

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Elise MAIGNE

et

Claire ROUXEL

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2023

**EXPERIMENTATION D'ATELIERS EN SANTÉ DE LA FEMME EN
DÉMARCHE D'ALLER-VERS DANS UN BIDONVILLE DE
L'AGGLOMÉRATION NANTAISE**
Diagnostic de situation, mise en place des ateliers et évaluation

Président : Monsieur le Professeur Thibault THUBERT

Directrice de thèse : Docteur Maud POIRIER

Nous dédions cette thèse aux femmes que nous avons rencontrées lors des ateliers et que nous aimerions tant pouvoir citer.

A votre courage, votre résilience, votre humour, votre curiosité et votre esprit d'ouverture !

Nous vous souhaitons d'être libres et heureuses !

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thibault Thubert,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury.

Nous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect.

A Madame le Docteur Rosalie Rousseau,

Merci pour votre investissement au sein du DMG et notamment dans l'accompagnement des thèses qualitatives.

Vos compétences dans l'accompagnement de publics en situation de vulnérabilité seront essentielles pour apprécier ce travail.

A Madame le Docteur Maud Jourdain,

Pour l'énergie que vous mettez dans la formation des internes au sein du DMG, et pour avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A celles et ceux grâce à qui ce travail de thèse à pu voir le jour :

A Madame le Docteur Anne Le Rhun,

Merci de soutenir les ateliers de l'UGOMPS depuis leur création et pour votre passion contagieuse de l'éducation à la santé.

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Madame Sylvaine Devriendt,

Merci Sylvaine d'avoir cru à notre projet et de nous avoir orienté avec patience sur la bonne route. Merci pour les liens que tu as tissés, grâce auxquels les ateliers en aller-vers ont pu voir le jour. Merci pour ton expérience, ta disponibilité et ta générosité. Ton engagement au sein de Médecins du Monde pour un accès aux soins juste et humain est un exemple pour nous.

Merci de nous avoir permis, au travers de cette association, de bénéficier d'un interprétariat professionnel indispensable à la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Maud Poirier,

Maud, un immense merci de nous avoir accompagnées tout au long de cette thèse. Merci pour ton énergie communicative, ton engagement professionnel pour toujours plus de reconnaissance, justice et accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité. Tu resteras un modèle de médecin pour nous. Nous espérons que les ateliers en santé de la femme pourront continuer de grandir et d'enrichir participantes et intervenantes.

A Aude et Justine,

Merci de nous avoir ouvert le chemin vers les ateliers en santé de la femme. Aude, tu as impulsé le premier cycle d'ateliers, en y mettant ton enthousiasme et ton cœur. Justine, tu as œuvré avec courage et entrain pour créer les moyens de mettre en valeur leur richesse et leur pertinence.

Nous sommes ravies d'avoir pu suivre vos pas dans ce projet humaniste et rempli de sens !

A l'ASAMLA, et particulièrement Annamaria et Alexandra,

Annamaria, un grand merci d'avoir permis la présence d'une interprète lors de nos entretiens et ateliers.

Alexandra, merci pour ta disponibilité, ta patience, ta délicatesse et pour la qualité de tes traductions.

A Chloé et Simon des Forges Médiations,

Merci pour ce long travail de lien que vous faites quotidiennement auprès des personnes les plus éloignées du soin.

Merci pour votre soutien tout au long de ce travail, de l'introduction auprès des habitantes du terrain à la réalisation des questionnaires d'évaluation. Vous avez été des maillons essentiels de notre projet, merci.

Aux intervenantes Marie Gérard, Lucie Boezec, Julie Chabrolle et Anne-Elisabeth Petrymazel,

Merci d'avoir accepté de vous libérer une demi-journée et de vous éloigner de votre cadre habituel de travail. Merci pour l'énergie que vous avez mise dans ces ateliers, à échanger et partager votre expérience auprès des participantes.

Merci à **Marine** de JHO pour le don d'exemplaires de produits hygiéniques qui sont venus enrichir les supports pédagogiques des ateliers.

Merci à celles et ceux qui ont aidé de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse.

Merci particulièrement à **Manon, Yves, Marie-Dominique** et **Gautier** pour leur regard affûté, leurs remarques aiguisées et le temps qu'ils ont consacré à relire notre thèse.

Enfin, **merci aux équipes du centre de santé et de l'hôpital de l'île d'Yeu** de nous avoir transmis le goût de la médecine insulaire et d'être à nos côtés dans nos débuts d'exercice de la médecine.

Merci aux colocataires islais.e.s, pour cette vie sur l'île trépidante et pour votre soutien lors de ce dernier mois de thèse.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AME	Aide Médicale d'Etat
ASAMLA	Association Santé Migrants Loire-Atlantique
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CIDFF	Centre de d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CRIPS	Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DMG	Département de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MdM	Médecins du Monde
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PEP	Pupilles de l'Enseignement Public
DSSR	Droit Santé Sexuelle et Reproductive
UGOMPS	Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URML-PDL	Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. Préambule.....	14
2. Contextualisation.....	16
2.1. Santé et précarité.....	16
2.1.1. La santé.....	16
2.1.2. La précarité.....	17
2.1.3. Les inégalités sociales en santé.....	17
2.1.4. Les bidonvilles de l'agglomération nantaise.....	18
2.2. Santé de la femme.....	20
2.2.1. Définitions et concepts.....	20
2.2.2. Etat des lieux de la santé des femmes en situation de précarité.....	21
2.3. Promotion de la santé.....	21
2.3.1. Concept de promotion de la santé.....	21
2.3.2. Ateliers en santé.....	22
2.3.3. Empowerment.....	23
2.3.4. Aller-vers.....	23
2.3.5. Médiation en santé.....	24

PREMIÈRE PARTIE - DIAGNOSTIC DE SITUATION

1. Matériels et méthodes.....	26
1.1. Objectifs et critères de jugement.....	26
1.1.1. Objectif général.....	26
1.1.2. Objectifs secondaires.....	26
1.2. Méthodologie générale.....	26
1.3. Population étudiée.....	26
1.3.1. Critères d'inclusion.....	26
1.3.2. Critères d'exclusion.....	27
1.3.3. Choix du terrain et recrutement de la population étudiée.....	27
1.4. Collecte et analyse des données.....	28
1.4.1. Recueil des données.....	28
1.4.2. Collecte et traitement des données.....	29
1.4.3. Analyse qualitative.....	29
1.5. Réglementation et éthique.....	30
1.5.1. Typologie de la recherche et autorité compétente.....	30
1.5.2. Information et accord oral des femmes.....	30
2. Résultats.....	31
2.1. Caractéristiques de la population, des entretiens et du lieu de vie.....	31
2.1.1. Description de la population étudiées.....	31
2.1.2. Description des entretiens.....	32
2.1.3. Description du lieu de vie.....	33
2.2. Résultats qualitatifs.....	35

2.2.1. Connaissances, vécus et représentations relatives à la santé féminine.....	35
2.2.1.1. Les problématiques en santé féminine : une préoccupation.....	35
2.2.1.2. L'accès à l'information sur sa santé de femme : rôle des femmes de l'entourage, de l'école et des expériences personnelles.....	36
2.2.1.3. Les règles.....	38
2.2.1.4. La grossesse et la maternité.....	41
2.2.1.5. La contraception.....	43
2.2.1.6. L'hygiène, les dépistages et les IST.....	45
2.2.1.7. Sexualité.....	47
2.2.1.8. Les violences.....	48
2.2.2. Rapport au système de santé.....	49
2.2.2.1. Des difficultés d'accès aux soins multiples et interconnectés.....	49
2.2.2.2. Une recherche de solutions acceptables face aux difficultés d'accès aux soins	51
2.2.2.3. Une demande de qualité dans la relation de soin.....	53
2.2.3. Etre femme "rom" au sein d'un bidonville.....	53
2.2.3.1. Vécu de sa féminité et de son rôle de mère.....	53
2.2.3.1.1. Devenir mère.....	53
2.2.3.1.2. La maternité comme accomplissement de sa vie de femme.....	54
2.2.3.1.3. Assurer un devoir familial.....	55
2.2.3.2. Rapport à l'homme dans le modèle familial.....	56
2.2.3.2.1. La complémentarité.....	56
2.2.3.2.2. Des inégalités sources de souffrances.....	56
2.2.4. Le rôle de la communauté.....	58
2.2.4.1. La communauté, un rôle de soutien.....	58
2.2.4.2. Les femmes, une communauté dans la communauté.....	59
2.2.4.3. L'identification d'habitudes culturelles.....	59
2.2.4.4. Une vie en marge de la société française.....	60
3. Discussion.....	61
3.1. Forces des entretiens.....	61
3.2. Limites et biais.....	62
3.3. Diagnostic de situation.....	63
3.3.1. Modèle explicatif.....	63
3.3.2. Population étudiée.....	64
3.4. Intérêt de l'atelier et de la démarche d'aller-vers.....	69
3.5. Perspectives pour les ateliers.....	71

DEUXIÈME PARTIE - ATELIERS ET ÉVALUATION

1. Méthodes.....	74
1.1. Objectifs.....	74
1.2. Elaboration du contenu.....	74
1.3. Le choix des intervenantes.....	75
1.4. Dates et lieu des ateliers.....	75
1.5. Déroulement commun aux quatre ateliers.....	76
1.6. Recueil de données.....	77
1.6.1. Données relatives aux ateliers.....	77

1.6.2. Données relatives à l'évaluation.....	77
2. Résultats.....	79
2.1. Atelier n°1 : grossesse et maternité.....	79
2.2. Atelier n°2 : examen gynécologique, IST et dépistages.....	81
2.3. Atelier n°3 : droits des femmes et consentement.....	84
2.4. Atelier n°4 : Cycles, menstruations, contraception.....	86
2.5. Atelier n° 5 : Accès au système de santé.....	88
3. Evaluation des ateliers en aller - vers.....	91
3.1. Evaluation du processus.....	91
3.1.1. Du point de vue des organisatrices.....	91
3.1.2. Du point de vue des participantes.....	93
3.2. Evaluation des résultats.....	94
3.2.1. Evaluation selon la réponse aux objectifs définis.....	94
3.2.1.1. Créer un espace de discussion interactif et bienveillant.....	94
3.2.1.2. La dimension collective et ses freins.....	96
3.2.1.3. Faire émerger des demandes de soin.....	97
3.2.2. Evaluation des résultats selon les ressentis des participantes.....	97
4. Discussion.....	100
4.1. Force et limites.....	100
4.1.1. Des ateliers en santé.....	100
4.1.1.1. Forces.....	100
4.1.1.2. Limites.....	101
4.1.2. De l'évaluation.....	103
4.1.2.1. Forces.....	103
4.1.2.2. Limites.....	103
4.2. Aller-vers.....	104
4.3. Transculturalité et éducation à la santé.....	106
4.4. Perspectives.....	109
4.4.1. Pour les ateliers en santé de la femme.....	109
4.4.1.1. Repenser l'organisation et les ressources humaines.....	109
4.4.1.2. Mobiliser des médiatrices-paires ou "femmes repaires".....	110
4.4.1.3. Imaginer d'autres thématiques et d'autres partenariats.....	110
4.4.1.4. Bénéficiaire de financements.....	110
4.4.2. Pour la santé des femmes vivant en bidonvilles.....	111
4.4.2.1. Favoriser l'accès aux besoins de base.....	111
4.4.2.2. Améliorer l'accès aux soins, quelques outils.....	111

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE.....	114
ANNEXES.....	121
1. Avis du CERNI.....	121
2. Courrier de présentation.....	122
3. Tract de présentation.....	123
4. Guide d'entretien.....	124
5. Support visuel (réalisé par Véronique Honoré).....	128

6. Cartes d'orientation.....	128
7. Exemple d'entretien semi-dirigé.....	129
8. Exemple de trame d'atelier.....	134
9. Photo des "règles communes".....	135
10. Supports atelier 3.....	136
10.1. Jeu des qualités.....	136
10.2. Copie d'écran de la vidéo "Tea consent" de Bluseatstudio.....	136
11. Supports atelier 4 : tablier anatomique réalisé par les thésardes.....	137
12. Supports atelier 5 : accès à l'interprétariat.....	137
13. Grille d'analyse séance.....	139
14. Questionnaire d'évaluation participante.....	140

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	17
Figure 2 : carte des bidonvilles habités par des personnes dites "roms" en 2020 dans la métropole nantaise.....	19
Figure 3 : photographie du mobil-home du CCAS.....	34
Figure 4 : photographie du terrain.....	34
Figure 5 : modèle explicatif global.....	63
Figure 6 : modèle explicatif centré sur les thématiques de la santé féminine.....	66
Figure 7 : méthode d'évaluation.....	78
Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	32
Tableau 2 : caractéristiques des ateliers.....	32

INTRODUCTION

1. Préambule

Faire des choix éclairés et adaptés pour son corps, être soutenue dans sa maternité, jouir de relations affectives sans violence ni contrainte ou encore être en mesure de se protéger des infections sexuellement transmissibles sont des enjeux clés de la santé féminine, soutenus par les politiques de santé actuelles.

Ces choix nécessitent d'avoir accès à des informations complètes, fiables et actualisées, de pouvoir accéder au système de santé et d'être dans un environnement qui promeut la santé sexuelle (1).

Or, les obstacles sont nombreux pour les femmes en situation de précarité qui connaissent une santé dégradée, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Elles ont moins recours à une contraception, ont plus souvent des grossesses à risque et ont moins souvent recours aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes françaises (2). Ces inégalités en santé sont multifactorielles. Elles relèvent des conditions de vie, de travail, de l'accessibilité au système de soins et des freins culturels et symboliques. Leurs connaissances sont souvent insuffisantes pour les rendre autonomes et actrices de leur santé (3).

Au CHU de Nantes, l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) a fait le choix d'accompagner ces femmes en situation de grande précarité avec une approche globale et pluriprofessionnelle. Les équipes constituées de médecins, sage-femmes, psychologues et assistantes sociales, accompagnent et assurent une prise en charge globale de ces patientes au sein d'un même espace. Au-delà d'une prise en charge médicale, l'UGOMPS est un lieu d'écoute et d'orientation, en coordination avec le réseau associatif et médico-social local, pour ces patientes au parcours de vie complexe, qui présentent des situations médico-sociales compliquées telles que : des parcours migratoires, des violences, des grossesses chez des mineures, une précarité sociale, une pathologie psychiatrique, etc

Au sein de cette unité, les professionnelles de santé ont constaté que le temps de la consultation médicale n'était pas suffisant pour aborder en profondeur les déterminants de santé des patientes et les inscrire dans une démarche pro-active de leurs problématiques de santé féminine.

Partant de ces constats, des ateliers en santé de la femme ont été créés en 2021 au sein de l'UGOMPS. Ils furent des moments d'échanges privilégiés entre des patientes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et des professionnelles de santé.

Deux cycles d'ateliers, réalisés dans les locaux de la maternité, ont permis d'explorer les questions de santé féminine tels que : *le cycle, la contraception, les IST, la grossesse, la sexualité, le droit des femmes et l'estime de soi* (3).

Une méthode d'évaluation des ateliers a été proposée en 2023 par Justine Decroo dans le cadre de sa thèse (5).

Les grossesses de nombreuses patientes habitant dans des bidonvilles de l'agglomération nantaise sont suivies au sein de l'UGOMPS (6). Ces patientes vivant dans des lieux de vie instables, insalubres, informels et indignes - aussi dits "4i" - présentent un suivi médical complexe notamment au cours de leur grossesse, comme le souligne la récente étude menée par Médecins du Monde et l'UGOMPS (7). Le suivi gynécologique régulier est presque inexistant, les suivis de grossesses ou de maladies chroniques sont souvent tardifs et discontinus (8).

S'appuyant sur ces constats, ainsi que sur les observations de l'UGOMPS, est né le projet d'ateliers en santé de la femme auprès d'habitantes de bidonvilles.

Ces patientes étant éloignées physiquement, socialement et culturellement du système de santé, les ateliers en santé ont ainsi été proposés sur leur lieu de vie, selon le principe de "l'aller-vers".

Afin d'être accompagnées dans leur démarche, les deux thésardes se sont mises en lien avec Médecins du Monde et les Forges Médiation, association de médiation en santé intervenant dans les bidonvilles de l'agglomération nantaise.

Ce travail de thèse consiste donc en la création d'ateliers en santé de la femme auprès d'habitantes d'un bidonville. Il s'appuie sur les deux cycles d'ateliers s'étant déroulés au sein de l'UGOMPS en 2021 et 2022 en reprenant les outils et certaines méthodes d'évaluation.

Selon les principes de l'éducation pour la santé, la réalisation de ces ateliers en santé a suivi trois phases successives : le bilan diagnostique, la réalisation des ateliers en elle-même puis leur évaluation.

Ce travail de thèse se divisera en deux parties :

- La première partie de cette thèse explorera, au travers d'une analyse qualitative, les représentations et les besoins en terme de santé de la femme des habitantes du bidonville ;
- La seconde partie rendra compte de l'élaboration, du déroulé puis de l'évaluation des ateliers en démarche d'aller-vers.

2. Contextualisation

2.1. Santé et précarité

2.1.1. La santé

La santé a été définie par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) adoptée en 1946 comme "un état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité" (8).

La Charte d'Ottawa, signée en 1986, précise : "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, et non comme le but de la vie" (9).

La santé est influencée par de multiples facteurs appelés **déterminants de santé**. Ils englobent toutes les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent telles que les ressources personnelles, les réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales nationales, voire internationales (10).

Parmi les **déterminants sociaux en santé**, plusieurs vont particulièrement influencer l'état de santé : le logement, l'intégration sociale, le travail, le niveau d'instruction, le niveau de revenu, l'alimentation, les services de santé à disposition (11)...

Ce modèle reflète la complexité et l'interdépendance entre les déterminants de santé.

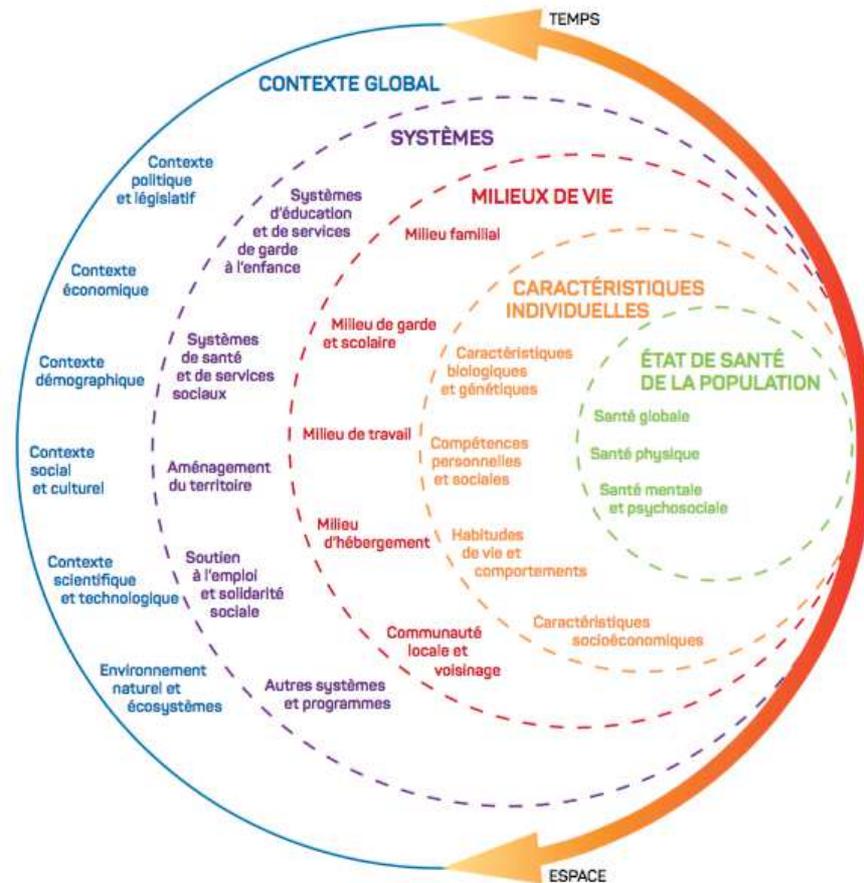


Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (11)

2.1.2. La précarité

Selon le Larousse, la **précarité** est “un état qui n’offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause” (12). Elle correspond donc à l’instabilité et à la fragilité de situations de vie.

La précarité est définie dans les années 80 par Joseph Wresinski, membre du Conseil économique et social, comme « l’absence d’une ou plusieurs des sécurités [...] permettant aux personnes et familles d’assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l’existence » (13).

2.1.3. Les inégalités sociales en santé

La France est l’un des pays où l’on observe les inégalités sociales de santé les plus importantes en Europe de l’Ouest (14). Ces inégalités correspondent aux différences d’état

de santé entre des groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux tels que le niveau d'éducation, la profession et le revenu. Elles ne résultent pas de facteurs génétiques ou du hasard, mais sont le produit de liens étroits entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Elles existent selon un gradient social : l'espérance de vie, les comportements favorables à sa santé ou encore le recours au soin se dégradent en allant des classes favorisées aux plus défavorisées (15). Elles sont présentes dès la vie intra-utérine et sont marquées dès l'enfance.

Selon Didier Fassin, les inégalités sociales en santé correspondent à l'inscription dans le corps des inégalités produites par la société, processus dans lequel « le social se transcrit dans le biologique ».

Ces inégalités sont :

- **Systématiques** : présentes quel que soit le thème ou indicateur de santé étudié;
- **Évitables** car résultant de choix et décisions politiques impactant l'organisation de la société;
- **Injustes** car les populations concernées n'en sont pas responsables;
- **Importantes** en termes de conséquences sur la qualité de vie (15).

2.1.4. Les bidonvilles de l'agglomération nantaise

Les bidonvilles en France correspondent à des types d'habitats variés. Ils ont en commun leur statut d'occupation fragile, souvent irrégulière, un habitat hors de la norme (habitations de fortune, caravanes, cabanes...) ainsi qu'un accès aux services de base absent ou défaillant (eau, électricité, ramassage des ordures).

Les populations qui y vivent ont un accès limité au droit commun tel que la santé, la scolarisation, le soutien juridique et administratif ou l'emploi (16)...

En 2021, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) estimait à environ 22 000 le nombre de personnes vivant dans des bidonvilles en France, dont 55 % de ressortissants de l'Union européenne venant principalement de Roumanie et de Bulgarie.

Si les motivations de la migration sont multiples : économiques, politiques discriminatoires, enfants malades, divorces, etc., le premier objectif reste celui de bénéficier de revenus suffisants pour subvenir aux besoins immédiats de la famille (17).

En Loire Atlantique, on dénombre 44 sites sur lesquels vivent 2 494 personnes (18). Une enquête récente de l'université de Nantes a permis de cartographier et de mieux décrire ces habitats et leurs occupants. Principalement originaires de régions rurales défavorisées de Roumanie, ils sont souvent dénommés "Roms" et ils se décrivent également comme tels, ou bien comme "Tsiganes" (19).

Au fil des expulsions, ces bidonvilles ont été refoulés en périphérie des villes, sur des friches ou des terrains délaissés, dégradant encore davantage l'accès aux services publics tels que les soins ou la scolarité.

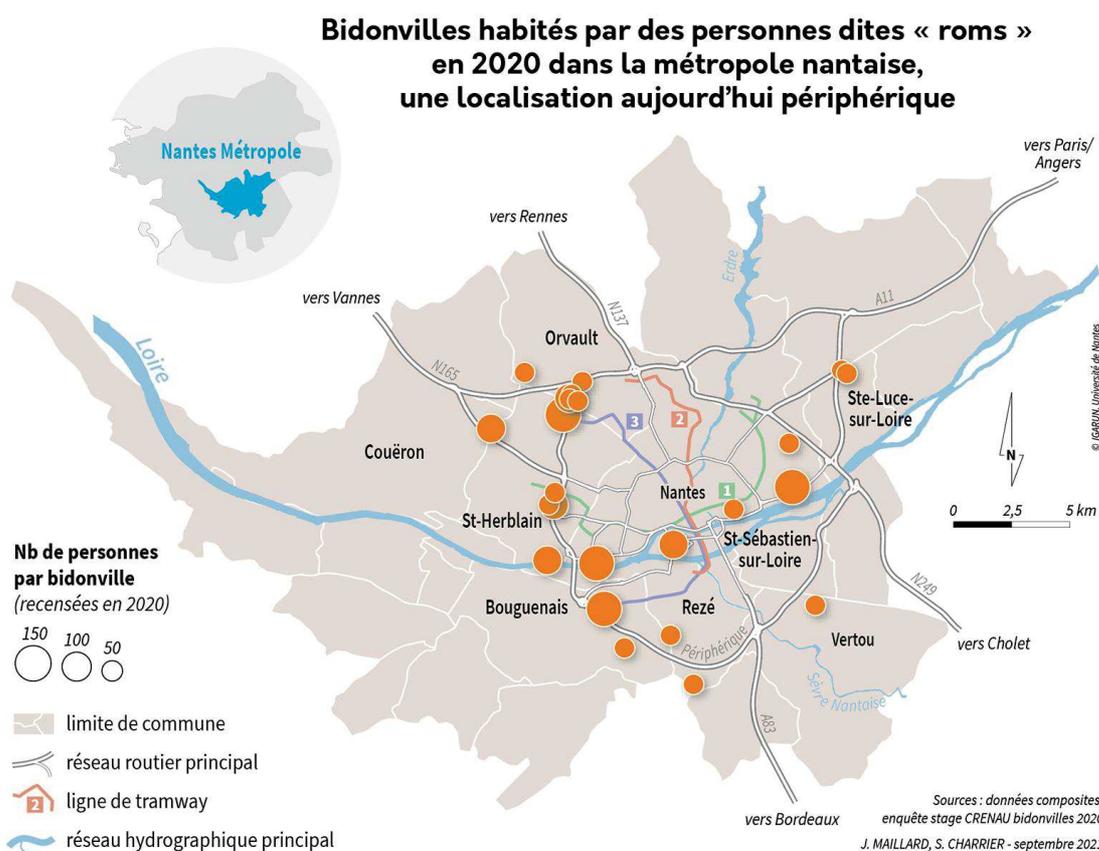


Figure 2 : Carte des bidonvilles habités par des personnes dites "roms" en 2020 dans la métropole nantaise (20)

Depuis 2018, le gouvernement français a confié à la DIHAL la mission de « résorption des bidonvilles ». Face à l'échec de la politique d'évacuation, le gouvernement français a exprimé le souhait de mener une action plus large et progressive pour une inclusion durable et une résorption définitive des sites (21). Cette action peut nécessiter temporairement la sécurisation et l'encadrement d'un site afin de faciliter l'intégration des familles (scolarisation, emploi, santé) et l'accès progressif à un logement digne. Pour parvenir à cet objectif

d'insertion des populations, la DIHAL travaille en partenariat avec les acteurs publics et associatifs locaux.

En Loire Atlantique, cinq associations sont soutenues par le gouvernement dans le cadre de cette volonté de résorption :

- L'Association Saint-Benoît Labre (diagnostic et accompagnement des ménages vers le droit commun),
- Une Famille Un Toît (accompagnement social, vers le logement et l'emploi),
- PEP Atlantique Anjou (médiation scolaire),
- Les Forges Médiation (médiation en santé),
- Trajectoires (soutien aux acteurs publics et associatifs, diagnostics sociaux au sein de bidonvilles),
- Solidarités International (expertise dans l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement).

2.2. Santé de la femme

2.2.1. Définitions et concepts

Il n'existe pas de consensus sur la définition de la santé de la femme. Au sens large, on peut l'envisager sur plusieurs axes : santé physique, santé mentale, santé sexuelle et reproductive, santé maternelle. Ces différentes composantes sont interdépendantes et sont soumises entre autres à des caractéristiques biologiques et sociétales. La santé sexuelle et reproductive a un fort impact en santé publique puisqu'il y est question des IST (infections sexuellement transmissibles), de la planification familiale, des luttes contre les violences familiales, de l'éducation à la sexualité.

En 1974, l'OMS définit la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) comme un "état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité et ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité" (22). Elle précise qu'elle "a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et de la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination, ni violence".

De façon générale, il existe, selon les études, une mauvaise connaissance de l'anatomie et la physiologie féminine, des moyens de contraception à disposition, et le sujet de la sexualité reste tabou dans de nombreux environnements (22).

2.2.2. Etat des lieux de la santé des femmes en situation de précarité

La majorité des personnes en situation de précarité sont des femmes, elles ont des conditions de vie et de travail pénibles. Elles représentent 64 % des personnes qui reportent des soins ou y renoncent à cause de contraintes familiales et professionnelles.

La mortalité serait significativement plus élevée pour les catégories socio-professionnelles les plus défavorisées (2).

L'accès à l'information et aux soins pour les personnes précaires, particulièrement les femmes, est un réel problème qui découle de plusieurs facteurs socio-économiques tels que les difficultés administratives, de déplacement, la barrière de la langue, une faible connaissance du système, les faibles ressources relationnelles, les multiples préoccupations liées aux besoins vitaux, parfois la présence d'enfants sans possibilité de garde (23) (6).

L'exemple de la grossesse est parlant : précarité et pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis de grossesse insuffisants voire inexistantes. La rareté des soins préventifs et de dépistage contraste avec la plus forte exposition des femmes à des facteurs de risque environnementaux. On observe alors un taux d'hospitalisation prénatale plus élevé et une fréquence plus importante de grossesses à risque (2) (24) (25).

2.3. Promotion de la santé

2.3.1. Concept de promotion de la santé

La charte d'Ottawa est un document majeur pour l'approche globale de la santé des populations. Elle a introduit et définit, en 1986, la notion de **Promotion de la santé** (10), définie comme un "**processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.**" C'est un concept positif et dynamique mettant en valeur les **ressources sociales et individuelles**.

La promotion de la santé s'appuie sur 5 axes de travail (26) :

- l'acquisition d'aptitudes individuelles (par l'éducation pour la santé notamment)
- le renforcement de l'action communautaire
- la réorientation des services de santé
- la création d'environnements favorables
- l'élaboration de politiques favorables à la santé

Parmi ces axes, l'éducation pour la santé met en œuvre des actions qui ne se limitent pas seulement à l'information mais développent aussi l'intérêt pour la santé et des **compétences**

psychosociales des individus sur un sujet précis (10).

Garder en mémoire ces différents axes lors de l'élaboration d'interventions en promotion de la santé permet d'assurer une démarche éthique et globale, de donner à l'individu **l'autonomie** de choisir en conscience ses comportements qui seront favorables à la santé en tenant compte de ses fragilités et ses contraintes environnementales.

2.3.2. Ateliers en santé

Les ateliers en santé sont décrits en 2005 par le Dr. Lamour, médecin nantais, comme "la rencontre régulière d'un groupe d'individus en difficultés sociales concernés par une problématique de santé commune et des professionnels de la promotion de la santé" (27). Ils s'inscrivent alors dans une démarche de promotion de la santé, au travers de l'axe d' "éducation à la santé".

Leur objectif est de **sensibiliser** à des problématiques de santé, redonner à chacun la **confiance en soi** et la **capacité d'agir** pour une meilleure santé.

Ils se déclinent en séances collectives régulières de 6-8 personnes, en utilisant tout type d'outils créatifs, sur une période permettant de nouer des liens et d'avoir une légitimité auprès des individus.

Pendant les séances, les sujets de santé sont abordés au travers des **expériences**, des **représentations** et des **besoins** exprimés par les participants.

Ces ateliers ont pour ambition d'offrir un espace :

- **d'écoute et d'empathie** où chaque participant qui le souhaite sera entendu (parfois pour la première fois) et respecté dans ce qu'il est et vit, de façon inconditionnelle (28) ;
- de **stimulation communautaire** et d'intelligence collective avec la recherche, entre pairs, de solutions communes et adaptées ;
- d'**apprentissage individuel** en s'appuyant sur les connaissances de ses pairs ou du professionnel présent.

Cet exercice oblige les professionnels du soin à approfondir leurs connaissances des contextes de vie des individus et à prendre une attitude plus humble, en **questionnant ses connaissances et ses propres représentations**.

2.3.3. Empowerment

L'*empowerment*, ou développement du pouvoir d'agir, a fait son apparition dans les années 1970, inspiré notamment de l'œuvre du pédagogue Paulo Freire sur l'éducation comme moyen de se libérer de l'oppression (29).

Ce n'est qu'en 1986, dans la Charte d'Ottawa, que le concept est employé par l'OMS. Il est défini en ces termes : "un processus d'action par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leur vie en changeant leur environnement social et politique afin d'accroître l'équité et d'améliorer leur qualité de vie" (30).

Au-delà du développement des compétences individuelles, il y a un nécessaire dépassement des barrières structurelles dans une lutte contre les inégalités de pouvoir.

Appliqué au domaine de la santé, c'est le processus par lequel "un individu ou un groupe développe son pouvoir d'agir sur les facteurs déterminants de leur santé."

Vingt ans plus tard, une revue de littérature scientifique de l'OMS démontre l'impact positif de l'*empowerment* sur la santé publique et incite les responsables d'institutions, les décideurs politiques, les professionnels de santé à se former et à favoriser son développement (31).

Concept également cher à Médecins du Monde, il fait partie des cinq piliers de l'association pour qui l'"*empowerment*" est à la fois un objectif et un processus pour améliorer la santé (31).

2.3.4. Aller-vers

Encouragée par de nombreux programmes gouvernementaux tels que le Ségur de la santé (mesure 27) ou le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes (HCE), la démarche d'aller-vers consiste à aller à la rencontre de personnes qui ne formulent pas de demande ou qui ne s'adressent pas aux structures adaptées (32) (2).

Il s'agit d'intervenir auprès de publics en situation de précarité cumulant de nombreuses problématiques, entravant leur accès aux soins : mauvaise connaissance du système de santé, identification difficile des interlocuteurs, lieux de vie éloignés et peu desservis par les transports en commun, barrières linguistiques ou culturelles... Les acteurs médico-sociaux entrent alors dans une "**démarche pro-active pour recréer du lien** entre la collectivité et les personnes isolées" (33).

Les actions d'aller-vers n'ont pas pour intention de se substituer au droit commun en instaurant une voie d'accès parallèle, mais cherchent à **remédier de façon temporaire à des lacunes** en restaurant le contact entre un public donné et une structure de droit.

Cette démarche instaure un **changement de rapport entre l'intervenant et les personnes rencontrées**. Au contraire d'un individu qui, face à une problématique de santé, irait prendre rendez-vous chez son médecin ou se rendrait dans une structure de soins, dans l'aller-vers, c'est l'intervenant qui se déplace sur le lieu de vie de l'individu et qui va initier la rencontre (34).

L'approche d'aller-vers remet en question l'idée selon laquelle une intervention sociale ou médicale découlerait systématiquement d'une demande préalable.

La légitimité d'une intervention en aller-vers est étroitement liée à la question de la **demande** et de la non-demande. On distingue en effet trois situations face à une problématique de santé (35) :

- Celle de la **demande formulée dans une structure de soins** : l'aller-vers n'a alors pas lieu d'être ;
- Celle de la **non demande ou du non recours** qui peut s'expliquer par de multiples raisons : mauvaise connaissance des structures, difficultés d'accès aux soins, priorité à la survie ou à la recherche de moyens de subsistance, stigmatisation, etc (36)... C'est dans cette situation que la démarche d'aller-vers prend son sens en laissant, lors de la rencontre, la possibilité à la demande d'émerger et en se donnant les moyens d'y répondre ;
- Celle du **refus positif et éclairé** où intervenir serait invasif et non légitime.

Cyril Avenel, sociologue, résume : « *Aller-vers conduit à revisiter la relation d'aide et d'accompagnement, quand les populations sont en non-demande. C'est une question éthique et une démarche complexe à construire entre libre arbitre et non-assistance à personne en danger* ». Il est donc essentiel de trouver l'équilibre entre deux impératifs : d'une part renforcer l'accès aux soins ou aux droits sociaux des personnes, d'autre part, respecter leur liberté et notamment leur possible refus de soin ou d'accompagnement (34).

Une **posture** d'ouverture, de confidentialité, de non jugement et de respect de la volonté de la personne est dans ce contexte nécessaire, afin de respecter la liberté de choix de l'individu et "ne pas entrer dans une forme de contrainte implicite" (37).

"Aller-vers, c'est agir **modestement**, de façon **non invasive, non contraignante**." (38)

2.3.5. Médiation en santé

Issue de programmes de santé communautaire apparus dans les années 1970-1980, dont certains portés par Médecins du Monde, la médiation en santé a pour objectif **d'aller-vers** et **d'accompagner** les publics les plus précaires et éloignés du système de santé.

La médiation en santé est née progressivement des besoins du terrain, et sa reconnaissance officielle n'est que très récente. Elle s'inscrit dans une **lutte contre le non recours** à la prévention et aux soins, de personnes qui n'ont pas accès aux droits auxquels elles pourraient prétendre.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi en 2017 un référentiel qui définit les objectifs de la médiation en santé (39).

« La médiation en santé désigne la fonction d'**interface** assurée en **proximité** pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé aux obstacles du public dans son accès à la santé ».

Le médiateur a une position de **personne-ressource**. Il prend le temps de **rencontrer, écouter, guider et orienter** la personne en ayant une **approche holistique**. Son objectif n'est pas de « faire à la place de », mais de « faire avec », en respectant les principes de **confidentialité**, de **non-jugement** et de **respect de la volonté** de la personne.

Dans ces objectifs, la médiation en santé requiert un travail en équipe et **en coordination** avec les institutions, les associations et les professionnels de santé locaux.

A Nantes, l'association **Les Forges Médiation** assure une fonction de médiation en santé dans les bidonvilles de l'agglomération. Créée en 2008, cette association promeut la médiation sociale comme outil pour lutter contre les inégalités sociales, territoriales et de santé. Ses médiateurs interviennent sur des aires de voyages, des terrains d'insertion temporaire et bidonvilles avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des habitants et de favoriser la mobilisation et la mise en réseaux des acteurs de santé (40). Les deux thésardes se sont appuyées sur l'expérience des médiateurs des Forges lors des phases d'élaboration du projet, de réalisation des ateliers ainsi que pour leur évaluation.

PREMIÈRE PARTIE - DIAGNOSTIC DE SITUATION

1. Matériels et méthodes

1.1. Objectifs et critères de jugement

1.1.1. Objectif général

L'objectif principal de cette première partie est d'explorer, par le moyen d'entretiens qualitatifs semi-dirigés, les expériences, les représentations, les connaissances et les besoins en terme de santé de la femme des habitantes du bidonville. Dans une approche systémique, les deux thésardes seront attentives aux liens entre la personne et son environnement, aux rôles de certains facteurs socio-environnementaux ou à certaines caractéristiques socio-culturelles.

1.1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de :

- nouer un lien de confiance avec les participantes, afin de faciliter leur participation aux ateliers,
- prendre connaissance de leur lieu de vie pour mieux comprendre leurs enjeux du quotidien.

1.2. Méthodologie générale

La première partie de cette thèse est une étude qualitative permettant d'explorer les représentations et les besoins en termes de santé féminine des femmes vivant en bidonville. Pour cela, une méthodologie de collecte et d'analyse de données qualitatives sera mise en place. L'étude sera menée sur un bidonville unique. Des entretiens semi-directifs seront menés auprès d'un échantillon de personnes correspondant à la population ciblée.

1.3. Population étudiée

1.3.1. Critères d'inclusion

Seront incluses les personnes volontaires ayant donné leur consentement oral après avoir été informées clairement sur les objectifs et les implications de l'étude, et répondant aux critères suivants :

- Femme âgée de 18 ans à 35 ans,
- Habitant au sein du bidonville choisi pour l'étude.

Les deux thésardes ont défini la limite d'âge supérieure à 35 ans afin d'éviter que plusieurs générations d'une même famille vivant sur le terrain se retrouvent ensemble lors de l'atelier. Elles ont considéré que la présence d'une mère, belle-mère ou tante aurait pu freiner une parole libre autour de sujets relatifs à la vie intime.

1.3.2. Critères d'exclusion

Ne pourront pas être incluses :

- les personnes mineures,
- les personnes ayant une suspicion de situations incompatibles avec la compréhension des questions de l'entretien individuel (troubles psychiatriques).

L'évaluation de la présence de situations incompatibles avec la compréhension des questions de l'entretien individuel sera faite directement par l'enquêtrice au moment du recrutement sur le terrain.

Les femmes mineures ont été exclues pour deux raisons :

- d'une part, pour la difficulté à obtenir l'accord d'un représentant légal, ne résidant pas toujours en France ;
- d'autre part, en raison du risque d'une différence de maturité, notamment relative à la vie sexuelle et affective entre les participantes.

1.3.3. Choix du terrain et recrutement de la population étudiée

Le projet d'ateliers en santé de la femme en aller-vers sur un bidonville est né début 2022, en lien étroit avec le programme "4i" de la délégation nantaise de Médecins du Monde. Il devait initialement avoir lieu dans un bidonville au sein duquel MDM intervenait. Pour de multiples raisons, notamment des difficultés à maintenir des échanges collectifs, MDM a dû cesser ses interventions sur ce lieu.

Les deux thésardes ont dû identifier un nouveau terrain où réaliser les entretiens et les ateliers en santé. Toujours aiguillées par l'équipe de MDM, elles se sont mises en lien avec l'association Les Forges Médiation, qui depuis 2008 intervient auprès de personnes en situation de précarité pour promouvoir la santé et faciliter leur accès aux droits et au système de soin. L'équipe des Forges Médiation a identifié un terrain sur lequel des habitantes avaient exprimé des questions relatives à leur santé de femme et sur lequel des temps

d'animation collective semblaient possibles. Ce terrain disposait en outre d'un mobil-home installé par le CCAS et permettant d'héberger des activités en groupe.

Le projet était alors présenté aux habitantes par oral par les deux thésardes accompagnées des médiateurs et de l'interprète, en faisant du porte-à-porte. Un document écrit de présentation était alors remis. En cas d'accord verbal pour participer à l'étude, un rendez-vous était fixé pour mener l'entretien individuel.

Ayant été averties par les médiateurs en santé que la plupart des femmes étaient non francophones, et que celles pouvant parler français n'avaient qu'une maîtrise que très limitée de la langue, la présence systématique d'une interprète en roumain a d'emblée été retenue pour la présentation du projet et pour les entretiens individuels.

1.4. Collecte et analyse des données

1.4.1. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à partir des entretiens semi-dirigés, comprenant également un recueil de données socio-démographiques.

- **Entretiens semi-dirigés**

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de vie de la personne. Deux entretiens tests ont été réalisés par les thésardes ensemble afin d'harmoniser les pratiques. Les suivants ont été menés par l'une ou l'autre. Les entretiens d'environ une heure ont eu lieu, au choix de la participante, dans le mobil-home du CCAS ou à son domicile pour assurer une confidentialité. Tous les entretiens ont nécessité la présence de l'interprète.

L'entretien semi-dirigé s'est appuyé sur un guide élaboré lors des premiers ateliers en santé de l'UGOMPS et adapté aux spécificités de la population enquêtée. Il s'inspirait des méthodes d'éducation thérapeutique, notamment du bilan éducatif partagé qui explore les dimensions biomédicales, psycho-affectives, cognitives des individus sur les thématiques de la santé.

Afin d'aider la participante à partager son expérience, un outil visuel a été utilisé (voir annexe n° 5). Cet outil, hérité des précédents cycles d'ateliers, propose différentes thématiques en lien avec la santé de la femme ainsi que des vignettes émotions (smileys joie, tristesse, peur, colère et neutre).

L'ordre des thématiques abordées par la participante importait peu, une souplesse était laissée à la discussion afin de permettre l'émergence de thématiques qui n'auraient pas été anticipées par les thésardes.

En fin d'entretien, il était proposé à la femme de choisir entre différentes thématiques, celles qu'elle souhaiterait approfondir lors des ateliers.

- **Données socio-démographiques**

Un bref recueil des données socio-démographiques a été réalisé au début de l'entretien.

Ces données concernaient :

- l'âge
- la situation conjugale
- le nombre d'enfants
- l'âge de la première grossesse
- le mode de déplacement
- la maîtrise du français
- la scolarisation
- la couverture médicale
- la présence d'un médecin traitant
- le lieu de naissance
- la date d'arrivée en France en cas de naissance à l'étranger

1.4.2. Collecte et traitement des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone et retranscrits de façon anonyme sur un logiciel de traitement de texte à l'aide d'un code alphanumérique (femme 1 (F1), femme 2 (F2),...). Les enregistrements ont été supprimés dès la retranscription écrite effectuée, soit dans la semaine suivant l'entretien et les données socio-démographiques anonymisées et enregistrées sur un tableur Excel.

1.4.3. Analyse qualitative

L'analyse qualitative des entretiens s'est inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative. Cette méthode s'applique sur un échantillon relativement homogène de participants partageant une expérience de vie commune. Elle explore le vécu de l'individu, son univers singulier et le sens qu'il donne à ses expériences de vie.

Les deux thésardes ont d'abord analysé séparément les données puis leurs résultats étaient partagés et discutés. A chaque étape (étiquetage, propriété et catégories conceptuelles), une triangulation de l'ensemble des données a été réalisée.

1.5. Réglementation et éthique

1.5.1. Typologie de la recherche et autorité compétente

Cette recherche se situe hors loi Jardé. Elle répond donc à la méthodologie de référence 04 à laquelle s'est engagée l'université de Nantes. Il n'y a donc pas de démarches à effectuer auprès de la CNIL (Commission National de l'Informatique et des Libertés), ni de consultation du CPP (Comité de Protection des Personnes).

Au vu du caractère sensible des données récoltées, le protocole de recherche a été soumis au CERNI (Comité d'Éthique de la Recherche Non-Interventionnelle de l'Université de Nantes) qui l'a validé (annexe n°1).

1.5.2. Information et accord oral des femmes

Le jour des entretiens individuels, il était rappelé à la participante l'objectif et le déroulement de la recherche, ses droits d'accès aux données collectées. La bonne compréhension de ces informations était vérifiée. L'accord oral pour participer à l'enquête était de nouveau demandé avant de commencer l'enregistrement audio de l'entretien.

Il était rappelé la possibilité d'interrompre, à tout moment et sans justification, la participation à la recherche. L'information délivrée précisait également que tout refus ou interruption de participation serait sans conséquence pour la personne ou ses proches.

2. Résultats

2.1. Caractéristiques de la population, des entretiens et du lieu de vie

2.1.1. Description de la population étudiées

L'âge moyen des femmes ayant participé aux entretiens est de 26,1 ans. L'ensemble des femmes est en couple.

Elles sont toutes nées en Roumanie, et leur âge moyen d'arrivée en France est de 23,7 ans.

L'âge moyen du premier enfant est de 18,1 ans. Six femmes ont eu leur premier enfant à 18 ans ou moins dont deux femmes avant 14 ans. Une femme n'a jamais eu d'enfant.

Toutes les femmes ont été à l'école, mais **la scolarité s'arrête en moyenne à l'âge de 14 ans.** Pour quatre d'entre elles, l'âge d'arrêt de la scolarité correspond, à plus ou un moins un an, à l'âge de la première grossesse.

Plus de la moitié des femmes travaillent (n=7). Ces dernières sont toutes employées par une entreprise de maraîchage proche du bidonville.

Leur **connaissance de la langue française** est pour huit d'entre elles **très limitée** : elles en comprennent quelques mots mais ne le parlent ni ne le lisent, une femme n'en a aucune connaissance tandis qu'une dernière le parle. **Aucune des femmes n'est en mesure de lire ou d'écrire le français.**

Une seule des femmes interrogées est autonome dans les transports en commun.

Toutes les autres dépendent de leur mari ou de proches disposant d'un véhicule.

Six femmes ne disposent pas de couverture sociale effective.

La moitié des femmes ont recours à un même médecin généraliste qu'elles qualifient de "médecin traitant".

	Fa	Fb	Fc	Fd	Fe	Ff	Fg	Fh	Fi	Fj	Moyenne
Âge	25	24	29	34	20	23	24	26	29	27	26,1
Situation conjugale	en couple	en couple	en couple	mariée	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	mariée	
Nombre d'enfant	0	3	2	4	2	4	3	1	1	5	2,8
Age du 1er enfant		17	25	19	18	14	14	21	18	17	18,1
Age d'arrêt de la scolarité	12	14	14	14	18	13	13	11	15	18	14,2
Travail	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	
Connaissance du français	très limitée	parle sans le lire	aucune	très limitée	très limitée						
Moyen de déplacement	proches	proches	proches	proches	proches	transports en commun	proches	proches	proches	proches	
Couverture sociale	non	oui	oui	non à jour	non	oui	non à jour	non	oui	non	
Médecin traitant	non	oui	non	oui	non	oui	oui	non	oui	non	
Lieu de naissance	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	Roumanie	
Âge d'arrivée en France	23	21	26	31	17	20	21	26	25	27	23,7

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée
L'identification des femmes (Fa, Fb..) a été dissociée de celui des verbatims (F1, F2...) afin d'éviter l'identification des participantes.

2.1.2. Description des entretiens

Participante	Lieu	Durée
F1	mobil home du CCAS	46 min
F2	mobil home du CCAS	48 min
F3	caravane de la participante	37 min
F4	caravane de la participante	41 min
F5	mobil home du CCAS	41 min
F6	mobil home du CCAS	43 min
F7	mobil home du CCAS	53 min
F8	caravane de la participante	35 min
F9	mobil home du CCAS	53 min
F10	caravane de la participante	48 min

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 15.11.2022 et le 19.02.2023. L'ensemble des entretiens a été réalisé en roumain, avec une interprète professionnelle de l'association ASAMLA.

A noter, qu'à quatre reprises, les deux thésardes se sont déplacées sur le terrain et les entretiens prévus n'ont pas pu être réalisés avec les femmes, trois d'entre elles étaient absentes ou indisponibles. Une seule nous a exprimé un refus secondaire de participer.

2.1.3. Description du lieu de vie

Le bidonville ou "terrain" sur lequel vit l'ensemble des femmes interrogées se situe dans l'agglomération nantaise, entre une exploitation agricole et une voie rapide. C'est un lieu d'habitation depuis 2021. En 2022, 33 ménages y résident, soit environ 150 personnes, dont près de la moitié d'enfants.

L'occupation de ce terrain a été autorisée en 2021 par la mairie dont dépend le bidonville. Elle y mène une politique dite de "stabilisation".

En effet la mairie, conformément aux directives européennes, françaises et métropolitaines, a décidé de changer de paradigme : passer d'une politique d'expulsions à répétition à une résorption progressive des bidonvilles. Dans cette dynamique, l'habitation de ce terrain a été légalisée, sous plusieurs conditions : l'assiduité à la scolarisation des enfants, le respect de l'environnement ainsi qu'une installation limitée de familles sur le lieu.

Un empiérement des allées a été mené, la pose d'un compteur électrique, un accès à l'eau et l'installation de sanitaires ont été effectués au cours de l'année 2021.

L'objectif est de transformer ce terrain de stabilisation en un terrain d'insertion temporaire composé de mobil-homes individuels munis de sanitaires et de compteurs électriques individuels. L'objectif à plus long terme est d'accompagner les familles qui le souhaitent vers l'obtention d'un logement social.

Le terrain est organisé en une allée centrale de part et d'autre de laquelle se trouvent des habitations de fortune. Ce sont des caravanes auxquelles ont été ajoutées des pièces à l'aide de matériaux de récupération.

Les habitations ne disposent pas de sanitaires individuels. Des toilettes communes ont été installées par l'association Solidarités international. Un robinet d'eau unique est localisé à l'entrée du terrain.

Afin de faciliter les activités organisées par les PEP (Pupilles de l'Enseignement Public), association de médiation scolaire, un mobil-home a été installé par la mairie.

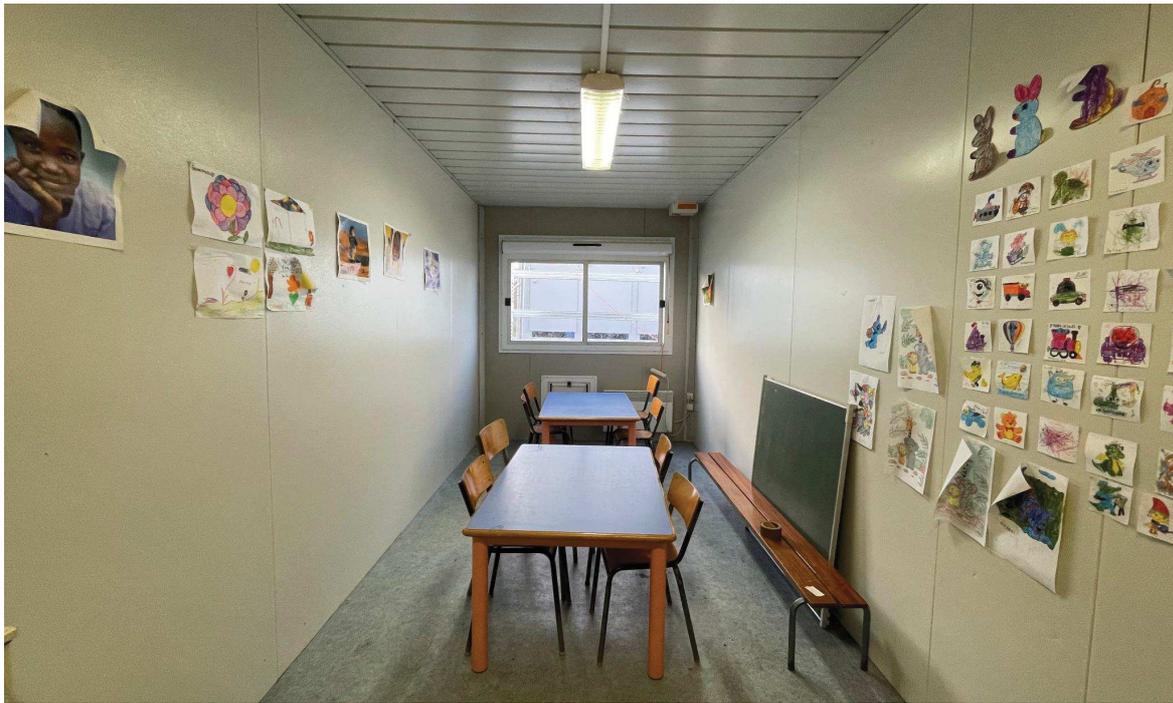


Figure 3 : photographie du mobil-home du CCAS



Figure 4 : photographie du terrain

2.2. Résultats qualitatifs

Synthèse des différents thèmes du verbatim

CONNAISSANCES, VÉCUS ET REPRÉSENTATIONS RELATIVES A LA SANTE FEMININE	Les problématiques de santé féminine : une préoccupation
	Accès à l'information
	Les règles
	La grossesse et la maternité
	La contraception
	L'hygiène, les dépistages et les IST
	La sexualité
	Les violences
RAPPORT AU SYSTEME DE SANTE	Des difficultés d'accès aux soins multiples et interconnectées
	Une recherche de solutions acceptables
	Une demande de qualité dans la relation de soins
ETRE FEMME "ROM" SUR UN BINDONVILLE	Vécu de sa féminité et de son rôle de mère
	Rapport à l'homme au sein du modèle familial
LE RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ	Un rôle de soutien
	Les femmes, une communauté dans la communauté
	Identifier des habitudes culturelles
	Une vie en marge de la société française

2.2.1. Connaissances, vécus et représentations relatives à la santé féminine

2.2.1.1. Les problématiques en santé féminine : une préoccupation

La plupart des femmes interrogées ont fait part de problématiques en lien avec leur santé de femme. Ces problématiques sont sources de **préoccupations**, souvent à l'origine d'une demande de consultation.

Ces préoccupations sont variées et peuvent relever d'un souhait de contrôler les grossesses, d'une problématique d'infertilité, ou de symptômes uro-génitaux.

F1 "Quand je vais aux toilettes, j'ai des démangeaisons, ça brûle."

F4. "J'ai un implant, et depuis j'ai des douleurs du ventre qui sont assez fortes et je ne suis pas bien réglée. Quand mes règles passent il y a toujours une douleur, et c'est pour ça que je veux voir un gynécologue pour avoir une crème, un shampoing..."

F7. "Là par exemple moi j'ai pas de problème de santé, ce qui m'intéresse c'est l'implant, pour ne plus tomber enceinte"

A la question : "si je parle de santé de la femme, à quoi est-ce que cela vous fait penser ?", la réponse était quasi systématiquement en lien avec la problématique en santé que traversait la femme. La notion de santé de la femme n'est donc pas conceptualisée mais définie par rapport aux expériences et problématiques vécues.

2.2.1.2. L'accès à l'information sur sa santé de femme : rôle des femmes de l'entourage, de l'école et des expériences personnelles

Toutes les femmes ont évoqué comme principale source d'informations les femmes de leur entourage avec notamment la figure de la mère qui joue un rôle clef à l'adolescence.

C'est souvent lors des premières règles, parfois lors de la première grossesse, que les questions relatives à la santé féminine sont abordées.

F4. "J'ai eu mes premières règles à 13 ans. J'ai eu peur, je ne savais pas ce que c'était. J'ai appelé ma maman, et elle m'a expliqué que c'était normal."

E. "Tout le fonctionnement du corps de la femme, qui t'en a parlé ? F4 Les femmes autour de moi, et c'est depuis la première fois que je suis tombée enceinte que j'ai eu les informations.

E : Jamais avant la grossesse ? F4 : Non, j'allais bien comme ça".

Lorsque la mère est absente, soit l'information fait défaut, soit d'autres femmes aînées remplissent cette fonction d'éducation.

E. "Quand vous avez eu la première fois vos règles, est-ce qu'on vous avait parlé avant ?

F5 : Non parce que ma maman n'était pas à la maison, j'habitais avec mes grands-parents."

F2. "Je les ai eu à 11 ans. La première fois j'ai eu peur, je ne savais pas. [...] J'ai parlé avec des personnes un peu plus âgées qui m'ont dit que c'était normal, que c'était toutes les femmes pareil."

L'**école** est citée comme lieu d'éducation ou de prévention lors de l'enfance et de l'adolescence, mais la plupart des femmes l'ont quittée très jeunes.

En grandissant, les échanges avec la mère peuvent s'atténuer, en raison d'un éloignement géographique (notamment lors de la migration) ou de l'apparition d'un tabou sur les questions intimes.

F1 : "Avant oui, j'en parlais avec elle, mais plus maintenant, je suis gênée."

C'est alors notamment par les **expériences personnelles** au gré des événements de vie que les femmes vont acquérir des connaissances sur leur corps et son fonctionnement.

F4. [montre la vulve] : "et donc ça c'est quoi je ne comprends pas ? E. C'est le sexe féminin, tu as déjà regardé avec un miroir peut-être ? F4. [rit] ah ! Oui, je connais parce que j'ai déjà fait avec le miroir quand j'étais enceinte et que je voulais m'épiler. Je ne pouvais pas voir en bas."

E. [En parlant des rapports intimes] : "Et ça c'est quelque chose que vous aviez discuté avec d'autres avant d'avoir des relations sexuelles ? Avec la famille, l'école, etc. F9. Non. Et j'ai juste eu mon mari."

L'**accès à une information professionnelle** est difficile, notamment dans un contexte de migration et d'arrivée dans un pays dont on ignore le fonctionnement du système de santé. Plusieurs femmes ont exprimé ne pas savoir où trouver des informations sûres face à un problème de santé.

"E. Quand vous avez des questions sur votre santé de femme, vers qui vous pouvez aller ? F5. Vers personne."

Avec l'éloignement physique ou "relationnel" de la mère, et l'arrivée dans un nouveau système de santé, ce sont les **amies et femmes de l'entourage** qui prennent le rôle de personnes ressources, sources d'informations.

C'est aussi sur les informations et expériences des proches femmes que des décisions relatives à sa propre santé féminine sont prises.

“E. Et qu’est-ce que tu en penses de la pilule ? F1. C’est pas bon. Il y a des femmes qui se déforment, d’autres qui n’ont plus de règles, d’autres qui sont nerveuses.”

“E. des femmes autour de moi m’ont dit que si j’accouche de nouveau il n’y aura plus de plaie à l’utérus. C’est pour ça que je n’ai pas pris la contraception.”

2.2.1.3. Les règles

- **Connaissances**

La plus grande partie des femmes interrogées ne savent pas expliquer à quoi correspondent les règles.

La ménarche ayant lieu alors que la fille est encore auprès de sa mère, c’est cette dernière qui, la plupart du temps, va être la source d’informations à ce sujet.

La mère tient alors souvent un discours rassurant : les règles sont un phénomène naturel chez toutes les femmes.

“E. Tu te souviens de la première fois que tu as eu tes règles ? Tu pourrais nous raconter ? F10. rit. J’avais 10 ans. J’avais des douleurs, j’avais très très mal, et quand j’ai vu du sang j’ai cru que je m’étais fait mal, que je m’étais blessée. Je suis allée parler avec ma mère et je lui ai dit : “maman, maman je me suis blessée !”. Ma maman a essayé de me rassurer, elle m’a dit c’est normal pour toutes les femmes. [...] Elle m’a dit que c’était comme ça pour toutes les femmes, que c’était tous les mois, qu’il ne fallait pas que j’ai peur. Elle m’a montré comment mettre ma serviette et tout.”

“E. Est-ce que vous pouvez nous raconter la première fois que vous avez eu vos règles ? F6. C’était pas surprenant parce que ma maman en avait parlé beaucoup, j’étais bien prévenue.”

Peu d’informations relatives à l’origine des règles sont données à l’adolescence. Ces connaissances physiologiques ne sont pas non plus acquises par la suite.

“Les règles, tu sais ce que c’est le sang ? F4. Non, je ne sais pas pourquoi, mais je sais que c’est normal.”

“E. C’est quoi les règles ? F5. Je sais pas.”

Toutes les femmes ont fait le lien entre les règles et la fertilité.

“F3. Et si t’as pas de règles, tu peux pas avoir d’enfant.”

“F2. Les miennes ne sont pas régulières, et depuis le mois dernier je ne les ai plus. Il faut que je fasse un test.”

- **Représentation et croyances**

La plupart des femmes ont une vision très **symbolique** des règles.

Elles correspondent à un phénomène naturel du corps de la femme.

Leur présence est signe de bonne santé et rassure quant au bon fonctionnement du corps, voire même est vitale.

F10 : “C’est bien, c’est quelque chose de normal. Je connais des femmes qui n’ont pas leurs règles tous les mois, et c’est pas normal. C’est bien de les avoir tous les mois.”

F3 : “C’est quelque chose créé par Dieu. Si t’as pas les règles, tu peux pas vivre. [...] Parce que je connais des femmes elles ont arrêté d’avoir des règles et elles sont décédées.”

Cette fonction vitale des règles est souvent associée à leur fonction de **filtre**, de **nettoyage** du corps.

F1 : “Oui, ça nettoie à l’intérieur. [...] ça élimine. E. Pour toi c’est sale les règles ? F1. Oui, parfois quand je nettoie sous l’eau froide ça devient noir.”

F6 : “Ça doit arriver tous les mois, si tu les as pas c’est qu’il y a un problème. C’est le sang qui n’est plus bon dans notre corps. [...] Il me semble que c’est lié aux bactéries, on élimine des choses.”

Les premières règles marquent le passage à l’adolescence et l’acquisition d’un corps de femme. Une participante explique avoir alors reçu de ses aînées des messages de prévention et vigilance quant à ses interactions avec les hommes :

F7 : “[...] Moi on m’a expliqué que attention si quelqu’un te touche ou les abus il faut faire attention . Ça ça a été bien expliqué.”

- **Expérience**

Si les règles rassurent quant au bon fonctionnement du corps, la grande majorité des femmes en a un **vécu négatif**, notamment en raison des **douleurs** qu’elles génèrent.

Ces douleurs sont la plupart du temps soulagées par des traitements pris en auto-médication en pharmacie.

F1 : "J'ai beaucoup de douleur au ventre, je prends 5-6 comprimés par jour, du spafon."

E : "Les règles ça vous fait quoi comme émotion ? F5. La tristesse. E. La tristesse ? Pendant les règles, pendant 3 ou 4 jours j'ai très très mal."

F7 : "[C'est] Pas très bon. Il y a des douleurs de ventre, des maux de tête. C'est pas quelque chose d'agréable."

E : "Alors les règles ça vous fait quoi comme émotion ? F9. Ohlala, je pleure. Quand j'ai mes règles ça fait très très mal, les douleurs sont très fortes. [...] Le premier jour, j'ai des douleurs très fortes, les suivants ça va. Alors je prends un médicament NUROFEN capsule, et après ça va un peu mieux."

Certaines femmes ont évoqué avoir des difficultés à garantir leur hygiène pendant leurs règles lorsqu'elles ne sont pas chez elles. La période des règles peut donc être associée à une **restriction de déplacements**.

Une personne a évoqué un vécu difficile notamment lié à son emploi.

F6 : "Ça va parce que je suis toute la journée à la maison. C'est plus compliqué quand on va en extérieur."

F7 : "C'est pas très facile mais on a pas le choix. Oui souvent c'est gênant, il faut aller plus souvent aux toilettes, l'hygiène aussi. Par exemple, quand on est au travail faut se changer plus souvent, c'est difficile. Le dernier lieu de travail c'est chez (...), les patrons sont très exigeants, si on s'absente plus de 5 minutes ça ne va pas. Et il faut être très rapide."

Les **serviettes** sont l'unique type de protection utilisé. Si l'existence des tampons est connue, ils ne sont pas utilisés, notamment en raison d'éventuelles difficultés d'utilisation ou de capacités absorbantes insuffisantes.

F4 : "Les "ob" [tampons], mais ça non non, je n'ai jamais mis. J'ai un peu peur que ça reste bloqué. J'ai entendu des femmes qui disent que ça peut rester bloqué et qu'il faut voir un gynécologue pour le retirer."

F10 : "Parce que quand ça coule beaucoup, ça n'absorbe pas suffisamment. Je connais une femme qui perd beaucoup beaucoup de sang pendant ses règles. Elle utilise pas de tampons mais elle met des couches pour enfant."

Aucune femme n'a évoqué avoir des difficultés à se procurer des protections hygiéniques. Elles sont considérées comme des **ressources accessibles financièrement**.

F7 : "Oui pas de problème. Je les achète, c'est pas très cher : 2 ou 3 euros"

2.2.1.4. La grossesse et la maternité

- **Connaissances**

Peu de connaissances relatives à la grossesse ont été évoquées lors des entretiens. Les **signes de grossesse** étaient bien connus : l'aménorrhée, les vomissements et l'asthénie.

F1 : "Je n'avais pas mes règles, il n'y avait plus que des gouttes. Ma mère m'a dit de faire un test de grossesse."

F2 : "Et là je crois que je suis enceinte à nouveau. [...] Je ne me sens pas très bien, je vomis et depuis Octobre, j'ai pas eu mes règles."

Les **lieux de soins** évoqués pour le suivi de grossesse sont la PASS et la maternité. Aucune n'a parlé de suivi avec un médecin généraliste ou une sage-femme libérale.

De façon générale, les femmes ont une idée floue des recommandations de suivi en France.

F10 : "Ca dépend de chaque femme et de son état. Je sais qu'il faut voir le docteur tous les 3 ou les 6 mois, ça dépend."

F2 [au sujet du suivi de grossesse] : "je peux aller à la PASS, c'est ce que j'ai fait la première fois grâce à Héléna la médiatrice. Je peux faire des analyses pour savoir s'il y a une grossesse, après j'ai eu des rendez-vous pour l'échographie."

- **Représentations**

La **première grossesse** est souvent un événement attendu.

Elle marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. C'est souvent une période d'éveil sur sa santé de femme, un moment privilégié d'initiation et d'échanges avec leurs aînées autour de la santé féminine.

De façon quasi unanime, la grossesse et la maternité sont associées à un **événement heureux**.

F6 : "Pour moi c'était quelque chose que je désirais vraiment cette grossesse. C'était bien."

E : "Quand tu penses à la grossesse ou au fait d'être maman, qu'est ce que ça te fait comme émotion ? F6. C'est la joie ! Quand j'ai appris que j'étais enceinte, j'étais tellement heureuse."

E. "Si on parle de grossesse, est-ce que ça te fait une émotion parmi celles-ci ? F10. Pointe un des smiley. E. Ah ! Un grand sourire ! Qu'est-ce qui te rend heureuse dans la grossesse ? F10. Quand je sens le bébé qui bouge dans le ventre, quand il y a le ventre qui grandit. C'est la plus grande émotion. E. Est-ce que tu peux nous raconter un moment marquant d'une de tes grossesses ? F10. Quand j'ai senti les mouvements du bébé pour la première fois."

Aucune des femmes ne nous a fait part d'inquiétudes quant à cette expérience, même lorsqu'elle est nouvelle.

- **Expérience**

Neuf femmes sur dix ont déjà vécu une grossesse, la dernière étant confrontée à une problématique d'infertilité.

Sur ces 9 femmes, 4 étaient mineures lors de leur première grossesse. Une avait moins de 15 ans. L'âge moyen du premier enfant est de 18 ans.

Une femme nous a annoncé être enceinte lors de l'entretien. Sa grossesse n'était pas désirée mais acceptée.

"Là, c'est un peu trop tôt de tomber de nouveau enceinte, la fille elle n'a que 5 mois... et quand elle aura 1 an et 2 mois, je vais accoucher."

Trois femmes ont expérimenté des grossesses ou des accouchements compliqués.

F3. : "J'ai eu que des grossesses difficiles, avec des vomissements, des nausées, du début jusqu'à la fin de la grossesse. J'avais des brûlures, c'était... elle fronce les sourcils."

La plupart des femmes ont bénéficié d'un **suivi de grossesse**, d'intensité variable. Une femme a eu 4 grossesses sans avoir bénéficié d'aucun suivi médical.

F7 : "A la dernière grossesse, c'était difficile, il y avait des manques d'air la nuit, c'était difficile de respirer. J'ai accouché en Allemagne pour le dernier. Pas de suivi, pas d'échographie. A aucun enfant en fait."

2.2.1.5. La contraception

• Connaissances

La plupart des femmes interrogées connaissent plusieurs modes de contraception et l'objectif des méthodes contraceptives sans forcément connaître leur mode d'action physiologique.

La pilule, l'implant, le stérilet et les préservatifs sont fréquemment évoqués. Quelques femmes utilisent la méthode du retrait.

F1 : "il y a ce qu'on met dans le bras, et ce qu'on peut mettre dans l'utérus."

F3 : " En Roumanie on ne fait pas l'implant dans le bras, on passe par voie basse."

F6 : "Les préservatifs et l'implant. Au début, j'ai pris la pilule, en Italie, puis le préservatif. Et là j'ai recommencé ici la pilule."

• Représentations et croyances

Les femmes ont une vision positive de la contraception car elle répond à un désir de réguler leurs grossesses.

F9. "C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup, j'aimerais bien avoir quelqu'un pour un suivi. J'aimerais avoir un implant car j'ai déjà trois enfants et je n'en veux pas plus."

"F7. Là, par exemple, moi j'ai pas de problème de santé, ce qui m'intéresse c'est l'implant, pour ne plus tomber enceinte. Car j'ai déjà 4 enfants, c'est déjà trop."

Cette vision positive de la contraception est partagée par la famille ou le conjoint avec lequel il est souvent possible d'en parler. Si le mari peut être informé voire impliqué dans la contraception en cas de méthode du retrait, c'est essentiellement sur la femme que repose la charge contraceptive.

"E. Et ne plus vouloir d'enfants, c'est quelque chose qu'il peut comprendre ton mari ? F4. Oui, il le comprend parce que lui non plus il ne veut plus d'enfants. Mais si je tombais enceinte, pour lui ça serait ok aussi. Mais pour moi non !"

• **Expérience**

Si l'intérêt porté à la régulation des naissances est marqué, les effets indésirables de la contraception sont une source de préoccupations.

La plupart des femmes interrogées subit des **effets indésirables** de sa contraception ou est inquiète à ce sujet, notamment lors de l'usage de la pilule.

La **pilule** est associée à des risques de prise de poids, des métrorragies, une baisse de libido, des douleurs abdominales et d'effets hépatiques.

Une femme craint de devenir stérile suite à l'utilisation prolongée de sa contraception orale. Une autre s'interrogeait sur l'impact de la pilule sur les IST.

F6 : "Comme je prends les pilules blanches et que j'ai des saignements, je me pose beaucoup de questions. Les saignements c'est pas tous les jours, tous les 2 ou 3 jours, seulement quand je prends la pilule. J'ai peur de ne pas tomber enceinte. [...] je veux en parler avec un gynécologue. J'ai peur de ne pas tomber enceinte. Au début je la prenais pour ne pas tomber enceinte tout de suite, mais là je commence à me poser tout type de questions."

Concernant l'**implant**, la prise de poids et la perte de libido sont évoquées.

Les avis relatifs au **stérilet** sont partagés.

F3 [à propos du stérilet et de l'implant] "C'est très bien parce que les pilules contraceptives ça peut attaquer le foie. Le stérilet c'est le mieux parce que tu le mets et ça peut durer 3 à 5 ans, je préfère ça que des médicaments. En Roumanie on te donnait des médicaments et si t'avais pas de rapports tu les prenais toutes les semaines."

F4. "Je l'ai mis en Roumanie, et c'était à l'intérieur de l'utérus, et c'était pas bien, j'avais des douleurs, c'était assez grave pour moi, je ne pouvais pas avoir de contacts sexuels. Pas que j'avais pas envie cette fois, mais j'avais très très mal pendant les rapports. Le médecin m'a dit que mon utérus est fragile et que le stérilet était trop dur pour moi, donc je l'ai retiré."

Les expériences de leurs proches peuvent jouer un rôle prépondérant dans le choix de la contraception.

F1 [au sujet de la pilule] "C'est pas bon. Il y a des femmes qui se déforment, d'autres qui n'ont plus de règles, d'autres qui sont nerveuses. [...] Une belle soeur par exemple elle prend la pilule et elle est déformée depuis."

Si les préoccupations quant aux effets secondaires de la contraception sont marquées avec des retentissements sur la qualité de vie, la prise de la contraception est souvent poursuivie pour prévenir une grossesse non désirée.

F4 : *“Oui, il y a quelque chose qui a changé, mais c'est de mon côté, je ne ressents plus l'envie de faire l'amour avec lui. [...] Il y a une grosse dispute entre nous concernant ça. Il disait aussi qu'il faut retirer l'implant parce que c'est peut-être à cause de ça, mais j'ai refusé, je ne veux plus avoir d'enfants.”*

F7 : *“Parce que là, je parlais de l'implant, en fait j'aime les enfants mais je sens que j'ai pas les possibilités, qu'est-ce que je leur offre ?”*

2.2.1.6. L'hygiène, les dépistages et les IST

- **Hygiène**

L'hygiène est importante pour ces femmes qui ont reçu de leur mère et ce dès le jeune âge, l'éducation nécessaire. Une femme en donne même sa définition de la santé de la femme : “une bonne hygiène”.

Les conditions de vie sur le terrain rendent cet impératif difficile à mettre en œuvre du fait de la présence de sanitaires partagés entre plusieurs familles uniquement à l'extérieur des caravanes, de l'absence de douche et de la nécessité de faire chauffer de l'eau au gaz pour obtenir de l'eau chaude dans les habitations.

Une croyance partagée entre les femmes que l'on peut attraper une infection urinaire en utilisant des toilettes sales rend le partage des toilettes entre familles d'autant plus difficile.

F7 : *“Dans les toilettes communes il y a beaucoup de gens qui les utilisent et pas tout le monde nettoie, après on peut attraper des maladies.”*

De même, la lessive s'organise hors des habitations, dans des machines à laver branchées sur le réseau électrique, obligeant les femmes à recharger régulièrement la machine à l'aide d'un seau d'eau. Cette organisation peut être limitante pour l'hygiène.

- **Infections sexuellement transmissibles**

Les connaissances en matière d'IST sont très pauvres, parfois erronées. Quelques femmes ont pu citer des maladies : syphilis et VIH, sans savoir réellement de quoi il s'agissait, certaines ne connaissent pas les termes.

Le terme de préservatif est connu mais jamais cité comme moyen de protection contre les MST.

La plupart des connaissances ont été acquises par l'école ou par l'expérience personnelle ou communautaire.

F5 : "C'est quand parfois ça gratte... [...] Je sais pas, j'ai jamais eu ça."

F3 : "Sida, syphilis.[...] S'il y a une personne qui a ces virus, elle peut les transmettre à d'autres personnes par voie sexuelle, par le sang avec des personnes avec qui elle a des rapports sexuels".

F6 : "[les médecins roumains] Ils en parlent s'il y a un souci, mais ils en parlent pas sinon."

F6 : "J'ai peur d'attraper des maladies comme ça. Ou sinon, ça peut me protéger aussi des bactéries, la pilule ?"

Aucune femme n'a partagé avoir déjà eu une MST, mais certaines pouvaient connaître des cas autour d'elles. En revanche, plusieurs d'entre elles peuvent craindre de se voir transmettre des maladies par leurs conjoints infidèles.

F7 : "Oui, oui. [j'y pense] Tout le temps. C'est comme il y a plusieurs hommes ici, les jeunes. Ils vont ensemble voir ailleurs, c'est normal. Ils vont voir d'autres femmes, c'est comme ça. [...] mais en tout cas quand on parle de ça il dit toujours "non, non, je vais jamais voir ailleurs", mais moi j'y pense souvent.

Pour les expériences relatées, le lien est systématiquement fait entre l'infidélité du mari et la présence de la MST. L'infidélité de la femme n'est pas envisagée.

F1 : « J'ai des connaissances qui ont des maris qui ont eu des relations dehors, et ils ont eu des virus. »

Une femme a dit se sentir protégée par ses valeurs familiales.

F3 : "Non je n'y ai jamais pensé [à me protéger des maladies]. Dans ma famille, c'est une seule femme, un seul mari."

- **Suivi et dépistages**

La grossesse est souvent le moment unique de contact avec le milieu médical pour le suivi gynécologique. Aucune femme ne bénéficie de suivi gynécologique régulier. Elles n'ont donc pas accès aux dépistages recommandés.

Le test au Papanicolaou est le seul test cité, sans savoir réellement ce qu'il dépiste.

F6 : *“Non, depuis que j’ai accouché [ndlr : il y a 12 ans], non (je n’ai pas eu d’examen en bas).*

Quelques femmes expriment des inquiétudes vis à vis des cancers féminins, essentiellement celles ayant eu des proches atteintes ou celles ayant fréquenté le milieu médical plus souvent.

F6 : *“Et il y a le cancer des femmes qui est visible partout, j’entends ça partout. Le cancer du sein, le cancer d’en bas, j’entends toutes les femmes en parler.”*

2.2.1.7. Sexualité

La sexualité, domaine de l’intime, est marquée d’une pudeur voire d’un certain **tabou**. Cette gêne est palpable lors de nos entretiens par des éléments non verbaux.

E : *“Et toi si tu ne veux pas tomber enceinte, comment est-ce que tu fais ? F1. Rire gêné. Je me protège.”*

Peu d’éducation ou d’information semblent être données au sujet de la sexualité à l’adolescence et sa découverte se fait essentiellement auprès du mari.

E. [En parlant des rapports intimes] : *“Et ça c’est quelque chose que vous aviez discuté avec d’autres avant d’avoir des relations sexuelles ? Avec la famille, l’école, etc. F9. Non. Et j’ai juste eu mon mari.*

E : *“Et vous, c’est quelque chose que vous pourriez imaginer discuter avec votre fille ou votre fils ? [à propos des rapports sexuels] F9. Je ne sais pas si ça serait bien de faire ça. C’est normal de parler de ça avec un enfant ? [...] mais je ne sais pas si ça serait bien pour ma fille. Elle a 14-15 ans donc je me demande si ça serait bien de lui raconter des choses comme ça. Moi j’ai jamais eu une discussion comme ça. E. Et vous vous auriez voulu en avoir ? F9. Oui peut-être. Et il y a des choses différentes aujourd’hui. Mais ma maman était souvent partie, j’ai vécu avec mes grands-parents.”*

Si les échanges avec la mère sur les thématiques relatives à la santé féminine semblent plutôt aisés, l’abord de la sexualité fait exception.

F10 : *“Je parle de tout ça avec ma maman, sauf de ce qui est sexuel, c’est pas permis chez nous, on a pas le droit.”*

Alors que les échanges avec la mère ou avec les femmes âgées sont complexes autour de la vie sexuelle et intime, les **amies peuvent être des confidentes ou des personnes ressources** sur ce sujet.

F4 : "Une amie m'a donné des conseils mais je pense que ça va pas marcher, je ne suis pas d'accord. On m'a parlé d'un liquide, d'une crème. Ça s'appelle durex je crois."

Des femmes évoquent être **préoccupées par leur sexualité**. Cette thématique, autour de laquelle les échanges semblent délicats, peut être source de **conflit** dans le couple.

F4 : "En ce qui concerne les rapports entre nous, il y a un problème parce que je ne me sens pas disponible pour lui et je ne sais pas pourquoi. Je ne ressens plus de plaisir mais je ne sais pas pourquoi. [...] Il n'est pas jaloux mais comment expliquer ça ... je suis un peu gênée, il y a les enfants juste là [en montrant les 3 enfants assis derrière nous]... Comme je suis un peu froide, il se pose des questions. Il me pose beaucoup de questions : "pourquoi tu ne veux pas avec moi, tu as quelqu'un d'autre ?" mais tout commence de ça [en parlant de l'implant] [...] J'ai parlé avec d'autres amies, j'ai dit "je ne peux pas c'est tout, je ne peux pas" [...] C'est depuis les enfants surtout après le dernier."

2.2.1.8. Les violences

Les questionnant sur les violences, les femmes évoquent toutes la violence verbale ou physique. Les autres types de violence psychiques, économiques ou sexuelles ne sont pas spontanément mentionnées.

Il est communément admis qu'un mari ne doit pas être violent avec sa femme et que cette violence justifie l'intervention de la communauté, voire une séparation.

F3 : "Par exemple si je vois qu'un homme est violent avec sa femme, j'interviens physiquement, j'essaye de les calmer tous les deux. Je vais parler avec la femme pour lui dire que c'est mieux de rompre avec lui."

F5 : "Je lui dirais de quitter l'homme qui est violent parce qu'elle a toute la vie devant elle. C'est pas facile, mais avec un mari [violent] c'est plus difficile que d'être seule."

Une femme mentionne le recours à de l'aide extérieure à la communauté, ici la justice pour protéger les femmes.

F6 : "En cas de violence, j'appelle la police pour qu'il reste à la prison pour toute sa vie !!"

A travers leurs témoignages, d'autres formes de violences peuvent transparaître, comme le témoignage de cette femme qui nous rapporte des rapports forcés avec son conjoint.

F4 : “Les hommes ne sont pas très romantiques, ils sont froids [...] il y a un problème parce que je ne me sens pas disponible pour lui et je ne sais pas pourquoi. [...] Quand je n'ai pas envie, ça fait mal. [...] Je commence à lui expliquer mais alors il y a une dispute qui commence. Et sinon j'accepte un peu forcée et après j'ai des douleurs. Parce que je ne peux pas le refuser tout le temps sinon il dit que j'ai quelqu'un d'autre. Il y a une grosse dispute entre nous concernant ça.

Une autre femme témoigne avoir subi une stérilisation forcée en Roumanie. Malgré l'illégalité et la gravité du geste, il n'y a pas eu de recours à la justice.

F10 : “Mes deux accouchements, c'était en Roumanie, c'était par césarienne les deux. Après le moment de l'accouchement, sans le savoir, il y avait un médecin, avec un autre médecin, qui ont fait la ligature des trompes sans me poser la question, sans me le dire. Il a dit aussi qu'il ne se souvenait plus parce qu'il fait ça à toutes les femmes, des ligatures comme ça. Donc il a dit qu'il ne s'en souvenait pas.

Je ne sais pas pourquoi [il a fait ça]. C'est pas légal, c'est pas permis, il n'y a pas le droit de faire ça sans le consentement de la femme. J'ai pas voulu ça pour moi.”

Enfin une des femmes a subi un mariage arrangé par ses parents.

F10 : “Oui, parce que c'était pas un vrai choix. [...] C'est plus mes parents qui m'ont mis la pression : voilà ce garçon c'est bon pour toi, prends le, c'est bon pour toi et du coup c'est une relation que j'ai pas choisie [...] Chez nous dans la communauté, c'est souvent comme ça.”

2.2.2. Rapport au système de santé

2.2.2.1. Des difficultés d'accès aux soins multiples et interconnectés

Toutes les femmes font part de leurs préoccupations en termes de santé, et notamment féminine. Elles ont toutes une ou plusieurs problématiques en santé nécessitant un suivi médical mais, pour de multiples raisons, elles ne sont pas en mesure de répondre à ce besoin de soins.

- **Les démarches administratives**

En théorie, leurs situations administratives leur permettent d'avoir accès au droit commun, cependant plusieurs femmes évoquent l'**absence de couverture maladie** comme frein à l'accès au système de santé.

F7 "Non, J'ai la carte vitale mais je suis allée voir Dr .C., il a dit qu'elle ne marchait plus, il a fallu payer."

F5. Oui, mais ici je n'ai pas d'examen parce que je ne parle pas français et j'ai pas la sécurité sociale. J'ai fais un examen il y a une semaine en Roumanie.

Les **démarches administratives** semblaient complexes : les délais d'attente pour recevoir les documents, les défauts de mise à jour des situations sont fréquents malgré les passages réguliers des médiateurs socio-sanitaires.

- **Les transports**

Habitant un bidonville en périphérie urbaine, la **problématique du transport** est très présente. En effet, la plupart des femmes n'ont pas le permis de conduire et dépendent de leur mari pour aller à leur rendez-vous.

F6. "Comme j'ai pas de permis, j'y vais en voiture avec mon mari ou avec les gens d'ici."

Certaines familles ne disposant pas de voiture peuvent se faire véhiculer par d'autres habitants du bidonville. Ce service est parfois fourni contre rémunération, ce qui peut ajouter un frein économique à l'accès aux soins pour les familles déjà les moins riches.

Rares sont les femmes utilisant les transports en commun par repérage difficile dans l'espace, incompréhension de la signalisation, manque d'accompagnement..

F9 : "Je ne prends pas le transport en commun car j'ai peur de me perdre, je ne connais pas très bien. On m'a proposé de me donner une carte pour prendre le bus, comme aux enfants, mais j'ai dit non car je ne pourrai pas me débrouiller."

- **L'allophonie**

De même, la **non maîtrise du français** apparaît comme un facteur limitant pour comprendre l'organisation du système de santé, prendre un rendez-vous et se faire comprendre par un professionnel de santé.

F5 : “mais ici je n’ai pas d’examen parce que je ne parle pas français”

- **Des priorités autres**

Les femmes évoquent un manque de **flexibilité de leur emploi du temps** du fait de la contrainte du travail salarié cumulé aux responsabilités familiales multiples, notamment la garde des enfants et la gestion du foyer.

Le travail et la famille semblent être prioritaires à leurs besoins de santé.

F6 : “Quand j’aurai fini mon contrat de travail [dans 6 mois], je veux prendre rendez-vous avec un gynécologue. Là je ne peux pas parce que je travaille tous les jours.”

F9 : “Là heureusement ma belle-mère vient d’arriver de Roumanie, elle peut m’aider un peu parce qu’avant j’étais tout le temps soit au travail soit avec les enfants.”

- **Manque de connaissances sur l’organisation du système de santé**

La **migration** engendre d’une part une **rupture** de prises en charge initiées en Roumanie ainsi qu’ une **perte de repères**. Les **connaissances sur les différents recours** à des professionnels de santé sont pauvres, laissant certaines femmes seules face à leurs problématiques, notamment gynécologiques.

Les seuls lieux de soins utilisés sont le CHU, la PASS, la pharmacie et le cabinet d’un médecin recevant sans rendez-vous.

F6 : “En Roumanie j’avais mon gynécologue, mais ici je ne sais pas.”

F9. “Il fallait que je prenne un traitement mais j’ai pas pris le traitement car je devais partir.”

F3 : “En France, difficile ! J’essaye d’avoir un rendez-vous depuis 2 mois déjà. En Roumanie c’est plus simple.”

En revanche, il revient à plusieurs reprises que le système de soins français “est une **chance**” et permettait une meilleure prise en charge qu’en Roumanie si tant est qu’on puisse y accéder.

F7 : “En Roumanie tout est payant. En Roumanie la chirurgie qui a finalement eu lieu ici pour mon fils, ils nous demandaient 9 000 euros. Et ici avec la mutuelle ça a marché. [...] Ici, on a plus de chances !

2.2.2.2. Une recherche de solutions acceptables face aux difficultés d'accès aux soins

Les moyens mis en place pour faire face à cette difficulté d'accès aux soins sont pluriels et font appel à toutes les capacités d'adaptation.

Ils passent en premier lieu par le **recours à la communauté**.

Le savoir expérientiel est mis en valeur, notamment entre femmes, et le recours aux conseils de la mère reste présent même à l'âge adulte et lorsque celle-ci est éloignée.

F5 : "Je prends des médicaments, des antibiotiques par le bas. [...] C'est ma maman qui me les envoie de Roumanie."

Une solidarité se fait entre ceux ayant plus d'expérience ou plus d'aisance avec le système français (prise de rendez-vous, orientation, traduction des consultations, transports, ...) et ceux plus récemment arrivés ou en plus grande difficulté.

F6 : "La semaine dernière il y a mon frère qui a programmé un rendez-vous pour mon mari et mon enfant, pour avoir un médecin traitant."

Le recours aux **soins en accès direct** est largement favorisé, comme c'est le cas pour les pharmacies notamment.

En cas de problématique médicale aiguë, le seul médecin consulté est un généraliste éloigné du terrain mais consultant **sans rendez-vous** permettant ainsi un soin au moment choisi.

Ce médecin homme n'est pas sollicité pour les consultations gynécologiques, les femmes se disant peu à l'aise pour évoquer ces problématiques avec lui.

Certaines femmes continuent à **avoir accès à leur médecin roumain** par téléphone ou à l'occasion de retour au pays et décident de financer elles-mêmes leurs soins en France quand il y a besoin.

F9 : "Si j'ai des problèmes, des douleurs je parle avec mon médecin de Roumanie."

Enfin les femmes peuvent faire appel aux intervenants extérieurs et notamment aux **médiateurs en santé** présents sur le terrain. Ces médiateurs sont identifiés comme

personnes ressources pouvant les orienter dans leurs démarches administratives et leur accès au système de soins.

F6 [au sujet d'une prise de rendez-vous médical] : "je le ferai avec les médiateurs ou avec vous sur le terrain, mais ça sera à la fin du contrat."

F7 : "Là vous êtes là et on peut vous dire si on a un problème, mais avant c'était la pharmacie."

F10 : "Je ne sais pas du tout [où aller pour me faire soigner], c'est pour ça que j'ai accepté de parler avec vous."

2.2.2.3. Une demande de qualité dans la relation de soin

Concernant les attentes autour des soins, **l'écoute** et **l'attention** du professionnel sont valorisées par les femmes, ainsi que les **compétences** et la **capacité à rassurer**. Pour les soins gynécologiques, un contact avec un **professionnel féminin** est fortement préféré.

Enfin, les **recommandations** des autres membres de la communauté peuvent avoir un impact sur le choix du professionnel de santé.

2.2.3. Etre femme "rom" au sein d'un bidonville

2.2.3.1. Vécu de sa féminité et de son rôle de mère

2.2.3.1.1. Devenir mère

La première grossesse marque le **passage, parfois brutal, du statut d'enfant ou adolescente à celui de mère**. Elle s'accompagne parfois d'une séparation de sa famille et systématiquement d'un **arrêt de la scolarité**.

E. Est-ce que tu as fait des études ? F2. Oui, jusqu'à 13 ans, jusqu'au mariage. Une fois mariée, c'était fini."

"E. Pourquoi tu as arrêté l'école ? F6. Parce que je me suis mariée, je suis partie avec mon mari."

Cette première expérience de maternité, est **accompagnée par les femmes de l'entourage** qui font de ce moment un **temps d'apprentissage** sur la santé de la femme et le rôle de mère.

« *Tout le fonctionnement du corps de la femme, qui t'en a parlé ? La famille, l'école ?*

F4. Les femmes autour de moi, et c'est depuis la première fois que je suis tombée enceinte que j'ai eu les informations. »

L'**influence culturelle** sur les unions et grossesses précoces est évoquée par plusieurs femmes.

"E. Pourquoi est-ce que tu as arrêté l'école ? F7. Parce que chez nous c'est comme ça, on fait beaucoup d'enfants."

"F.10 C'est comme ça chez nous, j'ai vécu à la campagne et je me suis mariée très jeune"

2.2.3.1.2. La maternité comme accomplissement de sa vie de femme

La maternité est perçue comme une **expérience fondamentale** de la vie d'une femme et constitue un **accomplissement attendu**. Les enfants donnent un sens à sa vie de femme.

"F6. Quand j'ai appris que j'étais enceinte, j'étais tellement heureuse. Mon enfant c'est tout pour moi. Tout ce que je fais, c'est pour lui. Je veux être saine aussi pour lui, parce que si je suis pas bien, il aura aussi des problèmes".

"F8. Pour moi c'était quelque chose que je désirais vraiment cette grossesse. C'était bien. [...] E. C'est important pour vous d'être maman ? F8. Oui, je pourrais dire que c'est le plus beau sentiment."

"E. Vous m'avez dit que vous avez déjà eu 3 enfants, c'est quoi comme émotion pour vous ? F9. La joie. Pour les trois. [...] C'est tout ce que j'ai toujours voulu, être maman."

"F10. Quand j'ai senti les mouvements du bébé pour la première fois. [...] C'était la joie, j'étais très contente. Parce que je vis que pour mes enfants, je travaille pour mes enfants."

La maternité peut être un événement désiré car l'enfant va **sceller le couple et officialiser la famille**. C'est au travers de la famille que la femme **acquiert une identité**.

E'. Le couple qu'est-ce que ça représente pour toi ? F10. C'est ma famille, c'est mon nom et c'est pour ça que je veux avoir des enfants avec lui. C'est tout, c'est ma famille.

La communauté ne semble pas proposer de modèle alternatif aux jeunes femmes qui sont placées dès le plus jeune âge devant des responsabilités familiales.

“F8. Chez nous dans la communauté c’est souvent comme ça. Les filles, elles doivent se marier tandis que les hommes ils ont plus de liberté.”

2.2.3.1.3. Assurer un devoir familial

Devenir mère, c’est assurer un devoir familial et se mettre au service de son mari et de sa famille.

Pour certaines femmes, la maternité prend une **place primordiale** et l’arrivée des enfants marque l’arrêt d’un travail rémunéré.

“F2. C’était dans le maraîchage, dans les carottes, les salades, ici en France. J’ai arrêté parce qu’il y a le bébé.”

D’autres femmes cumulent leurs responsabilités domestiques et un emploi afin de **subvenir aux besoins de la famille**.

“E. Tu as déjà travaillé ? F7. Ici oui, dans la salade, le maraichage [...] on a pas le choix.”

Les **responsabilités maternelles sont multiples** : garder les enfants et veiller à leur éducation, gérer le logement, les repas, le chauffage, les lessives, etc.

F7 “J’ai toujours des choses à faire. Là pendant 2 semaines quand vous êtes venues j’étais toujours occupée. Si on travaille pas on s’occupe [...]”

La mère a un rôle central dans l’**éducation** de ses enfants, jugée parfois complexe.

“F4. Il y a au début la joie parce qu’ils sont tout petits, c’est émouvant de les voir bouger, marcher, à commencer à l’appeler Maman, à dire des mots. Et les enfants ils profitent un peu parce que je les laisse faire tout ce qu’ils veulent. [rit].”

“F6. Je pensais qu’avec une fille, ça serait plus simple pour moi. Mes parents étaient décédés avant l’accouchement, j’étais toute seule. Je pensais qu’avec une fille les choses seraient plus simples.”

Elle devient également une personne ressource pour ses enfants, avec des échanges privilégiés qui durent tout au long de la vie.

Ces fonctions reliées au rôle de mère deviennent prioritaires et peuvent faire passer les besoins individuels de la mère au second plan.

“F9. [en parlant d’un RDV médical] Et comme je travaille tous les jours, après je vais à l’école pour chercher les enfants. Je n’ai pas le temps de faire ça.”

2.2.3.2. Rapport à l'homme dans le modèle familial

2.2.3.2.1. La complémentarité

Le couple n'a été que très peu abordé sous l'angle de l'affectif ou de l'épanouissement personnel, mais plus sous la notion de **complémentarité** nécessaire de l'homme et de la femme pour la famille.

F3. C'est quelque chose créé par Dieu, c'est Dieu qui connaît. C'est lui qui a créé les hommes, c'est lui qui a créé les femmes. Les hommes ils peuvent pas vivre sans les femmes, et les femmes elles peuvent pas vivre sans les hommes.

Cette complémentarité s'accompagne d'une répartition distincte des rôles familiaux. L'homme travaille et subvient aux besoins matériels. Il a un rôle **protecteur** envers sa famille, il s'occupe de la construction du foyer, et plutôt de ce qui est extérieur. Il peut avoir un rôle support dans les tâches domestiques. Son travail est une **aide** au quotidien, un appui lorsqu'il est investi.

F10. E. [Il m'aide] pour tout, pour construire la maison, pour avoir notre famille. Sans le mari je ne peux pas vivre”.

F3. “[Il n'aide] pas vraiment dans la cuisine ou dans les tâches journalières, mais quand il y a quelque chose qui se casse, il répare. Tout ce qu'un homme fait.”

F1. “En fait être une femme, c'est être heureuse comme on est, être heureuse à côté du mari. Le mari il doit prendre soin, nous protéger.”

La femme est **au service de son foyer**, elle gère de façon quasi exclusive les enfants, l'alimentation et les tâches domestiques et peut avoir un travail rémunéré à côté. Elle peut compter sur d'autres femmes de la communauté pour l'épauler dans ses tâches “féminines”.

F9. “Là heureusement ma belle-mère vient d'arriver de Roumanie, elle peut m'aider un peu parce qu'avant j'étais tout le temps soit au travail soit avec les enfants.”

2.2.3.2.2. Des inégalités sources de souffrances

Si la complémentarité est envisagée comme quelque chose de positif, le côté **hermétique** de la répartition des tâches ne l'est pas.

F3. *“Je peux pas travailler, mon mari il n’accepterait jamais de rester à la maison pour garder les enfants et que moi je travaille.”*

F8. *“Eux ils peuvent aller travailler, faire ce qu’ils veulent mais nous les femmes on doit rester à la casserole.”*

Les multiples **responsabilités** incombant à la femme et le sentiment de leur **répartition inégale** est difficilement vécu.

F7. *“Tu m’avais déjà vu couper du bois devant la maison. On a plusieurs tâches à faire. Eux ils vont au travail c’est tout. Nous on fait et le bois, et à manger, tout. Et en plus il y a les enfants qui demandent beaucoup. [...] Par exemple lui quand il rentre du travail il demande à manger et que ça.”*

F5. *Parce que une femme elle doit tout faire, et un homme il fait rien.*

Plus encore, plusieurs femmes dénoncent un **manque de liberté** au quotidien : liberté de parole, liberté de travailler et choisir un métier, liberté de se marier ou non et de choisir leur conjoint, liberté de disposer de leur salaire, de prendre des décisions pour la famille...

F7. *“C’est compliqué parce que oui les hommes ils ont plus de liberté dans les choix un peu partout, les femmes on doit être soumises, écouter, obéir [...] Nous, souvent ce que disent les hommes on fait. Même si on voudrait dire quelque chose on peut pas, on peut pas s’opposer. C’est eux qui décident. [...] Je sais pas quoi dire parce que nous on est plutôt soumises, on est pas tout le temps égales aux hommes.”*

Elles sont conscientes d’un rapport inégal entre les hommes et les femmes, définissant le statut d’homme comme préférable car plus facile.

Ces **inégalités liées au genre** sont source de **souffrance** et parfois **d’isolement**.

F1. *“Il y a des femmes souvent elles souffrent beaucoup, elles n’ont pas la liberté, elles n’ont pas le droit à la parole, elles subissent la violence. Elles ne peuvent pas être heureuses. Elles supportent trop de choses.”*

F5. *“Non je peux rien dire, alors je parle toute seule. Je lui dis des choses, il fait oui oui, mais il fait comme il veut.”*

2.2.4. Le rôle de la communauté

La place de la communauté est très régulièrement abordée lors des entretiens. Par communauté, on entend le groupe social avec lequel les femmes interrogées vivent. Il comprend donc la famille vivant à leur côté ainsi que les proches habitants sur le terrain. Dans la population étudiée, la notion de communauté va plus loin puisque les habitants partagent, au-delà d'un même lieu de vie, une origine géographique et culturelle commune.

2.2.4.1. La communauté, un rôle de soutien

La grande majorité des femmes interrogées évoque le **rôle de soutien** de leurs proches, familles et voisins, notamment dans un contexte de migration.

Ceux installés depuis plusieurs années peuvent partager aux nouveaux arrivants leur expérience acquise en France et les aider dans les démarches.

E. "Et comment vous vous déplacez ici lorsque vous avez un rendez-vous ? Par exemple, si vous devez aller à Nantes ? F8. Il y a mon frère qui est là depuis 3 ans et il se débrouille très bien, donc avec son aide."

Une femme évoque l'importance de pouvoir communiquer avec ses voisins. **Tisser des liens sur son lieu de vie est une priorité**, avant de chercher à s'intégrer dans la société française.

E. "Est-ce que vous parlez un peu le français ? Ou est-ce que vous le comprenez un peu ? F6. Non, ça fait que 3-4 mois que je suis ici. Je suis juste en train d'apprendre le romanes. Sur le terrain, il n'y a que des Roms, et leur langue c'est le romanes. "

Le mari ou les proches aident notamment pour les **déplacements** et la **traduction** lors de rendez-vous.

E. "Tu as déjà une la possibilité d'avoir une traduction avec lui ? F4. Non, mais il y avait mon mari avec moi et il parle bien français."

F6. "Comme j'ai pas de permis, j'y vais en voiture avec mon mari ou avec les gens d'ici. On va tous ensemble au travail comme on travaille ensemble."

2.2.4.2. Les femmes, une communauté dans la communauté

La plupart des femmes évoquent le rôle important de leurs proches femmes, famille ou amies.

Elles sont **une source d'informations**, notamment autour de sujets relatifs à la santé ou à la féminité, et peuvent **accompagner** lors de moments importants de leur vie (ex : premières règles, grossesse).

F2. " Des femmes autour de moi m'ont dit que si j'accouche de nouveau il n'y aura plus de plaie à l'utérus. C'est pour ça que je n'ai pas pris la contraception."

F4. au sujet des tampons "[...] ça non non, je n'ai jamais mis. J'ai un peu peur que ça reste bloqué. J'ai entendu des femmes qui disent que ça peut rester bloquer et qu'il faut voir un gynécologue pour le retirer. »

« F6. [...] Et il y a le cancer des femmes qui est visible partout, j'entends ça partout. Le cancer du sein, le cancer d'en bas, j'entends toutes les femmes en parler. »

2.2.4.3. L'identification d'habitudes culturelles

Les sujets du **mariage précoce**, des **enfants en grand nombre**, de la **répartition des tâches domestiques** sont abordés à plusieurs reprises.

Ces phénomènes sont définis comme habitudes culturelles, "chez nous les Roms", "dans notre communauté c'est comme ça".

F7. "Parce que chez nous c'est comme ça, on fait beaucoup d'enfants"

F10. "Parce que c'est comme ça chez nous, j'ai vécu à la campagne et je me suis mariée très jeune."

Cette conception d'un fonctionnement communautaire propre peut être renforcée par la rencontre d'individus extérieurs au groupe, comme nous l'a relaté une femme.

F7. "Il y a une femme d'origine française qui est venue ici pour aider à l'installation et elle a partagé son expérience, elle a dit "chez vous les femmes vous faites tout, chez nous il y a aussi l'homme qui participe dans les tâches ménagères..." C'est ce qu'elle a dit en tout cas."

Une femme exprime le souhait de renverser l'ordre établi reçu de ses parents, souhaitant ainsi offrir à sa fille "tous les possibles" en s'affranchissant des normes

communautaires, offrant ainsi la possibilité d'accéder à l'éducation, de choisir son conjoint et la gestion de sa famille.

F8. "Oui, en fait si j'avais une fille, je ferais totalement à l'envers de ce qu'ont fait mes parents. Je lui offrirais vraiment toutes les possibilités, les chances qu'elle puisse poursuivre les études. Même si elle tombe enceinte, il y a des moyens d'interruption de la grossesse. Elle est pas obligée de revenir à la maison avec, elle ne serait pas obligée de subir ce que moi j'ai vécu."

2.2.4.4. Une vie en marge de la société française

Certaines femmes évoquent **l'impact de la vie en communauté** sur leur ouverture à l'extérieur. La vie en communauté quasi-exclusive peut **limiter les interactions avec des personnes extérieures** et freiner l'insertion dans la société française.

Parfois subie, elles peuvent **isoler** et freiner l'accès à certaines informations voire à certains droits.

E. "Est-ce que vous comprenez le français ? F5. Juste un peu, parce que quand je travaille, c'est qu'avec des Roumains, il n'y a pas de Français."

E. "Et le droit des femmes, c'est quelque chose qui te parle ? F7. Je ne sais pas. C'est vrai qu'on n'est pas très au courant nous les femmes ici car on est souvent gardées à la maison, on va pas faire des sorties dans le monde."

3. Discussion

3.1. Forces des entretiens

- **Originalité**

La force principale de cette étude est son **originalité**. Elle **s'intéresse à une population éloignée** du système de soins, non francophone et de ce fait, difficilement atteignable. Les temps d'échanges entre les soignants et ces populations sont limités et les données relatives à leur santé sont peu nombreuses (42). Elle est **innovante** de par sa démarche hors les murs.

- **Cadre facilitant la parole**

De nombreuses conditions ont été réunies pour faciliter les échanges et permettre l'expression la plus libre possible des participantes :

- Nous avons été présentées aux habitantes par les **médiateurs en santé**, bien connus du terrain, ce qui a facilité la création d'un lien de confiance.
- Les femmes ont été rencontrées sur **leur lieu de vie**, ce qui a favorisé leur participation et a constitué un lieu sécurisant pour les entretiens. Nos visites régulières sur le terrain ont contribué à tisser progressivement un lien de confiance avec les habitantes.
- Nous avons choisi d'intervenir dans un **terrain regroupant des conditions minimales** à la participation des habitantes : un terrain stabilisé, donc sans menace d'expulsion, disposant d'un accès à l'eau et à l'électricité. L'accès à ces besoins vitaux était essentiel pour garantir une certaine disponibilité temporelle et psychique des participantes.
- Un **lieu intime, confidentiel** a été systématiquement proposé.
- L'utilisation du **support visuel** a été essentielle pour faciliter et guider les échanges auprès de personnes qui ne sont pas habituées à parler de leurs expériences personnelles, intimes et des émotions qui y sont reliées. Par ailleurs, le faible niveau de scolarisation a impacté la compréhension de certains concepts. Créé en 2021 pour le premier cycle d'ateliers par une professionnelle de l'art appliqué, l'intérêt de cet outil de médiation avait été souligné dans la thèse de Aude Toulemonde et Cécilia Dambrune (22). L'expérience de cette nouvelle thèse, auprès d'un public différent, vient confirmer la pertinence de ce support et renforce sa validité externe. Une diffusion à plus grande échelle de cet outil de facilitation graphique est en cours de réflexion par ses créatrices.

- Une **interprète professionnelle** était présente à chacune des rencontres. Son expérience et sa grande finesse ont permis de fluidifier les échanges et de retranscrire avec la plus grande justesse les propos des participantes.

- **Triangulation des données**

La **triangulation des données** à chaque étape de l'analyse a permis de renforcer la validité interne de l'étude. En effet, nous avons réalisé chaque étape d'analyse (étiquetage expérientiel, propriété, catégorie) individuellement puis nous avons croisé nos données.

3.2. Limites et biais

- **Expérience des chercheuses**

Nous nous sommes formées aux entretiens qualitatifs : nous avons toutes les deux participé à un atelier organisé par le Département de médecine générale (DMG) de la faculté de Nantes. L'une d'entre nous avait observé puis réalisé des entretiens qualitatifs lors d'une première étude tandis que l'autre avait participé à une formation organisée par l'unité PromES du CHU de Nantes. Néanmoins, nous restions novices ce qui a pu retentir sur la longueur ou la richesse des entretiens.

- **Durée des entretiens**

La durée moyenne des entretiens était de 46 minutes traduction comprise, inférieure à la durée recommandée d'environ une heure pour des entretiens qualitatifs. Les réponses aux questions ouvertes étaient souvent courtes et nécessitaient des relances. La durée de l'entretien était limitée soit par l'épuisement de sujet, soit par la fin du temps d'interprétariat professionnel, soit par une interruption (autre activité dans le mobil-home, tâches ménagères...) ou signe de fatigue de la participante.

- **Grille d'entretien**

Alors que l'analyse phénoménologique requiert un guide d'entretien ne comprenant qu'un nombre très limité de questions, la grille d'entretien était fournie et des thématiques étaient suggérées aux participantes par le biais de l'outil visuel. La proposition de ces thématiques nous a semblé essentielle afin de guider des participantes qui pour la plupart ne s'étaient jamais exprimées avec des questions ouvertes auprès de professionnels. Nous avons gardé une grande flexibilité face à la trame lorsqu'une participante s'exprimait avec aisance afin de lui permettre d'aborder de nouveaux sujets.

- **Traduction et biais de compréhension**

Aucune des participantes ne parlait couramment le français. Pour la plupart, elles avaient le romani comme langue natale et parlaient couramment le roumain. Lorsque l'interprète doutait de sa traduction, du sens d'un mot ou d'une phrase, elle nous en faisait part. Malgré la finesse des interprètes, une partie de ce que les participantes ont pu vouloir exprimer a pu être altérée par la traduction.

- **Biais de désirabilité sociale**

Nous nous sommes présentées auprès des participantes en tant qu'étudiantes en médecine, cela a pu induire un biais de désirabilité sociale dans leurs réponses.

3.3. Diagnostic de situation

Cette première partie avait pour objectif de réaliser un diagnostic de situation en explorant les représentations, les connaissances, le vécu et les besoins de femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise. Cette étape de diagnostic est essentielle avant tout projet de promotion en santé. Aussi, prendre en considération les enjeux et contraintes personnels et culturels est une étape essentielle.

3.3.1. Modèle explicatif

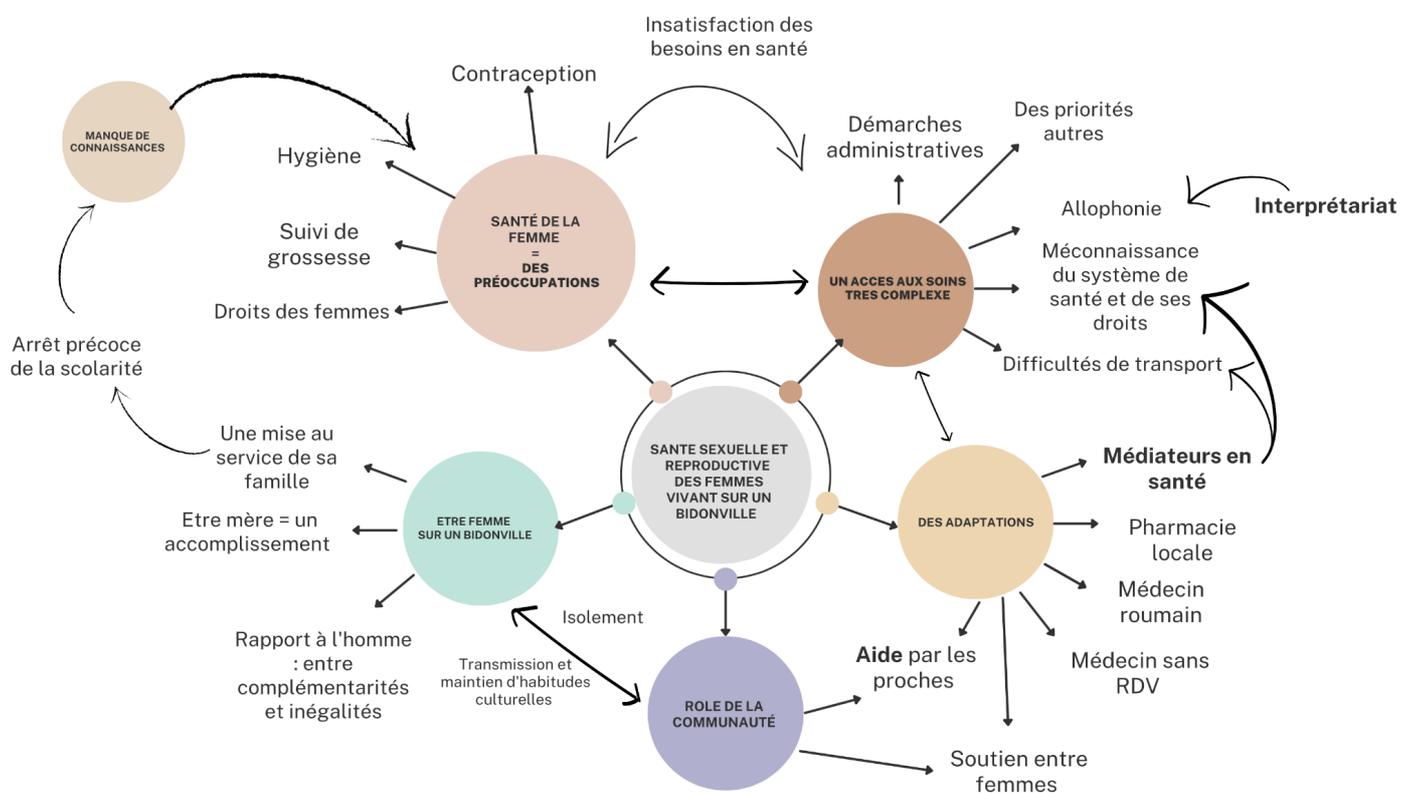


Figure 5 : modèle explicatif global

Les femmes rencontrées étaient des jeunes femmes migrantes, originaires d'Europe de l'Est, arrivées récemment en France, accompagnées de leur conjoint et de leurs éventuels enfants. Leur migration avait pour objectif l'amélioration des conditions de vie économiques de leur famille.

Elles vivaient en logements précaires, rencontraient de nombreux freins d'accès aux soins malgré une réelle préoccupation pour les sujets liés à la santé, notamment féminine.

Leur courte scolarisation leur avait apporté peu d'éducation au fonctionnement scientifique du corps ; l'éducation à la santé passant essentiellement par la transmission de connaissances traditionnelles entre femmes pour tous les sujets, hormis la sexualité restant tabou.

Leurs vies étaient orientées vers la famille. L'organisation familiale traditionnelle était marquée par une répartition stéréotypée des rôles homme-femme, teintée de fréquentes inégalités, douloureuses et difficilement dépassables et allant parfois jusqu'à la violence.

3.3.2. Population étudiée

- **Origine**

Toutes les femmes interrogées étaient nées en Roumanie et se décrivaient comme "**Roms**". En effet, comme évoqué dans le "point d'étape" de la DIHAL de 2021 sur la résorption des bidonvilles, les 2 594 personnes recensées en 2019 comme habitant dans un bidonville de Loire Atlantique étaient originaires de l'Union Européenne.

A l'échelle française, le pourcentage de personnes vivant en bidonville et originaires de l'UE diminue à 55 % (12 342 ressortissants de l'UE sur 22 189 personnes toutes nationalités confondues) (18).

L'enquête de l'Atlas de la métropole nantaise "bidonville, précarité et anti-tsiganisme dans l'agglomération nantaise" précise que les habitants des bidonvilles de la métropole sont essentiellement des ressortissants roumains vivant en famille et issus de régions rurales pauvres (20).

- **Migration**

Les femmes étaient arrivées en France en moyenne à 23 ans, en couple, avec ou sans enfants. Les raisons de la migration étaient essentiellement **économiques** avec la volonté d'améliorer leurs conditions de vie et de donner un avenir meilleur à leur famille. Elles évoquaient le meilleur salaire ainsi que la facilité à trouver un emploi sans qualifications. En effet, en 2022, le salaire minimum en Roumanie était de 515 euros, contre 1 603 euros en France (42). En 2017, le salaire minimum roumain était de 275 euros.

Elles étaient toutes primo-arrivantes, et étaient arrivées en France il y a 4 ans ou moins.

- **Couple**

Toutes les femmes interrogées se disaient “**mariée**” à un homme ce qui signifiait la plupart du temps “être en couple”, sans qu’une union officielle ait été effectuée. Le choix d’être célibataire, sans enfant ou en couple avec une personne, n’a pas été abordé.

- **Grossesses précoces et arrêt de la scolarité**

Les femmes avaient toutes été scolarisées dans l’enfance, mais **l’arrêt des études était souvent précoce**. Seules deux femmes avaient poursuivi leurs études après leurs 15 ans. Aucune n’avait bénéficié d’études supérieures. L’âge de l’arrêt de la scolarité était souvent proche de l’âge du premier enfant, ce qui peut laisser supposer qu’en se mettant en couple, l’adolescente doit quitter l’école pour se dédier entièrement à son couple puis à ses enfants. Le lien entre mariage précoce et scolarisation a été établi par plusieurs études. Une étude de l’Union Européenne sur la discrimination des femmes roms et leurs conditions de vie suggère une relation inverse entre mariages précoces et scolarisation, et par conséquent moins de chances d’avoir un emploi qualifié. Dans cette étude seules 6 % des femmes roms de 16 à 17 ans qui sont mariées ou en concubinage sont scolarisées contre 49 % pour les jeunes filles célibataires de cet âge (43). Ces grossesses précoces peuvent en partie s’expliquer par la valeur symbolique du premier enfant qui vient sceller le couple. Dans sa thèse réalisée auprès de femmes roms de la région toulousaine, Charlotte Imbert vient préciser que culturellement, ce n’est qu’après la première grossesse que le mariage est reconnu (44). Ce souhait de grossesse précoce se constate dans les statistiques du CHU de Nantes. Entre 2017 et 2019, 40,4 % des parturientes mineures étaient des jeunes filles considérées comme roms. Parmi ces grossesses 40 % n’étaient pas prévues contre près de 70 % chez les jeunes mineurs non roms (45).

- **Habitat**

Ces femmes avaient également comme caractéristique commune leur **habitat précaire**. Cet habitat est caractérisé notamment par un **accès aux besoins de base** (eau, électricité, sanitaires) **restreint et instable** ainsi qu’un **isolement géographique**. L’impact délétère d’un lieu de vie précaire sur la santé a été démontré dans de nombreuses études et le lieu de vie fait aujourd’hui partie des principaux déterminants en santé. Une revue de la littérature publiée en 2020 a décrit le lien entre les difficultés d’accès à l’eau et le manque d’infrastructures sanitaires sur l’état de santé de communautés roms avec notamment un risque infectieux accru (46). Cet accès précaire à l’eau et à l’électricité est impacté par les conditions météorologiques avec par exemple des coupures de courant fréquentes en cas de fortes pluies. La variabilité de l’accès aux besoins de base impacte la gestion du quotidien et entraîne la nécessité de s’organiser au jour le jour. La capacité à anticiper et à s’engager pour des rendez-vous en est impactée.

La thèse de Giulio Borghi auprès de femmes enceintes ou en post partum immédiat et vivant en lieu dit 4i (instable, informel, insécurité et indigne) a souligné la perception de l'impact négatif des lieux de vie sur leur santé physique, leur insécurité alimentaire et leur santé mentale. Plus particulièrement pour les femmes, cette étude a souligné la complexité des suivis de grossesse, irréguliers et tardifs, en raison de l'habitat 4i (6).

Enfin, le terrain sur lequel habitent nos participantes se situait au bord d'une autoroute et à distance du réseau de transport public. Cet isolement des lieux de vie des personnes roms ainsi que la proximité de sources de nuisances est quasi systématique et contribue à aggraver les inégalités en santé. Si les personnes roms sont à différencier des gens du voyage, on retrouve une grande similitude dans les terrains qui peuvent leur être alloués. En 2021, le juriste William Acker a publié un recensement des aires d'accueil en France. Parmi les près de 1 400 aires d'accueil répertoriées, 51 % se trouvent à proximité de sources de nuisances ou de pollutions telles que des stations d'épuration, des usines chimiques metc. et plus de 70% étaient isolées et loin de tout service (47).

3.3.3. Autour des thématiques abordées

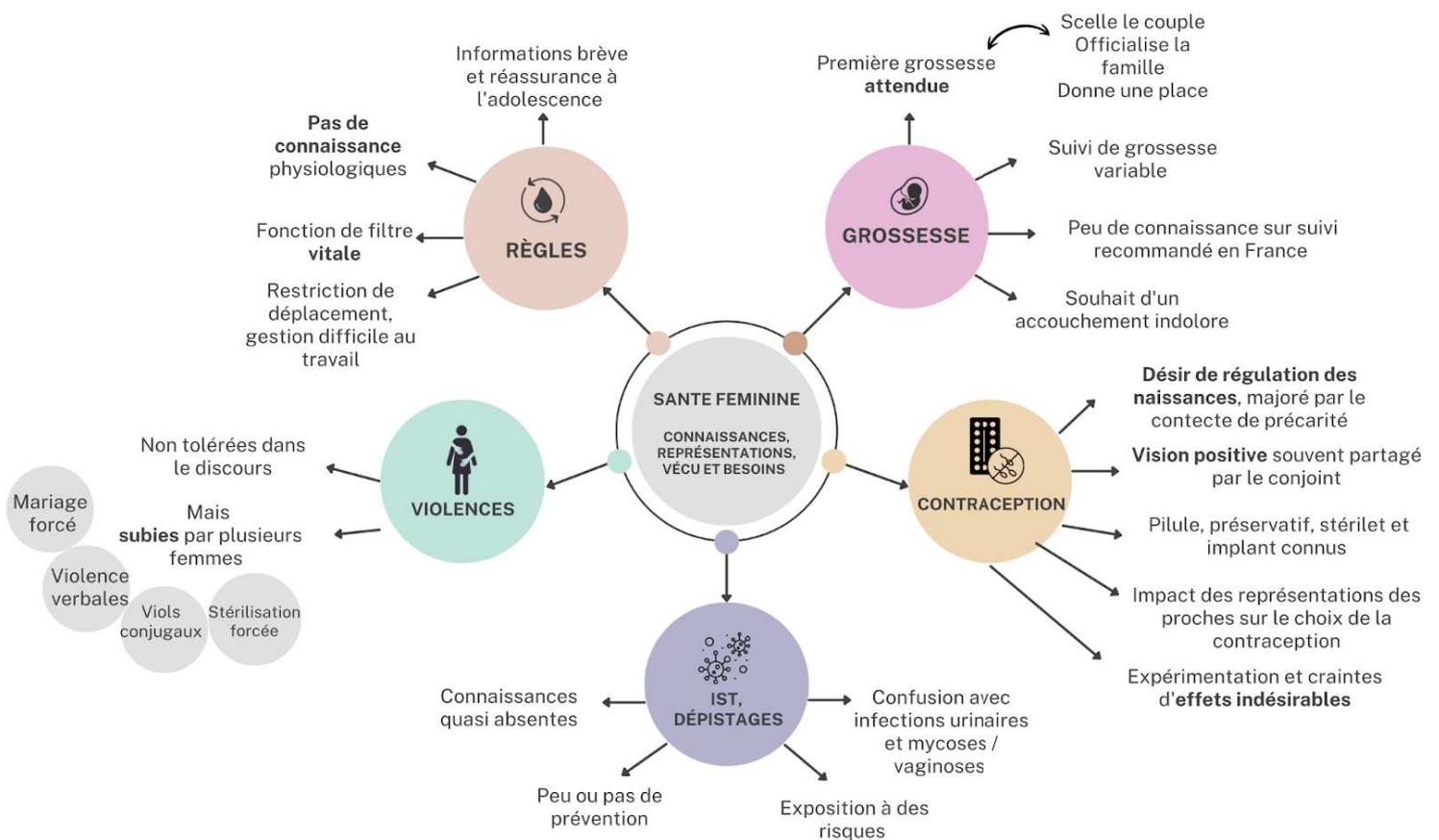


Figure 6 : modèle explicatif centré sur les thématiques de la santé féminine

A la fin de chaque entretien, il était demandé à la participante de sélectionner quatre thématiques d'intérêt. Les sujets les plus choisis étaient grossesse et maternité (80%), suivi d'hygiène à égalité avec contraception (70%), puis anatomie et cycle de la femme (60%), puis droits de la femme et violences (50%), IST (40%), et enfin en dernier sexualité (30%). Ces choix reflètent les préoccupations révélées lors des entretiens.

- La **Grossesse** et l'**accouchement** étaient abordés comme des événements de vie désirés et relevant d'une certaine évidence dans la vie de la femme. Le suivi semblait très aléatoire alors même qu'elles ont des grossesses plus à risque (48).

Dans une étude réalisée chez 100 femmes roms en 2007, l'âge moyen à la première grossesse était de 17 ans ; les femmes avaient en moyenne 4 grossesses. Toujours selon cette étude, moins d'une femme sur 10 (8,3 %) était suivie de manière satisfaisante durant sa grossesse (49).

Certaines études suggèrent une très faible connaissance de la physiologie de la grossesse, et du système de soin proposé pour le suivi (50). Selon d'autres études, la grossesse pour les femmes roms serait un processus physiologique qui ne nécessiterait pas d'emblée une médicalisation, et qui de plus ne devrait pas modifier l'organisation quotidienne du foyer (51).

- L'**hygiène** était une préoccupation importante, probablement majorées par leurs conditions de vie : absence de douches, manque d'intimité, toilettes partagées, absence d'espace spécifique pour la lessive...
- La **contraception** était assez bien acceptée et les principaux types de contraceptifs étaient connus (pilule, stérilet, implant et préservatif). Leurs modes d'actions étaient cependant ignorés et les craintes relatives aux effets indésirables étaient multiples. Certaines étaient justifiées (spotting, prise de poids, troubles de la libido...) tandis que d'autres étaient issues de croyances (crainte d'infertilité, majoration du risque d'IST...) et pouvaient impacter leur observance.

On peut s'interroger sur la part symbolique que peut représenter l'aménorrhée induite par certains types de contraceptifs chez des femmes pour qui les règles représentent le bon fonctionnement du corps. Nous n'avons pas exploré cela dans nos entretiens.

Si les grossesses étaient perçues le plus souvent de façon positive, la volonté de les contrôler était marquée, notamment dans le contexte de précarité économique. Charlotte Imbert et Anne Cellier évoquent dans leurs thèses respectives l'ambivalence entre le souhait de régulation des naissances et le désir de grossesse chez les femmes en situation de

précarité. Si la volonté d'émancipation ou la réalité matérielle peut inviter les femmes à contrôler leurs grossesses, avoir des enfants peut être souhaité pour assoir leur statut de femme au sein de la communauté, donner un sens, et permettre de s'enraciner dans un contexte où la migration a pu balayer de nombreux repères. Le contexte migratoire et des stigmatisations dans le pays d'accueil peuvent aussi transformer la grossesse en un acte de résistance et de revendication de son identité culturelle (52) (50).

- Les **Règles** sont le symbole de la fertilité et donc de la bonne santé féminine. Elles ont une fonction de nettoyage. Aucune femme connaissait l'origine physiologique des règles. **L'anatomie** était peu connue, les termes employés étaient souvent inadéquats. Le terme de vagin était souvent utilisé pour désigner la vulve et d'une façon plus générale les organes génitaux n'étaient pas nommés mais désignés par le terme "en bas".

Le peu de mots ou les termes flous utilisés pouvait être expliqué par le manque d'éducation et le tabou relatif à la sexualité. Le fait de ne pas nommer les organes par leur nom contribuait à entretenir ce tabou. On retrouve des résultats similaires dans d'autres études auprès de femmes n'ayant pas ou peu bénéficié d'éducation scolaire (22) (50) (53). Ceci renforce l'intérêt d'utiliser des supports visuels (modèles 3D, illustrations, ect) lors des entretiens ou des ateliers.

- Les connaissances sur les **IST** étaient très faibles, souvent acquises par expérience d'un.e proche. Ces maladies sont associées à l'infidélité du mari et sont craintes le cas échéant sans qu'il y ait de recours aux dépistages pour autant.

Dans la thèse de Pauline Garcin explorant les connaissances, vécu et représentation des IST auprès d'une population Rom vivant en bidonville - qui a l'avantage d'interviewer femmes et hommes - il ressortait qu'aucune femme ne déclarait utiliser le préservatif comme moyen de protection des MST et les hommes l'utilisaient plutôt dans les relations extra-conjugales ou tarifées ce qui peut amener une symbolique délétère, notamment dans des communautés où la normale sociale est à priori le couple stable, fidèle, unique. Enfin, on peut mettre en relation les faibles connaissances théoriques avec le faible niveau de scolarité (53).

L'**IVG** n'a pas été questionné lors des entretiens, et aucune femme ne l'a évoqué. Aussi, cela peut supposer soit qu'elles n'y aient pas eu recours, soit qu'elles n'aient pas souhaité en parler spontanément.

- La **sexualité** reste un sujet assez peu abordé, pour lequel il n'y a pas beaucoup d'éducation intra familiale. Elle semblait, pour les femmes interrogées, vivre à partir du mariage avec son conjoint (50).

Des études anthropologiques proposent une clé de lecture concernant le rapport au corps, notamment au corps sexué dans la communauté Rom. La dichotomie "pur / impur" pourrait avoir une place centrale.

Le corps serait séparé en zone d'en haut pure et zone d'en bas impure car participant aux rapports sexuels (54). Le rapport sexuel créerait une "souillure" (bien qu'il soit aussi le moyen d'accéder au statut de parents et famille).

Ainsi ce qui concerne la sexualité, mais aussi les règles, la grossesse, l'accouchement et la périnatalité appartiendrait à l'"impur" et ne devrait pas être mêlé au "pur" (55).

Cette distinction pourrait avoir des implications multiples au quotidien. Par exemple un lavage fréquent et méthodique du linge en fonction de la partie du corps en contact ; un nettoyage quotidien de la caravane, une hygiène corporelle en lien avec les rapports sexuels. ... mais aussi tout une symbolique quant aux événements de vie notamment génitaux.

Ces éléments ne sont pas apparus pendant nos interviews. Ils sont à relativiser, et il semble évident que selon la famille, l'éducation reçue, la scolarisation, les expériences de vie, etc, cette vision culturelle peut s'exprimer de différentes façons.

- Les **inégalités** de genre et les discriminations ont été exposées pendant les entretiens. Le **droit des femmes** était un sujet peu conceptualisé et qui ne semblait pas ou peu discuté.

Plusieurs situations de **violence** nous ont été confiées pendant les entretiens, mais ces femmes ne s'identifiaient pas pour autant comme victimes. Ces situations de violences ne sont pourtant pas isolées, elles ont été référencées dans la littérature.

Le Conseil de l'Europe s'est fixé pour objectif l'autonomisation, l'amélioration de l'égalité entre les sexes, la non discrimination dans les pays de résidence des femmes Roms (43). Plus spécifiquement, ses objectifs ciblent une prévention contre les violences domestiques, les mariages forcés, les stérilisations forcées, les violences verbales ou physiques des acteurs étatiques en promouvant l'éducation, la santé, la protection sociale, le logement et l'emploi.

3.4. Intérêt de l'atelier et de la démarche d'aller-vers

3.4.1. Justification de l'intérêt des ateliers

Cette première partie a permis de mettre en avant le manque de connaissances biomédicales relatives à la santé, la présence de préoccupations en lien avec leur santé sexuelle et reproductive (SSR) et une difficulté voire impossibilité à y répondre en raison des multiples freins à l'accès aux soins. Elle souligne aussi la place importante de la transmission de savoir entre femmes. Ces échanges, souvent teintés de représentations culturelles parfois erronées, ont un poids majeur dans leurs décisions relatives à leur santé sexuelle et reproductive. Aussi, créer un **temps d'échange collectif** autour de la santé féminine, entre femmes, s'appuyant sur leurs savoirs et représentations trouve son sens.

Les femmes interrogées ont pour la plupart manifesté de l'intérêt pour les entretiens et les futurs ateliers. Certaines femmes ont exprimé un plaisir à échanger avec nous sur ces thématiques. Une femme a exprimé un certain soulagement, **en mettant des mots et en étant écouté** sur des problématiques essentielles mais souvent tues : *“Merci à vous car j'ai réussi à m'ouvrir. Je suis très contente d'avoir parlé de tout ça avec vous.”*

Les participantes étaient interrogées sur leurs éventuels souhaits quant aux ateliers.

Des femmes ont évoqué leur désir de s'exprimer, de recevoir des informations et de gagner en **connaissances** pour mieux comprendre. Une femme a évoqué son intérêt à échanger avec des femmes d'une autre origine que la sienne, valorisant la **dimension interculturelle** des ateliers : *“ca aide à comprendre, avoir des connaissances communes et à être plus ouverts”*.

Pour certaines femmes, la motivation pour participer aux entretiens et aux ateliers semblait être de répondre à une problématique précise et individuelle de SSR.

Par ailleurs, les entretiens individuels ont mis en lumière l'importance qu'elles accordent aux échanges entre femmes au sein de leur communauté. Ces échanges sont inter-générationnels au moment de l'adolescence puis essentiellement entre femmes du même âge, confrontées aux mêmes étapes et questionnements autour leur vie de femme. Ils sont le lieu de transmission de savoirs et savoir-faire. Aussi, les ateliers peuvent s'appuyer sur la force de ces échanges, valoriser les savoirs partagés tout en éclairant des connaissances scientifiques actualisées lorsque cela est pertinent.

Si les ateliers répondent à un besoin et suscitent l'intérêt des femmes, ils sont aussi en résonance avec les stratégies de santé publique actuelle. En effet, la prévention et la promotion de la santé dans tous les milieux ainsi que la lutte contre les inégalités sociales et

territoriales d'accès à la santé font partie des quatre grands axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 (56). La stratégie nationale de santé sexuelle précise la volonté d'intensifier la prévention en santé sexuelle et reproductive des personnes migrantes et notamment des femmes en favorisant "le recours à la médiation sanitaire et/ou à l'interprétariat linguistique par les acteurs de terrain intervenant auprès de ces populations" (57).

3.4.2. Justification de la démarche d'aller-vers

L'ensemble des verbatims collectés nous montre que les femmes du bidonvilles ont de réelles problématiques de santé et des difficultés majeures d'accès aux soins.

Pour certaines d'entre elles, il existe une problématique de santé sans formulation de demande de soin, c'est ce qu'on appelle la **non demande**. Elle est souvent due à une cause intrinsèque (estime de soi, crainte de la stigmatisation, dénigrement de ses capacités, découragement devant la complexité, alternatives plus disponibles, non adhésion aux principes de l'offre,...) (39).

D'autres formulent une demande, mais sont en **non recours**, qui peut s'expliquer par les multiples difficultés d'accès aux soins. En particulier pour ces femmes, leur lieu de vie apparaissait comme un facteur impactant : isolement géographique, problématique de transport, accès restreint aux besoins de base (eau, électricité, sanitaires, machines à laver) nécessitant une organisation quotidienne plus contraignante et rendant plus dépendants aux contingents extérieurs tels que la météo,...

C'est dans ces situations de non demande ou de demande sans recours que l'aller vers trouve sa légitimité (35).

Par le **déplacement physique**, on ouvre la possibilité de créer un **lien** avec les populations isolées du système de santé, d'amoindrir la contrainte temps et déplacement et in fine de raccompagner les individus vers le droit commun.

"Il s'agit de tenir le lien pour décoder une demande implicite, faire formuler une demande explicite, et poursuivre l'accompagnement vers les offres de soin." (58)

3.5. Perspectives pour les ateliers

De l'expérience et des connaissances acquises lors des entretiens, quels ingrédients nous semblent nécessaires au bon déroulement des ateliers en santé ?

- **Le lien de confiance**

Nous sommes venues près d'une dizaine de fois sur le terrain lors de cette première phase de bilan diagnostique. Au cours de ces venues, nous réalisons nos entretiens, et nous

passions également du temps à échanger de façon informelle avec les habitants du terrain. Nos visages étaient connus et les habitants venaient régulièrement nous voir pour discuter ou pour nous poser des questions en lien avec la santé. Nous avons donc bien été identifiées comme “acteur du soin”. Les temps d’entretien individuels étaient également des moments de rencontre riches, renforcés parfois par l’intensité des échanges et leur caractère intime. L’introduction sur le terrain par les médiateurs en santé des Forges, bien connus des habitants, a probablement facilité l’élaboration de ce lien de confiance.

- ***La nécessité d’un interprétariat professionnel***

Aucune des femmes incluses ne parlait un français suffisant afin d’avoir un échange fluide autour de thématiques de santé sexuelle et reproductive. La présence systématique d’une interprète a été nécessaire pour la présentation du projet aux habitantes ainsi que pour la réalisation des entretiens. La compétence, la finesse, la bienveillance et la discrétion des deux interprètes femmes a permis des échanges fluides entre participantes et thésardes.

- ***L’importance du genre***

Suite aux entretiens, il nous semble essentiel de solliciter uniquement des intervenantes, médiatrice et interprète femmes pour échanger autour de la question de la santé sexuelle et reproductive avec les participantes. Seule la présence de femme permettrait d’aborder une thématique intime tout en respectant un cadre culturel.

- ***L’importance de la posture***

Dans un projet d’éducation à la santé, il est important d’adopter une posture ouverte d’écoute, de non jugement afin que les participants puissent se sentir libres d’exprimer leur perception des choses.

Par la démarche d’aller-vers, nous entrons sur le lieu de vie de personnes sans qu’elles en aient fait initialement la demande. Aussi, respecter l’autonomie des personnes en partant de leur vécu et de leurs représentations est essentiel. Il ne s’agit pas de venir apporter une “norme médicale”, mais bien d’ouvrir un espace de réflexion personnelle, d’aider les éventuelles demandes de soin à émerger, et donner des clés pour y répondre.

- ***Flexibilité devant difficulté à anticiper***

Le rythme de vie des femmes vivant sur le bidonville est inconstant en raison de leurs conditions de vie précaires, marquées par des logements de fortune, un accès à l’électricité variable ou l’absence de circuits d’eau individualisés. Les jours suivants de fortes pluies sont consacrés à des réparations et travaux d’étanchéisation de leurs caravanes, tandis que les journées ensoleillées sont dédiées aux lessives. Leurs emplois dans le milieu agricole sont également rythmés par les saisons et les conditions météorologiques.

Aussi, **anticiper est difficile** et leur participation à des temps d'éducation à la santé est secondaire et passe après leur emploi ou la gestion du foyer dont elles sont responsables. Une flexibilité des intervenantes concernant les horaires et la présence des femmes à toute ou une partie des ateliers sera essentielle.

DEUXIÈME PARTIE

1. Méthodes

1.1. Objectifs

Les objectifs principaux des ateliers étaient :

- d'offrir un espace d'échange et d'écoute bienveillant laissant la possibilité aux problématiques et aux demandes de soins d'émerger,
- de répondre aux interrogations des participantes et de leur transmettre des informations biomédicales en s'appuyant et en valorisant leurs connaissances actuelles,
- de développer leurs compétences psycho-sociales pour améliorer leur capacité d'agir pour leur santé : gagner en confiance en soi et en ses capacités, notamment pour résoudre des problèmes et prendre des décisions en lien avec leur santé féminine,
- d'insuffler une dynamique de groupe pour favoriser la recherche de solutions collectives face à leurs problématiques de santé.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer la reproductibilité des outils de promotion de la santé de l'UGOMPS dans un contexte différent ,
- de réfléchir aux axes d'amélioration des ateliers en vue de les pérenniser.

Chaque atelier avait ensuite ses propres objectifs en fonction de la thématique abordée.

1.2. Elaboration du contenu

Les thématiques des ateliers ont été déterminées en parallèle à la réalisation des entretiens qualitatifs, en s'appuyant sur les thèmes sélectionnés par les participantes en fin d'ateliers.

Les ressources pédagogiques utilisées se sont inspirées des outils développés lors des deux premiers cycles d'ateliers, ajustés au public du bidonville et à ses problématiques spécifiques. Les deux thésardes ont beaucoup utilisé l'outil Abaque de Reigner qui est simple et efficace. Il consiste à énoncer une proposition et à demander à chaque participante de se positionner vis-à-vis de celle-ci à l'aide de post-it de couleurs "d'accord", "moyennement d'accord", "pas d'accord". L'intérêt est d'ouvrir un débat s'appuyant sur le point de vue de chacune.

D'autres outils pédagogiques ont été sélectionnés dans les bases de données du CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) (jeu des qualités homme-femme),

de l'IREPS Pays de la Loire (jeu des qualités de Comytis), ou ont été spécifiquement créés pour les ateliers (jeu de questions-réponses et tablier anatomique).

Les deux thésardes ont participé à une journée de formation à l'animation de groupe organisée par Médecins du Monde. L'une d'entre elles a également participé à une formation d'animation de séances collectives pour l'éducation à la santé réalisée par Anne Le Rhun et Aline Jossomme de l'unité PromES (Promotion Education Santé) du Service de santé publique du CHU de Nantes.

1.3. Le choix des intervenantes

Une professionnelle spécialisée dans la thématique abordée a été invitée à chaque atelier. Ces intervenant.e.s ont été choisi.e.s par les thésardes et leur directrice de thèse.

Sont intervenues :

- une sage-femme de l'UGOMPS,
- une gynécologue-obstétricienne de l'UGOMPS,
- une médecin généraliste exerçant à l'UGOMPS et au centre de planification familiale du CHU de Nantes,
- une juriste du CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles).

Une de ces professionnelles avait participé aux deux cycles d'ateliers en santé de la femme de l'UGOMPS. Une réunion d'information a été organisée pour les intervenantes afin de leur faire un état des connaissances et des besoins identifiés lors des entretiens qualitatifs et de leur exposer les principes de l'éducation pour la santé. Deux d'entre elles ont pu y participer. Un conducteur de séance était envoyé à chaque intervenante une semaine avant l'atelier.

1.4. Dates et lieu des ateliers

Les ateliers ont eu lieu chaque vendredi, de fin janvier à fin février 2023. Ils se sont déroulés de 14h à 16h30. Ils se tenaient au sein du mobil-home du CCAS situé à l'entrée du bidonville. Financé par le CCAS de la commune sur laquelle se situe le terrain, ce local sert habituellement à des ateliers de soutien scolaire pour les enfants et de cours de français à destination des adultes.

N'étant pas joignables par téléphone, les participantes ont été informées des dates des ateliers lors de venues sur le terrain le mois précédent puis deux jours avant le premier atelier. Une feuille résumant les dates leur a également été remise.

1.5. Déroulement commun aux quatre ateliers

Les sorties débutaient systématiquement par un porte à porte des caravanes des femmes incluses dans l'étude. Il leur était proposé de participer à l'atelier, en précisant le thème et en présentant l'intervenante.

Au sein du mobil-home du CCAS, les chaises étaient installées en rond autour d'une table basse. A l'écart, une table avec des coloriages était installée pour d'éventuels enfants présents.

Chaque séance débutait par un accueil chaleureux des participantes autour d'une boisson et de biscuits. S'ensuivaient un tour de table de présentation, une recontextualisation de l'intervention et un rappel du cadre de la séance au travers du "**CORDE**", méthode d'animation de groupe enseignée par Anne Le Rhun de l'unité PromES.

Il consiste à poser le cadre de l'atelier afin de créer les conditions favorables à l'expression des participantes :

- le **C**ontexte
- les **O**bjectifs de la séance
- les **R**ègles de groupe
- le **D**éroulement de l'atelier : durée, pauses, liberté de s'absenter
- **E**t de demander aux participantes si elles ont d'éventuelles questions.

Puis, une activité de "brise-glace" permettait de faire connaissance et d'instaurer une cohésion de groupe.

Une trame de séance réalisée en amont en concertation avec l'intervenante, guidait la suite de l'atelier.

Une pause était réalisée systématiquement en milieu d'atelier, temps d'échange convivial autour d'une collation.

En fin de séance, un tour de table sur les points positifs et axes d'améliorations était réalisé. Les participantes et intervenantes étaient chaleureusement remerciées. La date et la thématique de l'atelier suivant étaient rappelées. Les deux thésardes restaient ensuite sur place pour un temps d'échange plus individuel avec les participantes qui le souhaitaient.

1.6. Recueil de données

1.6.1. Données relatives aux ateliers

Durant les séances, une des thésardes était chargée de l'animation quand la deuxième prenait des notes sur le déroulé de la séance.

Cette dernière était analysée à travers la grille réalisée par Justine Decroo (voir annexe n°13).

Un regard critique était porté sur :

- la mise en place de l'atelier et la participation
- les sujets de fond abordés
- le déroulement de l'atelier comparé aux objectifs initiaux
- les faits marquants, phrases clefs
- les difficultés éventuelles des organisatrices ou des participantes
- les pistes d'amélioration

Un moment de débriefing à la fin des séances permettait aux deux thésardes de comparer leurs ressentis.

1.6.2. Données relatives à l'évaluation

La méthodologie d'évaluation utilisée s'est appuyée sur le travail de Justine Decroo au sujet de l'évaluation des ateliers en santé de la femme.

Cette évaluation se compose de deux parties :

- l'évaluation des **résultats**
- l'évaluation du **processus**

L'évaluation des **résultats** comprenait la **réponse aux objectifs principaux et secondaires** définis lors de la construction du programme ainsi que la **satisfaction des participantes**. Les thésardes ont également accordé de l'importance aux demandes de soins verbalisées et initiées.

- La réponse aux objectifs a été évaluée grâce à l'analyse des grilles séances remplies par les thésardes lors de chaque atelier.
- La satisfaction des participantes a été évaluée au travers des questionnaires "participantes", ainsi que sur les verbatims des ateliers et les observations des thésardes.

Les questionnaires "participantes", réalisés dans les 3 mois suivants les ateliers, à l'aide d'une traductrice, ont été menés par un médiateur.

L'évaluation du **processus** explorait “ les efforts déployés par les acteurs pour mobiliser les ressources, réaliser les activités et atteindre les publics visés.” (59)

Les données récoltées proviennent des documents internes de mise en place du projet (réunion de projet, journal de bord...), des observations des thésardes et de la partie “processus” du questionnaire “participantes”.

L'évaluation du processus porte ainsi sur :

- les ressources humaines
- la formation
- la préparation
- le financement et les frais des ateliers
- la communication sur les ateliers
- les transports
- les présences et absences aux ateliers

EVALUATION

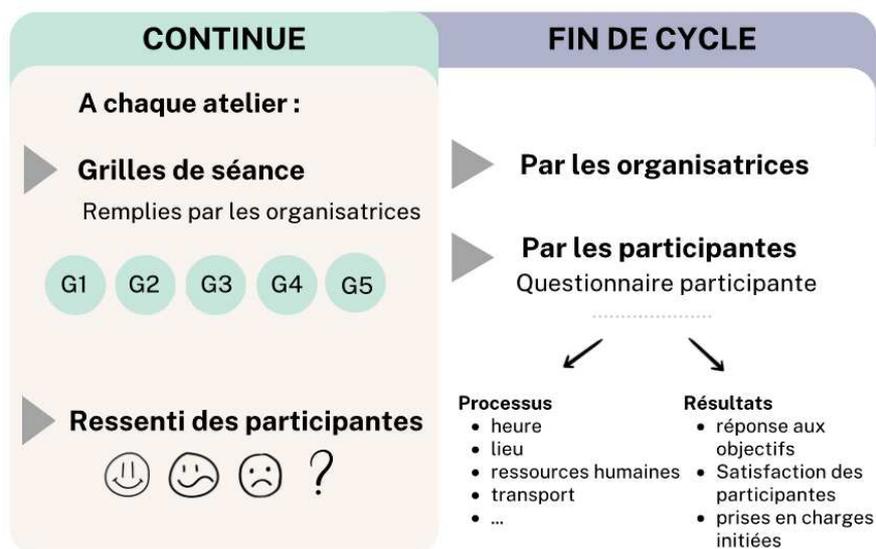


Figure 7 : méthode d'évaluation

2. Résultats

2.1. Atelier n°1 : grossesse et maternité

Le premier atelier s'est déroulé le vendredi 20 janvier 2023 dans le bidonville, dans le mobil-home des associations. L'intervenante principale était sage femme à l'UGOMPS. Huit participantes étaient présentes, ainsi que les deux thésardes, la directrice de thèse, et l'interprète en roumain.

Un tour du terrain a été effectué pour rappeler aux participantes que l'atelier était ce jour et allait débuter. Le temps de confier les enfants à des proches ou de finir leurs tâches ménagères, elles ont rejoint le mobil-home.

Une des deux thésardes était chargée de l'animation. Après les **présentations** de chaque intervenante, de la thématique du jour, le rappel du cadre (horaires, pause, possibilité de partir quand elles le veulent) un échange a été engagé autour des "règles communes" souhaitées afin que chacune puisse s'exprimer librement et en confiance. Ensemble, ont été définis les termes : bienveillance, écoute, confidentialité, soutien, droit de participer ou de ne pas participer, droit de poser des questions. Ces mots ont été affichés sur les murs du mobil-home pour l'ensemble des ateliers (voir annexe n°9).

Un **brise-glace** avec photo-langage (outils de Gynécologie sans frontière) a permis à chacune de partager une expérience personnelle. Une première participante s'est saisie d'une photo de médicaments, car elle lui évoquait des questions sur la pilule. Une autre a choisi une photo de femme au volant qui lui rappelait son rêve de passer le permis.

Grâce à l'outil de l'**abaque de Reigner**, ont été abordées de multiples thématiques telles que la fertilité, le suivi de grossesse, l'accouchement et la péridurale, l'allaitement et le post-partum.

Les thésardes ont été marquées par les nombreuses craintes relatives à l'infertilité. Pour celles qui ont déjà eu des enfants, la préoccupation vient du fait de prendre un contraceptif sur une longue période : "*Je pense que prendre la pilule trop longtemps a abimé mon organisme*" ou d'avoir eu une IVG. Les préoccupations se portaient sur la femme ; l'homme comme élément causal d'infertilité n'était pas évoqué spontanément.

Une femme a partagé son expérience de violence médicale avec une ligature des trompes subie : "*pour moi j'étais en salle d'opération pour la césarienne et après au réveil j'ai du signer un papier pour la ligature des trompes, on m'a dit, cest déjà fait. On m'a dit qu'il y a un*

risque de décès pour la maman si elle fait 3 césariennes. Moi on m'a pas demandé la permission avant" . Une autre femme relate une expérience similaire chez une proche et rajoute *"ce n'est pas normal mais en Roumanie, c'est comme ça"*.

Une femme a fait part de son expérience douloureuse de fausses couches tardives suite à des métrorragies négligés : *"j'avais des saignements petits, avec des douleurs, et des odeurs. On m'a dit "c'est rien". Mais j'avais trop mal. Le lendemain j'y suis retournée, on m'a ré-examinée et là on m'a dit que l'enfant était mort, il y a sûrement plus de 2 semaines. On a dû retirer l'enfant à l'hôpital. "* L'expérience de cette femme a donné l'occasion d'expliquer avec un schéma l'origine des métrorragies lors de la grossesse et pourquoi il est important de consulter.

L'ensemble des femmes s'accordaient à dire que l'allaitement maternel est positif et un bienfait. *"c'est plus difficile de nourrir un enfant avec le biberon, il faut préparer, etc..."* Certaines avaient fait l'expérience de post partum difficile du fait de solitude ou de complications médicales : *" à la fin , j'étais seule sans aide, toutes les fois que je devais allaiter, il fallait aller chercher le bébé, les sutures de la césarienne ont commencé à s'infecter et à lâcher. J'ai dû arrêter l'allaitement, j'ai eu des antibiotiques pendant 5 jours donc j'ai arrêté l'allaitement après 5 jours."*

La reprise des rapports sexuels après la grossesse et comment communiquer avec son conjoint si ce n'est pas le moment ont été discutés. Une femme a partagé *"oui, il y a des hommes qui peuvent comprendre"* quand une autre a confié l'impossibilité de refuser un rapport *"et si on dit non et que le mari il dit si, qu'est ce que je fais ?"*.

L'implication du conjoint dans les questions de grossesse était variable *" il pense surtout à son plaisir à lui", "la 1ere grossesse oui [il s'y intéresse], mais après non. Il n'était même pas là à l'accouchement"*.

Le délai pour reprendre une contraception médicale a été évoqué et il a été rappelé que ni l'allaitement ni le retrait n'étaient des méthodes contraceptives sûres. Le témoignage d'une des femmes appuyait cela : *"j'allais dire qu'on peut pas tomber enceinte en allaitant, mais en fait si !" [rire] "moi j'allais et après "fiouff" [rire]"*.

Tout au long de l'atelier, la parole a été fluide grâce à l'intervenante qui avait de l'expérience et de l'aisance. Elle a pu guider la discussion tout en respectant les cheminements des participantes. Certaines femmes plus discrètes se sont vues proposer la parole pour partager leurs expériences.

Les femmes semblaient en confiance dans ce groupe et les sujets étaient abordés sans tabou.

Le déroulement a suivi la trame d'atelier prévue (voir annexe n°8). L'extrait du film "Premier Cri" de Gilles de Maistre n'a pas été visionné car la discussion était suffisamment riche et étoffée grâce à l'abaque.

Messages clefs transmis lors de l'atelier

- **Infertilité** : causes principales et possibilités médicales d'accompagnement en cas d'infertilité.
- **Suivi de grossesse** en France : rythme, intérêt et délai de grossesse conseillé entre 2 césariennes,
- **Métrorragies lors de la grossesse** : causes principales, conduite à tenir et pourquoi il est important de consulter quelle que soit l'abondance des saignements,
- **Antalgie lors de l'accouchement** : différence entre l'anesthésie de la césarienne et la péridurale, son fonctionnement et ses effets,
- **Allaitement** : bénéfices connus scientifiquement pour le bébé et la maman, possibilités d'accompagnement,
- **Post partum** : délais pour reprendre une contraception en précisant que l'allaitement et le retrait ne sont pas des contraceptifs sûrs.

2.2. Atelier n°2 : examen gynécologique, IST et dépistages

Le 2ème atelier s'est déroulé le vendredi 27 janvier 2023. L'intervenante principale était une gynécologue de la maternité du CHU de Nantes exerçant aussi à l'UGOMPS. Cinq participantes étaient présentes, ainsi que les deux thésardes et l'interprète. Les femmes semblaient heureuses de se retrouver pour cet atelier.

Le premier temps de l'atelier a été animé par une des thésardes grâce à l'outil des Abaques de Reigner.

Tout d'abord, le sujet de **l'hygiène intime a été abordé**

Une des femmes a questionné des pratiques traditionnelles : *"les femmes en Roumanie disent que si on a mal au ventre, une infection, des brûlures; c'est bien de se laver l'intérieur avec de l'eau chaude, c'est vrai ou pas ?"*. Les pratiques s'accordent à réaliser une toilette externe et interne de façon à "désinfecter" l'appareil génital *"oui, c'est normal, il y a des bactéries à l'intérieur qu'il faut nettoyer"*, de même après les rapports sexuels *"après un rapport sexuel c'est normal de se laver à l'intérieur"*.

L'**examen gynécologique** en dehors de la grossesse a été abordé. Bien que n'ayant pas de suivi, une des femmes jugeait nécessaire un suivi bi-annuel *"certaines maladies n'ont pas de symptômes, c'est difficile de savoir. Le médecin me connaît, il peut dire si tout va bien"*.

L'intervenante a détaillé le suivi gynécologique de **dépistage** proposé en France et a pu, grâce aux modèles anatomiques, montrer le déroulé d'un examen gynécologique : examen vulvaire, puis pose de spéculum, utilisation de la brosette pour le prélèvement du col.

L'intervenante a soulevé la question du **consentement à l'examen médical** en général et gynécologique en particulier *"est-ce que quand un médecin propose un examen on est obligés de faire ce qu'il dit ?"* Et il n'y avait globalement pas de remise en cause des actes médicaux : *"Si le médecin le propose, c'est que c'est bon" ; " je pense que si le médecin propose c'est qu'il pense qu'il y a quelque chose..."*. L'occasion de préciser qu'on peut refuser un examen, notamment invasif et en discuter avec le médecin.

Le cancer du sein, connu et craint des femmes, a été évoqué. Elles pouvaient évoquer les symptômes suspects comme les nodules, les écoulements certaines connaissaient la mammographie et pratiquaient l'auto-palpation.

Il demeurait une inquiétude quant aux mastodynies hormonales avec la crainte qu'elles puissent être le signe d'un cancer *" quand j'ai mes règles [...] j'ai mal au sein et je pense à ça"*.

La deuxième partie de l'atelier a été animée grâce à un jeu collaboratif type "question pour un champion" sur la thématique des MST.

Les connaissances en matière de **MST** étaient très pauvres, seuls le VIH et la syphilis ont pu être citées sans forcément savoir quels en étaient les symptômes ni la gravité. Les structures de soin pour avoir recours aux dépistages n'étaient pas connues, malgré la peur chez certaines femmes d'avoir des MST du fait de l'infidélité de leur conjoint : *"Je pense que je peux me faire dépister gratuitement, mais je ne sais pas où aller" , "Est-ce que c'est transmissible la mycose ? Car moi j'ai souvent des craintes que mon mari il aille voir ailleurs et qu'il me donne ça", "Moi je peux pas avoir confiance dans mon homme"*.

Le CEGIDD a été présenté : lieu de dépistage gratuit et anonyme et ses coordonnées ont été données en précisant les modalités de dépistage et les indications : symptômes génitaux anormaux, doute sur la fidélité de son conjoint, nouvelle relation...

Le préservatif, envisagé principalement comme un moyen de contraception et non comme moyen de protection contre les MST, a été évoqué : *"le rôle du préservatif et de la pilule ? C'est le même"*.

On notait un usage peu répandu de celui-ci ainsi que des craintes et questionnements concernant son utilisation : *"ça peut se casser le préservatif ?"*, *" ça peut rester bloqué à l'intérieur ?"* et *"on fait comment pour savoir la taille ?"*, ainsi qu'une certaine fatalité sur le fait que la décision du port de préservatif revient systématiquement à l'homme. Des exemplaires de préservatifs féminins ont également été montrés et ont suscité l'étonnement des participantes.

L'animation a été menée par une des thésardes et l'intervenante principale a parlé en tant qu'experte pour donner du contenu spécifique, ce qui a été apprécié par les femmes : *"j'ai appris des choses que je ne savais pas [...] et aussi il y a des spécialistes c'est bien"*.

Une des participantes avait plus de connaissances théoriques que les autres ce qui a pu inhiber la parole de certaines, mais une redistribuer de celle-ci a été tentée.

La répartition des participantes et intervenantes dans la pièce n'a pas été optimale en première partie d'atelier car non mélangées. Cela a engendré des débats entre les participantes avec un travail d'interprétariat parfois complexe.

Par ailleurs, il a parfois été difficile pour certaines femmes d'être concentrées sur des sujets tels que les IST pour lesquelles elles pouvaient ne pas se sentir concernées. Plusieurs n'étaient réceptives qu'à ce qui faisait écho à un vécu et qui aurait pu leur donner des réponses pragmatiques à leurs problématiques.

Messages clefs transmis lors de l'atelier

- **Hygiène intime** : modalité de toilette intime, effets indésirables du nettoyage vaginal,
- **Symptômes du bas appareil** devant susciter une consultation : pertes prurigineuses, odeur très désagréable ou douleur abdominale,
- **Mycoses** : recours à la pharmacie possible dans un premier temps,
- **Examen gynécologique** en dehors de la grossesse : déroulé, intérêt,
- **Droit de refuser un examen**,
- **Dépistage du cancer du col de l'utérus** : intérêt, rythme, modalités,
- **Cancer du sein** : dépistage, symptômes,
- **IST** : principales maladies, moyens de prévention, lieux de dépistage, remises des cartes de visite, différence entre MST, IST et infections urinaires.

2.3. Atelier n°3 : droits des femmes et consentement

Le troisième atelier a eu lieu le 3 février 2023. L'intervenante était une juriste du Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles ou CIDFF.

Une réunion de préparation avait été nécessaire avant l'atelier afin de déterminer les objectifs, le contenu, ainsi que les outils nécessaires à sa réalisation.

Suite aux entretiens qualitatifs, Le choix d'aborder progressivement la notion de droit de la femme et de violence a été retenu. Il a été prévu d'échanger dans un premier temps autour des différences hommes-femmes et de la notion de consentement, puis de poursuivre les échanges selon les éventuelles problématiques soulevées par les participantes.

Le jour de l'atelier, plusieurs femmes étaient encore au travail car ses horaires avaient été modifiés quelques jours auparavant. De fortes pluies avaient altéré le réseau électrique du terrain et plusieurs femmes étaient en train de laver le linge familial à la main.

Quatre femmes sont arrivées de façon progressive à l'atelier.

Dans un premier temps les rapports hommes-femmes ont été abordés grâce à un jeu proposé par le CRISP Ile de France (Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes) dont l'objectif est de réfléchir aux stéréotypes liés au genre. Il permet de s'interroger autour des représentations sur le genre influencées par la société ou sa culture.

Les participantes ont bien pris en main le jeu. La plupart des qualités étaient partagées par l'homme et la femme, hormis la délicatesse et la sensibilité qu'elles trouvaient manquantes chez certains de leurs conjoints : *“On veut de la délicatesse !”*.

L'atelier s'est poursuivi avec le visionnage de la vidéo “Tea consent” du studio d'animation anglais Blue Seat Studios, traduite en roumain (60).

Cette vidéo explique avec une métaphore simple (proposer à quelqu'un une tasse de thé) les bases du consentement. Obtenir un oui éclairé, respecter un non, ne pas considérer une hésitation comme un oui, respecter un changement d'avis, ne pas faire du chantage pour obtenir un oui, ne pas prendre un oui d'une situation pour acquis dans le temps ou pour d'autres propositions... Le langage utilisé est simple et accompagné d'illustrations.

Les femmes ont apprécié cette vidéo, et la notion de consentement a été débattue. Une femme a évoqué la difficulté de dire non dans les situations de la vie courante par peur de décevoir l'autre ou par peur des répercussions (licenciement au travail par exemple) : *« Il y a des situations où je voulais dire non parce que je n'avais pas envie de la faire mais j'ai dit*

oui. [...] C'est pour éviter les disputes et comme ça les autres ils vont être contents mais pas nous avec nous même. »

Une autre femme questionnait la vidéo en exprimant que parfois un non peut être un oui qui ne veut pas se dire, invoquant la timidité par exemple, et relatait l'expérience d'avoir obtenu un oui car elle avait insisté.

Comment savoir au-delà du oui ou du non ce que veut la personne, a été questionné. Ce à quoi une femme a répondu "*C'est le visage. Si je connais la personne je sais dire si c'est un vrai non, c'est l'expression*" et une autre "*Pour moi j'ai dit oui plein de fois alors que mon visage disait non.*"

Une réflexion commune s'est ensuite engagée sur l'acronyme R.E.E.L.S. du consentement : Réel, Enthousiaste, Éclairé, Libre, Spécifique.

Plusieurs femmes ont exprimé leur difficulté à exprimer un consentement libre dans leur couple : "*le mari il sait comment faire le chantage*", "*il dit : tu vas voir, tu vas voir*".

En tant qu'animatrices, cet atelier a été délicat à mener. Nous avons eu l'impression d'effleurer le sujet des violences sans pleinement l'aborder. Nous avons ressenti des difficultés à nommer les choses. Nous avons eu une vigilance constante à ne pas mettre en difficulté les participantes, notamment dans le cadre d'échanges en groupe. Nous nous sommes volontairement limité dans l'abord de la thématique des violences, afin de respecter temporalités de chacune et la complexité du sujet. Aussi, nous avons la présence de liens familiaux entre certaines participantes a ou également freiner la parole de certaines. La réalisation en amont des entretiens individuels, la présence de la juriste et de la directrice de thèse à cet atelier, habituées à aborder la thématique des violences et à accueillir le vécu de femmes victimes ont créé un cadre sécurisant essentiel à cet atelier.

Nous avons exprimé notre disponibilité pour échanger individuellement, dans un second temps, autour de leurs droits et de leurs relations de couple. Les coordonnées de l'UGOMPS, du CIDFF et de Citadelle ont été remises.

Avant que l'atelier ne commence, une femme a profité de la disponibilité des animatrices pour faire part des violences verbales et physiques qu'elle subissait au sein de son couple. Un accompagnement individualisé a été initié pour elle à l'UGOMPS.

Messages clefs transmis lors de l'atelier

Cet atelier a davantage été un temps de réflexion autour des relations homme-femme et du consentement qu'un moment de transmission de connaissances théoriques.

- Le consentement = un oui réel, enthousiaste, éclairé, libre et spécifique,
- La possibilité d'être accompagnée par des professionnel.le.s en cas de violences,
- Les lieux possibles de recours.

2.4. Atelier n°4 : Cycles, menstruations, contraception

Le 4ème atelier s'est déroulé le vendredi 20 février 2023. Il avait pour thème le cycle menstruel, les règles et la contraception. Il devait initialement être le premier atelier du cycle, mais pour des raisons de disponibilité des intervenantes, sa date a dû être décalée.

L'intervenante de cet atelier était une **médecin généraliste travaillant à l'UGOMPS** et au centre de planification familiale du CHU. Elle n'avait pas d'expérience en tant qu'intervenante en séance d'éducation pour la santé mais avait participé à une formation réalisée à ce sujet par l'unité PromES en 2022. Les échanges au sujet de la santé de la femme, des règles et de la contraception étaient son quotidien, notamment auprès de femmes en situation de précarité.

L'atelier a démarré avec une seule participante, rejointe par d'autres en milieu d'atelier.

Les différentes thématiques ont été abordées successivement par le biais d'une abaque de Reigner. Les phrases proposées étaient issues des entretiens individuels et avaient été prononcées par une ou plusieurs femmes interrogées.

Au sujet des menstruations, la participante considérait les règles comme un **nettoyage** de l'utérus indispensable à la vie, relatant des messages qu'elle avait pu recevoir à l'adolescence *“En Roumanie on dit que si on a pas les règles pendant 1 mois, on est malade, on a un problème. Les anciennes disent que si t'as pas tes règles pendant 1 mois, tu es malade”,* ou encore *“parce que je sais que si on a pas ses règles, on peut mourir.”*

Elle dit **ne pas avoir de connaissance sur le cycle féminin**. L'intervenante a pu, par le biais du tablier anatomique des organes génitaux internes, expliquer le cycle menstruel, l'origine des règles ainsi que leur fonction dans la grossesse.

Les cycles irréguliers, les variations d'humeurs cycliques ont été sources de questionnements et d'inquiétudes, ce qui a amené à parler des variabilités de cycle, ainsi

que du syndrome prémenstruel. L'intervenante a pu expliquer les liens entre cerveau et appareil génital et le rôle que pouvaient jouer les variations hormonales sur la thymie.

Différents **modes de contraception** ont été présentés. Des exemplaires ont circulé de mains en mains et leurs modes d'action ont été précisés. Les possibilités d'accès à une contraception ont aussi été évoqués : auprès de médecins généralistes, sage-femmes ou gynécologues.

Largement évoqués lors des entretiens qualitatifs, des échanges ont eu lieu au sujet des effets indésirables des différentes contraceptions : *“Le stérilet c'est pour l'intérieur. C'était pas bien, car j'avais des douleurs, des règles irrégulières, j'avais très très mal pendant les rapports.”*, ou au sujet de l'implant : *“mais si j'ai plus de règles, comment je sais que c'est bien ? Je ne comprends pas pourquoi c'est bien ? [...] parce que je sais que si on a pas ses règles, on peut mourir.”*

Un accent a été mis sur le fait que la tolérance de chaque contraceptif est propre à chaque femme, varie en fonction des étapes de la vie et qu'il est important de prendre en compte son efficacité mais aussi son confort.

Les participantes connaissaient la **contraception d'urgence** sous le nom de « pilule du lendemain », expression également utilisée en Roumanie. Des précisions ont été données quant à son utilisation.

Les participantes ont posé plusieurs questions au sujet de la possibilité de tomber enceinte après avoir eu des lésions des trompes, notamment des ligatures.

En fin d'atelier sont abordés les **différents types de protections menstruelles**. Les deux participantes n'utilisant que des serviettes hygiéniques étaient impactées dans leur vie quotidienne lors de leurs règles : *« quand j'ai mes règles, je ne fais plus rien du tout »*. Elles disent ne jamais avoir utilisé de tampon par manque d'habitude et crainte qu'il reste bloqué. Afin d'avoir une vision d'ensemble sur les protections hygiéniques, une culotte ainsi qu'une cup menstruelle ont également été présentées, suscitant la surprise des participantes.

Au sujet de l'animation, les deux thésardes ont initié la discussion et très rapidement l'intervenante a, d'elle-même, relancé et animé les échanges.

Afin de mettre à l'aise les participantes peu nombreuses, les deux thésardes, l'intervenante et la médiatrice assistant aux ateliers ont contribué aux échanges et ont pu, si elles le souhaitaient, évoquer des expériences personnelles.

Cela a permis des échanges fluides et garantir une ambiance détendue et chaleureuse.

Peu habituée aux échanges en groupe sur les principes de l'éducation thérapeutique, l'intervenante a apporté d'emblée beaucoup d'informations et le vécu des participantes a été un peu moins exploré. Elles semblaient néanmoins heureuses d'avoir acquis des connaissances.

Messages clefs transmis lors de l'atelier

- **le cycle menstruel** : anatomie, bases physiologiques (cerveau, organes génitaux, hormones), rôle, fonctionnement normal,
- **les moyens de contraception** : principaux dispositifs, leur fonctionnement sur le corps et spécificités d'utilisation,
- **l'hygiène menstruelle** : les différentes protections menstruelles, leurs avantages et inconvénients.

2.5. Atelier n° 5 : Accès au système de santé

Ce 5eme atelier n'était pas prévu à l'avance. L'idée a émergé progressivement au cours des sorties sur le terrain et des ateliers. En effet, de nombreuses demandes d'aide à la prise de rendez-vous ont été exprimées et des interrogations des habitantes sur les structures de soins où elles pouvaient se rendre ont été formulées.

Le cycle d'ateliers avait notamment pour but de faire émerger des demandes de soins, il a donc semblé nécessaire de dédier un atelier entier à la problématique de l'accès aux soins.

La réalisation de cet atelier avait plusieurs objectifs :

- L'objectif principal était de renforcer l'autonomie des habitantes dans leur accès aux soins en France, en échangeant sur les droits aux soins, les principales structures de soins de l'agglomération nantaise et le rôle du médecin traitant.
- L'objectif secondaire de cet atelier co-animé avec un médiateur en santé était de transmettre la dynamique de groupe créée aux médiateurs intervenant sur le terrain, pour qu'ils puissent éventuellement poursuivre des temps d'échange collectif sur la santé sur le terrain.

Cet atelier a été co-organisé et co-animé par les deux thésardes et un médiateur en santé des Forges Médiation intervenant sur le terrain.

Les deux thésardes et les médiateurs en santé des Forges Médiation se sont rencontrés à deux reprises afin de préparer l'atelier, de favoriser les interactions et de faire émerger les connaissances des participantes. Un jeu de société a été imaginé par le médiateur en santé, en s'inspirant du jeu de plateau "Les chemins de la Santé", créé par le CRIPS Ile de France (61). Chacune à leur tour, les participantes étaient invitées à piocher une "situation" de couverture en santé (affiliation à la Sécurité sociale avec ou sans mutuelle, AME), une "problématique de santé" (plaie d'un enfant, dépression, grossesse...) et de choisir parmi une vingtaine de cartes "ressources" les structures ou personnes qu'elle allait solliciter pour répondre à leur problématique.

L'atelier a eu lieu le vendredi 17 Février 2023, en présence du médiateur en santé, des deux thésardes, de l'interprète en roumain ainsi que d'une interne de médecine générale en observation.

Une femme qui n'avait pas été recrutée initialement a manifesté son intérêt pour l'atelier, elle a été conviée à participer. En effet, cette thématique ne relevant pas de l'intime, elle ne nécessitait pas au préalable une connaissance approfondie de la situation personnelle des participantes.

Au total 5 femmes sont venues à l'atelier.

La première situation a permis d'aborder plusieurs notions : les numéros à utiliser en cas d'urgence, 15 en France et 112 en Europe ou pour les non francophones, le principe de la régulation médicale et les structures d'urgences notamment pédiatriques à Nantes dont toutes connaissaient la localisation.

Certaines **situations garantissant une couverture par l'assurance maladie ont été abordées** telles que le fait de travailler légalement en France. Une femme a interrogé la signification de la "cotisation sociale" apparaissant sur son bulletin de paye : ce fut l'occasion d'expliquer le système de solidarité français et le financement de la sécurité sociale. Le rôle d'une **mutuelle**, qui complète le remboursement de l'assurance maladie a été présenté ainsi que la possibilité d'une mutuelle grâce à son travail ou grâce à la solidarité (CSS).

Une autre situation a permis d'aborder le rôle du médecin traitant, l'accès au service d'interprétariat ainsi que l'accompagnement possible en cas de difficultés psychiques.

Deux participantes ont insisté sur l'**importance d'avoir un médecin traitant** qu'elles décrivaient comme quelqu'un qui connaît bien son patient, qui a souvent des rendez-vous

disponibles plus rapidement et qui peut orienter vers le spécialiste. Il était aussi identifié comme premier recours en cas de motifs psychologiques.

Deux femmes étaient suivies par un médecin traitant recevant sans rendez-vous ce qui, malgré l'attente au cabinet, était plus facile que de devoir programmer une consultation.

Au sujet de la traduction, les participantes avaient souvent recours à une traduction par téléphone telle que Google Traduction ou avec un proche francophone. La possibilité de bénéficier d'un **interprétariat téléphonique** chez les médecins et sage-femme libéraux de la région leur a été précisé.

Une lettre élaborée par Médecins du Monde susceptible d'inciter les professionnel.le.s de santé à contacter le service d'interprétariat leur a été remise, en version française et roumaine (voir annexe n°12).

La dernière situation piochée était celle d'une femme enceinte disposant de l'AME. Cette situation a soulevé la question de l'accès à une protection maladie en l'absence d'emploi. Les lieux et services apportant de l'aide pour réaliser les démarches administratives (assistantes sociales de l'association Saint Benoit Labre à "Chaptal", assistantes sociales de la PASS). Différents lieux de soins où l'on pouvait faire suivre une grossesse ont été évoqués : la PASS en tout début de grossesse, la maternité et l'UGOMPS, les sages-femmes de la PMI...

L'atelier s'est terminé 15 minutes plus tôt qu'initialement prévu en raison de bruits extérieurs (forte musique) gênant les échanges.

Cet atelier était plus expérimental car les rôles animateur / intervenant expert ont été inversés. La thésarde en charge de l'intervention s'est heurtée à la complexité des situations administratives des femmes, n'ayant pas toujours de réponses claires à leur apporter. Par ailleurs, l'atelier a permis d'introduire des points qui semblaient essentiels mais a surtout confirmé l'idée qu'un cycle entier d'ateliers dédiés à ce sujet était indispensable

Le cycle d'ateliers a été clôturé en remerciant chaleureusement les participantes et l'interprète pour sa participation et investissement dans ces ateliers. Chacune a pu repartir avec un pot de jonquilles offert par les deux thésardes. Les participantes ont, quant-à elles, manifesté leur plaisir d'avoir eu ces temps d'échanges autour de leur santé sur le terrain.

Messages clefs transmis lors de l'atelier

- **numéro d'urgences : 15, 112,**
- **localisation des Urgences adultes et pédiatriques du CHU de Nantes,**
- **PASS : pour qui et pour quoi faire ?**
- **Médecin traitant : son rôle de proximité et de pivot de la prise en charge,**
- **différences assurance maladie / mutuelle, principe de la cotisation sociale,**
- **possibilité d'interprétariat pour les médecins libéraux en Pays de la Loire.**

3. Evaluation des ateliers en aller - vers

3.1. Evaluation du processus

L'évaluation du processus s'intéresse aux aspects humains, logistiques et pratiques de la mise en place des ateliers à leur fin. Cette analyse permet de déterminer comment l'action réalisée répond aux objectifs des ateliers.

3.1.1. Du point de vue des organisatrices

- Ressources humaines
 - Organisation et animation

Les organisatrices et animatrices des ateliers étaient les deux thésardes. Le nombre d'heures de travail accordé à l'ensemble du projet n'a pas été calculé mais représente un engagement très important (réunions avec les acteurs sociaux pour identifier le terrain, contacts avec les élus locaux pour la mise en place du projet, communications sur le terrain autour du projet, entretiens individuels avec les dix participantes, retranscriptions et analyse des entretiens, élaboration de chaque atelier, rencontre avec les intervenantes pour s'accorder sur le déroulement des ateliers, réalisation des 5 ateliers, évaluation au travers des grilles séances et analyse des questionnaires participantes).

Les médiateurs en santé des FORGES médiation ont apporté leur aide pour communiquer autour du projet lors de leurs passages usuels sur le terrain, et sont intervenus trois fois une heure sur le terrain pour réaliser les questionnaires "participantes" d'évaluation.

- Intervenants experts

Les ateliers ont nécessité cinq intervenant.es expert.es soit un.e pour chaque séance. Ces dernières duraient environ 2h30 auxquelles il fallait ajouter 40 minutes de transport.

Seulement une intervenante avait déjà réalisé des ateliers en santé.

Une réunion d'information a eu lieu avec l'ensemble des intervenant.e.s pendant 2h environ pour expliquer le projet, la démarche d'éducation en santé et les résultats de l'analyse qualitative.

Concernant la préparation des ateliers :

- Les deux intervenant.e.s non médicaux (la juriste et le médiateur en santé) ont chacun fait une réunion avec les thésardes afin de préparer le contenu des ateliers.

- Interprétariat

Une interprète professionnelle de l'ASAMLA a consacré 24 heures d'interprétariat pour les entretiens, 15 heures pour les ateliers et 4 heures pour les évaluations soit un total de **43 heures**.

- Formation

Les formations reçues en amont par les deux thésardes leur ont semblé essentielles pour comprendre la posture d'éducation à la santé et animer les ateliers. Il est évident que l'accumulation d'expérience dans ce domaine ne peut que renforcer les compétences techniques et de savoir être.

Les intervenant.e.s n'avaient pas tou.te.s bénéficié de formation à l'éducation à la santé.

- Préparation

Les ateliers ont nécessité chacun environ 3 heures de préparation pour les animatrices.

- Financement

L'interprétariat professionnel a été gracieusement financé par l'association Médecins du Monde Nantes. Les professionnelles de soins sont intervenues sur leur temps de travail, ou bénévolement et sont venues par leurs propres moyens sur le terrain. L'intervention de la juriste a été financée par l'unité PromES. Les collations, les fournitures ont été financées par les thésardes, qui sont aussi venues par leurs propres moyens sur le terrain.

- Communications sur les ateliers

Pour la phase de recrutement, la présence de médiateurs en santé sur le bidonville a été très utile puisqu'ils ont assuré un repérage des femmes éligibles aux ateliers et leur ont communiqué le contenu du projet.

Une fois en contact, l'utilisation des sms s'est révélée inefficace : d'une part en raison de la barrière de langue et d'autre part en raison de l'absence de téléphone personnel ou de l'utilisation de celui du mari.

Les communications s'effectuaient donc par du porte à porte avant chaque atelier et les date et le sujet du prochain atelier étaient systématiquement rappelés en fin de séance. La régularité des ateliers (chaque vendredi, à un horaire identique) a également permis de fixer des repères.

- Transport

Le bidonville se situe à 9 km du CHU soit à environ 20 minutes de trajet en voiture ou 1 heure de transport en commun avec changement.

Les animatrices ont utilisé en quasi exclusivité la voiture afin de faciliter le transport du matériel nécessaire aux ateliers.

3.1.2. Du point de vue des participantes

5 femmes sur 10 ont répondu au questionnaire de satisfaction, les autres participantes n'ont pu être interviewées car elles n'étaient pas présentes ou non disponibles lors des passages dans le bidonville.

- Organisation des ateliers

Concernant l'organisation des ateliers, 3 femmes sur 5 se sont dites satisfaites des **horaires** car compatibles avec leur travail, une ne travaillait pas et la dernière n'a pas été satisfaite des horaires sans mentionner la raison.

L'ensemble des femmes ont été satisfaites de la **fréquence**, ainsi que de la **durée** des ateliers ; une a cependant mentionné la difficulté de se libérer de la garde des enfants.

Le lieu et l'accueil ont été jugés bons par l'ensemble des femmes, l'une d'entre elles a mentionné la gentillesse des animatrices qui lui ont permis d'être à l'aise, une autre a apprécié "*le geste*" d'avoir apporté à boire et à manger.

3 femmes sur 5 ont trouvé très bien que des professionnels de santé se déplacent sur leur lieu de vie, l'une d'elles a précisé que "*c'était même étonnant qu'ils se déplacent jusqu'ici*".

- Transport

Les femmes ont répondu à l'unanimité que si les ateliers avaient été en dehors du terrain, elles ne seraient pas venues du fait de la problématique des transports (%) et des enfants (%).

La démarche d'aller-vers, s'est donc révélée décisive pour la participation au projet annulant ainsi plusieurs contraintes : financière, difficulté à se déplacer ainsi que le manque de temps du fait des contraintes familiales.

- Présence et absence

10 femmes ont été intéressées par le projet et ont accepté d'être interviewées, 8 d'entre elles ont participé à au moins un atelier.

Parmi les 5 femmes ayant répondu au questionnaire d'évaluation "participante", 2 avaient participé à tous les ateliers, 3 à seulement 2 ateliers. Les raisons évoquées de leur non venue étaient : la garde des enfants, le travail, l'entretien du logement et la lessive. La modification des horaires de travail de 3 femmes a empêché leur participation aux deux derniers ateliers.

Une des femmes n'a plus participé aux ateliers une fois son problème personnel résolu (prise de rendez-vous au planning familial). Une autre femme est retournée en Roumanie après l'entretien et n'a pu participer qu'à la dernière séance.

L'atelier n°4 a été marqué par son faible nombre de participantes (seulement 2).

En effet, cet après-midi était un des premiers moments ensoleillés de la saison et les habitantes du terrain souhaitaient en profiter pour faire leurs lessives. Les thésardes se sont posé la question d'un éventuel lien avec le contenu de l'atelier précédent portant sur le consentement et les droits des femmes. Il avait soulevé des sujets sensibles. Cependant le dernier atelier a eu un taux de participation plus élevé (5).

3.2. Evaluation des résultats

3.2.1. Evaluation selon la réponse aux objectifs définis

3.2.1.1. Créer un espace de discussion interactif et bienveillant

Les ateliers ont permis aux participantes de disposer d'un espace d'échanges bienveillant, interactif et convivial.

Les intervenantes et animatrices questionnaient régulièrement leurs habitudes et connaissances. Elles étaient attentives à l'écoute de chacune des femmes présentes.

"Qu'est-ce que vous en pensez, de ça ?"

"Est-ce que vous pouvez dire "j'ai pas envie là" ?"

"Et toi [nom de la participante], comment tu fais quand ça t'arrive ?"

"Le mari est-ce qu'il s'intéresse à tout ça ?"

Elles étaient également **attentives à la bonne compréhension** des informations transmises.

“Ça te paraît clair ?”

“Vous savez comment ça marche ?”

“Est-ce que vous avez des questions ?”

Une attention particulière était portée à la **valorisation des participantes**.

“Oui, tout à fait !”

“Tu sais plein de choses !”

“Un grand merci à vous pour votre participation”

“ Ton point de vue est très intéressant”

Lors de chaque atelier et particulièrement lors de l'abord de thématiques complexes telles que les violences ou le consentement, un temps de partage ou de retour était systématiquement proposé, en collectif ou individuel.

“On a discuté de choses pas faciles, il y a des choses que vous avez envie de partager ?”

“Si vous avez des questions, ou si vous voulez parler, vous savez que l'on est disponible pour échanger avec vous après les ateliers. Vous pouvez aussi en parler avec Chloé et Simon [les médiateurs en santé] qui viennent plus souvent sur le terrain.”

“Si vous voulez parler de la relation dans le couple, si c'est parfois difficile vous pouvez prendre rendez-vous à l'UGOMPS”

Le cadre bienveillant des ateliers a permis aux participantes de se sentir **libres de donner leurs opinions et de poser des questions** sur leurs problématiques de santé intime.

"Je ne suis pas d'accord, je pense que c'est mauvais de prendre ces traitements longtemps"

“Mais si j'ai plus de règles, comment je sais que c'est bien ?”

“Avec une seule trompe on peut tomber enceinte ?”

"Les femmes en Roumanie disent que si on a mal au ventre, une infection, des brûlures c'est bien de se laver l'intérieur avec de l'eau chaude, c'est vrai ou pas ?"

" Pourquoi les femmes ont ce type de problème ? C'est à cause des hommes ou quoi ? "

" ça peut rester bloqué à l'intérieur ? "

" et on fait comment pour savoir la taille ?"

C'est également grâce à ce cadre d'écoute bienveillante que certaines femmes ont pu aborder et partager, parfois pour la première fois, des sujets douloureux tels que des situations conflictuelles ou de violences intra-conjugales.

L'écoute et la disponibilité des intervenantes et animatrices a également permis l'**émergence de nombreuses demandes de soin**.

Une à deux femmes étaient aidées lors de chaque atelier à prendre un rendez-vous médical. Le suivi de grossesse d'une femme enceinte de 4 mois a été initié. Une femme victime de violences conjugales a pu se livrer sur sa situation et un suivi au sein de l'UGOMPS a été entamé.

3.2.1.2. La dimension collective et ses freins

La dimension collective des ateliers permet aux participantes de rompre un potentiel sentiment de solitude face à des problématiques de santé, de bénéficier de l'expérience des autres ou de confronter des points de vue. La dimension groupale est aussi source de convivialité, d'émulation ou de soutien, notamment émotionnel.

Cette dimension groupale des ateliers a essayé d'être encouragée et les thésardes cherché dans la mesure du possible à faire émerger des solutions, des échanges autour des expériences des femmes. Lorsque les participantes étaient nombreuses (4 ou plus), les discussions étaient animées et les femmes discutaient aisément de leurs connaissances et expériences en lien avec la thématique abordée.

Au sein du groupe, les échanges étaient souvent riches, animés et joyeux. Le rire et l'humour étaient souvent présents.

Quelques **freins** à ces échanges collectifs ont cependant été identifiés :

- les demandes personnelles qui émergeaient en milieu d'atelier,
- la répartition des personnes dans la pièce,
- le faible nombre de participantes,
- l'existence de liens familiaux entre deux femmes participant aux ateliers.

- Les demandes personnelles

Lors du premier atelier, les demandes de rendez-vous personnels étaient nombreuses et interrompaient parfois les échanges de groupe. Lors des ateliers suivants, le nom des personnes ayant des demandes individuelles était noté et proposition d'échange à ce sujet en fin d'atelier leur était formulée. Noter la demande permettait à la femme de se savoir entendue et pouvait la rassurer quant au fait que du temps lui serait accordé pour parler de sa problématique.

C'était parfois une problématique personnelle et une demande de prise en charge médicale qui motivait la participation aux ateliers. Une femme n'est plus venue une fois sa problématique résolue.

"J'apprécie les discussions, c'est très intéressant mais j'aimerais vraiment être aidée

pour prendre un rendez-vous, pour avoir accès aux soins"

"Moi je vous attends dès le début, pour ça, pour m'aider à prendre des rendez-vous".

- Le faible nombre de participantes

La richesse des discussions était souvent liée au nombre de participantes.

Plusieurs études s'accordent à dire que le nombre idéal de participants au sein d'un groupe d'éducation à la santé est de 8 à 10 personnes. Ce nombre permet à chaque participant dans un même temps de "valider ses expériences et de répondre à ses besoins" (62). Lors du 4ème atelier, seules deux femmes étaient présentes. L'implication des animatrices et de l'intervenante dans les échanges a permis de garder un atelier dynamique mais à certains moments des échanges ont pu tendre davantage vers un accompagnement individuel.

- La présence de membres d'une même famille au sein du groupe

Les précédents ateliers réalisés au sein de l'UGOMPS ont réuni des femmes exilées originaires d'Afrique subsaharienne. Elles étaient souvent isolées et les ateliers ont été des lieux de rencontre et de rupture d'isolement (22) (4). Lors des ateliers, les participantes se connaissaient déjà toutes. Elles étaient toutes voisines, pour certaines amies ou membres d'une même famille. Si ces liens ont permis des échanges souvent faciles et ponctués d'humour, ils ont également pu freiner la parole, notamment autour des violences conjugales.

3.2.1.3. Faire émerger des demandes de soin

En moyenne deux rendez-vous médicaux et notamment gynécologiques ont été pris lors de chaque atelier.

Suite à l'atelier sur les droits de la femme, une prise en charge a été initiée au sein de l'UGOMPS pour une femme victime de violences conjugales. Il a semblé qu'elle ait pris conscience de son statut de victime suite à l'entretien individuel et aux échanges sur le consentement.

Les médiateurs en santé du terrain ont été présents à deux des cinq ateliers. Ils pourront être des relais en cas de nouvelle émergence de demandes de soins en lien avec la santé féminine.

3.2.2. Evaluation des résultats selon les ressentis des participantes

A la fin de chaque atelier, il était demandé à chaque participante de déposer dans une boîte, de façon anonyme, un smiley correspondant à son ressenti de l'atelier. A chaque atelier, l'ensemble des femmes a déposé un smiley vert "satisfait".

L'ensemble des participantes ayant répondu au questionnaire a déclaré avoir passé du bon temps, se disaient satisfaites des ateliers et n'avaient pas d'axes d'amélioration à proposer si ce n'est une femme qui proposait plusieurs ateliers par semaine.

Au sein de ces ateliers, ont été appréciés : *“l'ambiance et la communication”, “la discussion libre et que tout reste entre elles”* ou encore le fait que *“les limites [aient été] respectées”* soulignant l'importance de fixer le cadre des échanges au début des ateliers.

Plus que les modalités des échanges, certaines femmes ont été satisfaites de la transmission d'informations biomédicales.

“J'ai appris des choses que je ne connaissais pas sur l'hygiène, les règles, la contraception. J'ai tout aimé.”

“Je suis très contente, j'ai appris des choses que je ne savais pas. Et même si j'ai un peu d'expérience, ça fait du bien et aussi il y a des spécialistes c'est bien”.

Les attentes des ateliers étaient dans l'ordre globale des priorités : apprendre de nouvelles choses > pouvoir parler des questions qui me préoccupent > rencontrer d'autres gens > mieux comprendre les choses qui m'intéressent.

4 des 5 femmes interrogées ont dit avoir trouvé des réponses à des questions qu'elles se posaient sur leur santé de femme. Une femme a répondu “moyen” à cette question. Une autre a précisé qu'elle aurait également souhaité bénéficier d'un temps de consultation individuelle : *“j'aurais aussi voulu avoir des consultations avec des gynécologues, pour mes douleurs de jambe et le frottis”.*

Questionnées sur des éléments ou informations qu'elles avaient retenues, deux femmes ont été marquées par ce qu'elles avaient appris concernant l'hygiène intime, une autre a souligné les connaissances qu'elle avait gagnées sur la contraception et la grossesse. Une femme n'a pas été en mesure de retranscrire une chose qu'elle avait retenu ou qui l'avait marquée.

“Tout ce que j'ai appris sur l'hygiène. Et il y avait beaucoup de choses que je ne connaissais pas”.

Concernant l'apport du groupe, deux femmes ont apprécié apprendre de l'expérience des autres et la bonne ambiance qui régnait dans le groupe. Elles ont cependant souligné avoir été limitées pour aborder des sujets intimes.

“C'est bien pour apprendre de l'expérience des autres, mais moins bien si on parle de l'intime, ça peut bloquer la parole”.

“C'est plus facile en consultation individuelle car en groupe les gens font des blagues et même si j'étais honnête, je ne pouvais pas tout dire”.

Au sujet du changement de leurs habitudes de vie, 3 des 5 femmes ont dit ne rien avoir modifié.

Une femme a précisé être plus à l'aise dans son rapport aux soins : *“Je n'ai rien changé mais si j'ai besoin d'une consultation je sais pourquoi et à quoi ça sert”.*

La dernière femme interrogée a changé ses habitudes en lien avec son hygiène et vit ses règles plus sereinement : *“parfois j'avais peur par rapport à mes règles et maintenant ça va.”*

4 femmes sur 5 recommanderaient les ateliers à d'autres femmes si un nouveau cycle avait lieu.

“elles peuvent apprendre des choses qu'elles ne connaissaient pas et comprendre mieux comment leur organisme fonctionne”

“pour recevoir les conseils que j'ai eu”

“pour apprendre et rencontrer des professionnels”

La 5ème ne recommandait pas les ateliers “parce qu'il y avait déjà toutes les femmes [du terrain] “.

Toutes les femmes interrogées étaient partantes pour participer à d'éventuels nouveaux ateliers, sous réserve pour 4 d'entre elles, qu'ils aient lieu sur le terrain.

“Oui, sauf si il y a des problématiques de transport”

“Oui, si c'est sur le terrain”

“Oui, si j'ai le temps”

Pour de futurs cycles d'ateliers, deux thématiques ont été proposées par les participantes :

“un groupe que de femmes enceintes”

“des ateliers sur la santé des enfants”

4. Discussion

4.1. Force et limites

4.1.1. Des ateliers en santé

4.1.1.1. Forces

La principale force de ces ateliers est de concerner un public peu touché par les programmes de prévention du fait de son éloignement du système de santé et de la barrière de la langue.

Les premiers cycles d'ateliers en santé de la femme de l'UGOMPS ont eu lieu auprès de femmes originaires d'Afrique subsaharienne et ayant vécu des parcours migratoires difficiles. Notre étude confirme la pertinence de ces ateliers et leur **reproductibilité auprès d'autres publics de femmes**.

Notre groupe était marqué par une grande homogénéité, notamment culturelle.

La question évoquée par Aude Toulemonde et Cécilia Dambrune persiste donc quant à la pertinence et la faisabilité d'ateliers réunissant des femmes d'origines variées et réunies par leur "expérience féminine" (22).

Le réalisation de ce nouveau cycle d'ateliers s'est appuyée sur un **partenariat déjà engagé** de l'UGOMPS avec les associations intervenant sur le terrain. Les liens entre l'UGOMPS, les Forges Médiation, l'ASAMLA et Médecins du Monde existent depuis plusieurs années et ont facilité l'organisation des ateliers en aller-vers.

Mener un échange avec un interprète n'est pas inné. Nous avons toutes les deux une certaine **aisance pour mener une discussion avec un interprétariat**, grâce à l'expérience acquise dans nos pratiques professionnelles ainsi que lors nos activités de bénévoles au sein de Médecins du Monde.

Les **outils et supports utilisés** pour le déroulement des ateliers constituent également des forces de ce programme d'éducation en santé.

Les méthodes d'animation ont cherché à être le plus dynamique, participative et favorisant l'expression de points de vue multiples.

Les supports utilisés étaient visuels, facilitant leur appropriation par les participantes dans un contexte de barrière de la langue (50).

L'utilisation d'outils mis en place lors des premiers ateliers (abaque de Régnier, malette contraceptive, certains supports visuels) vient confirmer leur reproductibilité auprès d'autres publics. L'apport de nouveaux supports par les thésardes (vidéo "tea as consent", jeu des

qualités, tablier anatomique etc) vient enrichir les supports pédagogiques disponibles pour les prochaines séries d'ateliers.

La **pluralité des intervenantes**, sage-femme, médecin, juriste a permis de disposer d'un contenu précis et varié ainsi que des regards croisés sur la santé féminine dans toute sa complexité. .

La présence d'un **lieu clos** a été essentielle pour le déroulé de ces ateliers. Il a permis leur déroulement dans un certain confort, notamment grâce à la présence d'éclairage et d'un chauffage indispensable en plein hiver. Ce lieu intime a été essentiel pour donner un cadre privé, confidentiel et sécurisant aux échanges.

La présence d'un lieu clos, intime, est un élément essentiel pour l'animation en groupe autour de la santé sexuelle et reproductive. Dans certains programmes de promotion de la santé sur des bidonvilles, l'absence de lieu clos disponible était un frein majeur aux échanges collectifs. Pour remédier à cette difficulté, certains organismes font recours à un bus permettant l'accueil d'un petit groupe. C'est le cas de l'association Asetis qui, sur demande de l'ARS, organise à la Réunion des temps individuels et collectifs de promotion autour de la santé sexuelle et affective (33).

4.1.1.2. Limites

- **Le faible nombre de participantes et la difficulté à avoir un groupe stable**

Le nombre de participantes aux ateliers était variable d'un atelier à l'autre, entre huit femmes pour le premier atelier et deux femmes pour le quatrième. Deux femmes sont venues à l'ensemble des ateliers.

Les raisons de ces absences étaient multiples et souvent dues à des facteurs extérieurs : changement des horaires de travail, rendez-vous médical pour un enfant, panne d'électricité, voyage en Roumanie...

Nous nous sommes questionnées sur les façons d'améliorer la participation aux ateliers.

- Impliquer davantage les femmes dans la création des ateliers en encourageant la co-construction permettrait probablement d'augmenter leur participation. Nous précisons ce point plus tard.
- Améliorer la communication permettrait de faire un rappel avant chaque atelier ou d'ajuster les horaires si besoin. Les participantes n'étant pas dotées de téléphones personnels, nous n'avons pas trouvé de moyen plus efficace que le porte à porte.
- Ouvrir aux femmes du terrain qui n'ont pas participé aux entretiens qualitatifs nous paraît pertinent, en prévoyant un court temps d'échange individuel pour présenter le projet.

- Enfin, les facteurs empêchant la participation des femmes sont souvent extérieurs à elles. Il nous semble nécessaire d'accepter cette variabilité propre à de nombreuses actions de promotion de santé auprès de publics en situation de précarité (63).

- **La co-construction des ateliers**

L'implication des personnes dans l'élaboration des projets qui les concernent est aujourd'hui au cœur des actions de promotion en santé. La charte d'Ottawa pose comme principe "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 de planification en vue d'atteindre une meilleure santé" (9). La co-construction permet d'ajuster l'action d'éducation en santé aux besoins du public cible, de favoriser la participation de ce dernier et enfin, de renforcer sa capacité d'agir ou "empowerment". Rendre les participantes actrices et décisionnaires dans l'organisation de ces ateliers n'a pas été possible. Cela s'explique par notre manque d'expérience dans la démarche de santé communautaire, par le temps court du projet, la barrière de la langue, des priorités autres des femmes. Nous avons cependant choisi les thématiques des ateliers selon les souhaits des participantes, nous les avons questionnées sur leurs attentes et envies concernant les ateliers et chacun d'entre eux s'est appuyé sur les connaissances et expériences recueillies lors de la phase de diagnostic. Si la co-construction est essentielle avec les participants, elle l'est aussi avec les acteurs associatifs. Aussi, la réalisation d'un dernier atelier avec les Forges Médiations a eu pour volonté de leur partager la dynamique de groupe qui s'était instaurée.

- **Durée limitée**

Pour permettre "l'instauration d'une dynamique collective favorisant la prise de conscience voire certaines initiatives individuelles", un projet d'éducation pour la santé doit s'inscrire dans la durée (63). Si nos venues sur le terrain se sont étalées sur trois mois, nos ateliers se sont déroulés sur cinq semaines. Condenser les ateliers sur une courte période a été un choix de notre part afin de favoriser la participation et de maintenir une dynamique de groupe chez des femmes dont le rythme de vie peut changer brutalement (voyage en Roumanie, modification des horaires de travail, etc.). Aussi, il serait intéressant d'insérer les ateliers dans un projet plus global de promotion de la santé, en lien avec les médiateurs et autres intervenants sur le terrain. Cela permettrait d'entretenir la dynamique de groupe et de donner du temps aux initiatives collectives ou individuelles d'émerger.

4.1.2. De l'évaluation

4.1.2.1. Forces

Notre évaluation s'appuie sur un **outil déjà expérimenté** et validé lors d'une précédente thèse (4), et qui s'inscrivait dans les méthodes d'évaluation recommandées par l'IRESP (64). Cet outil **plurimodal** évalue de façon **pragmatique et large** le processus et les résultats, en croisant les regards des organisatrices et des participantes.

L'évaluation par les organisatrices s'est effectuée de façon continue, ce qui a permis une amélioration des pratiques et un réajustement d'un atelier à l'autre, qu'il s'agisse du fonctionnement des techniques d'animation, de l'analyse du placement dans la salle, des brise-glaces, de la distribution des temps de parole... Le fait de travailler en binôme a permis à l'une des thésardes de s'occuper de l'animation quand l'autre pouvait se concentrer sur l'observation de la séance.

Dans les évaluations, il y a une tendance générale à la "réponse positive" car il n'est pas aisé de critiquer des intervenants, d'autant plus après avoir créé un lien avec eux (63).

Pour limiter le biais de désirabilité sociale, nous avons sollicité un **évaluateur externe** pour remplir les questionnaires "participantes".

De nouveau, le recours à l'interprétariat a été systématique.

4.1.2.2. Limites

L'évaluation a été interne (hormis les questionnaires "participantes"). Ce sont les organisatrices qui ont recueilli les données d'évaluation et les ont analysées, ce qui peut entraîner un manque de recul ou d'objectivité et donc un biais d'analyse. Cependant, le fait qu'elles soient en binôme a permis des échanges plus riches et nuancés et ce sont aussi elles qui connaissaient le mieux l'action et pouvaient mieux percevoir les problèmes rencontrés.

Du fait du peu de financement institutionnel et des contraintes temporelles de ce projet, **l'évaluation a été simplifiée**, notamment :

- L'évaluation des intervenantes expertes s'appuie sur les ressentis et observations des thésardes ainsi que les retours "à chaud" des expertes. Un questionnaire à destination des intervenantes aurait été intéressant. Etant professionnelles de santé habituées à travailler en structure de soins, leur ressenti sur l'expérience "hors les murs" aurait été intéressant à documenter plus précisément.
- Nous n'avons pas produit d'évaluation quantitative des résultats quant à l'acquisition des données biomédicales par les participantes. Un questionnaire avant / après aurait nécessité un nombre d'heures d'interprétariat trop important et un

investissement supplémentaire de la part des participantes déjà beaucoup sollicitées, et pour qui l'exercice d'introspection et la manipulation de certains concepts n'étaient parfois pas évident. Nous avons préféré utiliser une méthode uniquement qualitative en favorisant l'évaluation du ressenti des participantes.

Du fait de l'allophonie et de l'illettrisme, il y a pu avoir des biais de compréhension dans les questionnaires malgré tout ce qui a été mis en place pour assurer des échanges de qualité (interprétariat professionnel physique, lecture des questions et transcription écrite des réponses par un médiateur en santé). Aussi, certains auteurs évoquent une tendance à la réponse "pauvre" sur les questions ouvertes du fait que "l'interview et l'écrit sont des modes de communication difficiles à certains publics" (63).

Nous avons obtenu un faible nombre de réponses aux questionnaires "participantes", ce qui peut entraîner un manque de puissance et un biais de reproductibilité.

4.2. Aller-vers

Déplacement physique "hors les murs", la démarche d'aller-vers nous a semblé dès le début du projet comme un **pré-requis à la participation des habitantes du bidonville**. La nécessité de cette démarche d'aller-vers, postulat initial, a été confirmée lors de l'évaluation : la participation des femmes à un nouvel atelier était conditionnée par leur déroulement sur leur lieu de vie.

Les nombreuses barrières à l'accès aux soins avec notamment l'éloignement géographique du terrain et le manque de disponibilité ne leur auraient pas permis de se déplacer au sein du CHU. Leurs multiples responsabilités et tâches du quotidien, dues en partie à la précarité de leur lieu de vie, ne leur laissent que peu de temps pour se préoccuper de leur santé. De plus, le caractère préventif d'un programme d'éducation en santé ne répond pas à une nécessité, à un besoin immédiat.

De nombreuses études confirment ce fait : pouvoir se préoccuper de sa santé n'est possible que si les besoins de base (droit de séjour, emploi, logement stable et alimentation) sont garantis (6)(65). Mener une action de promotion en santé auprès d'une population ne cumulant pas ces droits est complexe et souvent infructueux. Plusieurs actions d'aller-vers ont dû cesser prématurément, soit en raison d'expulsion de terrains occupés illégalement, soit par désinvestissement des publics ciblés envers leurs questions de santé au profit de leurs besoins vitaux (66). Aussi, nous avons été attentives à réaliser nos ateliers sur un terrain garantissant les besoins vitaux de base permettant aux participantes d'avoir une plus grande disponibilité pour aborder les questions relatives à leur santé.

Notre démarche d'aller-vers dans le cadre de la promotion de la santé de la femme est loin d'être isolée. A Marseille par exemple, la PASS a créé une unité mobile : la PASS mobile Colette qui vise à faciliter l'accès aux soins en proposant des consultations et des temps de prévention à des femmes en situation de grande précarité. Les intervenants agissent en partenariat étroit avec les établissements hospitaliers et les acteurs associatifs (67).

A Paris, ADSF (Agir pour la santé des femmes) organise une équipe mobile pour la santé de la femme qui fonctionne en maraudes pour aller-vers les femmes en grande précarité, éloignées du système de soins et en habitat 4i. Un trio médico-psycho-social intervient, aidé par une "femme repaire" (médiatrice paire) pour créer du lien, proposer du matériel de première nécessité et orienter vers un espace d'accueil et de prise en charge pour celles qui le souhaitent. En 2022 : 1 379 femmes ont été accueillies dont plus de la moitié ont été orientées pour la mise en place d'un parcours de soins (68)..

La réalisation des ateliers sur le terrain et l'abord de thématiques intimes ont été possibles grâce au tissage progressif d'un **lien de confiance avec les habitantes**.

L'**introduction par les médiateurs en santé** intervenant régulièrement sur le terrain et identifiés comme des personnes ressources pour les problématiques liées à la santé a été un prérequis indispensable à notre action. Ce travail en lien avec les acteurs locaux qui interviennent directement auprès des habitants et jouent le rôle d'interface entre les services sociaux, services de santé et municipalité, est recommandé par les référentiels de bonne pratique relatifs aux actions de promotion de la santé auprès de publics en situation de précarité (69).

La **fréquence de nos venues** sur le terrain, quasi hebdomadaires, entre décembre 2022 et février 2023 et les nombreux échanges informels lors de nos porte-à-porte ont permis aux habitantes de nous identifier. Au fil des sorties, elles venaient spontanément nous rencontrer, nous solliciter pour une question de santé ou nous donner de leurs nouvelles.

La délégation bordelaise MDM organise depuis 2017 des temps de promotion de la santé sur des squats et aires d'accueil de l'agglomération conjointement avec l'association CACIS (Centre Accueil Consultation Information Sexualité). Initialement organisées à un rythme mensuel, il leur a semblé difficile de nouer une relation de confiance. Passer à un rythme hebdomadaire de sorties leur a permis de renforcer leur lien avec les habitants. Ce nouveau rythme a également permis de ne plus être uniquement sollicités pour répondre à l'urgence, et ainsi de disposer de temps pour aborder des aspects plus préventifs (70).

L'aller-vers implique un déplacement physique mais également une **rencontre de l'autre**.

La rencontre est ici initiée par l'intervenant et se déroule hors d'une structure de soins classique. Aussi, la démarche d'aller-vers vient bousculer le rapport classique soignant-soigné. Les acteurs du système de santé viennent à la rencontre des utilisateurs et transforment ainsi les conditions dans lesquelles se nouent habituellement la relation de soin. Les participantes peuvent ainsi mettre des visages sur une institution qui peut sembler inaccessible et avoir une première expérience rassurante avec cette dernière. Elles peuvent prendre conscience qu'il est possible de parler de l'intime sans jugement ni tabou.

Les soignants intervenant hors de leurs lieux d'exercice habituels prennent quant-à eux conscience des conditions de vie des habitants et des multiples contraintes qui y sont liées. Ils comprennent également que les priorités des patients puissent être différentes de celles qu'ils conçoivent et peuvent ainsi adapter leur soins ou ajuster au mieux leur niveau d'intervention.

L'aller-vers permet donc de renforcer le lien des habitants avec le système de soins et de sensibiliser les professionnels de santé. Il promeut ainsi une **meilleure connaissance mutuelle**.

4.3. Transculturalité et éducation à la santé

Si la participation aux ateliers était conditionnée par le fait de vivre sur le bidonville, une culture commune n'était pas requise. De fait, toutes les femmes vivant sur le terrain étaient originaires de Roumanie, se décrivaient comme "Roms" et partageaient des caractéristiques socio-économiques similaires. Par les entretiens, nous avons aussi découvert un certain nombre de savoirs, de représentations et de valeurs communes (rapport à la famille, à la communauté, savoirs médicaux communs, ect).

Il nous a paru éclairant d'évoquer le concept de **transculturalité** pour comprendre ce qui a pu se jouer dans la relation créée durant ce projet.

La transculturalité peut se définir comme un "processus d'échange, d'interaction, de communication et d'interprétation [...] qui émerge quand des cultures différentes qui ne disposent pas des mêmes valeurs, des mêmes systèmes sémiotiques et des mêmes savoirs, rentrent en contact au niveau des groupes, des individus et des symboles" (72).

L'échange transculturel invite à la **reconnaissance de l'autre** : c'est à dire "découvrir le cadre de référence de l'autre", à la **décentration** : c'est à dire "prendre conscience de son propre cadre de référence" et pouvoir le relativiser, et à une volonté de "**sortir de l'implicite**", c'est à dire ouvrir un dialogue pour se donner mutuellement des clés de compréhension (71).

La transculturalité qui se joue entre les personnes dites “Roms” et “non Roms” est souvent pétrie de préjugés, de stigmatisation et d’incompréhension (72) (73) (74).

Plusieurs chercheurs dénoncent le risque “d’ethnisation” des populations dites “Roms”, c’est-à-dire, l’explication de comportements par les origines ethniques alors qu’ils sont la plupart du temps la résultante des processus socio-économiques, politiques et juridiques (75) (77).

- **Représentations au sein de la communauté médicale**

Ce qui se joue dans la société se constate également au sein de la communauté médicale. Des rencontres organisées entre soignants et personnes de la communauté des gens du voyage ou roms ont mis en lumière ces tensions. La prise en charge de public rom peut poser problème à certains professionnels de santé du fait de la prise en charge tardive de certaines pathologies, de la difficulté à gérer l’inquiétude face à la maladie et l’agressivité qui peut parfois en découler, de difficultés à respecter les rendez-vous, etc (78)). Les personnes roms ou gens du voyage quant à elles peuvent ressentir de l’incompréhension face à un système de santé complexe ou face à des informations incomprises et prises en charge parfois déconnectées de leurs réalités (79). L’incompréhension et la peur semblent résider au cœur des tensions entre soignants et personnes de la communauté rom ou des gens du voyage (78) (80).

Nos ateliers ont aussi permis de créer un espace de dialogue entre des femmes de la communauté dite “Rom” et des soignantes dans un cadre différent de celui de la consultation classique en médecine de ville ou hospitalière. Grâce à cet espace d’échange inhabituel, ils ont aussi permis de créer du lien et de mieux se comprendre.

- **Des outils pour la rencontre transculturelle**

Plusieurs outils sont recommandés dans la rencontre transculturelle (73) :

- L’interprétariat

Durant notre projet, nous avons toujours communiqué par le biais d’une interprète professionnelle dont le rôle était de retranscrire au plus proche les verbatims de chacune d’entre nous sans jamais interférer dans les discussions. Ce service nous a été indispensable dans la relation de soin et doit absolument perdurer.

- La médiation transculturelle ou l’interprétation du non verbale

Le rôle de “médiateurs-pairs” est apparu depuis quelques années dans des programmes de promotion en santé, notamment en démarche d’aller-vers. Situées “à égale distance entre les institutions et les publics qui en sont les plus éloignés”, ces personnes partagent une expérience ou une origine commune avec le public ciblé par l’action de prévention et

favorisent l'émergence du lien de confiance. Elles facilitent les interactions par leurs expériences, leur capacité de compréhension, d'interprétation et leur culture commune (69). La place de la médiation transculturelle a fait ses preuves dans la pertinence et l'efficacité de la relation de soin. A l'hôpital Necker la médiation transculturelle a permis pour des enfants migrants porteurs de maladie chronique une réduction systématique des coûts, une diminution des hospitalisations en urgence, des relations apaisées entre les familles et les professionnels, une amélioration de la compréhension mutuelle (81)...

En 2012, un programme de médiation sanitaire a été mené sur un terrain de Seine Saint-Denis. Il a conduit à l'autonomisation de trois femmes qui sont devenues femmes relais en médiation sanitaire au sein de leur communauté. Leur présence permettait d'aborder de façon plus aisée les questions plus intimes, là où une médiatrice nécessitait un temps plus long d'approche et de mise en confiance. Toutefois, les femmes trouvaient parfois plus facile de se confier à quelqu'un d'extérieur à la communauté, telle qu'une médiatrice, pour des raisons de confidentialité (67).

Une médiatrice-paire était présente lors des deux premiers cycles d'ateliers de l'UGOMPS auprès de femmes originaires d'Afrique subsaharienne et l'intérêt de sa présence a été démontré (thèse Aude et Cécilia).

Lors de notre travail, nous ne sommes pas parvenues à mobiliser une médiatrice-pair. Cependant nous pensons qu'une **traduction de l'implicite** aurait aussi été utile et profitable à notre travail : approfondissement de la connaissance mutuelle entre les participantes et les intervenantes, meilleure compréhension des réactions, abord de sujets délicats comme le rapport au couple, à la sexualité, les violences domestiques,...

- La force des échanges en groupe

La caractéristique **groupale** des ateliers est une force dans la convivialité, le soutien et la richesse des interactions qu'elle permet. Dans un contexte transculturel, cette dimension collective trouve une autre force. Les échanges en groupe permettent de prendre de la distance par rapport à ce qu'on pourrait considérer comme norme culturelle. Ils permettent aux participantes "de constater que le rapport de chacun à son héritage culturel ou à une norme coutumière traditionnelle peut être très variable" (73).

● **L'éthique en éducation à la santé**

Enfin, d'un point de vue plus éthique, Rousille et Al. nous invitent à la **prudence** dans les démarches d'éducation à la santé (et notamment en situation interculturelle), via quelques principes :

- prendre en compte la **complexité** du sujet et de sa communauté ;
- savoir s'autolimiter dans ses actions, refuser l'activisme systématique ;

- respecter l'**autonomie** des individus (82).

Prenant l'exemple de l'atelier n°3 sur le consentement, nous avons dû prendre en compte les difficultés à aborder les sujets de l'intime, la confiance que nous avait faite une des femmes a propos des violences qu'elle subissait, les difficultés en lien avec la discussion de groupe, la présence de liens familiaux et communautaires, etc.

Ainsi, face à une situation aussi complexe, nous avons dû limiter notre action de prévention afin de garder un cadre sécurisant pour toutes. Il nous fallait respecter le rythme de chacune, de ne pas mettre en danger une femme vis à vis d'elle-même, de sa famille ou de sa communauté, et ce malgré la frustration de ne pas "aller plus loin" sur sujet aussi important.

Pour résumer, il nous fallait nous rappeler que "le comportement d'une personne qui peut s'apparenter à "risque médical" peut être important pour son équilibre de vie, pour le lien qu'il veut garder avec l'autre, pour son rapport avec sa communauté, pour son identité même" Et qu'ainsi il faut être vigilant à ne pas être promoteur de normes, à ne pas imposer de message collectif car "la norme médicale peut aller contre l'action nécessaire au patient" (82).

4.4. Perspectives

4.4.1. Pour les ateliers en santé de la femme

Cette série d'ateliers en santé en aller-vers a été réalisée à titre expérimental. La participation des femmes, la qualité des échanges, l'émergence de demandes de soins et leurs retours positifs sont encourageants quant à la pertinence de ces temps de promotion de la santé. De nombreux aspects sont cependant perfectibles et une réflexion globale est nécessaire pour imaginer une continuité et une amélioration continue de ces ateliers "hors les murs".

4.4.1.1. Repenser l'organisation et les ressources humaines

- Binôme professionnel de santé - médiateur en santé

Afin de pérenniser les ateliers, il est nécessaire de repenser leur organisation et d'alléger le rôle des organisateurs. Initialement portés par des travaux de thésardes, ces ateliers doivent être portés par un.e professionnel.le de santé identifié.e. Un travail en lien étroit avec un médiateur en santé est essentiel.

Ainsi, le professionnel de santé assurerait la fonction de coordinateur et serait responsable du contenu des ateliers. Le médiateur au contact direct du terrain, serait garant de l'aspect logistique et du lien avec les participants.

- Réaliser un focus groupe

Dans l'objectif de réduire le temps de préparation des ateliers, nous recommandons la réalisation d'un temps de focus groupe initial et non d'entretiens individuels, plus chronophages, afin de réaliser le bilan diagnostique et de choisir les thématiques d'intérêt avec les participantes. Un temps individuel serait proposé en cas d'identification d'une fragilité ou sur demande d'une participante.

- Utiliser des outils numériques partagés

Comme évoquée par Justine Decroo dans sa thèse, l'utilisation d'une plateforme de suivi d'avancée du projet, du recrutement des participantes et différentes problématiques et suggestions émergeant au fil des sorties et ateliers faciliterait la coordination des organisateurs et intervenants (4). Cette plateforme devrait être sécurisée afin de garantir la protection des informations concernant les participants.

Par ailleurs, au fil des cycles d'ateliers, un nombre important de supports pédagogiques a été expérimenté et de multiples fiches conductrices de séances élaborées. Un dossier partagé regroupant l'ensemble de ces supports est en cours de création. Il réduira de façon considérable le temps de préparation des séances.

4.4.1.2. Mobiliser des médiatrices-paires ou "femmes repaires"

Comme abordé précédemment, la présence d'une médiatrice-paire ou "femme repaire" dans un contexte d'interculturalité nous semble importante et recommandée pour les prochains cycles d'ateliers.

En cas d'appartenance de la médiatrice-paire à la même communauté que celle des participantes, il faudra garder une vigilance à la confidentialité ou aux jeux d'influence possible.

4.4.1.3. Imaginer d'autres thématiques et d'autres partenariats

Lors de nos questionnaires d'évaluation, l'ensemble des femmes se disaient intéressées par l'organisation de nouveaux ateliers. Nous pourrions ainsi imaginer la tenue d'ateliers auprès d'adolescentes, de femmes ménopausées ou des ateliers similaires auprès des hommes du terrain.

Au-delà de la santé sexuelle et reproductive, des ateliers sur la santé des enfants, sur la nutrition ou sur le suivi de pathologies chroniques pourraient être imaginés.

Un lien étroit avec le réseau local permettrait d'enrichir le contenu des ateliers et de favoriser le retour des participant.e.s vers le droit commun (CeGIDD, PMI, PEP...).

4.4.1.4. Bénéficiaire de financements

Ce cycle d'ateliers a été permis grâce au soutien de MDM par qui nous avons bénéficié d'un interprétariat professionnel, au financement de la juriste par l'unité PromES, à la mobilisation des médiateurs en santé des Forges et à la présence bénévole des autres intervenantes. Le

bilan diagnostic et l'organisation et la coordination des ateliers a été réalisée par les thésardes, non rémunérées.

Aussi, un financement sur plusieurs années est nécessaire afin de pérenniser ces ateliers.

4.4.2. Pour la santé des femmes vivant en bidonvilles

4.4.2.1. Favoriser l'accès aux besoins de base

Favoriser l'accès aux besoins de base apparaît comme un pré-requis nécessaire pour accorder du temps à sa santé. Chez les habitants de bidonville, la stabilisation du lieu de vie est essentielle pour permettre d'initier un parcours de santé.

4.4.2.2. Améliorer l'accès aux soins, quelques outils

- La médiation en santé

Améliorer l'accès aux soins doit passer par un accompagnement des personnes vers le droit commun. La **médiation en santé** est un outil indispensable pour rompre ces isolements (83) (84). Elle nécessite un système de soins d'aval efficient et une coordination avec les soins primaires et hospitaliers (83) (86).

- L'interprétariat professionnel

L'interprétariat professionnel apparaît comme un pré-requis pour une bonne efficacité des soins (87) (88). Son importance dans la relation de soin et son efficacité ont été démontrées par de nombreux travaux, notamment en Pays de la Loire (89). Malgré cela, les usagers ne connaissent pas toujours le dispositif et certains médecins sont toujours mal informés ou réticents à l'utiliser (87) (90).

Il est donc important de continuer à communiquer sur ces dispositifs et surtout de former les médecins et ce, dès le début de leur cursus afin que le recours à l'interprétariat devienne une habitude de consultation.

- Une garde d'enfants gratuite sur lieux de soins

Dans les 3 séries d'ateliers réalisés depuis 2021 au sein de l'UGOMPS, la garde d'enfants a été un facteur limitant pour les venues.

Dans l'étude DSAFHIR (Droits Santé Accès aux soins des Femmes Hébergées Immigrées et Réfugiées en Ile de France), qui a suivi près de 300 femmes migrantes en habitat précaire pendant plusieurs mois, l'impossibilité de faire garder ses enfants était une des raisons citées de renoncement aux soins (24).

Ainsi, le HCE recommande pour les femmes en situation de précarité économique ou d'isolement "d'expérimenter la réservation de places pour les jeunes enfants dans des garderies, au sein de l'hôpital" (2).

- Consultation sans rendez-vous

Chez les personnes en situation de précarité, bénéficier d'un rendez-vous médical est problématique en raison des **contraintes quotidiennes multiples**, que cela soit pour la prise de rendez-vous ou pour l'honorer.

Aussi, comme souligné dans plusieurs thèses, il semblerait que **les modalités habituelles des cabinets de médecine générale ne soient peut être pas adaptées à ces populations** (91) (92).

De nouveau, le HCE recommande de : "Prévoir des horaires d'ouverture à amplitude large dans les lieux de soins (médecine libérale, hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile...) avec des consultations sans rendez-vous ou pour mieux prendre en compte les contraintes horaires des femmes en situation de précarité" (2).

- Des unités mobiles de santé de la femme

Des dispositifs d'équipes mobiles pour la santé de la femme ont été mis en place dans plusieurs départements. Ces dispositifs transitoires sont pertinents pour créer du lien, répondre à des situations médicales urgentes, et faire de la prévention pour des femmes éloignées du soin. Il doit tendre vers une réorientation dans un second temps vers le droit commun (69) (93) (94).

CONCLUSION

Par son caractère innovant et sa forte dimension partenariale, ce travail a su montrer la reproductibilité des ateliers en santé de la femme de l'UGOMPS dans une nouvelle dimension « hors les murs ».

La démarche d'aller-vers nous a fait rencontrer des jeunes **femmes allophones d'origine roumaine, vivant en bidonvilles et éloignées du système de soin**. L'écoute de leurs récits de vie et de leurs expériences nous a permis de mieux comprendre les **connaissances** et leurs **représentations** de leur santé féminine, ainsi que de créer un lien de confiance avec elles.

Les ateliers ont par la suite été un lieu **d'apprentissages** individuels et collectifs autour de sujets sensibles et parfois tabous, un lieu de développement de **compétences** psychosociales, ainsi qu'un lieu d'échange et de **création de lien** entre des femmes éloignées du système de santé et des soignantes.

L'évaluation nous a montré la **nécessité** de faire un pas vers les populations isolées, dont la santé se détériore parfois à cause de leurs conditions de vie. L'aller-vers permet de réduire la distance physique et organisationnelle entre ces populations et le soin. Au-delà de cette distance géographique, il est nécessaire de réduire tous les autres obstacles qui peuvent entraver leur accès au soin, tels que les barrières linguistiques, symboliques, culturelles, à l'aide d'outils comme l'interprétariat, la médiation culturelle.

Si la démarche d'aller-vers a démontré son rôle, déterminant, dans une volonté d'éducation à la santé presque inexistante auprès de ces populations précaires, il est cependant conditionné à un investissement de temps et de moyens importants, qui doivent être développés. La poursuite de ces ateliers ne pourra donc se faire qu'à condition d'un **travail partenarial étroit** avec des médiateurs en santé, d'un **financement pérenne** et d'une **formation régulière** des professionnels à l'éducation à la santé.

Enfin, dans le respect de la Charte d'Ottawa, il est essentiel que les pouvoirs publics, par des politiques en faveur de l'éducation, l'accès au logement, la justice sociale, l'équité garantissent les conditions préalables à la santé, et ce, pour toutes les populations. Ce n'est qu'à cette condition que la démarche d'**appropriation** par ces femmes de leur santé, initiée lors des ateliers, pourra se consolider, se déployer et se pérenniser.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_1612021.pdf
2. Haut Conseil à l'Égalité 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. 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
3. Dambrune C, Toulemonde A. Création d'un atelier en santé de la femme au sein de l'unité de gynécologie-obstétrique-médico-psycho-sociale de Nantes: étude qualitative menée auprès de patientes de l'UGOMPS et mise en place d'un cycle de quatre séances tests [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2021.
4. Decroo J, Poirier M, Thubert T. Évaluation des ateliers en Santé de la Femme ayant place à l'unité de gynécologie-obstétricale médico psycho sociale au CHU de Nantes: étude mixte qualitative et quantitative réalisées auprès des patientes de l'UGOMPS. [Thèse d'exercice]; Université de Nantes[France]; 2023.
5. Unité gynéco-médico-psycho-sociale du CHU de Nantes. Rapport d'activité de l'UGOMPS. CHU de Nantes; 2021.
6. Giulio B. Perception de l'impact de l'environnement sur la santé par des femmes enceintes, ou ayant accouché depuis moins de 42 jours, vivant en habitat 4i (instable, informel, indigne, insalubre) [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2021.
7. Rigal F. « Surtout pour les personnes les plus précaires, accéder au système de santé et aux droits sexuels et reproductifs est difficile ». Le Monde.fr [Internet]. 9 juin 2023; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/06/09/surtout-pour-les-personnes-les-plus-precaires-acceder-au-systeme-de-sante-et-aux-droits-sexuels-et-reproductifs-est-difficile_6176879_3232.html
8. Constitution de l'OMS [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
9. Canada A de la santé publique du. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 1986 nov [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
10. World Health Organization. Division of Health Promotion E. Glossaire de la promotion de la santé OMS [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1998 [cité 26 avr 2022]. Report No.: WHO/HPR/HEP/98.1. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67245>
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune. 2010 mars.
12. Larousse É. Définitions : précaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>
13. WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la

- République. Avis et rapports du Conseil Économique et social. 1987 févr p. 6.
14. Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, Leclerc A. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. In: Les inégalités sociales de santé [Internet]. Paris: La Découverte; 2000 [cité 25 janv 2023]. p. 13-24. (Recherches). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-p-13.htm>
 15. Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Bourgogne, Sandon A. Inégalités sociales de santé et promotion de la santé. 2016.
 16. Collectif National Droits de l'Homme Romeurope CS. Résorber dignement les bidonvilles : Vite ! Une loi [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2022/06/Rapport-2022_CNDH-Romeurope.pdf
 17. Association Trajectoires, Fondation Caritas. Habitants des bidonvilles en France : connaissance des parcours et accès au droit commun.
 18. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL). Résorption des bidonvilles - Point d'étape Bilan 2019-2020 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/10/point_detape_2019-2020_-_resorption_des_bidonvilles_vweb.pdf
 19. Barbe F, Maillard J. Bidonvilles, précarité et antitsiganisme dans l'agglomération nantaise (1/2). Vivre et habiter en bidonvilles. atlas Social de la métropole nantaise [Internet]. 25 oct 2021; Disponible sur: <https://doi.org/10.48649/asmn.647>
 20. Barbe F, Maillard J. Bidonvilles, précarité et antitsiganisme dans l'agglomération nantaise (1/2).
Vivre et habiter en bidonvilles. Atlas social de la métropole nantaise [Internet]. 2021; Disponible sur: <https://asmn.univ-nantes.fr/index.php?id=647>
 21. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès et au logement (DIHAL). La resorption des bidonvilles - Présentation du dispositif national d'appui et de suivi dans le cadre de l'instruction du Gouvernement du 25 janvier 2018. 2018.
 22. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Santé sexuelle et reproductive. Paris; 2016 mars.
 23. 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 tests. [Thèse d'exercice]; Université de Nantes; 2021.
 24. Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées [Internet]. 2020 sept [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/droits-sante-et-acces-aux-soins-des-femmes-hebergees-isolees-refugiees>
 25. Danet S, Olier L. La santé des femmes en France. Paris: la Documentation française; 2008.
 26. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
 27. Breton É. La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? Santé Publique. 2016;28(6):721-7.

28. Lamour P, LeHélias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P. « Qu'est-ce qu'un atelier santé » ? : L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire. Santé Publique. 1 mars 2005;Vol. 17(1):121-34.
29. Rogers CR. Liberté pour apprendre ? / Carl R. Rogers; préface et traduction de Daniel Le Bon. Dunod. Dunod; 1972. 364 p. (Sciences de l'éducation (Paris) ; 5).
30. Paulo F. La pédagogie des opprimés. Marseille: Agone; 2021. 1 vol. (XXXI-267 p.). (Contre-feux (Marseille)).
31. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2006 févr [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364209>
32. Ferron C. La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche. La Santé de l'homme. avr 2010;(406):52.
33. Ministère des Solidarités et des Familles. Des mesures dédiées à la précarité dans le Ségur de la santé [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites.gouv.fr/des-mesures-dediees-la-precarite-dans-le-segur-de-la-sante>
34. Santé publique France. La Santé en action, Décembre 2021, n°458 « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. [cité 24 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-en-action-decembre-2021-n-458-allers-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>
35. Cerin E. « Aller-vers », le travail social « hors les murs ». Actualités Sociales Hebdomadaires. 9 oct 2019;
36. Ana Marques. Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ? Rhizome. 2018;N°68(2):14.
37. L'intervention en prévention et en promotion de la santé en Ile-de-France 2018-2022 Guide d'orientation à l'intention des partenaires - ARS 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Guide-interventions-partenaires-EPS-2018_1.pdf
38. Médecins du Monde. L'aller-vers en santé. 2022.
39. Gery Y, Chobeaux F. « Aller vers les personnes dans la rue, c'est avant tout ne pas s'imposer, ne pas juger » Entretien avec François Chobeaux. La Santé en action. déc 2021;
40. Haute Autorité de Santé (HAS). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf
41. Médiation santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.lesforgesmediation.fr/mediation-sante/>
42. Hourton G, Tabin JP, Bodenmann P, Bodenmann P, Jackson YL, Wolff H. Populations Roms et santé. Rev Med Suisse. 25 mars 2015;467:735-9.
43. Salaire minimum et coût de la main-d'œuvre dans l'Union européenne | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2402214#tableau-figure1_radio1

44. European Union Agency For Fundamental Rights (FRA). La discrimination à l'égard des femmes roms et leurs conditions de vie dans 11 États membres de l'UE. 2014;
45. Imbert C. Etude des connaissances, attitudes et représentations culturelles en santé reproductive des femmes roms vivant en habitat précaire à Bordeaux: étude préliminaire du projet d'éducation pour la santé de Médecins du Monde Aquitaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bordeaux-II; 2012.
46. Terrier, Maud. Maternité des mineures au CHU de Nantes: une observationnelle transversale de 213 patientes de 2017 à 2019. [Mémoire]; Ecole de sages-femmes de Nantes; 2021.
47. Anthonj C, Setty KE, Ezbakhe F, Manga M, Hoesser C. A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural context, and obstacles to improvement. *Int J Hyg Environ Health*. mai 2020;226:113506.
48. Maunier J. Socialter. William Acker: « La connaissance est la clé pour lutter contre l'antitsiganisme ». Disponible sur: <https://www.socialter.fr/article/william-acker-la-connaissance-est-la-clef>
49. Bousquet D, Couraud, Lazimi G, Collet M. La santé et l'accès aux soins: une urgence pour les femmes en situation de précarité. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2017 mai. Report No.: 2017-05-29-SAN-027. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_un_e_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf-2.pdf
50. Philippe HJ. Devenir obstétrical chez les femmes Roms. 2010;
51. Imbert C. Etude des connaissances, attitudes et représentations culturelles en santé reproductive des femmes roms vivant en habitat précaire à Bordeaux. [Thèse d'exercice] Université de Bordeaux; 2012
52. Menard M. Etre Femme et Mère dans le monde Tsigane: maternité chez les femmes Roms [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Nantes; 2011.
53. Cellier A. Déterminants de recours ou de non-recours à la contraception chez les femmes migrantes en situation de précarité sociale: étude qualitative en Loire Atlantique et Vendée. [Nantes]: Université de Nantes; 2018.
54. Garcin P, Laurencin-McManus. Connaissances, vécus et représentations des Infections Sexuellement Transmissibles chez des Roms [Thèse d'exercice]; Université de Toulouse; 2016
55. Kovacs-Bosch A. Etude exploratoire des représentations de la maladie et de la guérison chez les manush. 1999;14(2):87-91.
56. Hasdeu I. Corps et vêtements des femmes rom en Roumanie. Un regard anthropologique. *Études Tsiganes*. 2008;33-34(1-2):60-77.
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018 - 2022.
58. Ministères des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. 2017.
59. Mercuel Alain. « Aller vers... » en psychiatrie et précarité: l'opposé du « voir venir... »! *Rhizome*. 2018;3.

60. Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) Auvergne-Rhône-Alpes, Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes I, Michel P. L'évaluation en 7 étapes : guide pratique pour l'évaluation des actions santé et social [Internet]. 2019. Disponible sur: https://guide-up.org/wp-content/uploads/2019/11/evaluation7etapes_2019.pdf
61. The famous « Tea Consent » video - now in Romanian [Internet]. 2017 [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=pj1rFhVJl7w>
62. Proposer une permanence d'accès aux soins en santé sexuelle : le défi de « Check ta santé » [Internet]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/permanence-acces-soins-sante-sexuelle-check-ta-sante>
63. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? Médecine des Maladies Métaboliques. sept 2008;2(4):425-31.
64. Lamour P, LeHélias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P. « Qu'est-ce qu'un atelier santé » ? : L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire. Santé Publique. 1 mars 2005;Vol. 17(1):121-34.
65. IRESP Lorraine. Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/guide-evaluation-vf1.pdf
66. Bonheure A. Les priorités de santé des personnes en situation de précarité : une étude qualitative auprès de résidents de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et d'usagers d'accueils de jour. [Thèse d'exercice]: Université Bretagne Loire; 2017.
67. Association pour l'accueil des voyageurs (ASAV) MDM (MDM). Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms - Rapport final d'évaluation Juillet 2013. 2013.
68. Permanence d'Accès aux Soins de Santé Mobile Colette - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/73811>
69. Agir pour la santé des femmes (ADSF). Rapport d'activité 2022. 2023.
70. Marine Guillon, Sylvie Le Rétif, Annabelle Yon. La santé des gens du voyage [Internet]. 2020. Disponible sur: http://orscreainormandie.org/wp-content/uploads/2020/09/NoteRessources_Gensduvoyage.pdf
71. Centre Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS). Rapport Moral et d'Activité 2017. Bordeaux; 2018.
72. Lüsebrink HJ. Interculturalité – un champ de recherche émergent en sciences sociales et culturelles et en histoire ? In: Dialogues interculturels à l'époque coloniale et postcoloniale [Internet]. Paris: Éditions Kimé; 2019 [cité 11 août 2023]. p. 21-51. (Détours littéraires). Disponible sur: <https://www.cairn.info/dialogues-interculturels-a-l-epoque-coloniale--9782841749195-p-21.htm>
73. Réseau Louis Guilloux. Actes de la 8ème journée régionale du RLG « Migration, genre et santé » [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://rlg35.org/wp-content/uploads/2023/05/Actes-de-la-8eme-journee-regionale-du-RLG-Migration-genre-et-sante-.pdf>

74. Prud'homme D. Du « soin global » au traitement discriminatoire. La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien. *Terrains & travaux*. 2016;29(2):85-104.
75. Olivera M. Unbearable Polluters or Awesome Recyclers? Some Thoughts about the "Roma" and the Paradoxes of Liberal Urbanity. *Ethnologie française*. 18 août 2015;45(3):499-509.
76. Olivera M. Roms en (bidon)villes [Internet]. Éditions Rue d'Ulm; 2011 [cité 29 avr 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/roms-en-bidon-villes--9782728837632.htm>
77. Potot S. Swanie Potot, « Nous les Tsiganes, ou les Roms, comme vous dites, vous ». *Catégorisations ethniques et frontières sociales en Europe. Lectures* [Internet]. 20 déc 2019 [cité 6 juill 2023]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/39840>
78. Bouvet O, Floch S. Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies. *Spécificités*. 2012;5(1):257-74.
79. de Goer B. Professionnels de santé et Gens du Voyage : une approche de la formation par le croisement des savoirs. *Études Tsiganes*. 2019;67(3):98-117.
80. Piketty A. La prévention gynécologique et obstétricale chez les femmes tsiganes: analyse qualitative des représentations à travers une enquête de terrain.
81. Lachal J, Escaich M, Bouznah S, Rousselle C, de Lonlay P, Canouï P, et al. La consultation de médiation transculturelle dans un hôpital pédiatrique en France. Étude qualitative et quantitative de l'expérience des participants et impacts sur les coûts hospitaliers. *L'Autre*. 2020;21(2):188-203.
82. Roussille B, Deschamps JP. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. *Santé Publique*. 2013;S2(HS2):85-91.
83. Lahmidi N, Lemonnier V. Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles. *Rhizome*. 2018;N°68(2):10.
84. Gery Y. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. *La Santé en action*. juin 2022;N°460.
85. Hybert B, Luce M. Accompagnement des patients éloignés des systèmes de prévention et de soins par les médiateurs en santé en France, vers les professionnels de soins primaires: étude qualitative par entretiens individuels semi – dirigés [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2018.
86. Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde France. 2021.
87. Schwarzinger M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé – Analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du Vih/sida, de la tuberculose et du diabète [Internet]. 2023 août [cité 8 août 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/usage-et-opportunite-du-recours-a-l-interpretariat-professionnel-dans-le>
88. Larminat J de. Expériences et vécus des médecins généralistes face à l'utilisation d'un

dispositif d'interprétariat professionnel en Auvergne-Rhône-Alpes, dans la prise en charge des patients allophones en situation de précarité [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2021 [cité 8 août 2023]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m62f7n1s>

89. Bigot R, Dallet N, Rousseau R. Mise à disposition d'interprétariat en médecine ambulatoire dans les Pays de la Loire. *Santé Publique*. 2019;31(5):663-82.
90. Médecins du Monde Bordeaux. Rapport d'activités 2020 Projet « Interprétariat en santé et accès à la médecine de proximité ». 2020.
91. Canazzi L. Rendez-vous manqués en médecine générale: les raisons évoquées par les patients bénéficiant de la couverture maladie universelle, du tiers payant social et de l'aide médicale d'Etat [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
92. Gatier F. Rendez-vous manqués en médecine générale par les patients précaires : quels sont les motifs ?[Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2022.93. Institut 92 santé, solidarité, prévention. Bus Sante Femmes [Internet]. [cité 12 août 2023]. Disponible sur: <https://www.institut-hauts-de-seine.fr/institutdeshautsdeseine-bus-sante-femme.html>
94. Picard M, Quérueil N. La Réunion : un bus de prévention en santé sexuelle pour aller vers les communes isolées. *La Santé En Action*. N°458. déc 2021;44-5.

ANNEXES

1. Avis du CERNI



Nantes, le 21 novembre 2022

Dossier suivi par : Catherine BONTE
Direction de la recherche, des partenariats et de
l'innovation
catherine.bonte@univ-nantes.fr
07 87 20 45 26

Mesdames Claire ROUXEL et Elise MAIGEN
CHU de Nantes – Unité UGOMPS
1 place Alexis Ricordeau
44093 NANTES cedex 1

N/Réf : SY/GD/CB 2022 DRPI n°447

s/c de Madame Maud POIRIER,
Responsable scientifique

Objet : Avis du CERNI sur le projet « Création d'un atelier en Santé de la femme dans un bidonville nantais. Une démarche de l'UGOMPS ».

Mesdames, Chères collègues,

Vous avez soumis à l'examen du comité d'éthique de la recherche non interventionnelle (CERNI) de Nantes Université (n°IRB : IORG0011023), un projet intitulé « Création d'un atelier en Santé de la femme dans un bidonville nantais. Une démarche de l'UGOMPS », dont Madame Maud POIRIER assure la responsabilité scientifique et nous vous en remercions.

L'objectif principal de votre projet est de mettre en place des ateliers en santé de la femme autour des thèmes de la physiologie de la femme, ma maternité / grossesse, la contraception, la sexualité, les maladies génitales, les droits de femmes. Ces interventions seront menées par l'équipe UGOMPS (Unité de gynécologie obstétrique médico psycho sociale) du CHU de Nantes, en faveur de femmes en situation de précarité éloignées du soin.

Après un examen attentif, j'ai le plaisir de vous informer que la qualification règlementaire en recherche non interventionnelle a été soumise et validée par le comité éthique de la recherche non-interventionnelle de l'Université de Nantes avec le numéro de référence n°21112022.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Mesdames, Chères collègues, en l'assurance de mes sentiments dévoués.

Guillaume DURAND
Président du CERNI

2. Courrier de présentation

Octobre 2022

Bonjour,

Nous sommes Claire et Elise, deux médecins généralistes de l'université de Nantes.
Merci de l'intérêt que vous portez à notre projet en lien avec le CHU de Nantes (UGOMPS).

Nous souhaitons organiser des **Ateliers en Santé**. C'est à dire des moments d'échanges et d'informations conviviaux autour de la santé en présence d'un professionnel (médecin, sage, femme, infirmière...).

Nous avons choisi d'organiser ces rencontres autour de **la santé de la femme** (santé affective, contraception, grossesse...). Nous pourrions parler ensemble de ces sujets et de toutes les questions que vous aurez.

Ce document informe des objectifs et des avantages de cette **étude**. Vous pouvez nous poser toutes les questions que vous souhaitez, nous serons heureuses d'y répondre.

La participation à cette étude est **volontaire**, vous êtes **libres d'arrêter à tout moment**. Votre choix de participer ou de refuser de participer à cette étude n'aura aucune conséquence pour vous ou votre famille.

Les informations recueillies sont **anonymes**. Votre nom ou prénom ne seront jamais cités.

Déroulement :

- 1er Temps : **Les rencontres individuelles**

Nous allons vous rencontrer individuellement pour discuter avec vous autour de votre « vie de femme ».

Nous allons échanger sur la façon dont vous percevez votre santé de femme et ce qui peut être lié.

Ces entretiens dureront environ une heure.

Vous pourrez parler librement, vos réponses ne seront pas jugées. Il n'y aura pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Il y aura toujours les mêmes personnes : Claire Rouxel et/ou Elise Maigne (médecins) et un.e interprète si besoin.

- 2eme Temps : **Les ateliers en santé**

Quatre après-midis d'échanges conviviaux en groupe de 6 - 8 femmes, avec un professionnel de santé du CHU, autour des thèmes que vous aurez choisis.

Chaque atelier durera environ 2h, avec une pause goûter au milieu et sera organisé sur votre lieu de vie, un jour défini ensemble.

- 3eme Temps : **L'évaluation des ateliers**

Un temps d'échange sera prévu après les quatre ateliers afin de savoir si vous avez été satisfaites et ce que nous pourrions améliorer pour la suite.

Avantages :

- Vous apporter des informations sur la santé, la grossesse, la contraception et sur les questions que vous pouvez vous poser sur votre vie de femme.
- Les rencontres auront lieu sur le terrain, vous n'aurez donc pas à vous déplacer trop loin ou à prendre les transports en commun.
- Si vous ne parlez pas bien français, un interprète sera présent à chaque fois.

Risques :

- Nous aborderons des sujets intimes, mais tous les échanges seront fait dans la bienveillance, le non jugement et la confidentialité. Si vous ressentez le besoin d'aide pour un sujet spécifique, nous pourrions vous orienter vers des professionnels qui vous aideront.

Nous espérons bientôt vous rencontrer !

Claire ROUXEL et Elise MAIGNE 06 18 69 29 33

claire.rouxel@etu.univ-nantes.fr,



3. Tract de présentation

ATELIERS EN SANTE

1. **Une rencontre individuelle** pour vos connaître et discuter de vos besoins en santé et de vos attentes

1. Les ateliers en santé

- 4 rencontres en groupes, conviviales et bienveillantes
- pour échanger sur la santé de la femme, selon vos envies, questions et besoins
- avec un professionnel de santé (sage-femme, gynécologue...)
- durée d'environ 2 heures

Où ?

Dans le mobilhome de la PEP

Dates et horaires ?

A déterminer avec vous



Ces ateliers sont organisés dans le cadre de la recherche de Claire Rouxel et Elise Maigne, médecins généralistes, en lien avec le CHU de Nantes.

Si vous êtes intéressée ou si vous souhaitez plus d'information, vous pouvez nous contacter à ce numéro :

06 43 10 85 76

4. Guide d'entretien

Présentation

Bonjour,
Merci de nous accueillir / de nous donner un peu de votre temps.

Nous sommes Claire et Elise, étudiantes en médecine en fin de formation.

Nous sommes également accompagnées de [...] , qui est traductrice professionnelle, et va faciliter les échanges entre nous.

Pour finir nos études et devenir docteur, nous devons effectuer un projet de recherche. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui.

Notre projet est de créer des ateliers en santé, moments d'échange, en groupe, autour de la santé de la femme, accompagné par un professionnel de santé spécialiste (par exemple : une sage-femme, un gynécologue etc.).

Le projet de recherche que nous faisons est important pour nous, parce qu'il répond à certaines de nos convictions, en tant que médecin et en tant que femmes.

Nous sommes convaincues qu'en échangeant entre femmes sur notre santé, nos vies de femmes, nos expériences, nos questionnements, nous pouvons en ressortir grandies et plus confiantes. Nous pensons que nous avons besoin d'échanger, d'être informées pour être en mesure de faire les choix que nous voulons dans notre vie.

Nous avons remarqué qu'il était souvent difficile pour les femmes vivant sur des terrains de se déplacer, d'aller jusqu'à l'hôpital ou chez le médecin. Nous avons donc eu l'idée de venir vous rencontrer ici, sur le terrain.

Le but de ce premier rendez-vous est de vous rencontrer et de discuter ensemble autour de votre vision de la santé de la femme, sur vos ressentis et vos expériences. Vous êtes libres de répondre ce que vous souhaitez, vous êtes aussi libre de ne pas répondre. Vous pouvez prendre le temps que vous voulez pour répondre. Ce que vous nous direz sera anonymisé. Si vous êtes d'accord, nous enregistrons notre discussion afin de pouvoir se souvenir de ce que nous nous sommes dit. Cet enregistrement sera supprimé dans une semaine environ.

Notre échange durera une heure maximum Vous êtes libre de l'arrêter avant si vous le souhaitez.

Est-ce que ce que nous vous avons expliqué a été clair ? Avez-vous des questions ?
Est-ce que vous vous sentez bien ? Etes-vous d'accord pour que l'on continue notre échange et ainsi participer à notre étude ?

Grille d'entretien semi-directif

Date de l'entretien :

Réalisé par :

I. Questions socio-démographiques

Nous avons choisi de débiter notre échange par les questions socio-démographiques pour avoir un aperçu global de la situation de la participante et mieux guider l'échange par la suite.

Pour commencer, nous allons vous poser quelques questions pour apprendre à vous connaître.

1. **Quel âge avez-vous ? (En années)**
2. **Situation maritale : "Êtes vous en couple ? mariée ? célibataire ? veuve ?"**

Célibataire	
Marié ou en couple	
Veuve	

3. **Combien d'enfants avez-vous ?**
4. **A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?**
5. **Etes-vous ou avez-vous fait des études ? Si oui, à quel âge les avez-vous arrêtées ?**
6. **Est-ce que vous avez déjà travaillé ?**
7. **Est-ce que vous parlez et comprenez français ? Est-ce que vous arrivez à lire et écrire en langue française ?**

Ne parle pas français	
Comprend le français, mais difficultés à le parler	
Parle français, ne sait ni lire, ni écrire	
Parle français, sait lire et écrire	

8. **Comment vous vous déplacez ? Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?**

Aucun moyen de transport propre ou en commun	
Accès aux transports avec difficultés	
Accès aux transports sans difficultés	
Autre	

9. **Est-ce que vous avez une couverture médicale / sécurité sociale?**

Oui	
-----	--

Non	
-----	--

10. Avez-vous un médecin traitant ?

Oui	
Non	

11. Êtes-vous née en France ? Si non, à quel âge êtes-vous arrivée en France

Oui	
Non (dans ce cas : âge d'arrivée)	

Merci pour vos réponses.

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre santé, afin de mieux comprendre vos besoins.

II. Entretien semi-directif

1. Exploration des besoins en santé de la femme

- Si je vous parle de santé de la femme, à quoi cela vous fait penser ?
- Quand vous avez des questions autour de la santé féminine, que faites-vous ?

2. Perception de la santé féminine

Revenons sur l'outil. Toutes les vignettes correspondent à des sujets que nous aimerions aborder avec vous. Nous écrivons votre prénom en haut de ce tableau, il a pour but de faciliter nos échanges. (En prenant les vignettes les unes après les autres) : Ici c'est le thème des règles, ici la contraception et de la procréation, ici la maternité, les rapports sexuels et la relation hommes-femmes, le statut de femme et l'estime de soi. On peut toutes se servir de ce tableau comme il nous plait pendant l'entretien, ici vous avez ces petites vignettes qui vous aident à exprimer votre ressenti (en montrant les smileys), mais nous allons vous guider.

Y-a-t-il un thème dont vous aimeriez discuter en premier ?

1. Procréation / Grossesse / Maternité
2. Contraception
3. Vie affective / Sexualité
4. Droits des femmes / Violences conjugales
5. Anatomie / physiologie du corps féminin (règles, ménopause)
6. Prévention : IST, dépistages (infectieux, FCV, mammographies), hygiène
7. Estime de soi / place de la femme

Déroulé :

- versant émotionnel : (en désignant les smileys) : qu'est-ce que ça vous fait comme émotions ?
- versant vécu : (questions à adapter en fonction du thème choisi) Quelle en est votre expérience ? Comment ça se passe pour vous ? Est-ce difficile ? facile ? obligatoire ?
- versant connaissance et croyance : qu'est-ce que vous savez à propos de cela ? Qu'est-ce qu'on vous a dit là-dessus ? A quoi ça sert d'après vous ? Qu'est-ce que vous croyez ?

3. Exploration de l'intérêt pour les ateliers

1. Est-ce que vous êtes intéressée par un atelier en santé pour vous renseigner sur certains sujets portant sur la femme ? Qu'est-ce que cela peut vous apporter ?
2. Est-ce que ça vous intéresserait qu'on le fasse ici sur le terrain ? Pourquoi ? Y-a-il un endroit où nous pourrions nous installer à plusieurs pour discuter tranquillement ? Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de venir ?
3. Est-ce que vous aimeriez pouvoir discuter avec d'autres femmes dans votre situation ?
4. Est-ce qu'il y a d'autres choses dont vous aimeriez que l'on parle ?

Nous reprenons le tableau pour présenter tous les thèmes que nous proposons lors des séances, chacun représenté par une vignette

« Pouvez-vous classer ces thèmes et choisir pour vous les 4 plus intéressants par ordre de préférence :

- CONTRACEPTION
- VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE
- ANATOMIE FÉMININE
- MATERNITE
- ESTIME DE SOI
- RELATION HOMME/FEMME
- RÈGLES/ HYGIÈNE FÉMININE
- MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
- EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE
- RAPPORT AVEC LE MONDE MÉDICAL
- DROITS CONCERNANT LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Y COMPRIS LES VIOLENCES CONJUGALES

« Très bien, nous avons tout pris en bonne note. »

Remerciement. Valorisation de leur intérêt pour leur santé de femme. Résumé de ce qu'elle aimerait approfondir avec les autres femmes du groupe.

« Nous vous contactons au plus vite pour vous communiquer la date du premier atelier. »

7. Exemple d'entretien semi-dirigé

F7 s'excuse car elle n'a pas pu se rendre disponible les autres fois, mais elle avait beaucoup à faire à la maison. Elle se dit contente qu'on arrive finalement à faire l'entretien. L'entretien se passe dans le mobil home car son mari peut garder les enfants.

Elle semble détendue pdt l'entretien et s'approprie plutôt bien les thématique et l'exercice d'émotion/vécu/connaissance.

Avant l'entretien, F7 tend un CR médical et demande à Maud de lui expliquer. C'est l'opération de la hanche de son fils.

Accord oral donné pour l'entretien après rappel de l'anonymisation.

E. Qu'est ce vous avez compris du projet ?

F7. C'est pour les femmes qui ont des problèmes de santé, des malades peut-être ?

E. réexplication du projet – concept atelier -

F7. Là par exemple moi j'ai pas de problème de santé, ce qui m'intéresse c'est l'implant, pour ne plus tomber enceinte. Car j'ai déjà 4 enfants, c'est déjà trop. Parce que chez nous c'est comme ça, on fait beaucoup d'enfants, mais en contrepartie on leur offre quoi ? On a pas les moyens, pas de possibilités.

E. Quel âge as-tu ?

F7. 34 ans

E. Es-tu en couple ?

F7. Marié

E. Combien d'enfants as-tu ?

F7. 4

E. A quel âge as-tu eu ton premier enfant ?

F7. 19 ans

E. Tu as fait des études ?

F7. 8 classes, jusqu'à environ 14-15 ans

E. Tu as déjà travaillé ?

F7. Ici oui, dans la salade, le maraîchage.

E. Comme bcp de personnes ici

F7. Oui, on a pas le choix.

E. Est-ce que vous comprenez le français, vous le parlez ?

F7. La compréhension un peu mais parler c'est difficile.

E. L'écriture est difficile alors

F7. Avec l'anglais je peux compléter quelques papiers.

E. Comment fais-tu pour te déplacer en ville, par exemple si tu as un rendez-vous médical ?

F7. Pour moi c'est facile car le mari a une voiture, je ne prends pas les transports en communs.

E. Est-ce que tu as une couverture maladie ?

F7. Non, J'ai la carte vitale mais je suis allée voir Dr [nom du médecin généraliste]..., il a dit qu'elle ne marchait plus, il a fallu payer les médicaments.

E. Ton médecin traitant, c'est Dr[nom du médecin généraliste] .. ?

F7. oui

E. Tu es née en France ?

F7. Non, en Roumanie et je suis arrivée en 2019.

E. [explication de l'outil visuel]

La santé de la femme, qu'est ce que ça évoque pour toi ?

F7. Par exemple l'hygiène personnelle, la probabilité que si le mari voit d'autres femmes on peut attraper des maladies.

E. C'est quelque chose auquel tu penses ?

F7 oui, j'y pense

E. En France quand tu as des questions autour de la santé de la femme, que fais-tu ? Qui tu vas voir ?

F7. Euh personne, ou bien je vais à la pharmacie directement. Là vous êtes là et on peut vous dire si on a un problème, mais avant c'était la pharmacie.

E. Dr [nom du médecin généraliste]... qu'est ce que c'est pour toi ?

F7. Non, pas Dr [nom du médecin généraliste]... non

E. Pour les problèmes de la femme tu veux dire ? Parce que c'est un homme ?

F7. Oui

E. Ici en France tu as déjà eu des expériences avec des médecins ?

F7. Non

E. Alors est-ce qu'il y a un sujet qui te parle ?

F7. [montre vignette anatomie] Ca c'est la vagin ?

E. Entre autres oui, on a représenté ce qu'on appelle l'anatomie, comment on est faites en tant que femmes à l'intérieur et à l'extérieur.

F7. Donc ça oui ça m'intéresse, et le bébé aussi.

E. [montre la vignette bébé] Quelle émotion ça te fait ça ?

F7. De la joie, c'est normal. Parce que là, je parlais de l'implant, en fait j'aime les enfants mais je sens que j'ai pas les possibilités, qu'est-ce que je leur offre ? [blanc]

E. Rien ??

F7. C'est par exemple, c'est pas vraiment rien, mais si ils demandent des téléphones, des tablettes, nous on peut pas leur offrir ça. Ou même des vêtements. C'est difficile pour 4 enfants. Et ils sont tous des garçons... Le grand va à l'école, il faut acheter tout ce qu'il faut. Après il y a aussi les restos du cœur.

E. Et aujourd'hui qu'est ce que tu peux leur apporter ?

F7. Oui c'est plus niveau nourriture ça va on a de quoi, après c'est plus quand ils voient des jouets. Par exemple, Père Nicolas est passé chez nous en décembre et il y avait d'autres enfants avec des jouets sophistiqués et eux ils veulent ça. Des scooters, etc... comme les autres. Et c'est pas possible.

E. Pour toi la grossesse, l'accouchement, tu peux nous raconter quelque chose qui t'a marquée ?

F7. A la dernière grossesse, c'était difficile, il y avait des manques d'air la nuit, c'était difficile de respirer. J'ai accouché en Allemagne pour le dernier. Pas de suivi, pas d'échographie. A aucun enfant en fait.

E. Imaginons que tu sois de nouveau être enceinte, tu souhaiterais avoir plus

d'accompagnement ?

F7. Oui bien sûr. Ici on a plus de chance.

E. Pour la santé ?

F7. Oui, et pour les enfants, et pour les adultes. En Roumanie tout est payant. En Roumanie la chirurgie qui a finalement eu lieu ici pour mon fils, ils nous demandaient 9 000 euros. Et ici avec la mutuelle ça a marché. Il y avait du travail pour moi et pour mon mari. Après c'était que le mari qui travaillait car il a fallu rester avec l'enfant pendant 4 mois.

E. Et ce sujet l'anatomie, est-ce que c'est quelque chose que tu as déjà discuté ?

F7. Oui, plus jeune.

E. Comment ça s'est passé pour toi l'apprentissage ?

F7. En Roumanie c'est un peu différent. La première fois Maman, Il y a plusieurs explications car chez nous il y a les mariages à 14-15 ans mais pas dans toutes les familles. Moi on m'a expliqué que attention si quelqu'un te touche ou les abus il faut faire attention . Ca ça a été bien expliqué.

Et aussi à l'école en cours de biologie.

E. Aujourd'hui tu penses en savoir suffisamment ?

F7. Pas forcément suffisamment, mais il n'y a pas eu de problèmes jusque là.

E. Si on parle d'anatomie, on peut aussi penser à ça [montre vignette menstruations]. Tu comprends ?

F7. Quand on fait pipi....

E. oui, et les règles là surtout. C'est quoi comme émotion pour toi ?

F7. Pas très bon. Il y a des douleurs de ventre, des maux de tête. C'est pas quelque chose d'agréable.

E. Et toi comment tu gères ça ?

F7. C'est pas très facile mais on n'a pas le choix.

Oui souvent c'est gênant, il faut aller plus souvent aux toilettes, l'hygiène aussi. Par exemple, quand on est au travail faut se changer plus souvent, c'est difficile. Le dernier lieu de travail c'est chez (...), les patrons sont très exigeants, si on s'absente plus de 5 minutes ça ne va pas. Et il faut être très rapide.

E. Et l'utilisation de protection c'est quelque chose de facile pour toi ?

F7. Oui pas de problème. Je les achète, c'est pas très cher : 2 ou 3 euros.

E. Cette vignette on voudrait parler des maladies qui peuvent être dans le corps de la femme et celles qui peuvent être transmises par les relations sexuelles. Qu'est ce que ça t'évoque ?

F7. Ça oui les bactéries c'est partout, même dans les toilettes. Dans les toilettes communes il y a beaucoup de gens qui les utilisent et pas tout le monde nettoie après on peut attraper des maladies.

E. Tu as déjà eu une expérience comme ça toi ou ton entourage ?

F7. Oui, c'est H. par exemple qui a des problèmes à cause de ça : des brûlures, des pertes blanches, ect Et du coup il faut désinfecter, avoir des produits.

E. D'autres situations ou on peut attraper des maladies comme ça ?

F7. Pendant les rapports avec le mari par exemple ?

E. Oui. Et j'ai entendu tout à l'heure que ça t'inquiétait cette question ?

F7. Oui, oui. Tout le temps. C'est comme il y a plusieurs hommes ici, les jeunes. Ils vont ensemble voir ailleurs, c'est normal. Ils vont voir d'autres femmes, c'est comme ça.

E. Et tu connais des moyens de se protéger de ça ?

F7. Non

E. Le préservatif, ça te dit quelque chose ?

F7. Oui, mais en tout cas quand on parle de ça il dit toujours "non, non, je vais jamais voir ailleurs", mais moi j'y pense souvent.

E. Oui, donc ça t'inquiète pour ta santé à toi ?

F7. Oui bien sûr.

E. Ca c'est un sujet qu'on va discuter pendant les ateliers, vous pourrez poser toutes les questions que vous voulez. Savoir de protéger, qu'est-ce qu'il existe comme maladies, ect C'est important pour la santé de la femme et de l'homme.

E. Un autre sujet qui nous intéresse : qu'est-ce que tu penses en voyant cette image ? [montre contraception]

F7. Euh non je ne sais pas.

E. La contraception ça te parle ?

F7. oui.

E. C'est quelle émotion ?

F7. Bien. La pilule j'ai déjà utilisé. Chez nous en Roumanie c'est Géro vital. Ici je sais pas.

E. Comment c'est de parler de contraception dans les familles ?

F7. Maman est en Roumanie, j'ai pas de cousine, ni de tante, j'ai personne pour parler de ça.

E. Tu as déjà expérimenté d'autres moyens de contraception que la pilule ? D'autres que tu connais ?

F7. Um non, c'était que la pilule et je ne suis pas tombée enceinte. Et pour être sûre je prends tous les soirs. Si on loupe ça ne va pas marcher...

E. Ca aussi on va ne parler pendant les ateliers, apporter des échantillons, vous montrer tout ce qui existe en France.

E. Un autre sujet, les relations homme-femme et l'égalité homme-femme. Qu'en penses-tu ?

F7. Je sais pas quoi dire parce que nous on est plutôt soumises, on est pas tout le temps égales aux hommes. Nous, souvent, ce que disent les hommes on fait. Même si on voudrait dire quelque chose on peut pas, on peut pas s'opposer. C'est eux qui décident.

[silence]

E. Si tu devait choisir dans la vie entre être homme ou femme, qu'est-ce que tu choisirais ?

F7. Toujours femme !

E. C'est bien d'être une femme ?

F7. J'ai toujours des choses à faire. Là pendant 2 semaines quand vous êtes venues j'étais toujours occupée. Si on travaille pas on s'occupe pour la ... (inaudible). (maison?)

E. Et tu dirais qu'en tant que femme c'est facile de s'aimer ?

F7. Non c'est difficile, parce que des fois on est incomprises. Par exemple, quand j'ai les règles je suis très énervée, je cris beaucoup. Lui il écoute et il ne dit rien. C'est là que je déverse mes nerfs.

E. C'est bien que ça sorte parfois aussi !

F7. Oui (rit). Parce que des fois on se contredit, je dis oui, lui non, ou l'inverse. Je sais pas chez les autres mais chez nous c'est comme ça.

E. Et le droit des femmes, c'est quelque chose qui te parle ?

F7. Je ne sais pas. C'est vrai qu'on n'est pas très au courant nous les femmes ici car on est

souvent gardées à la maison, on va pas faire des sorties dans le monde.

E. Ca t'empêche d'avoir certaines informations.

F7. Bah oui.

E. C'est aussi un des sujets des ateliers. Parler de tout ça, de comment ça marche en France, etc.

F7. Ok, Il y a une femme d'origine française qui est venue ici pour aider à l'installation et elle a partagé son expérience, elle a dit "chez vous les femmes vous faites tout, chez nous il y a aussi l'homme qui participent dans les tâches ménagères...". C'est ce qu'elle a dit en tout cas.

Par exemple, s'il y a une tâche à faire ça va être partagé, chez nous non.

Tu m'avais déjà vu couper du bois devant la maison. On a plusieurs tâches à faire. Eux ils vont au travail c'est tout. Nous on fait et le bois, et à manger, tout. Et en plus il y a les enfants qui demandent beaucoup.

E. Il faut être partout quoi... les femmes elles savent tout faire ! Beaucoup de responsabilités.

F7. Oui ! Par exemple lui quand il rentre du travail il demande à manger et que ça.

E. C'est très intéressant tout ça, je suis contente qu'on puisse échanger là dessus. On va devoir terminer l'entretien à cause du temps. Mais on sera très contentes de te voir aux ateliers.

8. Exemple de trame d'atelier

Atelier n°1 - Vendredi 20 janvier 2023 14h-17h

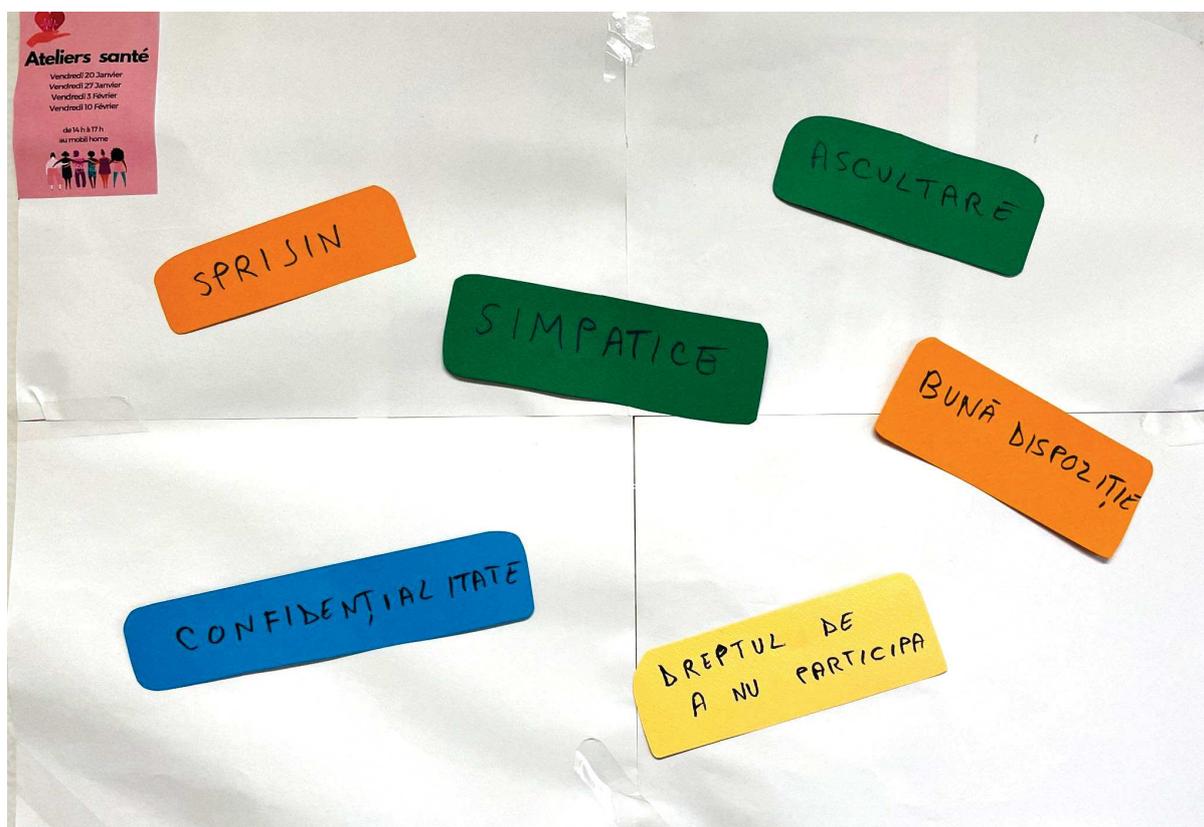
- Intervenant : Marie, Sage-femme à la maternité
- Animatrices : Elise et Claire
- Interprète : Annamaria
- Observatrices : Maud

Thématiques	Grossesse, accouchement et maternité
Objectifs	Mieux comprendre et vivre sa grossesse / accouchement
	<ul style="list-style-type: none">- Connaître les bases physiologiques de la grossesse et de l'accouchement.- Comprendre les enjeux du suivi médical- Identifier les différents professionnels de soin et les structures ressources- Savoir réagir à des problèmes de grossesses

Accueil	Présentation des participantes
CORDE	Rappel : <ul style="list-style-type: none">- du Cadre des ateliers- des Objectifs- proposition de Règles pour faciliter les échanges (écoute, bienveillance, bonne humeur, droit de ne pas répondre, confidentialité)- de la Durée et de la possibilité de partir en cours d'atelier si besoin- Et des questions ?
Brise glace	<ul style="list-style-type: none">- Photolangage de <i>Gynécologie Sans Frontières</i> : "choisir une image que l'on aime et dire en quelques mots pourquoi"
Outils d'animation	
Abaque de Régnier	<ul style="list-style-type: none">> <i>C'est facile de tomber enceinte.</i>> <i>Il n'y a que le gynécologue qui peut suivre la grossesse.</i>> <i>Il faut voir un médecin tous les mois pendant la grossesse.</i>> <i>C'est normal d'avoir des saignements pendant la grossesse.</i>> <i>La péridurale c'est pas efficace.</i>> <i>Des femmes peuvent se sentir tristes dans les jours qui suivent l'accouchement.</i>> <i>L'allaitement c'est facile.</i>

Extrait de film	Outil vidéo : extrait du film "le premier cri" : vos réactions ? Impressions ? Vécu ?
Fin d'atelier	<ul style="list-style-type: none"> - Messages clefs - Tour de table sur points positifs / améliorations prévoir - Rappel de la date et du thème du prochain atelier - Remerciements - Gestion de certaines situations individuelles
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Bébé poupée reliée au placenta + bassin osseux</i> - <i>Vulve en silicone</i> - <i>Tableau veleda et feutres</i> - <i>Post-it vert, roses, jaunes</i> - <i>Coloriages pour enfants</i> - <i>Biscuits, jus</i>

9. Photo des "règles communes"



Sprisin = soutien, Simpatice = sympathie, Buna dispozitie = bonne ambiance, Confidenrialitate = confidentialité, Ascultare = écoute, Dreptul de a nu participa = droit de ne pas participer

10. Supports atelier 3

10.1. Jeu des qualités



10.2. Copie d'écran de la vidéo "Tea consent" de Blueseatstudio



11. Supports atelier 4 : tablier anatomique réalisé par les thésardes



12. Supports atelier 5 : accès à l'interprétariat

Interprétariat professionnel
En médecine libérale en Pays de la Loire

L'URML Pays de la Loire vous propose un **service d'interprétariat gratuit** en médecine libérale financé par l'URML et l'ARS*.

*Pour les patients non francophones et hors Permanence des Soins

COMMENT ADHERER ?
Il suffit de nous envoyer un mail, en indiquant **Service Interprétariat**, à:
contact@urml-paysdelaloire.org
avec votre **NOM-PRENOM-VILLE D'ACTIVITE**



Lettre de réalisée par le programme “4i” de la délégation nantaise de Médecins du Monde

Bonjour docteur,
Buna ziua domnului doctor,

Je m'appelle _____
Numele meu este _____

Je viens de _____ **et je parle** _____
Vin din _____ și vorbesc _____

Pouvez-vous faire appel à un interprète professionnel s'il vous plait?
Ați putea apela la un interpret profesional, vă rog ?

Cela me permettrait :
Asta mi-ar permite :

- **de bien vous expliquer mes symptômes, de façon plus précise que par des gestes**
- să va explic bine simptomele mele în mod mai precis decât prin gesturi
- **de simplifier mon parcours de soins et d'avoir un diagnostic plus précoce**
- să simplific parcursul meu de sanatate și să am un diagnostic mai timpuriu

Cela vous permettrait de m'expliquer :
Asta v-ar permite să îmi explicați :

- **les prescriptions (utilité, modalité de prise)**
- rețetele (utilitate, modalitate de luare)
- **les résultats des examens prescrits**
- rezultatele examenelor prescrise

Cela nous permettrait de gagner en efficacité et en temps.
Asta ne-ar permite să câștigăm timp și eficiența.

Ce service est gratuit pour vous.
Acest serviciu este gratuit pentru dumneavoastră.

Merci de votre compréhension et du temps que vous consacrez à mon écoute et à ma prise en charge.
Vă mulțumesc pentru înțelegere și pentru timpul acordat pentru a mă asculta și pentru a mă îngriji.

Cordialement
Cu respect

Cette lettre a été écrite par Eyob, Ali, Ismaël, Moussa, Salih, Mikele, Kufulum lors d'ateliers collectifs sur la santé avec Médecins du Monde à l'Auberge de la Manufacture. Elle est à destination de toutes les personnes en ayant besoin patient.es et professionnel.les.

Această scrisoare a fost scrisă de Eyob, Ali, Ismaël, Moussa, Salih, Mikele, Kufulum, în timpul atelierelor colectivedespre sanatate cu Médecins du Monde la « Auberge de la Manufacture ». Este destinată tuturor persoanelor care au nevoie, pacienți.tele și profesioniști.ale.



Roumain/Français

13. Grille d'analyse séance

GRILLE SÉANCE

ATELIER EN SANTE DE LA FEMME N°

Thématique :

Date :

Lieu :

Durée de la séance :

Animateur.s :

Intervenant.s :

Autre.s membre.s de l'équipe :

Participants :

- Nombre prévus :

- Nombre venus :

- Cause d'absence si connu :

Grille remplie par :

Éléments à observer	Commentaire
<p>Arrivée et mise en place de la réunion : état d'esprit des participantes, attitudes et postures (qui anime, qui lance les échanges, sujet à aborder...), placement dans la salle</p> <p>Brise glace</p>	
<p>Echange durant la réunion : comment est animée et modérée la séance, de quelle façon s'expriment les participantes.</p>	
<p>Sujet / fond : comment les participantes expriment leurs idées, comment sont-elles prises en comptes, quelles décisions sont prises et comment ?</p>	
<p>Déroulement conforme au conducteur de séance. Si non pourquoi ?</p>	
<p>Faits marquants, phrases clés des participants, émotions soulevées pendant la séance :</p>	
<p>Observations de difficultés ?</p>	
<p>Remarques / observations autres</p>	
<p>Pour la prochaine séance :</p>	

14. Questionnaire d'évaluation participante

Bonjour,

Vous avez participé à un ou plusieurs ateliers sur la santé de la femme organisés par Claire et Elise.

Nous aurions aimé avoir votre avis sur ces ateliers afin de les améliorer, et qu'ils répondent au mieux à vos besoins en santé.

Vous êtes libres de répondre, c'est-à-dire que vous pouvez ne pas répondre à une ou plusieurs questions, arrêter le questionnaire si vous le souhaitez. Vous pourrez prendre tout le temps qu'il vous faut. Toutes vos réponses resteront anonymes, il n'y aura aucun jugement de notre part. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, tout ce que vous allez nous dire nous intéressera.

PROCESSUS

- **A quels ateliers avez-vous participé ?**

(Pour rappel : grossesse avec la sage-femme examen gynécologue et cancers avec une gynécologue, droits de la femme et consentement avec la juriste, les règles et la contraception avec une autre gynécologue et enfin l'accès au système de santé avec Simon le médiateur en santé)

- **Pendant les ateliers, est-ce que j'ai passé du bon temps ?** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

- **Qu'est ce que j'ai aimé pendant les ateliers ?**

.....
.....

- **Qu'est ce que je n'ai pas aimé pendant les ateliers ?**

.....
.....

- **Y a t-il un atelier que j'ai moins aimé ou qui m'a gêné ?** non/pas du tout - oui/beaucoup

○ Si oui pourquoi ?

.....

- **Y a t-il un atelier que j'ai beaucoup aimé ?** non/pas du tout - oui/beaucoup

○ Si oui pourquoi ?

.....

Je peux dire une ou plusieurs choses utiles que j'ai retenues des ateliers

.....
.....

- **Plus précisément je pense :**

- des horaires (14h30-16h30) :

- de la durée des ateliers (2h) :

- de la fréquence des ateliers (toutes les semaines) :

- de l'accueil (boissons, mobilhome...) :

- de la salle, vous sentez-vous bien ? :

- du fait que les professionnels viennent sur mon lieu de vie ?.....

- **Si les ateliers avaient eu lieu sur un autre lieu, en dehors du terrain, est-ce que je vous seriez venue ?** Si non, pourquoi ?

- **Je classe de 1 à 4 mes attentes concernant les ateliers en santé :**
 - pouvoir parler des questions qui me préoccupent
 - mieux comprendre les choses qui m'intéressent
 - rencontrer d'autres gens
 - apprendre de nouvelles choses

- **Quel est mon avis pour parler de ces sujets de santé en groupe par rapport à une consultation individuelle ? (bien et moins bien)**
.....
.....

- **Pour vous, quelles sont les qualités importantes des intervenants ?**
.....

- **Comment améliorer les ateliers ?**
.....

- **Si vous n'êtes pas venu à certains ateliers, pouvez vous nous dire pourquoi ?**
.....
.....

RÉSULTATS

- **Est ce que j'ai trouvé des réponses à des questions sur ma santé ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **J'ai un ou plusieurs exemples ?**
.....

- **Est ce qu'il y a des choses que je fais différemment grâce aux ateliers ? (*comportement, décisions, physiquement ...*) ?**
.....
 - **Depuis les ateliers, je prends plus facilement des décisions pour ma santé :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **Est ce que je conseillerai à quelqu'un de venir aux ateliers ?** Oui - Non - Ne Sait Pas
 - pourquoi ?

- **Si on m'invitait à d'autres ateliers, est ce que je reviendrai ?** ○ Oui - Non - Ne sait pas

- **Y a-t-il d'autres sujets / thématiques dont j'aimerais pouvoir discuter en groupe avec des professionnels de santé ?**
.....

- **D'autres remarques ?**

Un grand merci pour vos réponses.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : MAIGNE
NOM : ROUXEL

PRÉNOM : Elise
PRÉNOM : Claire

Titre de Thèse : Expérimentation d'ateliers en santé de la femme en démarche d'aller-vers dans un bidonville de l'agglomération nantaise
Diagnostic de situation, mise en place des ateliers et évaluation

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Faire des choix éclairés et adaptés pour sa santé nécessite d'avoir accès à des informations complètes, fiables et actualisées, de pouvoir accéder au système de santé et d'être dans un environnement qui promeut la santé. Les obstacles sont nombreux pour les femmes vivant en bidonvilles qui présentent une santé dégradée, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Des ateliers en santé de la femme ont été créés en 2021 au sein de l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) du CHU de Nantes. L'objectif de cette thèse est d'expérimenter ces ateliers auprès de femmes vivant dans un bidonville de l'agglomération nantaise, en démarche d'aller-vers.

PREMIERE PARTIE : Une étude qualitative a permis de réaliser un bilan diagnostique au travers d'entretiens individuels semi-dirigés. L'ensemble des femmes interrogées étaient allophones et d'origine roumaine. Menés sur le bidonville, en présence d'une interprète professionnelle, ces entretiens ont mis en lumière des difficultés plurifactorielles d'accès aux soins, un défaut de connaissances théoriques sur le corps et des savoirs médicaux erronés sources de malentendus. Ils ont également souligné la place de la femme au sein de la famille, marquée d'une répartition inégale des responsabilités et de la présence fréquente de violences liées au genre.

SECONDE PARTIE : Une série de cinq ateliers en santé a été menée au sein du bidonville et a réuni habitantes et intervenantes expertes : sage-femme, médecins et juriste. L'évaluation continue de cette démarche d'éducation à la santé s'est appuyée sur les grilles d'analyse des séances et les retours des participantes au travers de questionnaires. Ces ateliers ont constitué des temps de réflexion, de valorisation, de mobilisation de ressources et de renforcement des compétences autour de la santé féminine. Dans un contexte de transculturalité, ils ont été facilités par le recours à un interprétariat professionnel et l'usage de supports pédagogiques visuels. L'évaluation a souligné l'importance des moyens humains et organisationnels à mettre en œuvre pour une démarche efficace d'aller-vers. Ces moyens sont indispensables pour le succès d'une démarche visant une population habituellement éloignée du soin.

CONCLUSION : Les ateliers en santé ont été des temps de réflexion collective autour de sujets essentiels de la santé féminine, améliorant ainsi la connaissance et la capacité d'agir des femmes. L'aller-vers a permis d'échanger avec une population vulnérable habituellement peu touchée par les programmes d'éducation à la santé. Cette démarche a permis de lever des barrières d'accès aux soins, mais aussi de créer du lien entre le système de santé et les individus.

Dans un objectif d'amélioration et de pérennisation des ateliers en aller-vers, un travail étroit avec des médiateurs en santé, des médiateurs-pairs ainsi que des financements seront nécessaires. Agir en lien étroit avec les acteurs médico-sociaux, associatifs et institutionnels en place est essentiel pour faciliter le retour au droit commun et poursuivre la dynamique de promotion de la santé.

MOTS-CLÉS

Santé des femmes, promotion de la santé, ateliers en santé, vulnérabilité sociale, zones de pauvreté, empowerment, aller-vers, évaluation, étude mixte, transculturalité.