et les différences observées à propos des connaissances, des représentations, des expériences et des besoins des différentes populations, mettent en évidence la pertinence de l'approche globale pour aborder les questions de santé féminine.

La personnalisation des ateliers en fonction des intérêts des participantes, l'adaptation des intervenants en fonction du contexte de vie, et l'ouverture à travailler auprès de femmes isolées de la société démontrent l'adaptabilité et la reproductibilité du projet.

4. Place du diagnostic de situation

4.1. Une démarche comparable à celle de l'éducation thérapeutique

Ce projet semble présenter des objectifs communs avec la démarche d'ETP. En effet, les objectifs de l'ETP sont d'améliorer la santé du patient et sa qualité de vie, en lui permettant

notamment d'acquérir ou de mobiliser des compétences d'adaptation (70). Celles-ci correspondent à des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques permettant aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. L'ETP se planifie en quatre étapes : l'élaboration d'un diagnostic éducatif, la définition d'un programme personnalisé d'ETP, la mise en œuvre de séances individuelles et/ou collectives et la réalisation d'une évaluation des compétences acquises.

La Haute autorité de santé (HAS) précise que l'étape de diagnostic éducatif est « indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et de ses attentes » (71). Dans la continuité de cette comparaison et afin de répondre aux objectifs d'identification des besoins et des représentations en santé de la femme, la phase de diagnostic de situation s'avère être d'une importance capitale.

Dans le centre référent de réhabilitation psychosociale de Dijon, un programme d'ETP à la santé sexuelle et affective intitulé « Toi Emoi ! » est offert aux jeunes de 15 à 25 ans souffrant de diverses affections psychiatriques. Cette démarche présente des similitudes remarquables avec celle de ce travail, à l'exception de la phase de bilan individuel menée à la fin du programme. Cet exemple confirme la proximité entre ces deux approches (72).

4.2. Fonction thérapeutique de l'entretien individuel

Le but premier de l'entretien était de réaliser un diagnostic de situation, correspondant à une étude qualitative visant à identifier les besoins et les représentations en santé de la femme. Cependant, force est de constater, au vu de la richesse des entretiens, qu'ils ont probablement aussi eu une réelle fonction thérapeutique en tant que tel, comme espace d'écoute pour les femmes. La plupart du temps, les femmes ont exprimé leur gratitude à la clôture de l'entretien.

Ce guide avait été initialement conçu pour un public de femmes migrantes peu à l'aise avec la langue française et peu habitué à s'exprimer à propos de telles thématiques. Pour le présent travail, l'ensemble des femmes maîtrisaient parfaitement la langue française, ce qui a considérablement facilité la communication. Elles étaient nombreuses à partager des réflexions introspectives sur les différentes étapes de leur vie en tant que femmes. De plus, certaines d'entre elles ressentaient un besoin évident de s'exprimer, tant sur leur affaire judiciaire que sur les défis auxquels elles étaient confrontées au quotidien en détention.

Un pédagogue français, Pierre Dominicé, s'est intéressé au sujet de l'écoute dans le cadre de la santé. Il souligne que donner la parole aux patients peut être thérapeutique et que leurs récits sur leur expérience de la maladie peuvent enrichir la connaissance médicale. Il insiste sur l'importance de former les professionnels de la santé à l'écoute du patient, pour faciliter l'expression de leurs souffrances souvent cachées dans la sphère privée (73).

Par ailleurs, « Docteur Écoutez! », un livre publié en 2016 par deux médecins françaises, dénonce un manque de conviction des soignants quant aux bénéfices de l'écoute pour le patient, lui permettant d'être soulagé, compris et accompagné. Elles évoquent l'écoute comme un réel acte médical ayant des effets à toutes les étapes de la prise en charge (74).

4.3. Limite du temps et pistes d'aménagement

En raison de la richesse substantielle des entretiens, leur réalisation, leur retranscription et leur analyse en vue de la préparation des ateliers ont nécessité un investissement de temps considérable. Cette problématique avait déjà été évoquée lors des précédentes thèses.

Afin de prendre en compte cette contrainte temporelle, il a été suggéré de conduire cette phase de diagnostic de situation sous la forme d'un focus-group (7.8). Le focus-group est un autre type d'entretien utilisé en recherche qualitative, impliquant un groupe de discussion. Il favorise les interactions entre les participants, encourage les débats et les argumentations, et vise à faire émerger des idées. Cette approche nécessite la participation d'un groupe de personnes (idéalement entre six et dix), un modérateur et un observateur. Ce type d'entretien devrait être mis à l'épreuve avant d'être généralisé dans le cadre de ce projet. En effet, plusieurs aspects inhérents à cette méthode semblent limitants :

- A propos du recueil de données : Il peut exister une réticence à exprimer des idées personnelles en public, surtout lorsque des sujets délicats tels que la sexualité sont abordés. À plusieurs reprises, certaines femmes ont exprimé leur préoccupation lors des entretiens, veillant à ce que les informations confidentielles ne soient pas partagées lors des ateliers collectifs. Par ailleurs, selon un article publié dans la revue du praticien (75), cette méthode peut s'avérer inappropriée pour le recueil de données sensibles susceptibles de porter préjudice si elles sont partagées au sein d'un groupe. Lors des entretiens en détention, des éléments liés aux procès judiciaires ont parfois été évoqués, en relation directe avec certains aspects de la santé féminine. Ce type de partage semble moins adapté dans un contexte de groupe, notamment en raison de la confidentialité. De plus, en groupe, les participants peuvent parfois rester dans les idées considérées comme « socio-culturellement correctes » et il peut se créer des normes de groupe entravant l'expression de certains participants (76).
- Le caractère collectif de ce type d'entretien ne permettrait probablement pas de remplir aussi efficacement le rôle de création d'un lien de confiance avec l'enquêtrice, ni de créer un moment thérapeutique pour les participantes, comme évoqué précédemment.

Une autre possibilité serait d'adapter le guide d'entretien individuel tout en veillant à préserver l'approche globale. Certaines questions concernant le rapport à la santé et aux soins ainsi que celles concernant l'intérêt pour les ateliers pourraient être retirées. Dans le guide visuel, il pourrait être envisagé de proposer à la participante de faire une sélection de vignettes qu'elle souhaite traiter, avant de commencer à en parler.

Enfin, cette phase de diagnostic de situation pourrait être déléguée à des professionnels paramédicaux tels que des infirmiers. Il semble, en effet, que la présence d'un médecin ne soit pas forcément indispensable. Dans la continuité de la comparaison avec l'ETP, celle-ci constitue une mission à part des infirmiers (77). Pour faciliter l'appropriation de l'outil visuel utilisé lors de l'entretien par de nouveaux utilisateurs, il serait judicieux de fournir une notice explicative. Une ébauche réalisée par une étudiante en médecine stagiaire de l'unité PromES est disponible en Annexe 15.

4.4. Limite de l'implication du professionnel

L'exposition aux récits de vie, souvent marqués par la violence, ne doit pas être sous-estimée. De plus, la posture adoptée par l'enquêtrice diffère de celle d'un médecin en consultation. En effet, l'absence de tenue vestimentaire conventionnelle de soignant, l'absence de bureau comme barrière entre l'enquêtrice et la participante, ainsi que la durée prolongée des discussions favorisent la proximité, permettant le développement d'un lien de confiance, mais également une certaine implication émotionnelle de l'enquêtrice. Cette posture pourrait évoquer par moment celle d'un psychologue. Cependant, la personne réalisant ces entretiens n'a pas de formation en psychologie et ne bénéficie pas d'une supervision officielle. Une piste à envisager serait la mise en place d'un temps de formation à ce sujet avant les entretiens, ainsi qu'un temps de supervision à l'issue des entretiens.

4.5. Question de l'ouverture des ateliers

La question s'est posée, dans le cadre des précédentes thèses, d'ouvrir l'accès aux ateliers à des femmes issues de la même population, mais n'ayant pas pris part à la phase initiale individuelle. Cela sous-tend deux considérations : d'une part, certaines femmes ne bénéficieraient pas des avantages de la phase de diagnostic de situation, et d'autre part, le groupe s'en trouverait agrandi.

Proposer un atelier de qualité avec un groupe plus important semble difficile. Il serait compliqué d'offrir un espace de parole à chacun, mais aussi un espace d'écoute. En effet, il semble évident que plus le groupe est grand, plus le risque de dispersion et de perte de concentration et d'écoute augmente. Par ailleurs, le caractère fermé du groupe permet de renforcer davantage la cohésion et l'engagement envers le groupe, consolidant ainsi la notion de fidélité à ce dernier.

Pour toucher un plus grand nombre de femmes, il semblerait plus intéressant de proposer l'ouverture du projet dans sa globalité à davantage de femmes et de constituer plusieurs groupes d'ateliers.

5. Pérenniser ce projet

Compte tenu de la reproductibilité, l'adaptabilité et les aspects positifs émanant de ce projet, il semble intéressant de le pérenniser.

5.1. En détention

5.1.1. Une approche adaptée

Cette présente expérience semble correspondre parfaitement aux préconisations des politiques de santé en termes de promotion de la santé en détention. Dans ce contexte de rupture avec l'environnement habituel, les échanges, que ce soit lors des entretiens individuels ou des ateliers, semblent avoir permis de susciter des prises de conscience concernant le corps et la santé. La répétition de telles actions pourra favoriser des changements d'habitudes.

L'importance de la phase de diagnostic de situation est soulignée à nouveau, en particulier auprès de cette population. L'OMS précise en effet dans son document à propos de la santé des femmes en milieu carcéral que « Tout plan de santé personnel doit comprendre un dépistage rigoureux, complet et détaillé, avec examen du contexte socioéconomique et des

antécédents scolaires, du dossier médical et des traumatismes passés, de l'état de santé du moment, ainsi qu'une évaluation des aptitudes acquises ou nécessaires, de manière à définir les besoins de chacune et de pouvoir tenter d'y répondre comme il se doit » [\(27\)](#).

5.1.2. Limites des contraintes carcérales

Ce projet a mis en évidence la complexité à laquelle les soignants sont confrontés lors de la mise en place d'initiatives de promotion de la santé en milieu carcéral.

En effet, bien que le Code Pénitentiaire [\(33\)](#) affirme la qualité et la continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population, les contraintes imposées par le cadre carcéral rendent indéniablement plus difficile la réalisation de ce type d'actions.

En effet, la réalisation de toute rencontre impliquant des détenues nécessite l'approbation des autorités pénitentiaires. De plus, la communication avec les détenues se limitant au courrier, la proposition et la planification d'actions sont laborieuses. Ainsi, l'organisation est dépendante des surveillantes pénitentiaires, peu ou pas informées de ces projets, pouvant apparaître tant comme de grandes facilitatrices, que comme des freins au transfert d'informations.

Par ailleurs, le frein principal à la participation aux ateliers était représenté par les contraintes d'emploi du temps exigées par le cadre carcéral. Enfin, le matériel électronique disponible en détention ne semble pas toujours adapté. La difficulté de faire entrer ce type de dispositifs au sein de la détention, limite parfois la variété des supports utilisés lors des ateliers et doit être anticipée.

Une amélioration possible serait de sensibiliser les dirigeants et les surveillants pénitentiaires à l'importance de la promotion de la santé en détention. Une approche intéressante pourrait consister à leur présenter les résultats de ce travail et à envisager leur participation active à l'organisation d'une initiative similaire.

Enfin, l'observatoire international des prisons (OIP), une association agissant pour le respect des droits de l'homme en milieu carcéral, déplore que les projets de promotion de la santé restent principalement cantonnés à l'échelle locale, ne bénéficiant ainsi qu'à un nombre limité de détenus. La généralisation et l'uniformisation de ces initiatives se font attendre. Aussi, la nécessité de favoriser la participation des personnes détenues à la définition des projets est soulevée [\(78\)](#).

5.1.3. Perspectives quant à ce projet

Favoriser la démarche communautaire

La notion de communauté est définie par l'OMS comme « un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des aspirations et des intérêts identiques, y compris en matière de santé » [\(11\)](#).

La santé communautaire constitue une stratégie clé au sein des initiatives de promotion de la santé. Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane

d'experts ou non, internes ou externes à la communauté » [\(79\)](#). Cela correspond tout à fait à la démarche entreprise pour ce projet.

Ainsi, la répétition de ce type d'actions semble essentielle. Cela requiert la reconnaissance et l'acceptation des femmes quant à leur appartenance à la communauté des détenues.

Mobilisation des femmes détenues et co-construction

Donner un rôle actif aux femmes en participant à de tels ateliers semble être une démarche valorisante et pertinente pour elles. En effet, selon la charte d'Ottawa, « la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies. » L'implication des femmes dans la conception d'un prochain cycle d'ateliers pourrait donner encore plus de sens à l'ensemble du processus.

Dans la continuité de ce qui a été entrepris pour ce travail, il semblerait pertinent que cette co-construction puisse se faire par le biais du collectif des Pluri'Elles, véritable pivot entre les femmes détenues et les personnels sanitaires et pénitentiaires. Dans son programme de promotion de la santé à la MAF, Médecins du Monde expérimente l'autonomisation des Pluri'Elles. L'évaluation intermédiaire de ce programme souligne l'importance pour le collectif de disposer, d'une part, d'un espace de parole auprès de l'administration pénitentiaire, et d'autre part, d'un intervenant extérieur tel que Médecins du Monde, chargé de garantir l'approche communautaire [\(51\)](#). Il est essentiel de maintenir la vitalité de ce collectif en favorisant les réunions et en sensibilisant et intégrant d'autres femmes. En effet, dans le milieu carcéral, le groupe peut rapidement évoluer en raison de libérations ou de transferts d'établissements pénitentiaires.

Dans une prison canadienne, une initiative repousse les limites de l'approche actuelle en impliquant des femmes détenues en tant que chercheuses pour examiner les objectifs de santé des détenues. Ce projet semble avoir grandement favorisé l'estime de soi et la confiance dans la capacité à initier des changements pour améliorer la santé [\(80\)](#).

Notion de femmes pairs

Certaines femmes pourraient également endosser le rôle de « femmes pairs ». Leur expérience des ateliers et leur expérience de femme détenue permettrait de leur conférer ce rôle lors de prochains cycles d'ateliers. L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance, provenant d'expériences communes, entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. La dynamique d'intervention est construite entre autres grâce à la proximité entre pair et communauté cible de l'intervention [\(81\)](#).

Une autre possibilité, avancée dans le document de Stratégie Santé des personnes placées sous main de justice serait de permettre l'implication de femmes libérées qui seraient prêtes à retourner en prison en tant que patientes pairs bénévoles, ce qui n'est pas possible pour l'instant sur le plan réglementaire [\(82\)](#).

A titre d'exemple, La Clinique des Quatre-Saisons située à Marseille, a mis en place depuis quelques mois un dispositif de pair-aidance, afin d'améliorer la prise en charge et la réhabilitation des patients suivis en psychiatrie. D'anciens patients, formés au soutien et au travail au réseau, interviennent auprès des malades. Par le biais de leur savoir et de leur

expérience, ils complètent l'offre de soin et proposent une perspective de rétablissement par l'inclusion sociale (83).

Retour d'expérience auprès des détenues

Il semble essentiel, suite à l'implication des femmes dans ce projet, de leur transmettre un retour. Cela permettra de les informer des conclusions de ce travail, de les valoriser et de leur proposer d'être davantage impliquées lors d'un prochain projet. Une présentation orale par l'étudiante en thèse est envisagée à l'issue de la soutenance de la thèse. Une communication du manuscrit pourrait être proposée pour les femmes ayant été libérées ou transférées dans un autre établissement pénitentiaire.

Diffusion d'un document écrit

Les femmes ont proposé qu'un document écrit résumant les concepts abordés lors des ateliers soit créé. Cette proposition semble particulièrement pertinente, et contribuerait, par la diversité des supports, à améliorer la littératie en santé.

5.1.4. Autres perspectives

Étant donné que les femmes détenues semblent souffrir d'une baisse de l'estime de soi et de l'image de soi, une idée a émergé. Un travail sur la perception du corps et de l'image, en collaboration avec un photographe expérimenté serait intéressant. À titre d'inspiration, à la Maison d'Arrêt de Villepinte, un photographe et un artiste plasticien ont animé durant sept séances un travail sur l'image de soi (84).

Par ailleurs, lors des discussions à propos de la sexualité, diverses propositions ont été suggérées. La mise à disposition d'une salle adaptée à la sexualité, notamment pour les moments en solitaire, ou encore l'inclusion de sex-toys dans les listes de « cantine » sont des idées qui méritent d'être examinées.

Enfin, la mise en place d'un projet relatif à la santé sexuelle et reproductive des hommes serait également intéressante. En raison de leur nombre bien plus élevé que celui des femmes, le modèle actuel s'avère complexe, et il serait pertinent d'envisager une adaptation. Des ateliers organisés par des associations extérieures et portant sur d'autres thématiques ont déjà eu lieu de manière ponctuelle au sein de la Maison d'Arrêt des Hommes.

5.1.5. Communication autour de cette recherche

Peu de littérature est disponible à propos des actions de promotion de la santé en détention. Il semble exister des initiatives locales, parfois connues des personnels des différentes unités sanitaires par le bouche à oreille, mais peu d'entre-elles font l'objet de projets de recherche et donc de publications.

Communiquer à propos de telles actions permettrait de partager des pratiques prometteuses, d'échanger des idées, et de susciter un intérêt plus large pour l'amélioration de la santé en milieu carcéral. Cela contribuerait également à renforcer la recherche et à développer des programmes de promotion de la santé mieux documentés et plus efficaces.

5.2. Vers d'autres horizons

5.2.1. Proposer ce projet dans d'autres milieux de soins

Avant de considérer l'expansion de ce projet vers de nouveaux horizons, il est crucial de souligner que la mise en place de telles initiatives, alignées sur les objectifs de promotion de la santé, nécessite des ressources financières indispensables. Le financement concerne la formation des professionnels, la rémunération de leur temps d'engagement, ainsi que l'acquisition d'outils et de supports de qualité.

Dans une démarche de réduction des inégalités sociales de santé, il pourrait être imaginé de proposer ce projet dans d'autres contextes de soin.

- La mise en place du projet dans un service de psychiatrie du CHU de Nantes a été tentée, mais s'est révélée être un échec en raison du manque de temps et de personnel.
- En dehors du cadre d'un service hospitalier, le CHU propose divers ateliers aux usagers et professionnels, portant sur des thématiques de santé [\(85\)](#), notamment par le biais de l'unité ProMES. Il pourrait être envisagé de proposer la thématique de la santé sexuelle et reproductive féminine.
- Il pourrait également être imaginé que ce type de projet soit mené au sein d'associations s'adressant au public féminin.
- Enfin, expérimenter ce type de projet au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles semble être une idée intéressante. Ces établissements, regroupant diverses professions de santé sous un même toit, semblent constituer un cadre idéal pour la mise en place d'initiatives coordonnées de promotion et d'éducation en matière de santé. La question du financement de telles actions représente un défi, mais l'étude de la faisabilité d'un tel projet serait tout à fait pertinente.

5.2.3. Place des femmes transgenres

Ce projet axé sur la santé des femmes n'a pas encore inclus la participation de personnes transgenres. Cela semble être un sujet pertinent à explorer.

Selon l'OMS, le genre est différent du sexe biologique, bien qu'il y soit lié. Il réfère aux rôles, aux comportements et aux attentes associés à ce que la société considère comme approprié pour les femmes et les hommes [\(86\)](#). Le sexe correspond à une réalité biologique - génétique, hormonale, cellulaire, organique - tandis que le genre est culturellement appris [\(87\)](#). Dans un rapport publié en 2020, le Haut Comité pour l'Égalité entre les femmes et les hommes met en lumière l'impact du genre sur la santé [\(88\)](#). En effet, les différences de santé entre les femmes et les hommes résultent d'interactions complexes entre des facteurs biologiques mais aussi socioculturels et économiques. L'influence du genre est un facteur d'inégalité de santé entre les femmes et les hommes. Ce rapport souligne l'importance de prendre en compte le sexe, mais aussi le genre afin de favoriser l'égalité en matière de santé.

Les personnes transgenres, qui font l'expérience d'un sexe biologique non aligné avec l'identité de genre, peuvent faire d'autant plus face aux inégalités de santé, mais aussi à la stigmatisation, à la discrimination, ou à l'exclusion. Dans ce contexte, des actions de promotion de la santé regroupant des publics transgenres semblent exister. Cependant, il

n'existe pas de littérature quant à la place des femmes transgenres au sein d'une action de promotion de la santé féminine.

Dans un sens, en raison de l'impact significatif du genre sur la santé, l'ouverture de ce type de projet aux femmes transgenres est une perspective intéressante. Cette initiative favoriserait l'inclusivité, en reconnaissant pleinement la diversité des expériences féminines. Toutefois, il est tout aussi crucial de prendre en considération que les besoins de santé, notamment ceux directement liés aux organes génitaux, pourraient différer. La question de la facilitation de la communication au sein d'un groupe composé de femmes cisgenres et de femmes transgenres peut également être soulevée.

Avant de planifier un tel projet, il semble évident qu'une évaluation des besoins spécifiques des femmes transgenres doit être réalisée et comparée à ceux des femmes cisgenres. Bien que certaines thématiques puissent être partagées, il est possible que d'autres s'avèrent plus spécifiques et, par conséquent, moins adaptées à un groupe mixte.

CONCLUSION

Ce travail de recherche, centré sur la promotion de la santé carcérale féminine, se distingue par son caractère innovant. Il a donné une voix à une population minoritaire, vulnérable et souvent dépourvue d'autonomie en matière de santé. S'inscrivant dans le moment particulier de la détention, où le temps semble suspendu et propice à prendre soin de soi, ce travail de recherche a favorisé la prise de conscience et initié la réflexion quant à d'éventuels changements de comportement en faveur de la santé

Cette approche globale a permis d'explorer en profondeur la réalité de ces femmes en détention, révélant ainsi la variété de leurs besoins en matière de santé. Cette étude a mis en lumière la fragilité de leurs connaissances, mettant en évidence la nécessité de les renforcer, de déconstruire certaines croyances, et surtout de développer des compétences pour renforcer leur capacité à agir positivement pour leur santé.

L'entretien individuel, au-delà de son objectif initial de collecte de données, a créé un espace inattendu d'expression et d'écoute, établissant ainsi un lien de confiance propice au déroulement des ateliers. Il a révélé une fonction thérapeutique essentielle pour les participantes. Les ateliers ont ensuite permis, dans une démarche de santé communautaire, l'appropriation du corps et de la santé, le développement d'un savoir être et d'un savoir faire, tout en favorisant l'estime de soi et la confiance en soi.

L'originalité de ce projet réside dans son engagement à intégrer un collectif de femmes détenues, les Pluri'Elles, dans la conception du projet. Cette démarche a ouvert la voie à une éducation par les pairs, renforçant ainsi leur rôle de référentes au sein de la communauté carcérale féminine, source de valorisation et en sensibilisant davantage les autres femmes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire.

Ce travail, s'inscrivant dans la continuité des projets menés auprès des femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et des femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise, met en lumière que malgré leurs différences, ces femmes partagent une unité dans leurs besoins et préoccupations en matière de santé. La capacité d'adaptation et de reproduction du projet auprès de ces populations souligne son potentiel à être pérennisé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des affaires sociales et de la santé. Femme & Santé : feuille de route 2016. [Internet]. 2016 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/femmes_et_sante.pdf
2. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021 - 2024. [Internet]. 2021 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
3. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE). La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. 2017 [cité le 22 sept 2023]. Disponible sur: https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf-2.pdf
4. Organisation Mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé : rapport du Directeur général. [Internet]. 2021 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/359798>
5. Ministère des solidarités et de la santé. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2019 [cité 22 sept 2023]. Prise en charge sanitaire. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf
6. Dambrune C, Toulemonde A. Création d'un atelier en santé de la femme au sein de l'unité de gynécologie-obstétrique-médecine-psycho-sociale de Nantes: étude qualitative menée auprès de patientes de l'UGOMPS et mise en place d'un cycle de quatre séances [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Université de Nantes ; 2021. [cité le 22 sept 2023]. Disponible sur : <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=9741f6be-ea94-49d2-8eb5-a05bfe79ca6b>
7. Decroo J. Évaluation des ateliers en Santé de la Femme ayant place à l'unité de gynécologie-obstétrique-médecine-psycho sociale au CHU de Nantes: étude mixte qualitative et quantitative réalisées auprès des patientes de l'UGOMPS [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Université de Nantes ; 2023. [cité le 22 sept 2023]. Disponible sur : <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN271082178>
8. Maigne E, Rouxel C. Expérimentation d'ateliers en santé de la femme en démarche d'aller-vers dans un bidonville de l'agglomération nantaise [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Université de Nantes ; 2023. 125p.
9. Clément P, Carvalho GS. Les conceptions d'enseignants de 31 pays sur la santé, entre approches biomédicale et socio-écologique. RDST Rech En Didact Sci Technol. 2017 ; 16 : 33-56. <https://doi.org/10.4000/rdst.1545>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'OMS [Internet]. 1946 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>
11. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé : Charte d'Ottawa. [Internet]. 1986 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
12. Organisation Mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la Santé [Internet].

- 1999 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Santé et Service sociaux du Québec. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - Résultat d'une réflexion commune [Internet]. 2010 [cité le 22 sept 2023]. Disponible sur:
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf>
 14. Santé Publique France. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. 2021 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur:
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
 15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche du DREES 2015-2016 [Internet]. 2015 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur:
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
 16. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales [Internet]. 2022 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
 17. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Loi de modernisation du système de santé [Internet]. 2016 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
 18. WRESINSKI J. Conseil économique et social. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la République française ; 1987. 113p.
 19. Haut Conseil de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. 1998 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur:
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=15>
 20. Vie Publique - République française. Prison [Internet]. 2022. [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/fiches/prison>
 21. Observatoire international des prisons. Les prisons pour femmes [Internet]. 2020 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/infographie/les-prisons-pour-femmes/>
 22. République française. Code pénitentiaire - Chapitre V (articles R235-1 à R235-12) [Internet]. Légifrance du 18 octobre 2023. [cité le 18 octobre 2023] Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488702/#LEGISCTA000045493070
 23. Ministère de la Justice. Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée | Ministère de la justice pour l'année 2023 [Internet]. 2023 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur:
<https://www.justice.gouv.fr/statistiques-mensuelles-population-detenu-ecrouee-11>
 24. Ministère de la Justice. Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 - 2020 [Internet]. 2023 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur:
https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/PPSMJ_2022_v

f.pdf?fbclid=IwAR3T0UzW1Texr7QrARrbAK2yPqSPRVi9830-ppzYLSdfdoQRxkLPWq-jczU

25. Gastone R. Étude médico-sociale des femmes incarcérées à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en 2000 et 2001. *Santé Publique*. 2003;15(2):133-59.
<https://doi.org/10.3917/spub.032.0133>
26. Ministère de la Justice. Population écrouée/détenue [Internet]. 2023 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/population-ecroueedetenue>
27. Organisation Mondiale de la Santé. La santé des femmes en milieu carcéral [Internet]. 2009 [cité le 26 septembre 2023]. Disponible sur :
https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_EURO_UNODC_2009_Womens_health_in_prison_correcting_gender_inequity-FR.pdf
28. Observatoire International des Prisons. Femmes détenues : les oubliées [Internet]. 2020 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur :
<https://oip.org/analyse/femmes-detenees-les-oubliees/>
29. Sénat. Soigner les détenus : des dépenses sous observation [Internet]. 2017 [cité 25 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-682/r16-682.html>
30. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003 [Internet]. 2005 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er386.pdf>
31. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La santé des femmes en France [Internet]. 2009 [cité le 27 sept 2023]. Disponible sur:
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/sante_femmes_2009.pdf
32. République française. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale [Internet]. Légifrance du 27 septembre 2023. [cité le 27 sept 2023]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000728979>
33. République française. Code pénitentiaire - Chapitre II: accès aux soins (Articles L322-1 à L322-13) [Internet]. Légifrance du 22 octobre 2023. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045478607/
34. République française. Code pénitentiaire - Livre III : droits et obligations des personnes détenues. [Internet]. Légifrance du 14 octobre 2023. [cité 14 oct 2023]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488754/#LEGISCTA000045493018
35. European Court of Human Rights : Convention européenne des droits de l'homme [Internet]. 1953 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur:
https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Simplified_Conv_FRA
36. Observatoire international des prisons. Prisons pour femmes : la double peine [Internet]. 2020 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur:

<https://oip.org/analyse/prisons-pour-femmes-la-double-peine/>

37. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
38. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 [Internet]. 2017 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
39. Organisation Mondiale de la Santé. Santé des Femmes [Internet]. 2018 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
40. Haut Conseil de Santé Publique. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. 2016 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
41. Lannes S. Quelles sont les connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur anatomie et leur physiologie féminine : Étude quantitative réalisée en 2020-2021 dans l'agglomération du Havre [Internet] [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. [Rouen, France]. UFR de Santé de Rouen Normandie ; 2021 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03336281>
42. Blanchard F. Étude sur les connaissances et opinions à propos des moyens contraceptifs chez 305 femmes au centre d'orthogénie de Saint-Paul, île de La Réunion, en 2013 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] : Université Bordeaux 2; 2013 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00956383>
43. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2022 [cité le 28 sept 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
44. Institut de Veille Sanitaire. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [Internet]. 2014 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: http://www.antoniocasella.eu/salute/sante_personnes_detenues_juin2014.pdf
45. Huet G. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi pénitentiaire. Assemblée nationale ; 2009. N°1900.
46. Organisation mondiale de la Santé. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? [Internet]. 2006 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur : https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2009/10/evidenceempowerment_oms_irepsbretagne1.pdf
47. Lamour P, LeHélias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P. Qu'est-ce qu'un atelier santé ? Santé Publique [Internet]. 2005 ;17(1):121-3 [cité le 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-121.htm>
48. Amsellem-Mainguy Y. Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? Cah L'action. [Internet] 2014 [cité le 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2014-3-page-9.htm>

49. Lemonnier F, Le Grand É. Éducation populaire et éducation pour la santé par les pairs, des liens intrinsèques. Cah L'action [Internet]. 2014 [cité le 29 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2014-3-page-17.htm>
50. Fondation Médecins du Monde. Programme expérimental en milieu carcéral à Nantes : focus sur les ateliers collectifs [Internet]. 2018 [cité le 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://fondation-medecinsdumonde.org/wp-content/uploads/2018/09/MDMRapportfinal-ELG.pdf>
51. Valyi S. Médecins du Monde. Rapport d'évaluation du Programme de promotion de la santé en milieu carcéral à la Maison d'Arrêt des femmes à Nantes. 2021. 64p.
52. Santé Publique France. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. 2021[cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>
53. Kojchen L. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction : étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France] : Université de Bordeaux ; 2015 [cité le 29 Sept]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229816>
54. Santé Publique France. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
55. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale [Internet]. 2023 [cité le 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/une-personne-sur-dix-eprouve-des-difficultes>
56. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
57. Santé Publique France. Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible [Internet]. 2021 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible>
58. Dumard V. Impact ressenti de la détention sur la santé des personnes incarcérées à la Maison d'Arrêt de Nantes et attentes vis à vis du médecin généraliste à la sortie de l'incarcération [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Université de Nantes. Faculté de médecine ; 2022 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=3893ed09-637f-4316-954c-61922d3e8a35>
59. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport thématique : l'arrivée dans les lieux de privation de liberté. [Internet]. 2022 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur:

https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/12/2021_Rapport-Larrive%CC%81e-dans-les-lieux-de-privation-de-liberte%CC%81_Dossier-de-presse.pdf

60. Santé Publique France. Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité [Internet]. 2016 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides/suicides-et-autres-deces-en-milieu-carceral-en-france-entre-2000-et-2010.-apport-d-es-certificats-de-deces-dans-la-connaissance-et-le-suivi-de-la-mo>
61. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Les femmes en prison [Internet]. 2018 [cité 21 oct 2023]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/168077ff15>
62. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. 2002 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf?sequence=1
63. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. 2010 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360649/fr/projet-de-grossesse-informations-messages-de-prevention-examens-a-proposer
64. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rouen, France] : Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340692/document?fbclid=IwAR1KZLDIk-gpCIP3Lb07_Mvbh51yngz9S-7DxapVsnVPQ2H2suBadjyOYC8
65. Coutelle M. Prise en charge des patientes victimes de violences conjugales en cabinet de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Faculté de médecine de Nantes ; 2022 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03764291/document>
66. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis 142 : consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité [Internet]. 2023 [[cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
67. Fesquet C. Santé perçue des personnes détenues et perception des éléments ayant un impact sur leur santé au cours de la détention: étude de faisabilité à la maison d'arrêt des femmes de Nantes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] Université de Nantes. Faculté de médecine ; 2019 [cité 16 oct 2023]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=ca3a0abe-6bfe-469a-ba24-b67221e6e832>
68. Lanher C. Propositions d'amélioration de l'organisation du suivi gynécologique des femmes en détention en Lorraine [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]. Université de Lorraine : faculté de médecine de Nancy. 2021 ; [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2021_1061_LANHER_CAMILLE.pdf

69. Villeval M, Sallé C, Lamour P. Les « ateliers santé avec des personnes en difficultés sociales » de l'IREPS des Pays de la Loire, entre réalités de terrain et concepts fondateurs. *Santé Publique*. 2013 ;S2(HS2): 195-200.
<https://doi.org/10.3917/spub.133.0195>
70. Haute autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007 [Cité 22 oct 2023]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
71. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient [Internet]. 2007 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
72. Milliard P, Ferreira D. « Toi Émoi ! », un programme psychoéducatif sur la santé sexuelle et la vie affective. *Santé mentale* [Internet]. Juin 2023 [cité 22 oct 2023] ; 279. Disponible sur :
<https://www.santementale.fr/2023/06/toi-emoi-un-programme-psychoeducatif-sur-la-sante-sexuelle-et-la-vie-affective/>
73. Dominicié P. Du silence de la souffrance à la parole des patients. 2010 ; 1 (n° 1) : 107-109.<https://doi.org/10.3917/lslc.001.0107>
74. Revah-Levy A, Verneuil Laurence. *Docteur Ecoutez !* Albin Michel ; 2016. 160p.
75. Dedienne MC, Letrillart L, Moreau A, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat*. 2004;18(645):382-4.
76. Département de Santé Publique du CHU de Nice. Recherche qualitative : la méthode des focus group [Internet]. [cité 21 oct 2023]. Disponible sur:
https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
77. Ordre national des infirmiers. L'infirmier dans l'éducation thérapeutique : une mission à part entière au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour répondre avec efficience aux besoins des patients [Internet]. 2010 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur :
https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/position_education_therapeutique.pdf
78. Observatoire international des prisons : Prise en charge sanitaire des détenus : nouvel état des lieux accablant [Internet]. 2016 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur :
<https://oip.org/analyse/femmes-detenu-es-les-oubliees/>
79. Institut Renaudot; La démarche communautaire [Internet]. 2022 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur:
<https://www.institut-renaudot.fr/2022/11/10/la-demarche-communautaire/>
80. Martin RE, Murphy K, Hanson D, Hemingway C, Ramsden V, Buxton J, et al. The development of participatory health research among incarcerated women in a Canadian prison. *Int J Prison Health*. juin 2009;5(2):95-107. doi: 10.1080/17449200902884021

81. Institut Régional d'éducation et de Promotion de la Santé - Bourgogne Franche Comté. Dossier documentaire sur la paire aidance [Internet]. 2020 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/pair-aidance-dossier-documentaire-ireps-bfc.pdf>
82. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie santé des personnes placées sous main de justice [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf
83. Ramsay Santé. La pair-aidance en psychiatrie : l'accompagnement efficace des anciens patients [Internet]. 2022 [Cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.ramsaysante.fr/actualites/la-pair-aidance-en-psychiatrie-laccompagnement-nt-efficace-des-anciens-patients>
84. Ici, par France Bleu et France 3. A la prison de Villepinte, un atelier photo pour "s'évader" [Internet]. 2018 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/a-la-prison-de-villepinte-un-atelier-photo-pour-s-evader-1524724668>
85. Centre hospitalier universitaire de Nantes. Ateliers santé 2023 [Internet]. 2023 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/ateliers-sante>
86. Organisation Mondiale de la Santé. Genre et santé [Internet]. 2018 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
87. Haute autorité de Santé. Sexe & genre en santé : enrichir les savoirs, améliorer les pratiques - conférence en ligne [Internet]. 2021[cité 22 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/presentation_muriel_salle.pdf
88. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique [Internet]. 2020 [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9-2.pdf

ANNEXES



**ENVIE DE DISCUTER DE
TA SANTÉ DE FEMME ?**

Participe au projet mené par L'USMP
et soutenu par Les Plurielles



Entretien individuel pour identifier tes besoins
Afin de créer des
Ateliers de groupe



Merci de renvoyer le coupon réponse dans la boîte aux lettres de L'USMP

Annexe 1 : Affiche

Mise en place d'ateliers en santé de la femme à la Maison d'Arrêt de Nantes

Bonjour à toutes,

Je m'appelle Marie Lefevre et je suis médecin généraliste. J'ai exercé à l'USMP de la maison d'arrêt de Nantes durant 6 mois en 2022. Pour clôturer mes études, je mène un travail de recherche, encadré par le Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes. J'ai choisi de m'intéresser à la santé des femmes en détention. J'aimerais mettre en place des ateliers en santé de la femme, pour vous, avec l'aide du Dr Toulemonde.

Afin que ces ateliers correspondent à vos attentes : j'ai besoin de vous.

Je souhaite recevoir chacune des femmes intéressées en entretien individuel afin de cibler vos besoins en santé de la femme. Ces entretiens seront anonymes et se dérouleront dans un climat de bienveillance. Vous serez totalement libre de répondre, ou non, à mes questions. Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse. Tout ce que vous me raconterez sera intéressant et permettra la mise en place des ateliers.

Les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis je retranscrirai vos paroles de façon anonyme. Les enregistrements audio seront ensuite détruits. **Les entretiens se dérouleront en mars et avril 2023.**

Par la suite, vous serez invitées à participer aux ateliers. Il y aura quatre ateliers, d'une durée d'environ 2h chacun. Nous y aborderons les thèmes que vous aurez choisis. Afin de faciliter les échanges, nous serons en petit groupe. **Les ateliers se dérouleront en mai et juin 2023.**

Si les ateliers sont un succès, ils pourront être reconduits et proposés à davantage de femmes.

Si vous souhaitez participer, il suffit de remplir le coupon ci-dessous et de le déposer dans la boîte aux lettres destinée à l'USMP.

Je vous remercie vivement pour votre attention à ce projet qui me tient vraiment à cœur.

A bientôt,

Marie Lefevre

Participation aux entretiens et aux ateliers en santé de la femme À poster dans la boîte aux lettres destinée à l'USMP

Nom :

Travaillez vous ?

- ☐ Oui
☐ Non

Prénom :

N°écrou :

Si vous travaillez, quel est votre jour de repos ?

- ☐ Je souhaite participer
☐ Je ne souhaite pas participer



Annexe 2 : Flyer d'invitation

Madame Nom Prénom,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté au projet des ateliers en santé la femme. Nous avons reçu un grand nombre de réponses positives.

La participation étant limitée à 12 femmes, nous avons dû réaliser un tirage au sort parmi les femmes ayant répondu positivement. En effet, la capacité de la salle où se dérouleront les ateliers nous contraint à limiter l'effectif. Ce nombre réduit de participantes permettra également de faciliter les échanges.

Suite au tirage au sort, **vous avez été retenue** pour participer à l'entretien individuel puis aux ateliers prévus en mai et juin prochains.

L'entretien aura lieu le : **date à la MAF**. Nous comptons sur votre présence.

A bientôt,

Dr Aude Toulemonde & Marie Lefevre

Annexe 3 : Lettre envoyée aux femmes ayant répondu favorablement et incluses -
Convocation à l'entretien individuel

Madame,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté au projet des ateliers en santé la femme. Nous avons reçu un grand nombre de réponses positives.

La participation étant limitée à 12 femmes, nous avons dû réaliser un tirage au sort parmi les femmes ayant répondu positivement. En effet, la capacité de la salle où se dérouleront les ateliers nous contraint à limiter l'effectif.

Suite au tirage au sort, vous n'avez pas été retenue pour participer aux ateliers prévus en mai-juin prochains.

Cependant, nous espérons grandement que ces ateliers seront un succès et qu'ils pourront être proposés à nouveau dans les mois à venir. **Vous serez alors recontactée.**

Bien cordialement,

Dr Aude Toulemonde & Marie Lefevre

Annexe 4 : Lettre envoyée aux femmes ayant répondu favorablement mais non incluses



Note d'information pour la participation à la recherche
« Elaboration d'ateliers en santé de la femme au sein de l'Unité
Sanitaire en Milieu pénitentiaire de la Maison d'Arrêt de Nantes.
Etude qualitative par entretiens individuels, mise en place des
ateliers et évaluation. »

Promoteur : CHU de Nantes

Ce document est remis à la personne participant à la recherche

Madame,

Je suis Marie Lefevre, jeune médecin généraliste. Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'ai choisi de mener une recherche. Le Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes est le promoteur de cette recherche, c'est à dire qu'il en est responsable et qu'il l'organise. L'investigateur principal est le Docteur Aude Toulemonde. J'interviens dans cette recherche en tant que co-investigateur.

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

Cette recherche est proposée aux femmes détenues de la Maison d'Arrêt de Nantes et ayant accès à l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire du CHU de Nantes. Elle a pour objectif de mettre en place des ateliers en santé de la femme. La recherche s'étendra de mars à juin 2023 et se déroulera en 3 phases :

- Une phase d'entretiens individuels afin de proposer des ateliers adaptés aux besoins des participantes ; chaque entretien débutera par un bref recueil des données socio-démographiques, de façon anonyme.
- Une phase d'ateliers en santé de la femme
- Une phase d'évaluation des ateliers, à partir de questionnaires à remplir à l'issue des ateliers, de façon anonyme.

Cette recherche est réalisée grâce aux informations collectées à partir de l'entretien, des ateliers et du questionnaire qui vous sera remis à la fin des ateliers.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus serviront à la recherche et n'apporteront pas d'informations supplémentaires concernant votre santé. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de l'éducation et la promotion de la santé de la femme.

Votre participation à cette recherche est libre. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche, et vous pouvez à tout moment vous retirer de cette recherche, sans préjudice. Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés, vous devez simplement en en informer.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche.

Par ailleurs, si le nombre de personnes prévues dans l'étude a été atteint, vous pourriez finalement ne pas être incluse dans l'étude bien qu'ayant signé un consentement. Dans ce cas précis, vous ne serez pas suivie dans le cadre de l'étude et n'aurez pas accès aux ateliers. Cela ne portera, en aucun cas, préjudice à la qualité de votre prise en charge médicale. Si les ateliers sont un succès, ils pourront être reconduits et proposés à davantage de femmes.

TRAITEMENT DES DONNÉES

Le traitement de vos données personnelles a pour fondement juridique l'intérêt public que revêt cette recherche (article 6.1.e du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)). Il s'agit d'une des exceptions prévues par l'article 9 du même texte, permettant le traitement des données de santé.

Le traitement de vos données personnelles est conforme à la méthodologie de référence MR004 publiée par la CNIL.

Les entretiens seront enregistrés sur un dictaphone et retranscrits de façon anonyme sur un logiciel de traitement de texte à l'aide d'un code alphanumérique (lettre F1, lettre 2...). Les enregistrements seront ensuite détruits. Aucune information permettant d'identifier les participantes aux entretiens ne sera retranscrite. Les données socio-démographiques recueillies par écrit en fin d'entretien et les questionnaires d'évaluation des ateliers seront également anonymisés.

Un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de la recherche et de remplir l'objectif de la recherche. Pour cela, les données vous concernant seront recueillies dans un fichier informatique auquel aura accès le Promoteur de la recherche (CHU de Nantes).

Les personnes intervenant dans la recherche dans le cadre de leurs missions auront accès à vos données anonymisées. Ces données seront susceptibles d'être exploitées dans le cadre de publications ou de communications. Ces données pourront être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. Vous pouvez retirer votre consentement à cette utilisation ultérieure ou exercer votre faculté d'opposition à tout moment.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition du traitement de vos données personnelles. Si vous décidez de retirer votre consentement pour participer à la recherche, les données obtenues avant que celui-ci n'ait été retiré seront utilisées conformément à l'article L.1122-1 du CSP. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin. Vous pouvez également porter une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>).

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée de 15 ans, puis détruites.

L'investigateur pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour en savoir plus ou exercer vos droits concernant vos données, voir en fin de document, paragraphe « vos contacts ».

RÉGLEMENTATION

Cette recherche est conforme :

- à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

- au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantes d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS.

VOS CONTACTS :

Pour toute question concernant l'étude, retrait de consentement ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès, rectification, etc...), votre contact privilégié est :

L'investigateur principal et le co-investigateur de la recherche :

Dr TOULEMONDE Aude / Marie LEFEVRE

joignables par courrier via la boîte aux lettres de l'USMP

Pour toute question générale sur le traitement de vos données :

Le promoteur de la recherche, responsable du traitement :

CHU de Nantes, Direction de la recherche et de l'innovation

5 allée de l'Île Glorieuse, 44093 NANTES Cedex 1

Le Délégué à la Protection des Données (DPD) / Data Protection Officer (DPO) :

Vous pouvez faire une demande de contact via la boîte aux lettres de l'USMP (votre demande sera transférée par mail à l'adresse suivante : vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr)

Merci de conserver cette notice d'information

Annexe 5 : Note d'information pour la participation à la recherche

	Formulaire d'autorisation de droit à l'image et/ou de la voix, de leur reproduction et exploitation
---	--

La présente autorisation définit dans les strictes conditions suivantes l'utilisation et la diffusion des prises de vue qui s'inscrivent dans le cadre suivant présenté ci-dessous.

Objet de la prise d'image ou de tout autre attribut de la personnalité : Recherche menée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine : "Élaboration d'ateliers en santé de la femme au sein de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire à la maison d'Arrêt de Nantes. Etude qualitative par entretiens individuels, mise en place d'ateliers et évaluation"

Personne en charge de l'image ou de tout autre attribut de la personnalité : Marie LEFEVRE; Aude TOULEMONDE

Date :

Lieu : Centre pénitentiaire de Nantes, Quartier Maison d'Arrêt. Rue de la Mainguais, 44300 Nantes.

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____

Joignable par courrier à _____

Autorise la Direction de la Recherche et de l'Innovation du CHU de Nantes à
☐ **enregistrer ma voix.**

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

L'intéressé(e) autorise expressément la Direction de la Recherche et de l'Innovation du CHU de Nantes à faire usage des enregistrements de la voix, dans le cadre des missions de l'établissement.

La personne en charge de l'image ou de tout autre attribut de la personnalité s'engage à détruire les enregistrements de la voix dès lors que l'objet de la prise d'image sera obsolète.

La présente autorisation est délivrée uniquement au CHU de Nantes.

La présente autorisation est conservée par le CHU de Nantes.

La présente autorisation est soumise au droit français ; tout litige relatif à son interprétation ou à son exécution sera soumis aux tribunaux français.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature manuscrite de l'intéressé(e)

S'agissant de vos données personnelles hors données médicales, conformément au Règlement européen général relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) et à la « Loi informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, à l'effacement (ou « droit à l'oubli ») de celles-ci ou une limitation de traitement. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment en envoyant un mail à l'adresse : vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr précisant votre nom, prénom et date de naissance. Vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Annexe 6 : Formulaire d'autorisation à la voix : reproduction et exploitation

Première partie : place de la santé dans la vie des femmes ; rapport au milieu du soin.

- Qu'est-ce que la santé de la femme ?
- Si vous avez des questions sur votre santé de femme : où /auprès de qui trouvez vous des informations, des réponses à vos questions ?
- Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience avec un professionnel de santé ? acceptez-vous de nous en parler ?
- Comment les soignants pourraient vous aider dans votre de vie de femme ?

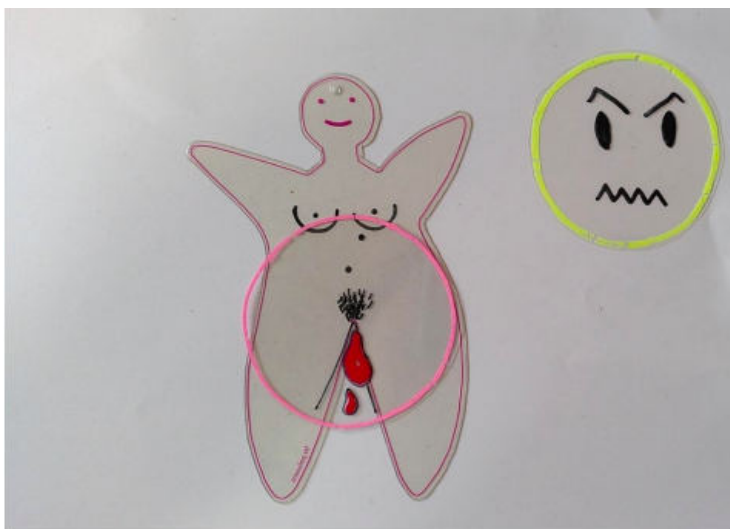
Deuxième partie : Utilisation de l'outil visuel

- Ce tableau a pour but de faciliter les échanges. Le prénom de la femme est écrit en haut du tableau. Le personnage central représente la femme.
- il y avait X vignettes représentant différents thèmes en lien avec la santé de la femme. Les différents thèmes proposés étaient les suivants : le cycle menstruel (puberté, règles, ménopause ; l'anatomie féminine et l'examen gynécologique ; la sexualité ; les relations amoureuses ; la contraception ; la maternité ; l'estime de soi ; la vie de femme en prison (cf Annexe 8). Les thèmes sont utilisés comme une trame, une aide au dialogue. Ils peuvent être abordés, ou non. Ils sont abordés dans l'ordre souhaité par la femme.
- Il y a 6 vignettes « émojis » utilisées pour représenter différentes émotions.
- La femme s'empare d'une vignette de son choix, qu'elle amène près du personnage central la représentant. Chaque thème est ensuite abordé selon trois axes :
 - Le versant émotionnel : la femme sélectionnait un ou plusieurs émoji(s)
 - Le versant du savoir, de la connaissance de la femme
 - Le versant de l'expérience, du vécu de la femme

Troisième partie :

- Êtes-vous intéressée par un atelier de groupe à propos de la santé de la femme ?
- Qu'est-ce que cela pourrait vous apporter ?
- Qu'est-ce qui vous empêcherait de venir ?
- Pouvez-vous sélectionner 4 à 5 thèmes que vous souhaitez que l'on aborde en atelier ? Les thèmes sont à sélectionner parmi les vignettes « thèmes ». Trois vignettes sont rajoutées : violence ; droit des femmes ; IST.

Annexe 7 : Guide d'entretien



131

ATELIERS EN SANTÉ DE LA FEMME



Vendredi 5 mai 2023
14h30 - 16h30

Cycle de la femme
Corps de la femme
Examen gynécologique

Vendredi 12 mai 2023
14h30 - 16h30

Contraception
Sexualité
Infections sexuellement transmissibles

Les dates des 2 prochains ateliers vous seront communiquées rapidement !

Nous vous rappelons que les ateliers se font dans un climat de bienveillance. Chacun est libre de participer. Chacun est libre de quitter la salle.

ATELIERS EN SANTÉ DE LA FEMME



Vendredi 2 juin 2023
14h30 - 16h30

Santé sexuelle et affective
Féminité et estime de soi

Vendredi 23 juin 2023
14h30 - 16h30

Violences
Droits des femmes

Nous vous rappelons que les ateliers se font dans un climat de bienveillance. Chacun est libre de participer. Chacun est libre de quitter la salle.

Annexe 9 : Invitations aux ateliers

Annexe 10 : Exemple de conducteur de séance

Titre de la séance d'éducation pour la santé : Estime de soi, féminité. Santé sexuelle et affective.
--

- Séance n° 3
- Date, heure de la séance : le 02/06/2023 de 14h00 à 16h30
- Durée séance : 2h30
- Lieu : salle USMP à la Maison d'Arrêt des femmes
- animateurs : Aude Toulemonde (médecin USMP), Marie Lefevre (médecin généraliste), Marie Ganacheau (IDE)
- Public : groupe de femmes incarcérées / Âge : 25- 60 ans / Nb participantes prévues :10

Partie 1 - Estime de soi, image de soi et féminité et estime de soi

Objectif général	Proposer un espace de parole autour de l'estime de soi, de l'image de soi, de la féminité
Objectifs pédagogiques	- Identifier et valoriser les compétences déjà acquises - Explorer les notions des différents corps idéalisé /corps sain / corps meurtri - Aborder des notions d'anatomie / physiologie de la sexualité - Intégrer les parcours personnels à la question de l'estime de soi - Définir la beauté, l'estime de soi, la féminité à partir des expériences des femmes.
Matériel / outils	- Tableau et feutres Véléda - Téléviseurs avec extraits de film (Woman) - Feuille récapitulant l'estime de soi à partir des verbatims - Photolangage sur le corps

Etape 1	Accueil du groupe CORDE Brise glace : stretching musical	Durée : 15 mn
Etape 2	Féminité - Brainstorming - Diffusion d'extraits du film WOMAN (féminité, estime de soi)	Durée : 20 mn
Etape 3	Estime de soi - Lecture de verbatims représentant l'estime de soi - Brainstorming	Durée : 20 mn
Etape 4	Outil photolangage à propos des corps - Choix des photos - Présentation des photos - Réactions et débats	Durée : 20 mn

Partie 2 - Santé sexuelle et affective

Objectif général	Proposer un espace de parole autour de la sexualité et de la santé affective
Objectifs pédagogiques	- Identifier et valoriser les compétences déjà acquises - Lever les tabous et les mythes - Aborder des notions d'anatomie / physiologie de la sexualité - Espace de paroles autour de l'expérience des femmes
Matériel / outils	- Tableau et feutres Véléda - Téléviseurs avec extraits de film (consentement, brut) - Modèle 3D vulve et clitoris - Planches anatomiques des OGE féminins et masculins - Jeu Milk Shake du plaisir

	Rappel du temps - 60 mn d'atelier sur le thème de la santé affective et sexuelle - 15 mn pour clôturer l'atelier	
Etape 1	Brainstorming à propos des relations affectives et sexuelles Faire émerger les déterminants des relations - Saines - Malsaines	Durée : 10 mn
Etape 2	Transition entre relation saine et sexualité - Le consentement - vidéo Thé et consentement (2'15) - Réactions à chaud	Durée : 5-10 mn
Etape 3	Le clitoris - Faire passer le modèle clitoris seul : demander ce que c'est - Vidéo BRUT (5'30) + réactions à propos de la vidéo - Faire passer le modèle associé à la vulve	Durée : 15 mn
Etape 4	Jeu « Milk Shake du plaisir » - 24 cartes avec des mots clés, à répartir entre les participantes - Les placer chronologiquement sur une frise du rapport sexuel - Réactions et débat	Durée : 20 mn

Partie 3 - Clôture de l'atelier

Debriefing	Pour chaque femme rapporter - Un coup de coeur : ce qu'elle retient - Une émotion - Une épine : ce qui est encore difficile
Réponse aux questions	Réponses aux questions Distribution des feuilles d'évaluation

Questionnaire de satisfaction



1- Etes-vous satisfait de notre intervention?



2- Notre intervention vous a-t-elle appris quelque chose?

- OUI

- NON

3- Si oui, quoi?

.....

4- Quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux supports utilisés?



5- Qu'avez-vous pensé de l'animation? Et des animateurs?

.....

6- Comment évaluez vous le niveau de compréhension global?



7- Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer?

.....



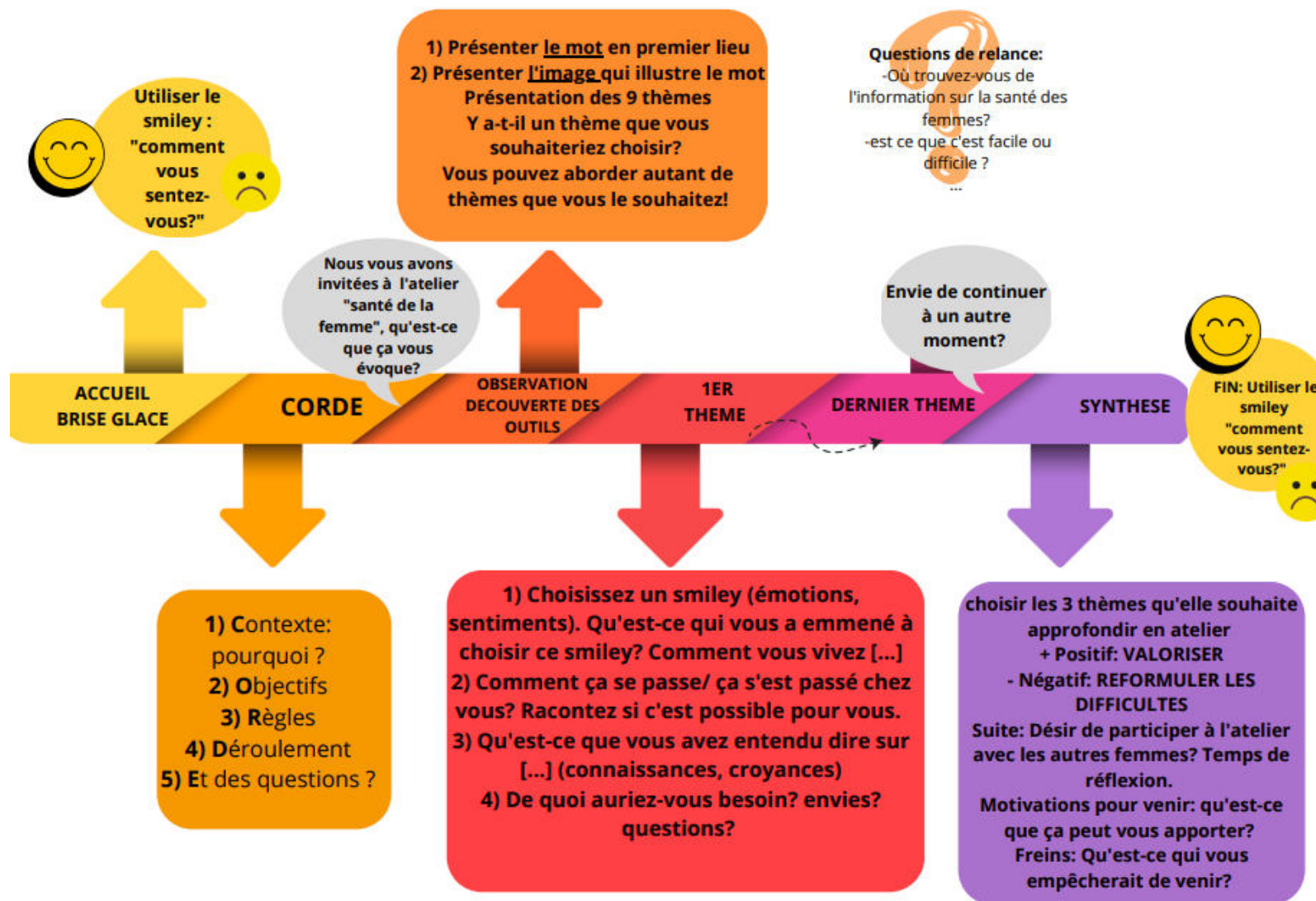
Annexe 12 : modèle anatomique utérus, vagin, ovaires



Annexe 13 : tablier anatomique



Annexe 14 : Photolangage



Annexe 15 : ébauche de notice d'utilisation pour le diagnostic de situation

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : LEFEVRE

PRÉNOM : Marie

Titre de Thèse : Evaluation des représentations et des besoins concernant la santé de la femme, dans le cadre de l'implantation d'un cycle d'ateliers santé en milieu carcéral : une étude qualitative menée auprès des femmes détenues à la maison d'arrêt de Nantes.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La santé des femmes est une préoccupation importante de santé publique. Cependant, certaines femmes semblent être victimes d'inégalités sociales de santé. Les femmes détenues constituent notamment une population vulnérable et souvent plus éloignée du soin. Dans la continuité des projets menés par l'UGOMPS auprès des femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et des femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise, il a été décidé de mettre en place une action de promotion de la santé au sein de la maison d'arrêt des femmes à Nantes. L'objectif de ce travail était d'identifier les besoins et les représentations en santé féminine de ces femmes et secondairement d'implanter un cycle d'ateliers en santé féminine, adapté à elles.

MÉTHODOLOGIE : Une étude qualitative a été réalisée par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés menés auprès d'un échantillon de femmes détenues à la maison d'arrêt de Nantes. Ces entretiens correspondaient à un diagnostic de situation et utilisaient un outil visuel, afin de favoriser l'expression des femmes. Un collectif de femmes détenues, les Pluri'Elles, a été impliqué pour la mise en place du projet. Les entretiens ont ensuite été retranscrits, anonymisés puis analysés de façon croisée. Un cycle d'ateliers, composé de quatre séances, a ensuite été proposé aux femmes ayant participé à l'étude qualitative.

RÉSULTATS : Dix entretiens ont été menés. Ils ont permis d'identifier les connaissances, les représentations et les expériences des femmes à propos de différentes thématiques de santé féminine. Ils ont également permis d'appréhender l'impact de l'incarcération sur les besoins en santé. Les ateliers ont été construits en s'inspirant d'un modèle préexistant et en l'adaptant aux résultats de l'analyse des entretiens. Les thèmes abordés en ateliers étaient les suivants : le cycle menstruel, le corps de la femme, l'examen gynécologique, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, les cancers féminins, l'estime de soi, l'image de soi et la féminité, la santé affective et sexuelle, les violences.

DISCUSSION et CONCLUSION : Ce travail inédit en détention a permis de proposer une action de promotion de la santé auprès d'un public dans le besoin. La comparaison des différents travaux de thèse réalisés sur ce sujet, auprès de différentes populations de femmes, permet de déceler des différences, mais surtout une unité entre ces femmes. Le modèle de diagnostic de situation et d'ateliers semble ainsi être valide, reproductible et adaptable. L'entretien individuel, comparable à la phase de diagnostic éducatif partagé de l'éducation thérapeutique pour le patient, apparaît comme nécessaire, permettant l'apport d'informations pour l'adaptation des ateliers et la création d'un lien de confiance avec l'organisatrice. Par l'espace d'écoute proposé, ce temps individuel revêt également une réelle fonction thérapeutique. Les ateliers ont favorisé le développement de connaissances et de compétences ainsi que la capacité des femmes d'agir favorablement pour leur santé. Il semblerait intéressant de reconduire ce type de projet en détention en favorisant davantage l'implication des femmes détenues par la co-construction et l'intervention de femmes pairs au sein des ateliers. Plus largement, l'ouverture de ce projet à d'autres populations de femmes serait intéressante.

MOTS-CLÉS : Santé des femmes, promotion de la santé, ateliers en santé, vulnérabilité sociale, empowerment, établissement carcéral, prison.

