

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-273
2021-274

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Cécilia DAMBRUNE

et

Aude TOULEMONDE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Novembre 2021

**CREATION D'UN ATELIER SANTE DE LA FEMME AU SEIN DE L'UNITE DE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE- MEDICO-PSYCHO-SOCIALE DE NANTES**

*Étude qualitative menée auprès de patientes de l'UGOMPS et mise en place d'un
cycle de quatre séances tests*

Président : Madame le Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Maud POIRIER

REMERCIEMENTS

Remerciements communs de Aude et Cécilia :

Aux membres du jury :

A Madame le Professeur Leila Moret,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer notre travail de thèse. Nous vous en remercions. Veuillez recevoir notre reconnaissance et notre profond respect.

A Madame le Professeur Pauline Jeanmougin,

Nous vous remercions de votre participation à la composition de notre jury. Nous gardons un excellent souvenir de vos enseignements en groupe d'échange de pratiques.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel Nguyen,

Nous vous remercions d'avoir accepté l'invitation à participer à notre jury de thèse et de prendre de votre temps pour juger notre travail. Soyez assuré de notre plus grande gratitude.

A Madame le Docteur Frédérique Dufour,

Nous te remercions pour ta disponibilité et ton enthousiasme à participer à ce jury. Merci pour ton soutien lors du stage à la maison d'arrêt, ton expérience et tes remarques durant ce stage ont été très précieuses.

A Madame le Docteur Solène Vigoureux,

Nous vous remercions de votre intérêt pour notre travail et de faire partie de notre jury.

A Madame le Docteur Anne le Rhun,

Nous ne pouvons que te remercier grandement pour l'aide que tu nous a apportée tout au long de ce travail. Tu as parfaitement su nous guider et nous encourager, être là aux bons moments. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, ta bienveillance.

Enfin,

A Madame le Docteur Maud Poirier,

Merci à toi Maud d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton entrain dès le début de ce projet, pour ton œil expérimenté et tes remarques constructives. Merci pour tes conseils qui ont permis d'améliorer ce travail.

A toutes les intervenantes de l'Atelier :

Merci à Maud Boudaud, Marie Gérard, Ludivine Le Guevello, Melica Nestor.

A Mame Keita, merci pour ton investissement.

Mention spéciale :

Merci à **Véronique Honoré** pour ses qualités artistiques qui ont permis de créer un excellent outil visuel.

REMERCIEMENTS de Cécilia :

Aux personnes rencontrées grâce à cette thèse :

Je tenais particulièrement à remercier toutes les patientes qui ont accepté de participer à cette étude et à l'atelier. Ces rencontres ont été riches en émotion, et je resterai toujours admirative de leur courage et de leur capacité à rebondir malgré leurs difficultés.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont permis le bon déroulement des entretiens et des séances : les secrétaires de l'UGOMPS Pauline et Cécile, et Catherine.

Merci à la membre de l'association Paloma, à Fanny Bordeianu de Médecins du monde, au Dr Cartier et à Mme Supiot pour leurs conseils avisés.

Aux personnes rencontrées pendant mon internat :

Merci à mes anciens co-internes pour avoir rendu les journées de travail bien plus agréables, en particulier : Valentin, Angèle, Anne-Sophie, Nicolas, Elise, Victor, Coco, Sylvain, JB.

Merci à mes maitres de stage en particulier Franck, Émilie et Sandra. Je me sers encore tous les jours de vos conseils dans ma manière d'exercer, merci de m'avoir aussi bien formée.

Merci à toi, **Aude, ma co-thésarde**. Tu resteras une de mes plus belles rencontres de l'internat, merci de m'avoir invitée à participer à ce projet magnifique, j'ai été passionnée par ce travail. Une amitié est née grâce à cette thèse et j'espère qu'elle perdurera.

A ma famille :

A ma mamie Renée, merci pour ton amour et d'être là pour moi. Merci pour tous ces souvenirs dans le Jura, je n'aurais pas eu la même enfance sans toi. Je suis fière de pouvoir soutenir cette thèse en ta présence.

Un grand merci à mes parents, d'avoir toujours été là tout au long de ces études, longues, très longues. Vous avez été un soutien sans faille, je n'aurais jamais pu en arriver là sans vous. Je suis fière d'être votre fille. Cette thèse est en partie pour vous.

Maman, difficile de mettre en forme tout ce que j'ai envie d'écrire. Je n'y serais jamais arrivé sans toi, merci pour ta patience, ton écoute, tes conseils, que ce soit dans ma vie personnelle comme professionnelle. Tu es une des personnes les plus courageuses que je connaisse et je t'admire pour cela. Tu m'as transmis ton amour de l'autre, ta patience et ta bienveillance. Et sinon, promis je ne monterai plus jamais sur des yachts.

Papa, merci à toi pour m'avoir transmis ce don d'être systématiquement en retard, cet amour pour la fête et les bonnes choses de la vie.

Merci aussi pour ta patience quand tu m'as appris à faire du vélo sans roulettes. 25 ans plus tard je me débrouille plutôt bien, ma clavicule droite peut en témoigner.

Chloé, ma sœur adorée. Merci pour tes conseils de vie, ta vision si intelligente des choses pour me remettre les idées au clair. Merci pour tous ces moments partagés, je n'aurais pas pu rêver mieux que d'avoir une sœur comme toi. Dédicace à nos talents artistiques et à la création des plus belles chorégraphies sur les L5.

Sinon j'ai une révélation à te faire : tu n'es pas allergique au rouge à lèvres de Maman, je disais ça pour être la seule à en mettre.

Raphael, mon frère, le temps où on faisait la course avec Chloé pour savoir laquelle te donnerait le biberon en premier est bien loin ! Merci d'être là à tout moment. Te voir si heureux me ravit.

A Simon mon parrain chéri, tu es présent pour moi depuis le début, merci pour ta tendresse.
A Flo, Thomas et Julie.

A mes amis :

A Elodie, difficile de résumer 13 ans d'amitié en quelques lignes. On en aura vécu des choses ensemble, on a partagé des moments merveilleux, surmonté des choses moins drôles, je ne peux que te remercier d'avoir toujours été là, je sais que je pourrais toujours compter sur toi et que ça ne changera jamais. Merci pour ton franc-parler, ton humour acerbe qui te rendent si unique.

A Aliénor, l'émotion me vient en écrivant ces lignes. De notre amitié née sur le sol du Budapest jusqu'à l'internat nantais, en passant par ce semestre aux urgences où je venais tous les soirs me poser sur ton lit pour débriefer, on a vécu des aventures extraordinaires. Je ne sais toujours pas ce qui est pire entre mon TJ et la mort de Johnny, mais je sais que je t'aime et que ça ne changera jamais.

A Lise, mon pilier de comptoir. La reine de l'hyper vitesse et des punchlines qui fustigent. Merci d'être aussi drôle et intelligente, je t'admire et tu le sais. Je crois que je me sens vraiment moi-même à tes côtés, tu me donnes confiance en moi, merci pour ça. Vivement les prochaines virées entre « cop's ».

A Sophiou, mon 2^{ème} pilier de comptoir. Depuis ce ski de 2019 on forme ce trio infernal, pour mon plus grand bonheur. Je ne fais que glousser à tes côtés.

A mon chenil : Zoé, Helo, Mama, Elodie, Lisou, Ali.

A Zoé, dédicace à ce fou rire mémorable à Budapest, non mais chill.

A Helo, mi hermana, à notre amitié née dans la sueur des cours de fitness (une des rares fois où j'ai fait du sport dans ma vie). Merci pour la madeleine.

A Mama, alias le père ou la vieille tante, à tes yeux qui se ferment quand tu parles. Un petit kir la dessus ?

Aux amanites : Ana, Audrey, Laura, Loulou, Elo

A Anaëlle : pour moi rien n'a changé et je n'ai rien oublié. Souvenir du Bairro Alto à Lisbonne et de leur litre de cocktail à 10 euros.

A Audrey, merci pour ton humour et ta bonne humeur, tu rayannes. Dédicace aux mini rébus, aux arbres plantéééés et à la petite goutte dans le caleçon héhéhé.

A Loulou, merci pour ton sens de la fête, et pour ton talent artistique. Je suis déjà ta première fan. Merci d'être là à tout moment. A nos fous rires et aux fleurs fanées.

A Maé, on se voit peu mais à chaque fois c'est comme si on s'était vues la veille. Hâte de venir à Montpellier.

Aux Kbouc et aux périple espagnols mémorables : Louise, Trystan, Bressou, Benji

A Arthur, merci pour ta folie et ton amitié. Je sais que chaque soirée passée avec toi partira en torche. Un petit scénarii la dessus ?

A Jejon, mon éternel insatisfait préféré. Une amitié de longue date avec de beaux souvenirs.

A Got, celui qui a le retourneur de temps d'Hermione Granger, j'admire ton hyperactivité. Merci pour ton aide lors du pire déménagement de l'histoire, à Villejuif.

A Arni, merci pour ces conversations hyper-intéressantes. Hâte d'aller à ton mariage.

A Sof, merci de me dire que je suis la plus belle de la soirée à chaque soirée.

A Baptou, mes seins ne sont toujours pas revenus de vacances, si tu les croises dis leur de revenir !

A mes amies du collège : Éloïse, Justine, Lucille, Bleuenn

A mes amis du lycée, en particulier à ma Sarah, et à ce groupe génial que je retrouve pour des week-end et vacances de folie : Camou, Ali, Popo, LM, Clem, Manon, Toto, Alex, Diogo, Ana, Audrey, Alex, Maé, Loulou

A la team Hôtel-Dieu, merci d'avoir rendu mon internat nantais si heureux. En particulier merci à Gus, Lulu, Alexis, Combal, Jerem, Tib, Lauriane, Adri, PA, Clem, Claire, Hassan, Titi, Chacha, Cyp, JJ, Alisée, Mymy, Jojo

A toi ma Titi, merci de m'avoir permis de rencontrer Aude, et merci d'être une personne si merveilleuse. Ton écoute patiente est précieuse.

A ma Chacha,

A ma Lulu,

A vous trois, sachez que nos sessions canapé-tisane me manquent.

A la team des angevins, merci de m'avoir si bien accueillie, et de rendre ma vie à Angers si agréable, en particulier merci :

A Isabelle, reviens nous vite, interdiction de t'installer à Biarritz avant ta retraite.

A Chachou, merci pour tes talents culinaires et tes conseils en peinture.

A Auré mon cher confrère et **Rose**, heureuse de vous avoir comme nouveaux voisins !

A Éloïse, Jean,, Dahna, Raph la marraine de mon chat, MJ, Jerem, Berro

Aux Flexeurs Forceurs, je serai toujours votre 1^{ère} fan au premier rang.

Antoine, je ne suis jamais désenchantée de te voir, même si tu as cassé le lustre à Dreffeac.
Merci pour ton honnêteté à toute épreuve, feu l'armoire Ikea.
Ps : n'oublie pas le devis pour la charpente.

Aux belles rencontres de la team des JNO, vivement les prochains.

Enfin, merci à toi Jules, mon amour. Merci de rendre mon quotidien si heureux. Je suis fière de ce qu'on a accompli, il faut savoir qu'acheter une maison avec travaux tout en écrivant une thèse n'est pas simple, mais je crois qu'on s'en est très bien sorti. Pensée pour tes talents en bricolage et en cuisine, je commence à apprécier les légumes vapeur. Je me souviens du premier jour où je t'ai vu au WEI en P2, torse nu endormi sous la pluie SUR ta tente. Beaucoup de temps a passé depuis, on a vécu des moments géniaux, on a réussi à surmonter des épreuves qui n'ont fait que renforcer un amour qui, je pense, était de toute façon écrit.
Promis je veux bien faire des vrais remplas, tu vois ce que je veux dire ?

REMERCIEMENTS de Aude :

Merci à ces femmes qui nous ont fait confiance et qui ont accepté de nous raconter une partie de ce qu'elles sont. Je suis reconnaissante et honorée de les avoir rencontrées. Chacune m'a marquée et a suscité mon admiration par son courage dans les épreuves et sa force de vie qui dépasse toute souffrance. Je les garde en mémoire pour choisir tous les jours de m'engager à servir celles et ceux qui sont dans le besoin.

Merci **Cécilia** d'avoir signé pour cet ambitieux projet, de l'avoir vécu comme moi avec passion, d'avoir accepté le défi de travailler à deux. Merci pour ton amitié. Merci d'avoir fait preuve de bienveillance et de patience à mon égard et d'avoir permis une bonne communication entre nous. Je suis heureuse de réaliser et de soutenir cette thèse avec toi. Ton écoute, ton empathie et ton intuition font de toi un médecin d'exception, je te souhaite de t'épanouir dans ta vocation !

Merci chère **Véronique** d'avoir accepté de participer à la création de l'outil visuel pour les entretiens. Merci pour notre amitié et nos échanges qui n'auraient jamais pu voir le jour sans l'heureux hasard des rencontres sur le chemin de Compostelle.

Merci **Mélica** d'avoir osé le pari de l'atelier, j'espère que cela t'a donné envie de recommencer !

Merci **Anne** pour la valorisation, la bienveillance et la disponibilité que tu nous as manifestées tout au long de ce travail. Merci d'avoir permis le déploiement des ateliers. Tu donnes les clés, à nous d'ouvrir les portes !

Merci **Papa**, toujours présent, fier et soutenant, et **Claire**, la crème de la crème, amie chérie, pour votre relecture attentive et constructive de cette thèse.

Merci **Frédérique** et merci **Maud** pour la confiance que vous me témoignez en me demandant de rejoindre vos équipes respectives. Vous me permettez de choisir un chemin que j'ai envie de prendre, celui de l'accompagnement des personnes vulnérables.

Merci Maud pour ton énergie créatrice et porteuse, pour tes remarques constructives, pour l'entrain manifesté alors que ce projet de thèse n'était encore qu'une ébauche de réflexion.

Merci à **l'équipe de l'UGOMPS** et à **l'équipe de l'USMP** de m'avoir accueillie chaleureusement et donner le souffle pour poursuivre l'aventure plus longtemps avec vous !

Merci aux professionnels qui ont contribué à ma formation depuis Paris jusqu'à Nantes : la **faculté de Paris Descartes**, le **centre Laennec**, la **faculté de Nantes**, les différents **tuteurs et tutrices de stages**. J'ai navigué parmi tant de services qui m'ont transmis la passion du métier de soignant. Merci ! La médecine générale n'a pas fini quant à elle de m'émerveiller : de la prison, à l'île d'Yeu en passant par la ville et la campagne, le voyage ne fait que commencer !

Merci, enfin et sans fin, à toutes les personnes chères à mon cœur pour votre douce présence. J'ai pour vous tellement de tendresse et de gratitude. Toute cette affection m'habite et me porte vers demain. Les mots ne suffisent pas pour vous le dire, c'est trop fort, c'est trop beau et c'est trop grand !

Je remercie tout particulièrement,

Les filles de Beaurepaire : Solène, Geneviève, Élise, et Gautier,

Merci pour le soutien du quotidien et merci pour cette fusée nantaise qui nous emmène toujours plus loin.

Ma famille, Merci pour l'Amour et le don des larmes,

Papa et Maman, Camille, François, Steph, Charles, Thibaut, Mahaut et petit chou encore au chaud,

Les Bon-Pap's et les Bonne-Mam's,

À tous les autres à venir,

Enfin, Merci à **Dieu**, pour tout.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES :

ADSF : Association pour le développement de la santé des femmes

CHU : Centre hospitalo-universitaire

COMEDE : Comité pour la santé des Exilés

DSAFIHR : Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées

ETP : Éducation Thérapeutique Patient

HCE: Haut Conseil de l'égalité

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INPES ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IREPS : Instance régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

ISS : inégalités sociales de santé

PromEs : Promotion Éducation Santé

UGOMPS : L'Unité Gynécologique et Obstétricale Médico-Psycho-Sociale

MST: maladies sexuellement transmissibles

Table des matières

INTRODUCTION	14
1. PREAMBULE	14
2. CONTEXTE	15
2.1 Présentation du service de l'UGOMPS	15
2.2 Notions de précarité, d'inégalités sociales de santé et de vulnérabilité.	16
2.3 État de santé des femmes en situation de précarité	17
2.4 États des lieux des connaissances sur la santé de la femme	18
2.5 Promotion de la santé	19
2.5.1 Éducation pour la santé	20
2.5.2 Atelier en santé	21
3. OBJECTIF PRINCIPAL ET OBJECTIFS SECONDAIRES	22
PREMIÈRE PARTIE :	24
LE DIAGNOSTIC DE SITUATION	24
1. MATERIEL ET METHODE	24
1.1 Type d'étude	24
1.2 Population de l'étude et recrutement	24
1.3 Élaboration de la grille d'entretien	25
1.4 Organisation des entretiens	26
1.5 Méthode d'analyse des données	27
1.6 Aspects éthiques et réglementaires	28
2. RÉSULTATS	28
2.1 Caractéristiques de la population	28
<i>Tableau 1 : Caractéristiques populationnelles</i>	<i>29</i>
2.2 Exploration des besoins en santé	30
2.2.1 Accès à l'information en santé	30
2.2.1.1 Sources	30
2.2.1.2 Freins	31
2.2.2 Autonomie en santé	33
2.2.2.1 Rapport au soignant	33
2.2.2.2 Capacité d'action	34
2.3 Connaissances, représentations et expériences de la santé de la femme	35
2.3.1 Règles et cycle	35
2.3.1.1 Connaissances	35
2.3.1.2 Représentations et croyances	36
2.3.1.3 Expériences	37
2.3.2 Contraception	39
2.3.2.1 Connaissances	39
2.3.2.2 Représentations et croyances	40
2.3.2.3 Expériences	40
2.3.3 Corps de la femme	43
2.3.4 Les rapports sexuels	44
2.3.5 Maternité et accouchement	45
2.4 La vie de femme au sein de la société	46
2.4.1 Positionnement	46
2.4.1.1 Place de la femme et place de l'homme	46
2.4.1.2 Place du couple	49
2.4.1.3 Place de l'enfant et de la maternité	51

2.4.1.4	Place de la famille	52
2.4.1.5	Place de la loi	53
2.4.1.6	Place du travail et des études	54
2.4.1.7	Place de Dieu et de la religion	55
2.4.2	Difficultés dans la vie de femme	55
2.4.2.1	Langue	55
2.4.2.2	Racisme	56
2.4.2.3	Isolement affectif	56
2.4.2.4	Précarité sociale	57
2.4.2.5	Relations aux hommes	58
2.4.2.6	Corps de femme et grossesse	58
2.5	Rapport à soi et au monde	59
2.5.1	Estime de soi	59
2.5.2	Sexualité	61
2.5.3	Image corporelle	62
2.5.4	Expériences et vécus traumatisants	62
2.5.5	Maternité	64
2.5.6	Féminité	64
2.6	Intérêt pour les ateliers et choix des thèmes	66
3.	DISCUSSION	67
3.1	Forces des entretiens	67
3.1.1	Outil visuel	67
3.1.2	Création d'une alliance	67
3.2	Limites et biais	68
3.2.1	Entretiens exploratoires	68
3.2.2	Conduite des entretiens	68
3.3	Diagnostic de situation et intérêt de l'atelier	69
3.3.1	Population d'étude	69
3.3.2	Accès à l'information et besoins en santé	70
3.3.3	Connaissances, représentations et fausses croyances	72
3.3.4	La vie de femme au sein de la société	74
3.3.5	Rapport à soi et au monde	77
	DEUXIEME PARTIE :	79
	RÉALISATION DE L'ATELIER	79
1.	MATERIEL ET METHODE	79
1.1	Réflexion autour de la construction de l'atelier	79
1.2	Organisation de l'atelier	80
1.2.1	Objectif des séances	80
1.2.2	Choix des intervenants	81
1.2.3	Outils	82
a)	Outils de la contextualisation	82
b)	Outils de la décontextualisation	83
1.2.4	Organisation pratique	84
2.	RESULTATS	84
2.1	1 ^{ère} séance	84
2.2	2 ^{ème} séance	86
2.3	3 ^{ème} séance	87

2.4	4 ^{ème} séance.....	89
3.	DISCUSSION.....	90
3.1	Forces de l'Atelier.....	90
3.1.1	Implantation au sein du CHU	90
3.1.2	Fonction groupale forte.....	91
3.1.3	Intérêt des outils.....	92
3.1.4	Préparation des séances.....	93
3.1.5	Co-animation et Intérêt du médiateur en santé.....	93
3.2	Limites de l'atelier	94
3.2.1	Limites organisationnelles et pratiques.....	94
3.2.2	Limites logistiques	95
3.2.3	Manque d'expérience des encadrantes.....	96
3.3	Discussion générale et ouvertures	96
3.3.1	Discussion des résultats	96
3.3.2	Cohésion du groupe.....	96
3.3.3	Nécessité d'une évaluation	97
3.3.4	Ouvertures	98
	CONCLUSION.....	100
	BIBLIOGRAPHIE	102
	ANNEXES	109
	Annexe 1 : Fiche d'information délivrée aux patientes	109
	Annexe 2 : Grille d'entretien	110
	Annexe 3 : outil visuel utilisé pour les entretiens.....	114
	Annexe 4 : Exemple de conducteur de séance	117
	Annexe 5 : Modèle anatomique de l'utérus utilisé pour le 1 ^{ère} séance	121
	Annexe 6 : Modèle anatomique de la vulve utilisé pour la 3 ^{ème} séance.....	122
	Annexe 7 : questionnaire satisfaction patientes fin d'atelier	123
	Annexe 8 : Exemple d'un entretien semi-dirigé mené auprès d'une patiente.....	124

INTRODUCTION

1. PREAMBULE

Les professionnelles de l'unité gynécologique et obstétricale médico-psycho-sociale (UGOMPS) du CHU de Nantes constatent depuis longtemps un besoin d'espaces pour favoriser le partage d'informations et améliorer la promotion de la santé des femmes en situation de vulnérabilité. La rencontre patiente/soignante est une occasion privilégiée pour échanger autour des questions portant sur leur santé de femme. Cependant, le temps imparti de la consultation est insuffisant pour traiter tous ces sujets. Ainsi, le projet de créer un atelier en santé de la femme a émergé en mai 2020 à l'UGOMPS. Son développement au sein même du service de gynécologie et maternité prend tout son sens dans une vision globale de la santé, une approche centrée sur le patient.

Mais quel est l'intérêt de créer un atelier en santé ?

Les parcours de vies des patientes suivies dans l'unité sont souvent éprouvants, avec des atteintes psychologiques et physiques importantes; leur santé de femme a souvent été négligée voire totalement niée. Leurs connaissances et leurs ressources en matière d'accès à l'information en santé sont insuffisantes pour les rendre autonomes et actrices de leur santé. Créer un atelier s'inscrit dans cette volonté d'accompagner les patientes dans un processus de reconstruction, passant par la réappropriation de leur santé et de leur corps. L'objectif est aussi de limiter les freins qui éloignent les femmes du personnel soignant par ce temps de disponibilité, d'écoute et de bienveillance. En effet, l'image d'un soignant autoritaire et silencieux, dans un rapport de domination vis-à-vis de son patient, reste présent dans les consciences de ces femmes et doit à tout prix être aboli.

Quelle conviction guide l'idée de créer un atelier en santé ?

Celle portée par les professionnels de l'UGOMPS, l'éducation en santé, et partagée par les personnes ayant réalisé ce travail de thèse: détenir un savoir donne une capacité potentielle de changement. Ainsi, la finalité de l'action menée n'est pas de quantifier son impact sur les paramètres de santé mais de permettre aux participantes de choisir de manière libre, éclairée et autonome leurs comportements de santé.

Pourquoi consacrer une thèse à cet atelier en santé?

Pour rendre sa mise en place robuste, par une réflexion approfondie sur sa préparation et son déroulement. Les pratiques pourront ainsi être améliorées et ce travail permettra d'ancrer cet atelier au sein du service de manière pérenne.

Afin de mieux saisir les différents enjeux liés à la création de cet atelier en santé de la femme, une présentation de l'unité, des rappels de définitions et quelques chiffres semblent nécessaires.

2. CONTEXTE

2.1 Présentation du service de l'UGOMPS

L'Unité Gynécologique et Obstétricale Médico-Psycho-Sociale du CHU de Nantes (UGOMPS) a été créée en 2004 par le professeur Henri-Jean Philippe. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire formée à la prise en charge globale de femmes en situation de vulnérabilité. Les professionnelles accompagnent les femmes dans leur suivi médical gynécologique, leur suivi de grossesse, leur suivi psychologique, leurs démarches sociales et d'ouverture de droits, en lien avec les autres unités du pôle. Ainsi, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales, sages-femmes, médecins généralistes, sexologues et gynécologues-obstétriciens concourent à favoriser l'accès aux soins de femmes souvent socialement marginalisées et en dehors de tout parcours de soin. D'un point de vue médical, le service propose un suivi en gynécologie médicale et obstétrique : suivi de grossesse, dépistages des MST, vérification des vaccinations, découverte de pathologies médicales inexplorées. L'activité du service a évolué récemment avec le nombre important de femmes étrangères, arrivées à Nantes suite à un parcours migratoire. L'unité a élargi son champ d'action en prenant en compte la dimension transculturelle dans son accompagnement et en intégrant notamment la prise en charge des mutilations sexuelles féminines à son offre de soins. Afin de garantir un accompagnement qui s'inscrit dans la continuité pour les patientes, l'UGOMPS travaille en collaboration avec les structures qui existent hors des murs de l'hôpital : la PMI (protection maternelle et infantile), la PASS (permanence d'accès aux soins de santé), les associations de migrants, les centres d'accueil 115, les cabinets de ville, les services de soins psychologiques renforcés, les centres d'addictologie, l'ASE (aide sociale à l'enfance), médecins du monde, l'ASAMLA (Association Santé Migrants Loire Atlantique, faisant notamment de l'interprétariat), l'USMP (Unité sanitaire en milieu pénitentiaire) etc. Le service souhaite ainsi pérenniser la promotion de la santé des femmes qu'elle accompagne.

Au sein de l'UGOMPS, les profils des femmes sont très variés : femmes migrantes et sans papier, femmes présentant des carences affectives majeures, femmes mineures enceintes, femmes issues de la communauté rom, femmes incarcérées, femmes sans logement, femmes en situation de détresse psychologique, femmes sous mesure de protection, femmes isolées et marginalisées. Les douze femmes incluses dans cette étude sont toutes étrangères, issues d'Afrique subsaharienne, arrivées à Nantes souvent suite à un parcours migratoire et pour la plupart encore à ce jour en demande d'asile. Elles étaient

enceintes ou avec un désir de grossesse au moment de l'étude. La grossesse représente une opportunité pour accéder à un suivi médical, un suivi social et à des droits. Une fois la porte de la maternité passée, les femmes sont prises en charge par des professionnels de santé et du social qui vont sensiblement aider à améliorer leur condition de vie, leur situation administrative, économique et psychique. Elles deviennent visibles. L'assistante sociale de l'UGOMPS et de la PASS sont des actrices clés de leur parcours ; elles lancent les démarches pour l'accès à une couverture médicale et garantissent l'accès gratuit à l'ensemble du suivi dans la maternité. Elles vont soutenir leur demande d'hébergement d'urgence, proposer des orientations alimentaires et leur faire connaître leurs droits. Elles peuvent également contacter la plateforme du Samu Social pour soutenir une demande de stabilisation d'hébergement. (1)

Au vu des multiples traumatismes que les patientes ont souvent subi durant leur parcours, un accompagnement psychologique peut leur être proposé pour encadrer cette période de périnatalité. Les sexologues reçoivent surtout les femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine et dont les conséquences sont lourdes dans leur vie affective et sexuelle.

2.2 Notions de précarité, d'inégalités sociales de santé et de vulnérabilité.

Dans son Avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil Économique, social et environnemental (CESE) définit la précarité comme "l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives». (2)(3)

La notion d'inégalités sociales de santé (ISS) correspond aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux . Dans le rapport de l'IGAS de 2011, elles sont définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». (4) En général, l'état de santé sera d'autant moins bon que l'on se trouve dans une catégorie sociale défavorisée. Cette distribution se fait de manière graduée tout au long de la hiérarchie sociale. (5) On distingue classiquement trois types d'inégalités sociales en santé qui peuvent être intriquées : les inégalités entre hommes et femmes, celles entre catégories socioprofessionnelles, et enfin celles entre territoires. Ces inégalités sociales sont considérées comme évitables, elles ne dépendent pas seulement de la biologie mais de déterminants socialement construits. Par ailleurs, on constate qu'améliorer l'état de santé de la population ne suffit pas puisque alors même que

l'espérance de vie de la population globale s'améliore, les ISS tendent à s'aggraver.(4) (5) (6)

Enfin, l'agence nationale de santé publique fournit des éléments de compréhension de la notion de vulnérabilité. Elle tente notamment de la définir. Le vulnérable est celui « qui peut être facilement atteint, qui se défend mal ». La vulnérabilité vis à vis de la maladie est une situation de santé considérée comme péjorative. Ainsi, une population est vulnérable, à un moment donné, si elle se trouve dans une situation de risque augmenté de maladie(s) ou d'autre événement sanitaire défavorable. (6) La vulnérabilité désigne à la fois une condition commune et le mode d'être de certains groupes singulièrement exposés à la violence et aux blessures. (7) Cette notion peut être utilisée pour caractériser certaines populations que l'on dit « vulnérables », par exemple les personnes âgées, les migrants, les usagers de drogue, les sans-abris, les femmes... Elle n'est donc pas synonyme de précarité et englobe plus largement de nombreuses situations.

2.3 État de santé des femmes en situation de précarité

L'état de santé des femmes en situation de précarité se caractérise par un ensemble de troubles spécifiques et différenciés selon le degré de précarité de leur situation. Ces ISS marquées sont la conséquence de leurs conditions de vie et d'un moindre recours aux soins et à la prévention. Les risques de précarité sont plus nombreux pour les femmes que pour les hommes et ils affectent plus durablement leur parcours. Ils se répercutent aussi sur leurs enfants avec le danger de les inscrire dans un processus de transmission et de reproduction d'un état précaire. Il est à noter que dans 86 % des situations de monoparentalité, le parent avec lequel réside le ou les enfants est la mère. (2)

La santé sexuelle et reproductive en est un des aspects préoccupants car les ISS qui en résultent sont importantes. Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) fait le constat suivant : les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique, elles ont moins recours à une contraception, ont plus souvent de grossesses à risque et ont moins souvent recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes. (2)(8)

En France, les femmes étrangères, en particulier celles issues d'Afrique subsaharienne, représentent une population à risque périnatal: la parité est plus élevée, le niveau d'études et de ressources issues d'une activité professionnelle est en moyenne plus faible que chez les femmes de nationalité française. Le risque de décès maternel est deux fois plus important pour l'ensemble des femmes non européennes et multiplié par plus de cinq pour les femmes ayant une nationalité d'Afrique subsaharienne. Ces dernières ont un taux plus

élevé de césariennes, et présentent des risques de mortinatalité, de prématurité et d'hypotrophie plus élevés que ceux des femmes françaises. De plus, elles sont à l'intersection d'une multitude de rapports de domination, de genre, de classe et de race. (1) (9) (10)(11)(12)

L'étude DSAFIHR (Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées) menée par l'observatoire du Samu social de Paris , a été mise en place auprès des femmes migrantes hébergées en hôtel social. Elle s'est déroulée entre 2017 et 2018 et a inclus 469 femmes, dont 55% étaient issues d'Afrique subsaharienne . Elle mettait en évidence qu'une sur dix estimait que son état de santé physique était mauvais, une sur cinq que son état de santé psychologique était mauvais, une sur quatre déclarait avoir au moins un problème de santé chronique, la moitié disait avoir subi au moins une forme de violence depuis qu'elle était en France, et une femme sur cinq déclarait avoir subi une mutilation génitale.(13) L'ADSF (Association pour le développement de la santé des femmes) en 2020, qui accompagne des femmes seules et isolées qui vivent dans des conditions de grande précarité, dresse un état des lieux de la santé des femmes qu'elle suit dans la région Île-de-France. La population est très proche de celle que l'on peut retrouver à l'UGOMPS. Cette étude inclut 1001 femmes, dont 84% sont originaires d'un pays hors UE, 89 % ne travaillent pas, et seulement 21% se trouvent en situation régulière. Les résultats montrent que 80 % du public déclarait avoir subi des violences (violences sexuelles, mutilation génitale, mariage forcé, violences intrafamiliales...), 81 % n'avaient pas vu ni de médecin traitant ni de gynécologue dans les 3 ans passés, et 71 % d'entre elles n'avaient pas de contraception , alors que cela représente seulement 8% des femmes dans la population générale française. (14)

Ces résultats confirment la nécessité de mettre en place des actions pour limiter les inégalités de santé sociales et sexuées qui tendent à s'aggraver, et à favoriser la prévention et l'accès aux soins pour des publics ciblés. Pour se faire, le Haut Conseil à l'Égalité entre femmes et hommes recommande de “financer la mise en place, dans les lieux de soins, de temps d'échanges entre les patientes pour partir des besoins identifiés par les femmes elles-mêmes et proposer ainsi une offre de soin adaptée” et de “soutenir les associations de promotion des droits des femmes qui mettent en place une approche en santé” (recommandations N°5 et 6, rapport de 2017). (8)

2.4 États des lieux des connaissances sur la santé de la femme

Dans la population générale française, on constate un manque de connaissances en matière de santé de la femme. Les sources d'informations sont multiples : internet, les cours d'éducation sexuelle et affective et de physiologie humaine à l'école, les consultations de

suivi chez les différents professionnels de santé... Les différentes études faisant l'état des lieux des connaissances des populations sur le corps des femmes font globalement les mêmes constats : il existe encore de nombreuses lacunes en terme de contraception et de connaissances du corps humain; plus le niveau d'étude est élevé, meilleures sont les connaissances; les sujets autour de la sexualité sont difficilement abordés car encore largement tabous. Il persiste de nombreuses fausses croyances. (15)(16)(17)(18)

Alors qu'en est-il pour les femmes issues de pays en voie de développement qui arrivent en France ? Pour certaines, elles n'ont pas eu accès à une scolarité complète, elles n'ont jamais été sur le marché du travail, elles ont grandi dans des familles où la culture interdit certains sujets et où la femme tient une place inférieure à celle de l'homme, limitant son accès à l'information. Elles ont pour la plupart subi des violences, dont la mutilation sexuelle féminine, et ignorent ce qui a été abîmé et comment cela pourrait expliquer les souffrances physiques qui en découlent. Elles ne connaissent pas toujours le français, ou bien le parlent mais avec un vocabulaire limité. Elles ne savent souvent pas lire. De plus, les différences culturelles sont marquées entre leur pays d'origine et la France. La transculturalité est à explorer et à intégrer dans une approche d'éducation pour la santé qui se veut respectueuse de l'héritage culturel qu'elles ont reçu depuis leur naissance. L'expérience de la santé est personnelle et chaque femme est experte dans sa condition de femme quelle que soit sa place sur le gradient social, son origine ethnique ou sa qualité de professionnel. Il en découle ainsi la volonté d'instaurer une horizontalité dans la relation soignant/soigné afin de réaliser un partage d'expériences, éclairé et enrichi par des informations objectives. C'est le but de la promotion de la santé et des ateliers de santé collectifs.

2.5 Promotion de la santé

Le développement de la promotion de la santé s'amorce au milieu du XXe siècle. La charte d'Ottawa de 1986, lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé, la définit comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. Le but de la promotion de la santé est ainsi de favoriser l'équité en matière de santé. Les champs d'action sont larges et les professionnels de santé sont des acteurs de premier plan dans cette démarche.(19) En France, en 1999, se tient à l'hôpital européen George Pompidou, un colloque sur l'éducation pour la santé des patients qui reprend les concepts de la charte d'Ottawa. Elle expose également l'idée que tout projet de promotion de la santé est sous-

tendu par des valeurs. Ainsi, les actions menées ne s'articulent pas autour d'un objectif d'efficacité mais de la transmission d'un savoir mobilisable. Par exemple, un atelier sur les infections sexuellement transmissibles n'a pas pour objectif final de voir baisser la prévalence de nouvelles infections génitales parmi la population qui en a bénéficié mais de leur donner les informations qui leur permettront de poser des choix de manière éclairée dans leur vie sexuelle. L'évaluation des actions menées va donc résider plutôt sur l'analyse des méthodes pédagogiques employées, la connaissance retenue par les participants à distance de l'évènement, le ressenti des professionnels et des patients à l'issue des séances. (20)

2.5.1 Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est l'un des domaines de la promotion de la santé. Elle se donne pour finalité de renforcer l'autonomie des personnes et d'accroître leur pouvoir sur leur santé. Elle correspond à l'ensemble des activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment faire individuellement et collectivement et à recourir à une aide en cas de besoin. L'éducation pour la santé concerne tant la maladie que les comportements de santé et modes de vie, en dehors de toute pathologie, dans une logique de "culture sanitaire". (20) (21). Elle se distingue ainsi de l'éducation thérapeutique patient (ETP) qui concerne les patients atteints de maladies chroniques. Cette dernière vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur pathologie, dans une approche centrée sur le patient. (22)

D'un point de vue éthique, l'autonomie des personnes n'est pas prise en compte quand on décide pour elles ce qu'il est bien ou mal de faire, ou si elle devient un instrument de contrôle social. La santé ne peut être un objet d'éducation qu'à la condition que celle-ci applique les principes universels des droits du citoyen, et en particulier ceux qui concernent le respect de la personne dans sa capacité à rester l'auteur de ses actes et à choisir ses propres attitudes et comportements. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. (23)

Sur le plan humain, comprendre la notion de représentation, apprendre à y être attentif et savoir prendre du recul par rapport à ses propres représentations et à celles des autres constituent une compétence de base en éducation pour la santé. La prise en compte de la demande des personnes concernées est elle aussi importante. Il est à noter qu'une approche fondée sur la prise en compte de la demande est parfois difficile dans un milieu où l'expression par les individus de leur demande n'est pas habituelle. « L'éducation pour la santé n'a pas

pour finalité de faire baisser la prévalence d'un comportement mais bien de permettre l'émergence du sujet, c'est-à-dire de contribuer à développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre ». (24)

2.5.2 Atelier en santé

Un atelier en santé consiste à organiser une rencontre entre des professionnels de la promotion de la santé et un public en difficultés sociales. Il se déroule sous forme de plusieurs séances collectives et vise à être le lieu d'une reconnaissance attentive des besoins de santé d'un public ayant peu l'habitude de s'exprimer ou d'être entendu sur ce sujet. Il a pour buts principaux le renforcement de l'estime de soi, le développement des compétences, des savoirs, savoir-faire et savoir-être. Il cherche à sensibiliser le public aux questions de santé, à développer une réflexion critique et des capacités à agir sur sa santé et son environnement. Cette rencontre est l'occasion d'échanges informels, pouvant conduire à entreprendre tous types d'actions créatives sur un thème de santé. Suivant les concepts d'éducation pour la santé, il s'agit de prendre en compte les représentations des participants, progressivement perçues grâce à un climat de confiance créé grâce à des interventions, qui nécessitent un accompagnement dans la durée pour un nombre réduit de participants. (25) Leur mise en œuvre suit une méthodologie précise en trois phases. La première étape consiste à réaliser un diagnostic de situation. Cette étape permet d'analyser la demande des professionnels et des bénéficiaires de l'atelier et d'affiner la connaissance du contexte et du public afin de négocier et formaliser le contenu du projet. La seconde étape comprend la préparation et la réalisation des séances : recherche bibliographique, choix et parfois mise au point des outils pédagogiques et rédaction des conducteurs d'animation précisant le cadre et le calendrier de l'intervention. En dernier lieu, l'évaluation qualitative de l'atelier auprès des professionnels et des participants peut être faite. Une synthèse permet de rendre compte de l'action menée à toutes les parties prenantes incluant les financeurs. (26)

Les politiques publiques appellent à la création de ces ateliers. La loi du 29 juillet 1998 contre les exclusions instaure les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) dans lesquels sont prévus des ateliers collectifs d'éducation pour la santé visant à réduire et à prévenir les effets de la précarité sur la santé. Depuis, de nombreux ateliers ont été mis en place, tout particulièrement en région Pays de la Loire, en lien avec l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé). L'unité PromEs du service de Santé Publique du CHU a soutenu ce projet et permis sa réalisation.

Dans le domaine de la santé de la femme, de nombreuses associations et structures de santé ont déjà mis en place des ateliers et démontré leur intérêt pour les femmes qui y ont participé (8)(27)(28) Ce sont le

plus souvent des structures de soins primaires, très satisfaites des ateliers mis en place. Elles ont en commun la volonté de créer des centres de santé communautaires, portés par la charte d'Ottawa. Elles disent la nécessité d'être en lien avec les hôpitaux de proximité. La maison des femmes à Saint-Denis, unité du centre hospitalier de Saint-Denis, organise des ateliers collectifs avec des groupes de paroles, des ateliers psychocorporels et des ateliers d'amélioration de l'estime de soi. Comme l'UGOMPS, l'unité fait également partie du Centre Hospitalier, adjacente à la structure.(29)

A Nantes, au sein de l'UGOMPS, depuis déjà un an sont mis en place des groupes "maman-bébé" par une psychologue clinicienne du service. Au sein de ces groupes composés de femmes étrangères qui accouchent de leur premier enfant en France, sont abordés les différents thèmes autour de la maternité. Les femmes sont très satisfaites de ces séances où les échanges sont riches. La possibilité d'échanger avec des autres femmes enceintes ou ayant récemment accouché est d'ailleurs associée à une réduction du niveau d'anxiété, permettant aux femmes de surmonter les sentiments d'isolement, de déresponsabilisation et de stress, et d'augmenter les sentiments d'estime de soi, d'efficacité personnelle et de compétence parentale. (30) De plus, il y a quelques années, l'UGOMPS en collaboration avec l'ASAMLA avait mis en place des ateliers sur les mutilations sexuelles féminines. Les ateliers s'étaient arrêtés finalement faute de financement. Il y avait pourtant un très bon taux de participation. Par ailleurs, il semble que l'UGOMPS soit une des seules unités en France faisant partie intégrante de l'unité de gynécologie-maternité d'un CHU pour l'accompagnement des femmes socialement marginalisées. Dans la littérature, il n'a pas été retrouvé de description d'ateliers en santé de la femme actuellement implantés au sein de structures hospitalo-universitaires dans le pôle gynécologie-maternité.

3. OBJECTIF PRINCIPAL ET OBJECTIFS SECONDAIRES

L'objectif principal de cette thèse est de créer un atelier en santé de la femme au sein de l'UGOMPS.

Deux parties distinctes composent cette thèse.

La première, par le moyen d'entretiens exploratoires semi-directifs, guide la réflexion pour créer l'atelier. La deuxième est centrée sur la réalisation de l'atelier, constitué de quatre séances collectives.

Les deux thésardes ont choisi de faire ce travail dans sa totalité de manière conjointe. Les deux parties sont directement dépendantes, chacune a son intérêt propre dans la réflexion globale.

Les objectifs secondaires sont spécifiques à chaque partie de thèse.

Ainsi la première partie a pour objectifs de :

- dresser les caractéristiques de la population incluse.
- dresser un état des connaissances des femmes incluses dans l'étude sur leur santé de femme;
- explorer leurs représentations et leurs croyances sur la santé féminine ;
- connaître leurs expériences de santé féminine;
- évaluer leurs besoins en santé féminine;
- connaître leurs ressources en terme d'accès à l'information en santé;
- explorer leurs façons de se percevoir au sein de la société, en prenant en compte leur héritage culturel, leur parcours de vie, et leur statut de femmes étrangères en France;
- appréhender leur rapport à elle-même et à la maternité;
- créer et intégrer un outil pédagogique facilitant les échanges pendant l'entretien;
- évaluer l'intérêt à la mise en place d'un atelier en santé de la femme à l'UGOMPS;
- établir une liste des thèmes qu'elles aimeraient aborder en atelier.

La deuxième partie décrit la préparation de l'atelier et le déroulement des séances qui le constituent. Elle a pour objectifs de:

- décrire le déroulement type d'une séance ;
- décrire les conducteurs de séances;
- décrire les outils pédagogiques choisis et utilisés au cours des séances.;
- décrire le déroulement de chaque séance en mettant en lumière les forces et les difficultés rencontrées;
- recenser à chaud les impressions des professionnels et des patientes.

PREMIÈRE PARTIE :

LE DIAGNOSTIC DE SITUATION

La première étape d'une action éducative devrait consister à s'interroger sur la personne qui nous fait face. Qui est celle à laquelle je m'adresse ? De quoi a-t-elle besoin ? Que sait-elle ? Comment vit-elle les événements de santé qui ponctuent sa vie et son quotidien ? Quelles sont ses représentations et ses croyances ? Quelles sont les informations qui peuvent lui être nécessaires et comment les lui transmettre afin qu'elle puisse se les approprier ? (20)

De la nécessité d'explorer les réponses à ces questions avant de construire un atelier adapté, a découlé la réalisation d'entretiens exploratoires semi-directifs, conduits auprès des femmes incluses dans l'étude. Leur élaboration s'est largement inspirée du bilan éducatif partagé utilisé pour l'ETP. (22)

L'analyse de ces entretiens constitue la première partie de la thèse.

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 Type d'étude

Afin de pouvoir construire un atelier en santé adapté aux profils des patientes de l'UGOMPS et qui se rapproche au mieux de leurs attentes, il était nécessaire de réaliser une étude qualitative à l'aide d'entretiens exploratoires semi-dirigés individuels.

1.2 Population de l'étude et recrutement

A l'issue d'une réflexion menée avec les professionnels du service, le choix de la grossesse comme critère d'inclusion s'est imposé. En effet, il s'agissait à la fois d'un point commun entre les patientes et d'une voie de recrutement pour l'étude, la majorité de l'activité actuelle du service étant le suivi de grossesse. Il a été décidé d'arrêter l'inclusion au 2^{ème} trimestre de grossesse afin de pouvoir leur proposer l'atelier avant leur accouchement.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- toute patiente ayant un projet de grossesse ou enceinte du 1^{er} ou 2^{ème} trimestre suivie dans le service de l'UGOMPS.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- patiente mineure;
- patiente avec pathologie psychiatrique déséquilibrée pouvant rendre l'entretien difficile;
- patiente non francophone.

Les critères d'inclusion étaient larges, le but était d'obtenir une population hétérogène, sans discrimination sur l'ethnie ni le parcours de vie.

Les patientes devaient être francophones car la barrière de la langue aurait complexifié les entretiens. Le fait de dépendre d'un interprète aurait rendu difficile l'organisation et aurait pu limiter la libération de la parole, certains sujets abordés étant très intimes.

Le recrutement a été fait selon une méthode empirique et volontaire. Il a été fait dans le service par le personnel soignant après présentation du projet. Ainsi, l'interne, les sages-femmes, les médecins ont eu l'occasion de proposer à toute patiente répondant aux critères d'inclusion de participer à ce travail. Douze patientes ont été incluses, dont deux patientes pour tester notre grille d'entretien. L'objectif était de ne pas recruter plus de dix patientes pour la faisabilité du futur atelier.

Une fiche d'information était délivrée aux patientes à l'inclusion. (voir annexe 1).

1.3 Élaboration de la grille d'entretien

Le guide d'entretien (visible en annexe 2) a été réalisé avec l'aide d'un médecin de santé publique travaillant au sein de l'unité de promotion d'éducation de la santé (PromES).

Son élaboration s'est appuyée sur la méthode appliquée à l'éducation thérapeutique, notamment avec le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé (BEP).

Le bilan éducatif partagé dans le cadre de l'éducation thérapeutique a pour but d'explorer à l'aide d'un guide d'entretien les dimensions biomédicales, psychoaffectives, socio-professionnelles, cognitives et identitaires en lien avec la pathologie.

Le BEP a été une inspiration pour les entretiens car il s'agit d'un temps de rencontre privilégié individuel qui permet d'écouter, de faire connaissance, d'instaurer un climat de confiance et de créer une alliance thérapeutique. Il permet de repérer les difficultés, les besoins, les ressources et les aspirations de la personne.

Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes ou semi-ouvertes, dans le but d'obtenir des réponses larges et augmenter la richesse de l'entretien. Il était utilisé comme une trame, une aide pour

relancer le dialogue. Les thèmes pouvaient être abordés dans le désordre selon les réponses des patientes.

Le guide d'entretien initial comportait 3 parties :

- une première partie explorant les besoins en santé, le lien avec le monde médical, le rapport avec les soignants;
- une deuxième partie sur les perceptions de la santé au féminin et ses représentations;
- une troisième partie explorant l'intérêt des femmes pour le futur atelier et le choix des thèmes à aborder.

Dans la 2^{ème} partie les questions posées aux femmes étaient ciblées sur les thématiques suivantes : le cycle menstruel, la maternité, la contraception, les relations avec les hommes (dont la sexualité) et l'estime de soi.

Pour chaque thème, le déroulé des questions était toujours le même : Quel vécu émotionnel ? Quelle expérience personnelle ? Quelle connaissance sur le sujet ?

Sur les conseils du médecin de l'unité PromES, les thésardes ont exploré la bibliothèque IREPS Pays de La Loire (Instance régionale d'Éducation et de Promotion Santé) à la recherche d'outils visuels facilitant les échanges durant les entretiens, principalement pour aborder des sujets très intimes tels que la sexualité ou les violences. Le but était aussi de trouver des outils pour le futur atelier.

A la suite de cette recherche, les différentes propositions ne correspondant pas à leur intuition initiale, les deux thésardes ont fait appel à une spécialiste du graphisme. Le projet a été présenté à une professeure d'arts appliqués à Nantes. Elle a confectionné l'outil (**voir annexe 3**). Elle a dessiné des vignettes représentant les thématiques abordées, ainsi que des vignettes « émoticônes » représentant différentes émotions.

Le guide et l'outil ont été testés auprès de deux patientes issues du groupe « Maman-bébé » organisé par une psychologue du service.

Peu de modifications ont été faites après ces deux tests, seulement l'ajout d'une question sur le suivi médical, ainsi que sur l'estime de soi. Ces entretiens tests étant très riches et les données étant extrapolables il a été décidé de les inclure à l'analyse.

1.4 Organisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de Novembre 2020 à Avril 2021. Les deux entretiens tests et les dix entretiens se sont déroulés au sein du service de l'UGOMPS, dans le bureau d'une des psychologues. La disposition était faite selon un schéma triangulaire, la patiente était assise dans un fauteuil, une thésarde en face, une autre thésarde à droite de la patiente.

La durée des entretiens était en moyenne d'une heure.

Les deux entretiens tests et le premier entretien ont été réalisés à deux thésardes, les entretiens suivants ont été menés par l'une ou l'autre séparément.

Elles disposaient de la grille d'entretien et de l'outil visuel constitué d'un tableau Velléda et des vignettes.

Avant chaque début d'entretien, les modalités du travail de recherche étaient rappelées aux patientes, ainsi que la complète anonymisation de leurs données. Il leur était déclaré qu'elles devaient se sentir libres de répondre ou non aux questions posées, qu'il n'existait aucun jugement de la part des thésardes et que toute réponse serait intéressante pour le travail d'analyse.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS après consentement oral de la patiente.

Aucune note n'a été prise durant l'entretien afin de limiter toute perturbation durant les échanges.

Deux entretiens se sont déroulés en présence d'un enfant, tous deux âgés de deux ans environ, dont les patientes n'avaient pu confier la garde.

A la fin des entretiens, il était demandé aux patientes si elles souhaitaient participer au futur atelier. Elles ont toutes répondu favorablement. Il était alors prévu de les recontacter au moment de l'organisation de l'atelier.

1.5 Méthode d'analyse des données

Les enregistrements vocaux ont été retranscrits via le logiciel Word, intégralement dans un français parlé et non écrit, en essayant de traduire le plus fidèlement possible les manifestations non verbales et les émotions (rires, silences, expression du visage). Les deux thésardes se sont partagé les retranscriptions de manière égale. Une anonymisation a été effectuée.

Une analyse inductive des données a ensuite été réalisée, avec un codage manuel ouvert, permettant d'élaborer une grille d'analyse avec des sous catégories à partir du verbatim. Est venu ensuite le codage axial regroupant les sous-catégories en catégories, faisant ressortir les idées centrales.

Chaque thésarde a analysé tous les entretiens séparément, puis les analyses ont été rassemblées et comparées puis soumises à la directrice de thèse afin de d'obtenir une triangulation des données.

1.6 Aspects éthiques et réglementaires

Le recueil des données a été totalement anonymisé. Il n'existe aucune mention partielle ou totale des noms, prénoms, date de naissance, adresse ou numéro d'identifiant d'hospitalisation.

Dans les verbatims, il a été choisi de numéroter arbitrairement les différents entretiens. Il en résulte les numéros F1 à F12. A noter que le caractère "E" dans les verbatims correspond à l'intervention de l'enquêtrice.

L'avis du service de recherche clinique de Santé Publique a été requis. Il a confirmé qu'une demande auprès du comité d'éthique n'était pas nécessaire puisqu'il s'agit d'une recherche hors loi Jardé.

Le consentement des patientes a donc été recueilli à l'oral au début des entretiens.

2. RÉSULTATS

2.1 Caractéristiques de la population

L'âge moyen des femmes incluses était de **23,25 ans** (Médiane : 22,5 ans; Minimum : 18 ans; Maximum 34 ans).

On compte six **pays d'origine** différents: **Guinée-Conakry (n=6), Gabon (n=2), Mali (n=1), Burkina Faso (n=1), Nigeria (n=1)**. A noter qu'une patiente avait la nationalité belge mais originaire de Guinée-Conakry.

Leurs **situations administratives** étaient diverses: **demande d'asile en cours (n=6), obligation de quitter le territoire (n=2), demande de titre de séjour pour regroupement familial (n=1), titre de séjour de deux ans (n=1), visa touristique (n=1), ressortissante européenne (n=1)**.

Les **logements** étaient globalement précaires sauf une femme qui vivait avec son conjoint, français. La situation était souvent préoccupante avec l'arrivée imminente d'un nouveau-né. Une femme vivait en **studio**, deux femmes étaient logées en **Hôtel par le 115**, deux femmes habitaient chez une **logeuse/hébergeuse**. Trois femmes étaient logées par dans des **foyers associatifs ou colocation solidaire**. Enfin, trois femmes avaient rejoint **leur conjoint dans leur logement**, lui aussi souvent précaire (**chez un cousin, en squat ...**).

Seulement deux femmes étaient **célibataires**, mais trois autres ne sont pas en situation de couple stable et ne vivent pas avec leurs conjoints. Les sept autres étaient en couple stable.

Concernant le **niveau d'études**, une femme n'avait **jamais été à l'école**, deux femmes s'étaient arrêtées à **école primaire**, quatre

femmes avaient un **niveau lycée**, une était allée à **l'université** dans son pays . Le niveau d'étude est resté inconnu pour quatre femmes.

Cinq femmes vivaient leur première grossesse seulement une femme n'était pas enceinte au moment des entretiens mais avec un désir de grossesse.

Quatre femmes avaient **déjà accouché au moins une fois**. Parmi elles, trois femmes avaient au moins un enfant resté dans le pays d'origine.

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Caractéristiques populationnelles

	Age	Pays d'origine	Niveau d'études	Année d'arrivée en France	ATCD de Grossesses	Logement	Statut marital	Situation administrative	Couverture maladie
F1	24	Guinée-Conakry	non connu	2020	G1P0	foyer associatif	célibataire	demande d'asile	PUMA en cours
F2	20	Centre-Afrique	Lycée	2019	G2P0	chez une logeuse	en couple	demande asile	CSS
F3	24	Guinée-Conakry	non connu	2020	G1P0	chez son conjoint	en couple	demande d'asile	Non connu
F4	21	Nigeria	Lycée	2015	G3P0	foyer associatif	en couple	titre de séjour pour 2 ans	PUMA en cours
F5	22	Burkina Faso	Ecole primaire	2020	G1P0	chez son conjoint	en couple	demande titre séjour	PUMA en cours
F6	18	Belge origine guinéenne	Lycée	2020	G1P0	colocation associative	en couple	Ressortissant européen	AME
F7	22	Guinée-conakri	non connu	2018	G2P2	Hôtel 115	en couple	demande d'asile	PUMA en cours
F8	34	Gabon	non connu	2016	G4P0	logeuse	célibataire	demande d'asile	PUMA en cours
F9	23	Gabon	Lycée	2020	G3P1	chez son conjoint	en couple	Visa touristique	AME
F10	24	Mali	Ecole primaire	2018	G4P3	Hôtel 115	en couple	demande d'asile	CSS
F11	27	Guinée-Conakry	université	2020	G1P0	Studio	en couple	OQTF	CSS
F12	20	Guinée-Conakry	Aucun	2018	G2P1	chez une logeuse	en couple	OQTF	CSS en cours

- AME : Aide Médicale d'Etat
- CSS: Complémentaire Santé Solidaire
- OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français
- PUMA : Protection Universelle Maladie

2.2 Exploration des besoins en santé

2.2.1 Accès à l'information en santé

2.2.1.1 Sources

A la puberté, l'école et les associations type ONG sont de loin la plus commune des sources d'accès à l'information sur la physiologie féminine et sur l'éducation sexuelle et affective. Neuf femmes sur douze évoquent l'un et / ou l'autre dans leur discours. Les cours de sciences et l'intervention d'ONG (organisation non gouvernementale) lors de campagnes de sensibilisation marquent un tournant dans leurs connaissances sur le fonctionnement du corps.

F1 : "C'est quand je suis partie en 10e année, maintenant on a commencé à expliquer, j'ai compris." (à propos de ses règles)

F2 : "On m'a expliqué cela à l'école, mais j'ai un peu oublié."

F3 : "Non, mais j'ai vu en biologie. À l'école."

La moitié des femmes a déclaré utiliser **internet** pour se renseigner en matière de santé. On retient parmi les différents outils, les vidéos YouTube. L'une raconte qu'elle a regardé une vidéo relatant les différentes phases de l'accouchement, l'autre réexplique ce qu'elle a pu comprendre d'une vidéo expliquant les différentes phases de la fécondation.

La **mère** est souvent le référent principal pour les conseils sur leur santé, dont la parole fait foi. C'est le cas de cinq femmes sur douze.

F3 : "Il faut tout dire, même si tu connais, tout dire à ta maman, tu auras des conseils." "Ma maman a dit que toutes les femmes ont des pertes, que tu vas avoir un jour."

F4 : "Par exemple, si j'ai mal quelque part. Si c'est normal pour une femme, elle me dit, si c'est pas normal elle me dit non."

F5 : "Je lui ai demandé « C'est normal ? » et puis elle m'a expliqué des trucs."

Si ce n'est pas avec leur mère, alors c'est par le **réseau familial** de sexe féminin qu'elles trouvent des réponses : la tante, la cousine, la soeur (six femmes sur douze). On relève aussi l'importance du **réseau**

amical (cinq sur douze), notamment les discussions de groupe à l'école ou les hébergeuses en France qui ont souvent eu une expérience de grossesse. **Le conjoint**, dans le quotidien, est aussi le bon conseiller et celui qui peut guider leurs décisions.

F6 : “Bah c’est mon compagnon, lui il connaît tout.”

F1 : “Quand j’ai un problème de santé lié à l’intime, j’en parle avec mon copain, je lui explique, après il me dit d’aller voir le médecin.”

Au pays, l’une d’entre elles raconte l’utilisation de la **médecine traditionnelle**.

F7 : “C’est le marabout avec un grand verre d’eau qu’on boit là, et avec le grigri [...] Je faisais des crises d’épilepsie, mais chez nous on traite de façon traditionnelle. Il n’y a pas de médicaments pour ça.”

En France, elles découvrent, pour cinq d’entre elles, les **soins ambulatoires**, avec l’accès au médecin traitant. Deux femmes parlent d’une consultation chez un spécialiste (sexologue et gastro-entérologue).

L’une d’entre elles rapporte aussi des explications reçues au **planning familial**.

2.2.1.2 Freins

Le premier frein, évoqué spontanément par 67% des femmes interrogées, est le **tabou** car ces sujets ont rapport à l’intimité: menstruations, relations sexuelles, contraception... Certaines d’entre elles l’associent à leur culture et constatent une différence avec la culture occidentale.

F8 : “Après la contraception, là-bas c’est pas ça, là-bas on en parle pas, la contraception c’est en France que je suis venue à connaître la contraception, que je suis venue à l’utiliser, en Afrique, non. “

F9 : “Il y a des associations qui peuvent sensibiliser dans les établissements, mais à la maison on en parle pas.”

F3 : “Non, les mamans elles n’expliquent jamais ça, les femmes africaines. [...] Elles disent pas ça. C’est les Blancs qui expliquent tout avant que leurs enfants commencent à sortir avec les hommes. »

F10 : “En Afrique, on dit pas.”

F7 : “Non personne n’en parle, c’est le secret.” (à propos de la contraception)

F11 : “ On en parle pas, parce que quand tu en parles avec ta sœur ou ta maman, on te dit « Toi tu es malade ou impolie ». [...] Pour sortir avec un homme il faut te cacher, il faut pas qu’ils te voient, sinon ils peuvent te frapper ou te dire des choses choquantes... donc on n’en parle pas. [...] Chez nous parler de sexe, c’est un tabou, du coup je me recepissais.”

F6 : “Ah les mamans africaines, il faut jamais leur parler de ça, elle va te gifler, elle va te dire tu me manques de respect. C’est un peu bizarre.”

F1 : “Ce qui m’a poussée à être trop complexe par rapport à ces sujets parce que nous au pays en fait... je peux pas... Des fois quand tu parles de quelque chose qui est lié à toi, nous les femmes africaines, il y a des choses qu’on est interdites de dire devant la masse.”

La **timidité** aussi, liée au tabou, peut les empêcher de poser des questions (trois sur douze). Elles puisent les informations en écoutant les discussions de groupe.

F3 : “Non, hé ! J’ai pas demandé, parce que j’étais avec beaucoup de filles là-bas et je voyais quand pendant les règles, elles prenaient quelque chose et mettre là-bas mais... (rires) c’est quand j’ai vu pour moi, je l’ai dit à personne, moi aussi j’ai fait la même chose.”

F1 : “Quand j’ai quelque chose qui est lié au sexe, c’était difficile pour moi d’en parler, donc moi je faisais tout, quand il y a un groupe qui parle, j’écoutais, je posais pas de questions, j’écoutais. Ce qui est bon pour moi, je prends de là.”

Le **coût des soins** au pays est souvent un frein à la prise en charge. Ainsi une patiente accouche à domicile de son premier enfant, à défaut de moyens financiers. Le **manque de couverture sociale** empêche quant à lui l’accès au suivi ambulatoire en France . Notamment, dans l’attente de la CMU (Couverture Maladie Universelle), les femmes ne consultent qu’à l’hôpital.

F8 : “Parce que, avant, ma CMU n’était pas arrivée, après ma CMU est arrivée, et après je suis logée à l’hôtel et tout le temps j’ai rendez-vous à l’hôpital, et je sais pas si je suis fatiguée de chercher un médecin traitant...”

F1 : “Je suis restée comme ça, parce que je n’avais pas de CMU. Le mois suivant j’ai reçu le CMU, je suis allée voir un médecin traitant”

Parfois, les messages à l'école sont confus ou bien la **non-mixité** ne favorise pas le bon transfert de l'information.

F11 : “C’est pas bien assimilé. Tantôt tu apprends telle chose avec tel prof, tantôt on te dit autre chose, donc tu es confuse, tu ne sais pas vraiment ce que tu dois apprendre, donc du coup je me suis méfiée.”

F3 : “ Mais eux, quand ils expliquent, ils vont pas approfondir les explications, parce que nous on est mélangés là-bas avec des hommes. Quand tu parles des appareils là, ils vont commencer à crier. Le professeur va stopper et prendre d’autres.”

Au moins cinq femmes sur les douze n’ont **pas de médecin traitant**, l’hôpital est donc leur premier accès au système de soins, ce qui ne leur permet pas d’accéder à la prévention et l’éducation en santé.

F2 : “(E) Si vous êtes à la maison et que vous avez une question ?

(F2) J’appelle.

(E) Vous appelez où ?

(F2) J’appelle aux urgences.”

F8 : “À la fin, quand je vois que je suis pas satisfaite, je vais par exemple à l’hôpital, je vais aux urgences. Aussi j’ai pas de médecin traitant donc...”

2.2.2 Autonomie en santé

2.2.2.1 Rapport au soignant

Cinq femmes sur douze attendent de la part des soignants **des conseils, de la réassurance, du respect et de l’accueil**.

F9 : “ Mmh qu’est-ce que j’attends ... Qu’ils m’apportent que du bien quoi, l’accueil de qualité, le respect.”

F3 : “ C’est ça que j’attends, qu’ils me disent « Tu es en bonne santé, ta grossesse, ça va bien.”

F1 : “ En fait c’est ce que je me disais, depuis que je suis rentrée en France. En fait, peut-être je n’ai pas de chance, la seule chance que j’ai eu c’est d’avoir la gynécologue là, parce que depuis que je suis venue en France il y a pas un docteur qui m’a traité bien plus qu’elle.”

Pour la moitié d’entre elles, le soignant est présenté comme le **guérisseur**, celui en qui elles ont une confiance totale, parfois avec des attentes très fortes.

F8 : “Moi j’attends qu’on prenne soin de moi, qu’on me guérisse. [...] Que je ne meure pas !! (Rires)”

F3 : “ Comment les soignants pourraient m’aider ?... C’est en me donnant les instructions, en me guidant.”

F4 : “Ils peuvent m’aider à me donner des consignes. Moi je veux vraiment quelqu’un qui va être comme une maman pour moi.”

Seulement deux d’entre elles racontent **des mauvaises expériences** avec des soignants en France ou dans leur pays d’origine.

F1 : “Je prie Dieu pour pas avoir quelque chose pour venir à l’urgence, c’est mon seul souhait, le plus ardent, parce que je me dis je n’ai pas confiance en fait, c’est ça que j’ai vu ici.”

Dans certains discours (trois sur douze), transparaît l’image du **soignant africain agressif et autoritaire, ne fournissant pas d’explication.**

F8 : “ Parce que en Afrique, les médecins, les infirmières sont pas très gentils, ils parlent un peu... enfin c’est l’Afrique hein, on est déjà habitués, mais ils parlent un peu mal, un peu terre à terre, ils vont dire les choses assez.....”

F3 : “ Quand tu tombes malade, même si tu as mal à la tête, ils vont te dire de boire de l’eau, même si c’est pas ça. C’est pour cela moi je n’aime pas aller à l’hôpital.”

2.2.2.2 Capacité d’action

Même si moins de la moitié est suivie par un médecin traitant, 67 % des femmes interrogées sont **sensibilisées aux soins primaires**, avec soit une volonté de trouver un médecin traitant, soit via SOS médecin.

On note que trois des femmes interrogées **ont retenu et réexpliquent avec leurs mots les informations** qu’elles ont reçues des professionnels, et deux font preuve d’**esprit critique** vis -à -vis des lectures sur internet.

Deux femmes utilisent des **applications** sur leur téléphone pour suivre leur cycle menstruel, quatre rapportent dans leur discours l’automédication, parfois avec des remèdes traditionnels.

F6 : “ Si j’ai la grippe, je me soigne chez moi, moi-même. Je prends la soupe au piment. [...] Du coup avec plein de citron, je mets plein de piment et je bois ça en fait. Tous les jours je fais ça moi. En plus, c’est bon parce que le citron c’est bon en hiver et en plus le piment ça guérit la maladie et ça enlève vite les microbes au niveau de la gorge.”

A l’inverse, certaines femmes comprennent **mal les explications** (trois sur douze), ou manifestent de la passivité vis à vis de leur santé (deux sur douze).

2.3_Connaissances, représentations et expériences de la santé de la femme

2.3.1 Règles et cycle

2.3.1.1 Connaissances

Pour la très grande majorité (84 %), elles n’ont **aucune idée de ce que sont les règles**. Les deux femmes qui ont quelques connaissances les ont tirées soit d’une vidéo YouTube, soit d’explications données au planning familial en France.

F5 : “ En fait je savais pas mais j’ai entendu, tout ce que je connaissais c’est quand tu fais l’amour tu tombes enceinte. Des règles, je savais rien du tout. “

Leur connaissance est le plus souvent limitée au fait que **l’absence de règles est le signe d’une grossesse**. (huit femmes sur douze)

F10 : “Ça veut dire que quand tu as ça tu n’es pas enceinte.”

F7 : “Quand je suis enceinte, il y aura plus les règles. Je pense que quand on fait le rapport après les règles, il y a des jours où on peut tomber enceinte.”

F2 : “Oui, on m’avait dit ça que lorsqu’une femme elle est enceinte elle ne voit plus ses règles jusqu’à ce qu’elle accouche. Si elle accouche elle peut voir ses règles.”

Deux femmes évoquent la **date de l’ovulation, une connaissance très approximative, voire erronée**. L’une parle du 14^e jour strictement, l’autre d’une ovulation 4 ou 5 jours après la fin des règles.

2.3.1.2 Représentations et croyances

Pour la moitié d'entre elles, il ressort que les **règles sont le signe d'une bonne santé**. A l'inverse, l'absence de règles est source de beaucoup d'angoisses et signe de maladie.

F8 : “Quand on a ses règles [...] tout travaille quoi ! [...] Tu sais que l'ovaire il fait son travail, l'ovule a fait son travail, tout s'est bien passé dans ton corps, et ça rejette toutes les saletés. [...] on peut ramasser mon cadavre tout à l'heure parce que j'ai pas eu mes règles. Pour moi, c'est normal qu'une femme aie ses menstrues tous les mois. [...] Il suffit qu'on me dise que peut-être je les aurai pas, moi quand je les aurai pas je vais péter un plomb. [...] Moi-même quand mes règles ont du retard, c'est pas facile à vivre pour moi, je supporte pas.”

F5 : “Parce que d'autres femmes disent qu'elles peuvent faire deux à trois mois sans voir les règles, heureusement que toi tu vois à chaque mois, déjà c'est bon.”

F12 : “Si je vois ok, si je vois pas, là c'est anormal. C'est comme ça que ça se passe. Après l'accouchement de T., je vois pas mes règles donc c'est anormal.”

F11 : “Si ça vient pas on dit que t'es malade. Si ça vient trop on peut dire aussi tu es malade. Quand ça vient, moi je me sens comme une femme. Quand ça vient pas, je suis inquiète, je dis que je suis malade.”

F4 : “[...] ’est qu'une femme normale doit avoir ses règles et moi j'ai peur quand souvent ça provoque l'infection.”

Une patiente pense que **faire l'amour pendant les règles peut donner des maladies**.

F7 : “C'est lui qui interdit ça. Parce que ça donne d'autres maladies encore. Faire le rapport pendant les règles, c'est pas bon. “

Les premières règles signent le **basculement d'une enfance insouciant au passage à la vie de femme adulte**, qui doit **se méfier des hommes**. Quatre femmes rapportent dans leur discours ce message lié à leur premier jour de règles, et véhiculé par leur mère.

F3 : “ J'ai dit à ma maman et elle m'a dit « Ah tu as vu tes règles, maintenant même si tu parles avec un homme tu tombes enceinte ! » pour me faire peur.”

F10 : “Ma maman m'a dit de faire attention, c'est tout.”

F4 : “Maintenant t'es devenue une femme, il faut pas laisser les hommes te toucher. Quand ils touchent tu vas tomber enceinte.”

F11 : “Bon, après elle est venue me dire « C'est tes règles, une fois que tu vas toucher un homme tu vas tomber enceinte”. A chaque fois que je suis avec les

hommes, des fois l'envie me vient mais quand je me rappelle de ces mots-là je me retiens.”

L'une d'entre-elles confond ses premières règles avec la rupture de son hymen lors de son premier rapport et pense qu'avoir un rapport sexuel pendant les règles peut donner des maladies.

Une femme pense que les règles sont les “**déchets**” de l'organisme, des “saletés”.

Une autre femme pense qu'une jeune fille ne peut pas mettre de tampons, mais ne sait pas pourquoi.

F2 : “Oui on m'a expliqué cela, une jeune fille ne peut pas utiliser tampon, il faut utiliser les papiers hygiéniques.”

2.3.1.3 Expériences

Les menstruations sont associées à une émotion positive pour sept femmes sur douze, même si ce n'est pas toujours facile à vivre.

Les règles sont souvent associées à des **douleurs** (67%) avec un impact dans le quotidien, à des **problèmes de peau**.

F6 : “C'était tout le temps quand j'avais mes règles, j'avais commencé à avoir mal au dos, j'avais des trucs pas possibles, j'attrapais des gros boutons, boutons de fièvre. Au niveau des lèvres, et aussi au niveau du visage, là, c'était trop affreux et je partais chez le médecin.”

F1 : “J'avais trop mal au bas ventre. Quand je vois mes règles je peux tomber malade mais je dis pas, je garde cela en moi. Tu vas voir mon visage changer, difficilement je mange.”

Les règles sont parfois perçues comme **sales** (deux sur douze) avec un dégoût manifeste.

F7 : “Oui c'est sale ! Pendant que j'avais l'implant il y avait le sang qui coule là, on dirait le morceau de la viande là, ça sent mauvais.”

F6 : “J'aime pas voir le sang, ça me dégoute. C'est une de mes plus grosses phobies, franchement. C'est mes règles, ça me soûle. [...] Quand j'ai mes règles je me lave tous les jours pour que tout ça, ça parte. Parce que toute mauvaise truc dégoutant là, ça part là. Comme ça, je suis bien.”

Au quotidien, elles utilisent des **serviettes hygiéniques**. Aucune ne rapporte l'utilisation de tampons ou de coupes menstruelles. Une

relate le problème de la précarité menstruelle liée au coût des serviettes hygiéniques.

F11 : “Non on l’achète, c’est très cher. C’est très cher. Comme moi c’est long, j’achète deux paquets... c’est pas facile.”

Lorsqu’elles étaient au pays, les femmes originaires de Guinée utilisaient des **pagnes** (trois femmes sur douze), morceaux de tissus qu’il fallait laver systématiquement. Parfois, c’est de cette façon que leur entourage se rend compte qu’elles sont pubères.

F7 : “J’ai commencé de faire mes règles, chez nous il n’y a pas les cotons, on utilise des pagnes, on les lave. Quand tu fais les règles tu les laves après. Tu les mets à sécher. Elle a vu ça, elle m’a demandé j’ai été obligée de lui dire.”

F11 : “C’est une petit pagne qu’on a déjà porté, qui est usé. On déchire ça, on te donne ça. Chez nous on dit qu’une femme... le sang qui sort de toi, il faut le laver, il faut laver. Si tu ne laves pas à l’eau, tu vas tomber malade.”

Les règles, c’est aussi l’angoisse d’une tâche sur les vêtements, signe visible de leurs menstruations associées à la **honte**. (trois femmes sur douze)

F11 : “Quand ça coule comme ça, c’est gênant, des fois tu as peur, quand tu es avec des gens, quand tu te lèves, des fois tu as peur que ce soit sur ton pantalon, sur ton pagne.”

F1 : “ À chaque fois je me cachais, donc moi, les règles m’embêtaient [...]”

S’agissant des **premières règles**, trois femmes en avaient déjà entendu parler à l’école ou dans le cercle familial et n’ont pas été surprises. A l’inverse, sept femmes racontent qu’elles ne savaient pas ce que c’était et s’imaginaient parfois le pire à la vue des règles. C’est un souvenir précis dans leur mémoire.

F12 : “Oui, ce jour-là, je savais pas c’est quoi les règles. La première fois que je vois mes règles, j’ai pleuré parce que j’ai dormi dans la nuit, après avant de monter le matin je vois mon règles et tout, donc le matin j’ai pleuré [...]”

F11 : “La première fois que j’ai vu, je suis allée vers mes tantes et je lui ai dit « Je vais mourir aujourd’hui, y a quelque chose qui est blessé, y a le sang sur moi, je vais mourir aujourd’hui ».”

F6 : “Première fois que j’ai eu mes règles, quand j’étais petite, j’ai eu vraiment peur. Je me suis dit je me suis coupée, j’ai eu peur de dire ça à ma mère , Parce que ma mère en fait, elle m’a jamais parlé de ça [...]. Du coup quand j’ai vu ça j’ai eu trop peur, j’étais traumatisée, j’étais « C’est quoi ça ? » je pensais je me suis coupée.”

F1 : “La première fois que j’ai vu mes règles je n’ai dit à personne, même ma maman, j’ai géré comme ça. C’est quand un jour, parce que je suis musulmane, le mois du ramadan, je voyais les règles et je jeûnais aussi, je savais pas, parce que j’ai pas demandé. Un jour, j’ai entendu encore les amis disent que si tu vois tes règles tu dois pas jeûner. “

2.3.2 Contraception

2.3.2.1 Connaissances

La connaissance des femmes sur la pilule se limite quasi exclusivement au fait que cela permet de **limiter les grossesses**. On note que trois femmes ne connaissent pas le mot en français — bien qu’elles sachent à quoi cela correspond.

Comme moyens de contraception, elles citent très majoritairement la **pilule** (84%, dont seulement une sait qu’il ne s’agit pas des “vraies règles”, et une autre qu’il faut la prendre à heure fixe), l’**implant** (75%, parfois sans pouvoir le nommer), le **préservatif** (67%).

F8 : “ En fonction des comprimés seulement, tu prends les comprimés. Si tu changes la couleur, les règles arrivent. Et il y a aussi les 21 jours si tu termines la plaquette, après tes règles arrivent après tu reprends une autre plaquette mais... c’est la fiction ! (rires) C’est la fiction parce que c’est pas nos vraies règles, c’est pas notre vrai corps qui produit tout ça, ce sont les médicaments qui produisent.”

Quatre femmes connaissent le **dispositif intra-utérin**, une femme cite la **pilule du lendemain**, une autre l’**injection hormonale** tous les trois mois. Trois femmes parlent aussi de la **planification**, contraception naturelle par surveillance du calendrier pendant le mois.

F7 : “ Il y a une amie au pays, elles notent les jours de règles, et elle dit le jour là, c’est bon pour faire le rapport, et le jour là, c’est pas bien. Elle faisait ça.”

F1 : “On dit « Il faut te planifier pour ne pas tomber enceinte. » en fait.”

F2 : **E** : « ça veut dire quoi compter ses règles ?

F2 Quand tu n’as plus tes règles, tu vas compter le jour de l’ovulation.

E : C’est quoi le jour de l’ovulation ?

F2 C'est le jour où tu fais l'amour tu vas tomber enceinte. »

Une femme sait que la **pilule peut arrêter les règles**.

Une femme sait que **la contraception n'est pas efficace à 100 %**.

F6 : “Ma sœur elle a dit qu'elle avait une de ses amies, elle avait mis un implant et elle est tombée enceinte quand même. »

2.3.2.2 Représentations et croyances

Certaines femmes croient que la contraception peut rendre **stérile**.
(trois sur douze)

F9 : F9 « Et il y a des risques à la longue ?

E : Des risques comme quoi ?

F9 : Comme d'être stérile ? »

F5 : “Parce que nous, les parents nous ont fait comprendre, quand tu prenais ça, à la longue, même si tu veux un enfant, tu vas pas gagner, ça va bloquer. “

F3 : “Oui ils disent aussi, les gens en Afrique, que les gens qui prennent des pilules ils ne vont pas tomber enceinte. Ils ne vont pas avoir des enfants. Ils sont stériles. Est-ce que c'est vrai ?”

Trois femmes croient que le **dispositif intra-utérin est situé dans le vagin**, leur représentation de l'anatomie est très rudimentaire.

Une patiente a comme représentations que l'**implant contient les hormones des hommes**, c'est de cette façon qu'il a une action contraceptive.

F4 : “Oui, parce que comme mon médecin il m'a dit que avec ça il y a les hormones des hommes dedans, du coup ça change. Je sais pas.”

2.3.2.3 Expériences

La moitié des femmes ont un **ressenti positif** de la contraception, même si elles n'en utilisent pas ou qu'elles ont une expérience personnelle pas toujours bonne.

F5 : “Je trouve ça déjà bien. Non c'est bien mais moi en tout cas... pff... je n'ai jamais utilisé.”

F2 : “ C'est bien, ça évite les grossesses précoces.”

En effet, la contraception fait l'**objet d'une ambivalence**, car sa tolérance est médiocre pour la plupart des femmes interrogées, bien qu'elles trouvent cela positif de pouvoir limiter les grossesses. On note que l'appartenance à une religion semble peu interférer dans le choix ou non de prendre une contraception.

Le conjoint est parfois **un frein** à la prise de contraceptif.

F1 : « Et moi les hommes que je fréquentais aussi n'ont jamais aimé ça. Ils me disaient toujours, ils parlaient de calendrier. »

Trois femmes seulement n'ont **aucune expérience de la contraception**, deux parmi elles ont débuté les rapports avec leur conjoint actuel, dont elles sont enceintes.

Trois autres femmes utilisent la contraception naturelle par **planification**, au moyen d'une application.

F2 : “Je compte la date de mes règles, j'ai pris une fois la pilule du lendemain. Il y a l'autre jour que j'avais douté où j'ai été acheter la pilule du lendemain, j'ai été une seule fois.”

F5 : “ En fait, il y a un logiciel dans le téléphone qu'on dit « flow » maintenant il a installé ça dans mon téléphone et il y a des jours d'ovulation dans le téléphone.”

F1 : “Et moi les hommes que je fréquentais aussi n'ont jamais aimé ça. Ils me disaient toujours, ils parlaient de calendrier.”

On note que l'**arrêt total du flux, les spottings ou les ménorragies sous contraceptifs hormonaux** sont un frein à leur utilisation car les femmes ne peuvent pas contrôler la survenue de leurs règles. (67%)

F10 : “Tu peux pas compter... des fois ça vient... ça saigne beaucoup.” (à propos du stérilet)

F11 : “Je saignais beaucoup, ça me gênait trop. Je n'arrivais pas à gérer mes règles. J'ai résisté pendant deux ans, après je me suis dit « Je n'en peux plus ». Je l'ai enlevé.” (à propos de l'implant)

“Mais les comprimés là, je les ai pas pris. ([...] Je n'osais pas. Et puis mes amies qui avaient fait ça, pff... elles coulaient trop, elles voyaient trop leur règles. Elles me disaient parfois tu peux voir 3 mois sans voir tes règles, et après une fois que tu as tes règles, ça peut sortir jusqu'à un mois tu saignes. Donc du coup je n'ai pas osé.” (à propos de la pilule)

F2 : “Il y a aussi pour l'implant mais en Centrafrique si tu mets l'implant tu peux saigner parfois pendant 1 mois. C'est un peu dur, moi je n'aime pas ça parce que là-bas ça souffre beaucoup les filles.”

F1 : “On te pique une fois sur 3 mois. Donc quand j’ai pris ça, chaque jour j’avais des gouttes de sang, bon donc.....” (à propos des injections hormonales)

Celles qui ont utilisé le préservatif sont freinées par le **désagrément causé lors du rapport ou la méfiance vis-à-vis de sa fragilité.**

F4 : “C’est la capote. C’est pas bon, ça me plaît pas, c’est le lubrifiant qui est dedans c’est pas bon, quand ça rentre dans le vagin c’est pas bon. C’est pas agréable.”

F11 : “ Au début quand j’ai commencé les rapports j’utilisais les préservatifs, mais après tout le temps à chaque fois, le mari avec qui tu fais il dit qu’il n’a pas assez l’envie, ça lui enlève un peu le goût, qu’il ne sent pas assez, ça, donc du coup ça a changé.”

F1 : “Je vous ai dit le préservatif, quand ça me touche j’ai des problèmes. Ça me fait mal déjà sans. Si j’utilise le préservatif ça fait encore plus mal et après le lendemain il faudra que j’aille à l’hôpital parce que j’aurai des brûlures en fait. Donc j’ai évité d’utiliser ça.”

F6 : “Et les capotes là, ça sert à rien, après tu peux l’attraper facilement.” (à propos des infections)

“ Mais souvent, ça fait rien parce que tu vas l’utiliser et imagine après la capote ça se casse, après elle pourrait tomber enceinte.”

Une patiente choisit l’implant pour des **raisons esthétiques**, car cela fait grossir en augmentant l’appétit. Elle aimerait avoir plus de formes. Deux autres rapportent les **douleurs qu’elles ont eu à la pose de l’implant** — l’une l’a eue sans anesthésie —, une autre qu’elle trouve que c’est **trop visible**.

F3 : “Moi j’ai vu ça chez une jeune fille là, tellement qu’elle est claire, elle l’a mis ici là, j’ai vu ça je lui ai demandé.”

Une patiente rapporte les **oublis sous pilule**.

Cinq patientes évoquent les **douleurs** sous contraceptif, trois avec l’implant et deux avec le stérilet.

F4 : “Et ma mère, elle a dit que c’était pas bon parce que elle elle avait ça avant, elle dit que ça fait qu’on a des règles qui font très mal et qui coulent beaucoup, du coup j’ai peur de ça.”

Pour trois femmes la contraception a été **découverte ou utilisée pour la première fois en France**, elles le mettent en lien avec le tabou qui persiste en Afrique et les difficultés d’accès à la contraception.

F9 : “Ici je vois bien, à 16 ans tu peux commencer à en parler à ton enfant [...]. Mais au Gabon c’est pas ça, il y a beaucoup de grossesses précoces. Moi personnellement, quand je suis tombée enceinte à 17 ans, c’était un sujet que je maîtrisais pas trop, ça j’en avais entendu parler mais pas trop en fait [...]. Je pense que c’est plutôt un manque de connaissance, il y a l’accès c’est vrai, c’est payant, c’est pas gratuit comme ici. Je pense qu’il faudrait éveiller les consciences, un rabais du prix de la contraception, ou bien même gratuit pour une certaine tranche d’âge. Je pense que si, ça éveillerait les jeunes à la question de la contraception.”

F8 : “Après la contraception, là-bas c’est pas ça, là-bas on en parle pas, la contraception. C’est en France que je suis venue à connaître la contraception, que je venue à l’utiliser, en Afrique non.”

A l’inverse, une autre femme en France a eu une **mauvaise information sur la contraception** et n’y a pas du tout adhéré. Elle a aussi un niveau de français assez pauvre.

F12 : “Oui on m’a proposé la pilule. J’ai dit ok, mais, j’ai pas... comment dire ? J’ai pas cherché. J’ai pas cherché à la pharmacie... j’ai oublié complètement la pilule là.”

Cinq femmes racontent qu’elles ont déjà réfléchi à la **contraception post-accouchement**. L’une d’entre elles raconte notamment la tradition de son pays qui oriente son choix de ne pas en prendre.

F3 : “Chez nous on dit quand tu viens de naître un bébé, il faut que tu fais 40 jours sans l’homme Les hommes africains ici, ils savent ça. Ils pratiquent aussi.”

2.3.3 Corps de la femme

Les connaissances sont très pauvres. **Très peu de vocabulaire** ressort des entretiens. Le mot “utérus” n’est jamais cité, le “vagin” deux fois seulement, le “clitoris” une seule fois.

Parmi les femmes excisées, elles ne savent pas nommer le clitoris, ne connaissent pas le fonctionnement de cet organe.

Deux femmes expliquent le mécanisme de la procréation, tel qu’elles l’ont vu sur une vidéo explicative YouTube.

Dans les transformations du corps liées à la grossesse, l’une rapporte l’impact négatif que cela a eu sur sa sexualité.

2.3.4 Les rapports sexuels

S'agissant de la connaissance, les femmes peuvent dire que le rapport sexuel est le moyen utilisé pour **concevoir** un enfant.

Il ressort que seulement cinq femme sur douze en ont un **ressenti positif**.

Pour ces cinq femmes, le **plaisir** est une dimension importante de la sexualité.

F9 : “Parce que c’est un moment de complicité, c’est un moment agréable. On se sent proche de l’autre et puis on oublie un peu tous les problèmes.

F11 : “Ça donne une sensation et puis une joie aussi des fois. Des fois, les douleurs aussi, tout ce qui s’ensuit quoi.”

La notion de **compatibilité** avec le partenaire ressort dans quatre entretiens.

F8 : “On est pas tous... forcément compatibles. Y a une marge d’hommes qui peut être compatible avec moi et une marge qui est pas compatible, qui change. (rires). Normalement si ça ne fonctionne pas sexuellement, bah oui... même si on en parle, ça va pas changer toujours. “

F7 : “Oui, s’il n’y a pas le plaisir, moi je lui dirai quand il vient vers moi il me satisfait pas. Moi, je vois des cas pareils, si un homme il satisfait pas sa femme, la femme sort voir quelqu’un d’autre qui le satisfait. Donc je ne veux pas que ça arrive, moi avec lui.”

Une femme évoque le **besoin physique** d’avoir des relations sexuelles sinon elle ne se sent pas bien.

Au moins quatre femmes interrogées ont subi une **mutilation sexuelle féminine** dans l’enfance ou l’adolescence. On note que pour chacune d’elle, l’excision pourrait expliquer leurs difficultés mais elle ne peuvent pas l’affirmer. Elles rapportent toutes des **rapports sexuels douloureux, une absence de plaisir, un manque d’excitation, et avoir des rapports pour faire plaisir à leurs conjoints**. L’une évoque aussi des **hémorroïdes** qui la font beaucoup souffrir.

F3 : “Nous les femmes on dit que c’est pas bon, quand tu es excisée tu vas pas connaître le goût du rapport et moi ça je ne connais pas le goût. Pourtant d’autres femmes disent que quand tu commences à faire les rapports, tu vas pas cesser. Tu vas beaucoup aimer. Pour moi, c’est le contraire. Je me dis peut-être que c’est l’excision qui m’a fait ça.”

“C’est obligatoire hein, dans la couple, même si la femme n’aime pas, tu es obligée de faire parce que tu l’aimes aussi. Tu peux pas le voir souffrir quelque chose.”

F7 : “ Je pense que tous mes problèmes là, c’est dû à l’excision.”

“Parfois ça me fait mal, j’ai envie de pleurer, de crier comme ça. Quand il y a du bien aussi. Parfois ça m’arrive, quand il me touche comme ça, ça me fait du bien. C’est bien quand même. Pas la colère.”

“Parfois j’hésite d’aller en pharmacie acheter les médicaments excitants parce que moi je ne suis jamais excitée, jamais.”

“Lui, il vient toujours pour faire un rapport mais moi jamais je viens vers lui pour cela. C’est toujours lui qui vient vers moi et puis parfois... il se trouve que j’ai pas envie de faire. Mais comme je l’aime, je lui fais plaisir.”

F1 : “J’ai des problèmes par rapport à ça, je me disais que c’est une maladie, ou peut-être parce que je suis excisée, je sais pas, à chaque fois que j’ai une relation sexuelle, j’ai des problèmes. J’ai toujours mal.”

“Je le fais à cause de mon partenaire, pas parce que j’ai envie de le faire.”

“Moi je fais pas l’amour parce que je veux le faire, je suis jamais excitée, peut-être je le fais parce que mon partenaire veut le faire [...]. A chaque fois que je fais l’amour j’ai des problèmes, j’ai toujours mal. Il n’y a pas autre chose que la douleur.”

Quatre autres femmes, non excisées, rapportent des **douleurs lors des rapports**. L’une d’entre elle dit se forcer aussi parfois pour son conjoint.

F11 : “Pourquoi parfois c’est bien, parce que des fois tu as vraiment envie de le faire, parfois tu n’as pas envie de le faire, mais pour satisfaire avec qui tu es tu peux te sacrifier pour le satisfaire aussi. C’est pour ça des fois c’est pas bon.”

2.3.5 Maternité et accouchement

Les connaissances sont très peu développées durant les entretiens.

Trois femmes citent la **péridurale** lors des accouchements, deux d’entre elles ont déjà accouché lors d’une première grossesse.

Une patiente rapporte le déroulement de l’accouchement tel qu’elle l’a vu sur une vidéo YouTube.

Concernant leurs expériences, quatre femmes avaient déjà eu une à plusieurs grossesses avant la présente grossesse. On compte notamment au moins une grossesse précoce à 17 ans, et un accouchement à domicile douloureux.

Deux femmes rapportent une expérience de **l’interruption volontaire de grossesse**. L’une retient des douleurs qui la

traumatisent encore, l'autre qui après son IVG a vécu une fausse couche, retient surtout la fausse couche qui est plus traumatisante pour elle, car elle l'a subie, contrairement à l'IVG qui était choisie.

F4 : “ Ils ont avorté le bébé [...], j'ai pleuré, j'étais triste. Et après j'ai dit ça va aller, c'est la vie.”

F8 : “Le fait que le cœur de l'enfant se soit arrêté de battre tout seul je n'ai pas supporté. C'est pour ça j'ai dit non je peux pas. Je peux pas me lever encore, aller me faire avorter, sachant que je ne sais pas de quoi est fait demain.” (à propos de sa fausse couche spontanée et de son choix de ne pas interrompre la grossesse actuelle)

Une patiente raconte les **méthodes traditionnelles** utilisées dans son pays pour favoriser les grossesses.

F8 : “Il y a des feuilles qu'on donne pour que la femme fasse bouillir, il y a les massages du ventre, des trucs qui nettoient le ventre.”

2.4 La vie de femme au sein de la société

2.4.1 Positionnement

2.4.1.1 Place de la femme et place de l'homme

Dans la moitié des discours écoutés, l'idée que **la femme et l'homme sont égaux** ressort.

F8 : “Parce que toute façon les hommes, ils sont pas très différents de nous (rires). Ils sont pas très différents de nous. J'aime bien être une femme. Les hommes ils ont leurs galères, les femmes on a nos galères aussi [...], c'est tout le monde travaille, les hommes comme les femmes.”

F4 : “Oui, je travaille comme les hommes, je peux faire tout, moi je suis forte.”

En général, cela s'accompagne d'une **critique de la mentalité de leur pays** où l'on veut leur faire croire que la femme est inférieure à l'homme et notamment qu'elle ne travaille pas.

F9 : “ Il y a une trop grande dépendance aux hommes en fait. C'est voilà. C'est un vrai problème. Les femmes sont trop dépendantes des hommes. Elles ne se disent pas « Tiens, j'ai tel projet personnel. »

“En Afrique en général la mentalité des relations humaines, c'est différent. Là-bas, une femme qui ne travaille pas, c'est normal. Ce sont les femmes qui imposent tout aux hommes tandis que ce sont eux qui vont travailler.”

F3 : “ L’homme blanc s’occupe très bien de sa femme, ici tu vois prend les couchettes de l’enfant accompagne, la maman est à la maison. Nous les hommes africains, on ne fait jamais ça. Aller cuisiner, c’est femme, si l’enfant est malade c’est femme, si l’enfant doit aller à l’hôpital, c’est femme. Mais les hommes blancs eux font tout. Tout ce que les femmes peuvent faire, ils font. C’est pas le cas chez nous.”

F4 : “Parce que les gens, ils ont pitié des femmes plus que les hommes, parce qu’ils pensent que nous on est inférieures, on a pas beaucoup de force comme les hommes.”

F1 : “ Moi je disais, avant que je n’aie l’âge-là, quand j’étais petite je préférais être homme que femme. Parce que la réalité du pays, les femmes ne sont pas bien traitées en fait, même dans les familles, la priorité c’est aux hommes [...], parce que si Dieu me demandait, j’allais devenir comme un homme parce que toutes les responsabilités, c’est aux hommes en fait, pas avec les femmes.»

F7 : “ Chez nous au pays, c’est les hommes qui fait tout, les hommes qui partent travailler, les femmes ne travaillent pas, c’est vraiment rare le cas ou tu es diplômée, tu peux pas travailler chez nous.”

Seule une femme fait remarquer que l’homme est supérieur à la femme par sa **force physique**.

F3 : “ Ici ils disent que tout ici est égal. Ce que l’homme peut faire la femme aussi peut faire. Mais les hommes ont plus de force que des femmes. Un homme peut avoir 60 ans, 80 ans, il travaille, il est mûr. Mais une femme à 50 ou 60 ans, même marcher maintenant c’est difficile. L’homme peut avoir beaucoup d’âge mais il continue à travailler. Il y a beaucoup de différences entre les hommes et les femmes.”

Dans les comportements, la moitié des femmes expriment l’idée qu’un **homme a forcément beaucoup de relations sexuelles**, et donne **beaucoup d’enfants à des femmes différentes**. Pour certaines c’est décevant, pour d’autres c’est normal. Une femme relève aussi que son conjoint est immature.

F8 : “ Parce que ici y a beaucoup d’hommes, ils ont fait des enfants avec des femmes et du coup ils sont plus avec les femmes mais de temps en temps ils ont des relations sexuelles avec les femmes en question.”

F3 : “C’est le rôle des hommes d’avoir plusieurs femmes, car c’est leur rôle d’avoir beaucoup d’enfants, même s’il n’a pas le moyen de les nourrir.”

F4 : “Beaucoup les hommes Nigeria [...] ils ont plus que 7 copines. En France aussi, ils ont de femmes à Lyon, à Paris...”

F6 : “C’est impossible de voir un homme tout seul [...], aussi la maturité, c’est très différent. Parce que les hommes en fait ils grandissent pas vite dans leur tête. Nous les femmes on grandit plus vite en maturité, on comprend mieux les choses. Les hommes, ils sont comme des bébés, ils ne comprennent rien.”

Parfois, le discours est manichéen : **les hommes sont soit gentils, soit méchants.**

F2 : “Il y a les hommes qui sont toxiques et il y a les hommes qui sont bien. Par exemple s’il n’est pas gentil avec moi je ne peux pas tomber enceinte de lui.”

F4 :” Beaucoup les hommes Nigeria, ils sont méchants. Il y a des hommes là-bas qui sont là pour manger l’argent des femmes. Tu travailles, il prend ton argent.”

Par ailleurs, deux femmes sur douze rapportent que la femme, elle, doit être **mariée et s’occuper du foyer familial**, son rôle est de “préparer”. Elle ne travaille pas. Dans le discours, on perçoit un principe immuable.

F3 : “On te dit quand tu meurs tu n’es pas mariée, ce n’est pas bon pour une jeune femme. Une femme doit avoir un mari, il y a trop de choses, ça vient de notre continent. Toutes les filles doivent se marier. Ils vont te dire sinon que tu es une prostituée qui veut pas se marier [...]. Chez nous, la tradition ils disent que quand tu meurs tu n’es pas mariée ce n’est pas bon.”

“Tu vas voir l’homme africain, il est assis à la maison, même si le bébé pleure, la femme est occupée, il va pas se lever. Il va dire « Ton enfant pleure, viens prendre ton enfant. » Comme si lui, c’était pas son enfant !”

“Je ne sais pas si on pourrait changer ça. On est élevé dans ça. C’est le caractère.”
“C’est les femmes qui nourrissent leur mari.”

F7 : ”C’est les hommes qui chassent, qui rapportent le manger à la maison, les vêtements pour les bébés, les enfants. Les trucs comme ça. La femme elle s’occupe pour la maison.”

Deux autres femmes sont marquées dans leur histoire par la **privation de liberté de déplacement** qui leur est imposée, contrairement aux hommes qui peuvent circuler librement.

F6 : “Il y a juste un seul garçon. Lui en gros on le surveille pas beaucoup parce que lui c’est un homme. Et du coup les hommes comme les femmes, c’est pas pareil. Ils disent non, ils tombent pas enceinte. C’est les femmes qui sont pires pour mon père. Oui parce que même quand on sort, il surveille. Du coup bah on sortait presque jamais, du coup chaque fois maison-école, maison-école.”

F1 : “Parce que moi, mon papa n’acceptait pas qu’on sorte, et quand les frères nous voient avec un homme on nous bastonnait.”

2.4.1.2 *Place du couple*

Sur le plan personnel, depuis leur arrivée en France, le fait de **vivre en couple est positif** (six femmes sur douze). Elles découvrent la vie à deux au quotidien. Le conjoint joue le rôle de **confident et de soutien principal**, tant sur le plan matériel et financier que psychologique. Il est intéressant de noter que la notion d'amour dans le couple ne ressort pas dans leurs discours. Une femme seulement a une image négative du couple.

F8 : “J’aime bien être en couple, je préfère être en couple au lieu d’être seule, parce que.. quand même tu dors bien (rires). Surtout si la personne est attentionnée, mais si c’est les machos... là non. [...] Je dis c’est quand même bien, quand la personne se réveille le matin, la personne pense que tu es là, quand même tu touches quelqu’un, c’est quand même bien d’avoir ce contact-là au lieu d’être toute seule et du coup j’ai un peu pris goût (rires).”

F3 : « Ce qui est positif dans ma vie aujourd’hui... j’ai un mari qui s’occupe de moi, on vit ensemble, c’est ça seulement qui est positif d’abord, tous les autres sont négatifs.

(E) Et pourquoi ça vous rend heureuse d’être en couple ?

F3 : Parce que l’homme dont je vis je l’aime beaucoup, il m’a beaucoup aidée aussi. Tout ce que je lui demande, s’il a, il donne. Malgré s’il travaille pas. Partout où je vais il m’accompagne. »

F5 : “ D’abord c’est lui... d’abord ton ami, c’est à lui que tu vas te confier, lui à qui tu dis tout, y a pas de secret quoi.”

F7 : “ C’est de partager quelque chose où tu ressens... Par exemple quand je suis avec mon compagnon, quand il me fait quelque chose, je partage mes malheurs mes bonheurs avec lui [...] parce que moi je n’ai rien comme aide. C’est lui qui nous aide, moi avec ma fille. C’est pourquoi j’ai décidé de nous mettre ensemble parce qu’il nous aide.”

F2 : “Parce que je suis venue ici, il y a personne et j’ai seulement envie d’être en couple c’est ça.”

Pour plus de la moitié des femmes interrogées, il ressort que l’**indépendance** est nécessaire dans le couple et la liberté de choisir son partenaire.

F8 : “Vaut mieux être seule que mal accompagnée.”

F5 : “Peut-être moi par exemple, je pouvais décider de ne pas être en couple parce que je le veux, d’autres aussi peuvent être en couple parce qu’ils le veulent.”

F7 : “Parce que, ici, il faut être indépendant. Par exemple, en ce moment avec mon compagnon, il travaille et il me donne de l’argent mais il faut que moi aussi je travaille, gagner pour moi.”

F4 : “Si ça marche, c’est bon, si ça marche pas, c’est bon, mais moi je veux que ça marche entre nous.”

F2 : “C’est important si tu trouves la bonne personne, c’est important.”

L’une d’entre elles raconte l’expérience négative de l’**image du couple de ses parents** et *a contrario* deux femmes évoquent la figure d’amour du couple parental.

F8 : “Je voyais relation entre un homme et une femme, ça sert à quoi de se mettre ensemble, perdre le temps pendant 10 ans, aligner les enfants. On dirait des escaliers, si c’est pour se séparer à la fin ça sert à quoi ?”

Au moins quatre femmes n’ont **pas confiance envers les hommes** et redoutent leurs **infidélités**.

F8 : “Mais en même temps, c’est pas comme si je m’investissais pas, mais le problème c’est la confiance. J’avais pas confiance en moi, et du coup j’avais pas confiance aux hommes, et pire quand je vois le serpent, il commence. [...] parce que moi je suis une personne, en amitié comme en amour, je suis quelqu’un de très fidèle et j’aime pas les serpents. [...] Pour éviter de souffrir, je préfère prendre la fuite, tranquille.”

F4 : “Parce que moi j’étais avec quelqu’un qui me trompe tout le temps, il n’était pas fidèle, ça me fait pleurer tout le temps, tout le temps. Mais maintenant ça va, avec la personne que je suis avec, non il me trompe pas. C’était ça.”

F11 : “Y a les hommes qui peuvent te connaître aujourd’hui, le lendemain ils t’abandonnent”

Une femme est issue d’une **famille polygame**, elle décrit cela comme un phénomène normal au sein de la société dans laquelle elle évolue, mais elle explique qu’elle est contre à cause des problèmes liés aux **infections** et à la gestion du foyer, lorsque l’homme décède.

F3 : “Avec la polygamie, tu auras beaucoup de problèmes, avec les femmes, les enfants. Quand tu épouses trois femmes, quatre femmes, l’homme se couche et meurt, laisse ses enfants, d’autres même. Leurs enfants peuvent rien faire, les femmes ne sont pas d’accord. Ce n’est pas un bon foyer.”

“C’est ça le danger de la polygamie hein. Tu peux avoir des maladies. Parce que si l’homme a une maladie toutes les femmes vont gagner la maladie.”

L'idée que l'exclusivité dans le couple est nécessaire pour **prévenir des MST** apparaît aussi dans les arguments des femmes qui souhaitent un mariage monogame. Elles sont cinq à dire que le **mariage est important pour le couple**. Elles avancent en premier lieu que cela protège de l'infidélité et parfois aussi permet de quitter le foyer familial.

F4 : “Bah c'est important d'être mariée avec quelqu'un, parce que je vais voir que lui il me trompe pas parce qu'on est mariés maintenant, mais si on est copain et copine, moi je vais dire peut-être il me trompe par derrière. Si je suis mariée avec la personne, je vais donner tout de moi, faire tout. Je vais faire confiance.”

F6 : “ C'est pour éviter de ne pas avoir plein de maladies, infections que tu peux attraper au niveau du bassin. T'as toujours peur d'aller voir ailleurs, d'aller voir d'autres garçons. Tu sais pas ce que eux ils ont fait avec d'autres filles, tu sais ce qu'ils peuvent te donner comme autres infections. Et puis il y a le Sida là, il y a plein de maladies qui existent, donc t'as peur. Et les capotes là, ça sert à rien, après tu peux l'attraper facilement. Je me suis dit « Non c'est mieux que je me marie”.”

2.4.1.3 Place de l'enfant et de la maternité

Une des patientes raconte sa croyance de l'enfantement comme une nécessité si l'on veut laisser une **empreinte** et, inversement, la **stérilité comme une damnation**.

F8 : “Ton enfant c'est ta trace que tu laisses sur la terre. Tu meurs mais tu laisses quelque chose qui prouve que tu es passée sur la Terre. Mais si tu meurs et que tu as pas laissé un enfant, ah oui après tu disparais pour toujours [...]. Là-bas quand tu as pas d'enfants, le regard des gens, tout ça c'est comme si tu étais stérile [...]. Le but premier quand Il a créé le sexe, c'est pour que l'homme et la femme puissent se multiplier. Une femme qui n'arrive pas à donner naissance c'est une honte.”

Pour deux femmes, on relève que l'enfant vient combler un **vide affectif**.

F3 : “Quand tu as un enfant, c'est comme si tu as une copine à côté de toi, oui.”

F2 : “ Oui, c'est important puisque je suis seule ici, donc comme ça si j'ai un enfant... [...]. Ça m'aide parce que le bébé ça peut être ma famille aussi. Ça aide beaucoup de choses.”

La maternité et l'enfant sont associés à la question du mariage, **une grossesse hors-mariage étant mal vue**. (cinq femmes sur douze)

F4 : “Au Nigeria non, ils veulent que vous êtes mariée d'abord, et pour eux c'est la honte d'être enceinte quand t'es jeune. Eux ils veulent plutôt que tu fasses

toutes tes études et tu fasses tes études, tu atteignes l'âge d'abord, c'est pas à l'âge de 15 ans. Peut-être à partir de 18 tu peux être mariée, tu peux faire un enfant maintenant.”

F11 : “Ouais mais surtout quand tu es mariée. Quand tu n'es pas mariée on te bannit directement. [...] Donc là jusque-là, je n'ai même pas dit à ma tante que je suis enceinte...”

F6 : ” Je viens avec une grossesse à la maison, mais je suis morte hein. “

F1 : “ Donc mon papa me disait toujours, quand quelqu'un tombe enceinte ici, soit il va tuer la personne, soit il va se suicider. [...] Elle était tombée enceinte, on l'a chassée de la maison.” (en parlant de sa sœur)

2.4.1.4 Place de la famille

La **famille met souvent une pression forte** sur les femmes : se marier, avoir un enfant pour avoir une place dans la société, rapporter de l'argent pour les membres restés au pays, respecter la polygamie...

F1 : “Toute la famille met tout sur la fille.”

F8 : “Normalement une femme qui n'a pas eu d'enfants là-bas, parfois même tu ne pas te marier car tu n'as pas fait d'enfants, ou alors tu es déjà mariée mais la famille de l'homme va chercher une autre femme. Là-bas tu peux être rejeté ou sujet de moqueries de la part des amis, de la famille.”

F3 : “Moi je l'ai dit quand on a trouvé ça dans notre famille, affaire de polygamie là. Donc moi je ne peux rien. Je ne peux pas le convaincre. Même si lui il ne veut pas, il a sa famille là-bas et peut épouser une femme là-bas et lui demander de donner de dépenser cette femme-là.”

Les **valeurs transmises par l'éducation familiale** sont importantes, tout comme le respect du schéma familial classique : le père et la mère, mariés, ont des enfants. Cette idée ressort dans quatre discours et est une fierté pour quatre d'entre elles.

F9 : “Il y avait de la fidélité, mes parents ont toujours été carrés sur la façon de se comporter, savoir écouter l'autre. [...] Mes parents m'ont donné un bon exemple.”

F4 : “Et rester dans la famille avec mon mari, mes enfants, parce que c'est très important d'élever tes enfants avec leur papa. [...] Moi je ne veux pas faire ça, parce que moi j'ai été élevée avec mon père et ma mère, ils m'ont appris les choses.”

On note que dans près de la moitié des entretiens, le père occupe une place importante. Sa posture varie : soit les femmes ont une **très grande proximité avec lui**, qui assure le rôle de protecteur, soit il est distant et associé à la **sévérité et l'autorité**. Parfois aussi, les deux sont intriqués.

F4 : “C’était le meilleur ami pour moi, on était très proches. Il était intelligent tout ça, il était comptable. [...] C’est lui qui me conseillait à l’école. Il me disait « Ma fille, tu vas faire, je sais que tu peux faire. » et quand je fais ça, devant tout le monde, il m’applaudissait il disait « Voilà ma fille c’est ma fille ! ”.”

F6 : “ Ah non avec mon père il était vraiment dur. Il était vraiment compliqué. Il disait tout le temps, va voir à l’hôpital si t’es pas enceinte, si t’as pas quelque chose, si t’as pas fait les rapports.”

2.4.1.5 Place de la loi

Trois femmes témoignent du **sentiment de liberté et de sécurité** qu’elles ont trouvé en France, par rapport à leur pays d’origine. Elles sont marquées dans leur histoire personnelle par le **manque d’accès aux droits** qui persiste souvent dans la société qu’elles ont quitté.

F3 : (suite à des violences sexuelles au sein de la famille) “Je suis partie à la police, j’ai déclaré et ils ont dit qu’ils peuvent pas se mêler de ça, que c’est un problème de famille. C’est à nous de régler ça. [...] Mais ici je me sens libre, je me sens en sécurité, parce que ici je sais que personne ne peut me faire de mal. Ici il y a la loi et on considère les êtres, ici, par rapport à chez nous. La loi tout le monde l’applique, c’est trop important.”

F7 : (à propos de l’excision, elle a deux filles dont une restée au pays, l’autre est avec elle en France) “C’est pourquoi j’ai fait la demande de protection pour ma fille. Pour ne pas qu’elle subisse ça. Parce que chez nous, en cas de voyage, ma fille on l’a même excisée encore. Deux ans, on m’a appelée en me disant qu’on lui avait fait l’excision à ma fille. J’étais énervée, je ne pouvais rien faire. [...]’ai subi l’excision, je ressens les douleurs. Ça va arriver à ma fille, ça va lui arriver.”

F1 : (après avoir été manipulée très gravement par un médecin dans son pays) “Mais où se plaindre ? À qui dire ? Donc je gardais toujours la haine contre le docteur mais je pouvais rien faire en fait.”

(En France, aujourd’hui) “Je peux pas dire que je suis 100% heureuse mais je peux dire à 90% je suis heureuse parce que y a personne qui me menace, j’ai l’esprit tranquille, donc je circule comme je veux, tout ce que je fais ça vient de moi, personne ne me dicte, donc je me dis que ça va beaucoup quoi.”

2.4.1.6 *Place du travail et des études*

Pour plus de la moitié d'entre elles, il se dégage de leur discours que le **travail est nécessaire**, à la fois pour l'**épanouissement personnel**, mais également dans l'**accès à l'égalité entre femmes et hommes**. Beaucoup parmi elles ont une mère qui travaille et les autres critiquent le fait que leur mère n'ait ou n'avait pas de ressources. Trois femmes parmi elles critiquent le problème de dépendance des femmes aux hommes sur le plan matériel.

F3 : “ J’ai l’amour du travail.”

F4 : “Le rêve pour moi c’est d’avoir un bon métier. Aller à l’école d’abord et avoir un bon métier.”

F1 : “J’aimerais moi aussi travailler un jour, j’aimerais suivre des formations pour travailler, c’est mon souhait le plus ardent [...]. Rester comme ça sans rien faire c’est ce qui m’angoisse. Si je pouvais avoir des formations.”

F9 : “ Avoir un situation régulière tout d’abord et puis avoir un travail pour trouver l’équilibre parfait dans le couple, pour que l’on avance pour que l’on ait des projets. Oui parce que ça c’est quand même un handicap.”

F7 : “Parce que ici il faut être indépendant. Par exemple, en ce moment avec mon compagnon, il travaille et il me donne de l’argent mais il faut que moi aussi je travaille. Gagner pour moi, parce qu’il y a ma famille au pays, ils n’arrivent pas à satisfaire tout le monde ici et au pays.”

Cette valeur du travail et de la réussite a été **transmise par l’éducation** (quatre femmes sur douze).

F8 : “J’ai pas atteint mes objectifs, à l’âge que j’ai. J’ai 33 ans et j’ai pas atteint les objectifs que je m’étais fixés. Du coup mon petit frère travaille, mon grand frère travaille, mes grandes sœurs travaillent. Parce que c’est l’éducation qu’on nous a donnée. C’est pas tu es assise à la maison et tu attends, non, non c’est tout le monde travaille.”

F2 : (à propos de son père) “Il n’était pas d’accord, il voulait que je continue mes études, il veut pas que je me marie de force.”

Pour quatre femmes, les **études sont, elles aussi, importantes**. Une femme a quitté le Niger pour rejoindre un trafic de prostitution dans l’espoir de pouvoir faire des études, une autre raconte l’importance d’être impliquée dans la vie civique de son pays, une autre encore espère, par les études, pouvoir occuper des postes à responsabilités.

F4 : “ Moi je connais beaucoup de personnes quand ils ont eu leurs papiers ils ont commencé à travailler, moi j’ai dit « Non je vais aller à l’école ». C’est moi qui a choisi ça. C’est ça que je veux dans ma vie.”

F1 : “Quand j’en parlais avec les amis, j’ai su, quand tu te forces à étudier, même si ta famille accepte pas, tu peux aboutir à des objectifs, tu peux avoir des postes à responsabilité. C’est à ce moment que j’ai accepté d’être une femme.”

2.4.1.7 Place de Dieu et de la religion

Dans quelques discours, on note une **dimension spirituelle** importante dans les représentations. Leurs croyances s’appuient sur l’idée que Dieu a voulu les choses ainsi et s’accompagnent d’une acceptation résignée des événements de la vie.

Cette dimension revient notamment dans la réponse à la question :

“Que pensez-vous du fait d’être une femme ?” ou encore dans l’évocation de la maternité.

F7 : “Dieu m’a créée comme ça, je l’accepte.”

F6 : “Dieu m’a créée comme je suis. [...] Moi je suis contente que Dieu m’a créée comme ça. [...] En fait on dit que c’est Dieu qui donne un bébé”

F8 : “Dieu a créé Adam et Ève, l’homme et la femme [...]”

On ne note dans presque aucun des entretiens une position sur l’un des sujets abordés (la contraception, le mariage, la sexualité...) explicitement lié à une croyance religieuse.

Il semblerait que ce ne soit pas le premier frein à l’inobservance dans la contraception par exemple.

2.4.2 Difficultés dans la vie de femme

2.4.2.1 Langue

La barrière de la langue peut donner un **sentiment d’exclusion par manque de compréhension**.

F4 : “Comme je parle pas bien français, bah euh, je sais pas comment je vais dire, si c’est un truc raciste. [...] Euh ils parlent pas avec moi. Toutes les filles blanches de notre classe, ils me parlent pas. Je suis toute seule dans mon coin.”

F1 : “ Je me disais d’abord, y a une différence, même dans la façon de parler des fois, quand je vais à des rendez-vous parfois, comment eux ils parlent c’est pas

facile pour moi de comprendre. Avant ça me dérangeait beaucoup, mais maintenant ça me dérange pas.”

2.4.2.2 *Racisme*

Deux femmes racontent des **comportements qu’elles ont perçus comme racistes** : à l’école, de la part de certains des professeurs et camarades de classe ou dans le tramway.

F4 : “Et il y a le prof aussi qui font des choses qu’ils ne font pas avec les Blancs. Ils font ça avec moi. C’est très difficile pour moi.”

F1 : “Quand je suis dans le tram, je vois des vieilles femmes blanches, que tu te lèves pour qu’elles s’asseyent elles refusent, mais quand une Blanche se lève, elle s’assoit. J’ai vu tout ça, je dis c’est comme ça, la vie c’est comme ça, je l’accepte.”

2.4.2.3 *Isolement affectif*

En France, elles ne peuvent pas solliciter d’**aide extérieure**, à la différence de leur pays d’origine où tout le monde s’occupe du nouveau-né (trois femmes sur douze).

F1 : “Quand tu tombes enceinte dans mon pays d’origine, tu as beaucoup de soutien [...] parce que même si tu arrives à mettre ton enfant au monde, tu as peu de temps avec ton enfant, tout le monde veut t’aider avec ton enfant, et ce que j’ai remarqué en France c’est le contraire en fait. En France tu es seule avec ton enfant mais tu as tous les soins en fait.”

Près de la moitié d’entre elles confient qu’elles n’ont “**pas d’amis**” en France et se trouvent très seules, l’éloignement familial pouvant peser aussi dans le sentiment d’isolement.

F4 : “ Mais comme j’ai pas de personne ici, j’ai pas ma mère ici. “

Certaines femmes ont laissé un **enfant ou plus au pays** et vivent séparées d’eux, parfois sans nouvelle.

F7 : “Mon premier rêve c’est qu’elle vienne à côté de moi. Lorsque j’étais au pays, une seconde de me séparer avec elle, je n’ai pas fait. Je n’ai pas fait. Même en une minute, on était tout le temps ensemble, elle était collée à moi comme ça.”

Quatre femmes sont soit **célibataires** soit en **relation conjugale instable** alors qu’elles sont enceintes.

F12 : “On vit pas ensemble. Lui, il habite à Nantes avec... comment je peux te dire ça, avec sa copine.”

2.4.2.4 Précarité sociale

La très grande majorité des femmes est en **situation instable avec un sentiment d'illégitimité sur le territoire français** : demande d'asile en cours, attente d'un titre de séjour, obligation de quitter le territoire... Une seule dit avoir obtenu un titre de séjour pour 10 ans.

F3 : “ Je ne suis pas acceptée d'abord en France, j'ai des rendez-vous, tas de convocations. Ça m'inquiète beaucoup toutes les convocations là.”

F7 : “Beaucoup, il y a le problème des papiers ici, ça fait longtemps que je fais des procédures de papiers et j'ai des amis qui ont eu les papiers là, et je vois tout ça, ça me met en colère.”

F2 : “Ce qui est difficile c'est mes papiers et là où je suis hébergée, parce que le père de mon enfant il a fait une demande et on a pas encore répondu pour la maison.”

L'absence de papiers empêche de **travailler ou d'accéder à des formations** ce qui est souvent perçu comme une grande difficulté, entraînant de ce fait une **oisiveté** qu'elles supportent mal pour certaines.

F1 : “Rester comme ça sans rien faire c'est ce qui m'angoisse. Si je pouvais avoir des formations [...] même le bénévolat j'ai dit, pour ne pas rester à rien faire.”

F9 : “Actuellement je dirais, ce qui est le plus difficile en tant que femme c'est de ne pas travailler, ça c'est difficile. Parce que quand t'as un mec à la maison qui travaille, il gère tout, il fait tout, c'est embêtant de rester à rien faire.”

Le **logement** est très souvent instable pour la majorité, soit elles dorment chez des “hébergeuses” rencontrées à Nantes dans la rue, soit elles sont logées par le 115 et déménagent très régulièrement, soit elles vivent avec leurs conjoints dans des colocations ou dans des squats. **La grossesse et l'arrivée d'un enfant compliquent une situation déjà très précaire.**

F12 : “ Depuis que je suis arrivée en France, c'est une dame qui me prend, qui me dit où je dois dormir... et là elle m'a dit je vais chercher là où je dois aller parce que là je vais bientôt avoir un bébé, elle peut pas me garder. [...] Je connais pas où je vais aller. J'ai pas de solution.”

F4 : “Vu que je suis enceinte, ça ne se passe pas trop bien pour moi. Faut que eux ils trouvent une solution pour m’héberger, parce que je ne peux pas rester là-bas avec le bébé.”

F1 : “Ils m’ont logée aussi deux mois, mais avant de quitter le squat j’avais laissé mon numéro déjà donc quand on est venu on a donné le numéro au 115. Actuellement c’est 115 qui m’a logée, à l’hôtel.”

Deux patientes font part de leurs **difficultés financières et alimentaires**.

F12 : “[...] parce que je suis arrivée ici je connaissais personne... c’est très difficile pour moi, comment je vais manger, j’ai pas de ressource ni rien... je vais aux restos du cœur sinon je mange pas... tout ça, ça se passe pas bien.”
(à propos de sa grossesse actuelle, a déjà une fille) “Parce que le bébé là, c’est une garçon. Si c’est une fille là j’ai les habits [...], mais là garçon faut que je cherche les habits pour elle, donc c’est très compliqué, voilà c’est très compliqué pour moi.”

2.4.2.5 Relations aux hommes

Deux femmes excisées expriment très rapidement la difficulté liée à leurs douleurs lors **des rapports sexuels** dans le quotidien, avec un impact pour le couple.

F7 : “En tant que femme, lorsque je suis avec le papa de ma fille là, je me sentais pas bien en amour, parce qu’au lit moi je ne sens rien comme amour. Des trucs comme ça. Je ne sais pas ce qu’on appelle l’amour au lit. Je ne sens pas ça.”

Une autre femme supporte mal la **dépendance matérielle** vis à vis de son conjoint.

F9 : “Je pense qu’actuellement en tant que femme c’est ce qui est le plus difficile quoi. De toujours dépendre de l’homme s’il y a besoin ou voilà. “

2.4.2.6 Corps de femme et grossesse

Trois femmes rapportent les **règles douloureuses** dans leurs difficultés du quotidien en tant que femme.

Quatre femmes évoquent les difficultés en lien avec leur grossesse : **l’angoisse de l’arrivée du bébé, la fatigue, l’irritabilité et les douleurs de la grossesse, l’inactivité qui en découle**.

F3 : “ Le fait que je suis enceinte là, pour m’occuper de mon bébé, je ne sais pas comment m’occuper de mon bébé, ça m’inquiète un peu. Et son papa aussi, il connaît rien, c’est son premier bébé aussi. Oui ça m’inquiète. “

F11 : “Au début, c’était un bébé surprise donc du coup au début je ne savais pas quoi faire, je venais juste d’arriver, un mois après j’apprends que je suis enceinte... ça m’a bouleversée, ça m’a fait beaucoup de choses mais bon. [...] Très peur. Parce que je ne sais pas comment ça va se passer. Et puis je n’ai pas l’expérience aussi. [...] le temps long car je n’ai rien à faire, pratiquement rien. A part les rendez-vous de l’hôpital tu n’as rien à faire. Donc voilà tu restes sur place.”

F6 : “Comment dire..., je me pose des questions, comment je vais devenir, comment mon enfant va devenir, tout ça.”

F1 : “D’être enceinte, d’abord c’est quelque chose que je désirais, mais quand je suis tombée enceinte le début c’était pas facile pour moi. Je tombais tout le temps malade, et puis problème de manger aussi ça m’angoissait beaucoup, parce que je voulais toujours le manger du pays et quand je voulais une sauce du pays il faut que je dépense 50 euros alors je suis payée que 400... voilà tout ça m’angoissait en fait.”

F10 : “Non c’est seulement tu dors plus qu’avant... il faut que tu prennes des forces pour bébé. [...] Des fois tu es fâchée.”

2.5 Rapport à soi et au monde

2.5.1 Estime de soi

Deux femmes font preuve **d’esprit critique, avec une envie d’indépendance.**

F8 : “Non mais par rapport à mes sœurs, j’ai toujours eu une ouverture d’esprit, eu cette envie-là, cette envie de partir ailleurs. Même en étant petite on sait déjà qui va partir, qui va rester là, qui aime l’école, qui n’aime pas l’école.”

Quatre d’entre elles déplorent **un manque de confiance en elles**, dont une particulièrement affectée **par le jugement des autres.**

F8 : “J’avais pas confiance en moi, et du coup j’avais pas confiance aux hommes.”

F6 : “Ah moi en fait, je me suis jamais regardée nue dans un miroir. J’ai peur. J’aime pas me regarder nue dans un miroir, ça me fait peur.” (rires) “Je supporte pas de regarder mon corps dans le miroir.”

F9 : “Ça m’émeut en fait parce que je me rends compte que j’ai trop souffert émotionnellement par rapport aux propos des gens, à cause des jugements.”

D’ailleurs, la moitié des femmes **peinent** à se trouver des qualités.

Au contraire, l’autre moitié des patientes interrogées **ont une certaine facilité** à reconnaître **leurs qualités**.

F3 : “ Je suis très simple, courageuse et fidèle.”

F4 : “Je trouve une personne qui est très courageuse, qui est patiente et qui se bat à la vie pour avoir la meilleure vie. Et voilà. Je trouve une femme belle.”

F1 : “ Moi je me dis que je suis courageuse, parce que j’ai traversé beaucoup de choses, et aujourd’hui je suis là, je suis arrivée à remonter beaucoup de choses. Donc pour moi c’est une qualité.”

Il est intéressant de souligner que deux d’entre elles ne décrivent **que des qualités physiques et sont centrées sur le corps**.

F11 : “Ah je pensais que j’étais trop sexy et puis heu mon corps ça allait comme ça, ça me plaisait comme ça. Ça me plaisait comme ça.”

F6 : “Oui c’est très important, après le physique c’est... La femme en fait si elle veut un peu augmenter sur elle, il y en a qui font de la chirurgie pour avoir des grosses fesses, il y a des risques aussi, ça peut exploser.”

Cinq d’entre elles **reconnaissent leurs défauts**, une refuse d’évoquer les siens.

F3 : “Mes défauts ? Même si on connaît ses défauts, on en parle pas hein. (rires) Personne ne parle de ses défauts. Tout le monde parle de ses qualités oui.”

30% des femmes interrogées déclarent avoir de l’**estime pour elles-mêmes**.

F3 : “Avant d’aimer quelqu’un, il faut s’aimer soi-même.”

“S’aimer c’est très important hein, parce que quand tu t’aimes pas toi même, tu peux pas... comment dirais-je, tu peux pas évoluer hein. [...] Même si tu as un objectif à atteindre, il faut s’aimer d’abord, et aimer ce que tu fais.”

F4 : “Si on a pas d’estime de nous, c’est pas bon, parce qu’on peut perdre notre rêve. Tu n’es pas motivée, tu n’as pas confiance en toi, tu peux pas rien faire dans la vie. Des fois il faut qu’on se force pour faire les choses, faut qu’on ait la confiance en nous pour faire les choses, faut qu’on s’estime en nous pour faire les choses. C’est ça.”

F2 : “Avant d’aimer quelqu’un il faut t’aimer toi-même. Oui... Il faut avoir confiance en soi-même. [...] C’est ça. Il faut croire en toi, croire à ses rêves.”

2.5.2 Sexualité

Cinq femmes sur douze ont une **image positive de la sexualité**. Pour trois d’entre elles, elle est **nécessaire** pour le couple et **le renforce**. Deux d’entre elles évoquent une **amélioration** de la sexualité **avec l’expérience**.

F11 : “Au fur et à mesure que je sortais avec des hommes, y en a qui me donnaient de l’expérience, d’autres qui ne savent rien. Arrivé à un certain temps, lorsque j’ai eu le bac, j’ai rencontré un homme, lui franchement il était expérimenté. Tout ce que j’avais peur il me l’expliquait, et puis il m’a donné l’envie. [...] d’autres sont pas vraiment expérimentés par rapport au sexe, [...] franchement ils ne savent rien de toi, ils le font seulement parce qu’ils en ont entendu parler.”

Pour trois femmes, le **sujet a été inabordable** en entretien.

Cinq d’entre elles ont une **image négative de la sexualité**. Pour quatre femmes, ayant toutes subi des mutilations sexuelles féminines, la sexualité est **synonyme de souffrance**.

F12 : “Ce que je voulais dire c’est que moi ça me fait mal donc... Quand on commence ça dure pas longtemps parce que moi ça me fait mal, je sens pas aussi...”

F3 : “Ça joue beaucoup, nous les femmes on dit que c’est pas bon, quand tu es excisée tu vas pas connaître le goût du rapport et moi ça, je ne connais pas le goût, pourtant d’autres femmes disent que quand tu commences à faire les rapports tu vas pas cesser. Tu vas beaucoup aimer. Pour moi c’est le contraire. Je me dis peut être que c’est l’excision qui m’a fait ça.”

F7 : “Parce que je ne sais pas pourquoi quand moi je fais les rapports, pourquoi ça me fait mal !”

F1 : “Il n’y a pas autre chose que la douleur. [...] Bien sûr parce que moi je veux être comme les autres, je n’y arrive pas. Je voudrais être comme les autres.”

Deux femmes, dont une n’a pas subi de mutilations, accordent **peu d’intérêt** à la sexualité.

F6 : " Pas vraiment, c'est pas du tout important. Sauf pour avoir un enfant ! mais sinon... [...](Fa) Je me suis dit maintenant j'ai un bébé, du coup je m'en fous de ça. [...] J'ai un bébé."

F1 : " En fait moi je me disais que le sexe ne faisait pas partie de l'amour. Depuis le début, moi je grandis avec les hommes, je suis pas trop intéressée à ça."

2.5.3 Image corporelle

La moitié des femmes évoquent **spontanément le fait de se trouver belle**.

F4 : "Je trouve une femme belle. Mais qui n'a pas la taille, qui est petite, petite femme."

Sept femmes évoquent le **changement du corps** pendant la grossesse comme une **difficulté**.

F8 : "Mais avec la grossesse, ça change, c'est compliqué, le corps a changé, la poitrine a changé, tout a changé. Je me suis acheté un petit miroir, j'ai regardé en bas, j'ai failli quitter la chambre. J'ai pris du poids, tout le corps a pris même en bas."

F7 : "Parce que nous quand tu accouches, on se fait attacher le ventre, pour que ça rentre, ça ne gonfle pas. Une semaine passe après l'accouchement, quand on va devenir gonflées, si tu ne fais pas dans les trois jours qui suit l'accouchement la ceinture là. Moi je n'ai pas fait parce que j'avais mal au ventre et c'est devenu comme ça."

F11 : "Oui j'avais de la peur pour mon bébé, je me dis « Est-ce que mon bébé va bien, est-ce que je vais l'avoir ? » Le corps qui change, qui grossit... des fois j'ai peur de toutes ces questions que je me pose, mais après ça va."

F6 : "Par exemple, il y a des femmes quand elles ont fini d'accoucher, elles ont un gros ventre. Moi je n'ai pas envie d'être comme ça en fait [...]."

Trois d'entre elles disent avoir des **complexes**.

2.5.4 Expériences et vécus traumatisants

Au minimum, sept patientes interrogées sur les douze ont évoqué spontanément avoir vécu des **violences**, quatre ont subi des violences verbales, deux des violences sexuelles.

Une a été **enrôlée dans un trafic de prostitution** et a subi la violence des clients et des trafiquants.

F4 : “Et après, dès que j’ai payé 19 000 euros, j’ai dit je peux pas continuer, parce que là-bas on me frappe, il y a les Arabes qui vient, on me frappe, on me fait tous les choses. Du coup j’ai dit non, je peux plus et je m’en suis allée.”

Une autre a été **violée** par un membre de sa famille. Quatre ont subi des **mutilations sexuelles féminines**.

Quatre patientes ont précisément déclaré avoir quitté leur pays pour fuir des violences, qu’elles soient sexuelles, physiques ou bien pour fuir **un mariage forcé** (pour trois patientes).

Une d’entre elles a même fui **au détriment des menaces** exercées sur sa mère.

F1 : « Parce que dès que je cherchais à m’enfuir, quand je partais, c’est ma maman qui est menacée par mes oncles, ils disaient que c’était sa complicité. Qu’on allait l’agresser. Bon alors je me retournais. Bon et puis un jour j’ai décidé de quitter. Si ma maman va souffrir, elle va souffrir, mais j’en peux plus. Donc j’ai quitté. »

Trois ont clairement évoqué **leur parcours migratoire difficile**, avec les violences inhérentes à celui-ci.

Trois d’entre elles ont fui en **laissant un enfant au pays**.

Concernant les vécus qui peuvent également être considérés comme traumatisants, on peut citer **des décès de proches**. Trois femmes ont perdu leur mère, dont l’une par assassinat, trois femmes ont perdu leur père, dont l’une par assassinat. Une femme a perdu son conjoint.

Deux patientes ont été **rejetées par leur famille** : une à cause de sa relation actuelle avec un Français, une autre lorsqu’elle a annoncé avoir été violée par un oncle.

Les thésardes ont été frappées par **la maturité** de la majorité des femmes interrogées. Dix femmes sur douze ont moins de 25 ans, pourtant elles paraissent plus âgées lorsqu’on écoute leurs réflexions. On peut imaginer que leur parcours et leur vécu les ont forcées à développer certaines capacités de résilience de façon précoce, par rapport à des femmes occidentales du même âge.

2.5.5 Maternité

100% des femmes ont **un sentiment positif** concernant la maternité.

Pour 50% des patientes, avoir un enfant permet **d'avoir quelqu'un dont on peut s'occuper.**

F9 : “Le fait de porter la vie, le fait de savoir que je vais m'occuper d'un petit être, que je vais lui apporter la joie, que je vais prendre soin de lui, que je serais la personne qui va lui apporter la sécurité. Oui ça, ça fait plaisir. Devoir s'occuper de quelqu'un, prendre soin.”

F10 : “Parce que l'enfant... quand il voit que tu es contente, il l'est aussi... je sais pas comment dire.”

F4 : “Il faut qu'on soit contente, d'avoir quelqu'un qui va nous appeler maman, et qui va être grandi, et qui va dire « Ça c'est ma mère, elle a tout fait pour moi. » du coup ça me fait contente.”

F11 : “Ça représente une joie, une très grande joie. Juste admettre que j'attends mon propre bébé, ça me donne la force, ça me donne la joie, pour tenir le coup.”

F2 : “Parce que l'enfant, c'est l'amour. L'enfant, c'est l'avenir aussi, c'est bien d'avoir un enfant en tout cas.”

Pour l'une d'entre elles, la maternité marque **le début de la vie de femme.**

F6 : “C'est le fait d'être enceinte qui a changé ma vie quotidienne en fait, je sens que je suis devenue vraiment une femme, avant non j'étais pas vraiment une femme j'étais une petite...”

2.5.6 Féminité

Les règles sont le premier signe de féminité, pour la moitié des femmes entendues.

F8 : “Pour moi, les règles, c'est la féminité hein. C'est la femme, c'est ce qui représente vraiment la femme pour moi. C'est important. Après quand on est vieille on est vieille, quand on est encore petite on est petite.”

F12 : “Là maintenant tu es devenue femme.”, c'est ça qu'elle m'a dit. « Maintenant chaque mois tu vas voir, chaque mois tu vas voir ».”

F4 : “Pour moi ? Parce que c'est ça qui fait qu'on est une femme non ? Si on a pas les règles on est pas une femme.”

F11 : “ Être une femme, c'est avoir ses règles.”

F6 : “Bah ça correspond, quand t’as tes règles, tu peux avoir un enfant et t’es devenue une femme et tout. A partir du moment où t’as tes règles, grâce à ça tu peux avoir un enfant.”

Deux femmes évoquent une image féminine **douce et apaisante, nourricière.**

F9 : “Mais quand il y a une femme, la femme elle adoucit, elle apaise. Ça je trouve ça bien.”

F3 : “ Ce que je peux faire de mieux par rapport aux hommes peut-être, je peux dire au niveau de l’éducation, parce que la femme est plus approchée de son enfant par rapport à son mari.”

Dix femmes sur douze **sont satisfaites d’être femmes**, mais quatre d’entre elles ne savent pas l’expliquer.

F9 : “ Bah que du bonheur... on peut donner la vie... Il y a tellement de choses, il y a ce petit truc là, que l’on a en plus. On peut partager avec les enfants, avec les autres, on a l’impression de compléter la vie des hommes, ça c’est super.”

F2 : “D’être une femme je sais que c’est bien seulement.”

Il est intéressant de constater que malgré toutes les difficultés engendrées par le fait d’être une femme, et ce qu’elles ont vécu, elles disent spontanément préférer rester femmes.

Une seule femme dit préférer être un homme car celui-ci est **supérieur physiquement.**

Une femme estime que le début de la vie de femme est la **possibilité de procréer associée à la sexualité.**

F6 : “Devenir une femme, ça veut dire que tu connais les trucs. Parce que avant j’étais pas encore une femme, j’étais une jeune fille, maintenant je connais un peu de tout [...] En fait on va dire, quand tu deviens une femme, tu connais un peu de tout, le sexe tout ça. Et quand j’étais avant, quand j’étais pas enceinte, je connais rien de tout ça donc voilà.”

Une seule femme associe **féminité et esthétique.**

F6 : “Aime se maquiller, s’habiller de différentes façons, s’habiller sexy [...].Les femmes peuvent s’habiller sexy, tout ça... ou bien mettre des belles tenues, magnifiques et des robes. Mais les hommes ils peuvent pas porter de robe.”

2.6 Intérêt pour les ateliers et choix des thèmes

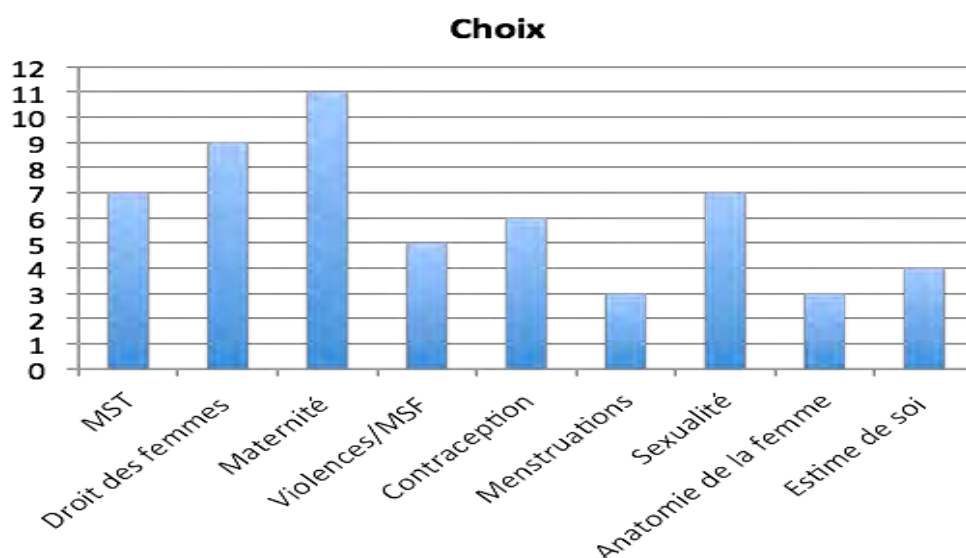
100 % des patientes déclarent être intéressées par la participation aux futures séances.

F8 : “J’aime bien les trucs en groupe, je trouve ça utile, chacun partage son expérience, tu découvres des choses que tu ne savais pas forcément. Moi j’aime bien, je suis curieuse, j’aime savoir, j’aime poser parfois les questions tout ça, du coup c’est une bonne chose.”

F11 : “D’être avec d’autres femmes qui se posent la même question que moi, ouais ça m’aiderait, je sais pas si elles pourront me répondre mais ça m’aiderait.”

F1 : “[...] beaucoup hein. Parce que avant que je n’arrive dans le groupe, y a beaucoup de choses que je ne savais pas, parce que j’avais beau rester en France, je n’allais pas voir les docteurs, de ce que je vous ai expliqué ça comme ça. C’était pas facile pour moi en fait. [...] Je me dis que j’ai des lacunes, en fait peut-être je peux m’en sortir avec le groupe ou quelque chose qui est lié à ça.”

Le thème le plus choisi est celui de la maternité (91,7%) suivi par **le droit des femmes (75%)**, puis **les maladies sexuellement transmissibles et la sexualité (58,3%)**. La **contraception est choisie à 50 %** puis **les violences pour 41,6 %** d’entre elles. **L’estime de soi représente 33,3% des votes**. L’intérêt pour les menstruations et l’anatomie féminine est relayé au second plan puisque seulement 25% des femmes choisissent ces thèmes.



3. DISCUSSION

3.1 Forces des entretiens

3.1.1 Outil visuel

L'outil visuel créé a été une vraie ressource pour les entretiens. C'était un outil de médiation: il jouait le rôle de facilitateur pour la verbalisation des émotions, avec globalement une bonne participation des femmes. Elles ne touchaient pas le tableau, mais observaient les images et se prenaient au jeu, posant des questions sur les dessins et leur signification. Les images étaient aussi un moyen de se passer des mots pour des femmes qui n'utilisent pas leur langue maternelle, le vocabulaire étant d'autant plus difficile à trouver qu'il s'agit de sujets relevant de l'intime. Pendant l'entretien, la patiente avait la liberté de choisir l'ordre dans lequel elle voulait aborder les thèmes. Le tableau avec les images donnait de la fluidité à l'échange puisqu'elle désignait tour à tour la vignette correspondant au thème choisi. Elle pouvait ainsi mieux appréhender le déroulé, se sentir impliquée dans l'organisation de l'entretien et être actrice de l'échange.

Le travail de collaboration avec une professionnelle spécialisée dans l'art appliqué, avec sa propre expérience de femme et en dehors de toute qualification de soignante était une vraie aide pour arriver à mieux rejoindre les patientes dans leurs représentations visuelles. Elle a apporté un regard différent sur le choix de dessins relevant de l'intimité de la femme. Ils étaient à la fois explicites, ludiques et sobres. Certaines vignettes comme celles sur les violences faites aux femmes ou l'estime de soi ont nécessité un vrai temps de réflexion pour avoir un visuel adapté.

L'outil a déjà été repris par le service RAVEL de Psychiatrie du CHU de Nantes afin de mettre à leur tour en place des ateliers en santé de la femme pour des patientes schizophrènes. Cette perspective est une belle opportunité de mise à l'essai de l'outil, ce qui renforcerait la validité externe de son utilisation.

3.1.2 Création d'une alliance

L'entretien individuel a permis de mieux connaître les patientes. Des témoignages très poignants ont été relatés, l'une d'entre-elles a même confié que c'était la première fois qu'elle parlait de certains de ses traumatismes. Cela a permis d'être d'autant plus attentive à chacune lors de l'atelier, en prenant particulièrement en compte leur sensibilité face à certains sujets.

Il était important d'instaurer un climat de confiance durant les séances en groupe. En effet, les appels téléphoniques qui ont précédé les

rencontres de groupes étaient plus fluides lorsque la patiente savait identifier l'interlocutrice. De plus, lors des séances, les patientes pouvaient reconnaître au moins une des animatrices présentes, favorisant ainsi leurs prises de parole.

3.2 Limites et biais

3.2.1 Entretiens exploratoires

Les deux thésardes ont fait le choix de faire des entretiens exploratoires. Aucune saturation des données n'a pu être faite car le nombre de participantes était limité à dix, pour la faisabilité de l'atelier. Il est à noter que ces entretiens n'avaient pas pour but de faire une analyse sociologique de comportements en santé pour un public particulier mais d'établir un diagnostic de situations pour construire des séances de groupe adaptées.

3.2.2 Conduite des entretiens

Les deux thésardes n'avaient jamais pratiqué d'entretiens semi-directifs auparavant et se sont prêtées à cet exercice après quelques heures de formation préalable. Malgré tout, le maintien de questions ouvertes a été difficile lors de certains entretiens. Ce mode d'interrogatoire n'est pas intuitif. De plus, le profil des patientes induit des difficultés supplémentaires. Quatre d'entre elles parlaient couramment le français mais avaient du mal à s'exprimer lorsqu'il s'agissait de sujets tels que la contraception, la sexualité ou les menstruations. Pour une patiente originaire du Niger, certains passages ont été conduits en anglais pour faciliter l'expression. Malgré les relances avec la technique de l'écho et les reformulations, ce manque de vocabulaire incitait à paraphraser ou à donner des exemples. Dans ce cas, les réponses étaient suggérées ou influencées induisant un biais dans l'analyse. De plus, certaines patientes étaient peu loquaces, on décompte au moins quatre entretiens pauvres sur douze.

Parmi les limites de ces entretiens, on peut relever également la difficulté d'interpréter les silences, le comportement non verbal, les intonations de discours ou les interjections. Elle est à mettre en lien avec des modes d'expressions qui diffèrent en fonction de la culture.

Par ailleurs, les deux thésardes ont réalisé trois entretiens ensemble sur douze, les autres ont été menés par l'une ou l'autre individuellement. L'apport d'une deuxième personne pour mener l'entretien semble avantageux pour apprécier mieux le comportement non verbal et relancer le discours. Les trois entretiens guidés à deux n'ont pas l'air d'avoir freiné l'échange avec les patientes; les deux premiers sont d'ailleurs particulièrement riches. Les contraintes professionnelles de chacune ont exigé que les neuf autres soient menés

par une seule personne afin de garder les échéances de calendrier fixées au début de l'étude.

3.3 Diagnostic de situation et intérêt de l'atelier

3.3.1 Population d'étude

Les femmes de l'étude étaient globalement jeunes avec une médiane à 22,5 ans. Ce résultat est cohérent avec les autres études menées auprès d'un public de femmes migrantes en France. (10,13,14)

Les femmes interrogées étaient pour la plupart sans-abri. Selon l'Union européenne, « *être sans-abri ne consiste pas uniquement à devoir dormir dans la rue. Cette définition considère comme sans-abri aussi les personnes contraintes de vivre dans des logements temporaires, insalubres ou de piètre qualité* ». (31) Quatre situations principales de lieux de vie ont été identifiées par l'équipe nantaise de Médecins du Monde pour encadrer cette définition: « instables, informels, indignes et insalubres », situations résumées sous le terme « 4i ». Une étude qualitative menée auprès de 26 femmes de l'agglomération nantaise, vivant en habitat 4i en 2021, a montré comment la santé perçue des femmes est impactée par ces logements précaires. (30)

Il est à noter que la moitié était originaire de Guinée-Conakry. Les quatre femmes de ces entretiens qui déclarent être excisées en sont originaires. La Guinée fait partie des pays qui pratiquent le plus au monde l'excision avec un taux de prévalence de 96 %, en deuxième position après la Somalie. L'excision est souvent pratiquée par des exciseuses traditionnelles (87%). Par ailleurs, le niveau d'instruction est faible en Guinée. Le taux d'alphabétisme des adultes est inférieur à 50%. Il existe un écart très important entre les hommes et les femmes en matière d'éducation car peu de guinéennes ont accès aux études secondaires et universitaires. (32)(33)

Huit femmes étaient nullipares, dans les entretiens elles déclaraient une inquiétude majorée par rapport à celles qui avaient déjà accouché. Dans la littérature, cette situation est également reconnue pour augmenter les angoisses en lien avec l'accouchement, constat retrouvé dans l'étude menée à Nantes pour les femmes vivant en habitat "4i".(30)

3.3.2 Accès à l'information et besoins en santé

Cinq grandes **sources d'informations** ressortent des entretiens : l'entourage familial et amical, l'éducation par l'école et les associations type ONG (organisation non gouvernementale), internet et les professionnels de santé. Ces résultats sont conformes avec ceux trouvés dans la littérature nationale, avec une accentuation sur l'explosion de l'utilisation d'internet dans les vingt dernières années. A noter que les français utilisent aussi volontiers d'autres médias tels que les émissions télévisées, les magazines, la presse papier et la radio qui n'ont pas été relevés dans ces entretiens. (15,16,17) (34)(35)

Parmi les sources d'accès à l'information sur internet, deux patientes ont évoqué directement les vidéos YouTube. Elles décrivaient très bien ce qu'elles avaient vu à l'image, comme si elles avaient eu accès à des cours en ligne. Ce mode de transfert d'information, adapté à l'époque contemporaine et à une population jeune, est un bon outil pour véhiculer une connaissance claire et fiable. D'ailleurs, dans le domaine des sciences de l'éducation, la vidéo a déjà montré son intérêt pédagogique à l'école. Le réseau Canopé, opérateur public français présent sur l'ensemble du territoire, qui joue un rôle décisif dans la refondation de l'école, recommande l'utilisation de la vidéo comme objet qui permet de développer la production autonome des élèves et qui facilite la créativité. (36) Dans le domaine de l'éducation en santé, de multiples ressources pédagogiques utilisent le support vidéo. Santé Publique France propose par exemple des vidéos sur le thème de la vie sexuelle et affective dans sa collection "Pour comprendre" à destination d'un public éloigné de l'information.(37) L'utilisation d'internet pose le problème de la fiabilité de la source relayant l'information. Une réflexion pourrait être menée sur la création d'une plateforme recensant des vidéos d'animations explicatives, objectives, traduites en différents dialectes, créées par des professionnels et adaptées à une population adulte. Son accès pourrait être diffusé par le biais des consultations. Cette plateforme garantirait la qualité des vidéos choisies. Cet outil ne saurait remplacer un atelier en santé, mais pourrait accompagner la démarche.

Parmi les **freins à l'information en santé**, le plus important est le tabou que représentent les sujets autour de la santé sexuelle et affective des femmes. Par ailleurs, le manque d'accès à une couverture sociale limite l'accès aux soins, donc à l'information, et presque la moitié des femmes interrogées n'ont pas de médecin traitant. (38) En France, en 2019, seulement 5% des Français n'ont pas d'accès au médecin traitant. Ainsi, si elles n'ont pas encore de médecin traitant,

elles déclarent partir aux urgences pour les soins de premiers recours, échappant de ce fait aux systèmes de prévention. Pour la plupart, elles sont peu sensibilisées à la différence entre soins ambulatoires et soins de second recours.

Par ailleurs, pour plus de 50% d'entre elles, le médecin est le “guérisseur” en qui elles placent une confiance totale. On peut supposer que cette représentation du soignant parfois sacralisée est culturelle ou bien en lien avec la méconnaissance de leur propre corps : elles ne savent rien, le médecin sait tout. Ce rapport paternaliste au soignant ne permet probablement pas de se mettre dans une dynamique de développement de leurs compétences personnelles.

L'autonomie en santé est souvent limitée. Au-delà du manque de connaissance sur leur corps, certaines sont peu enclines à chercher l'information. Par ailleurs, leur niveau de langue française est souvent restreint à l'usage quotidien. Le manque de vocabulaire bloque le bon transfert de l'information. Il en résulte des incompréhensions majeures à la fois dans le fonctionnement des soins mais aussi dans le suivi de leur santé. Le développement de compétences personnelles et d'une capacité à agir en est fortement impacté. Toutefois, certaines femmes de l'étude ont su réexpliquer ce qui leur a été dit à l'occasion d'une consultation ou d'une recherche sur internet. L'information était alors bien assimilée.

Ces résultats sont conformes avec ceux retrouvés dans les études de l'ADSF , de l'observatoire du Samu Social de Paris et de l'étude menée auprès de femmes vivant dans des habitats 4i de l'agglomération nantaise. (13,14,30)

L'étude de l'ADSF datant de 2020, relève parmi les facteurs qui bloquent l'accès aux soins :

- les problèmes en lien avec la langue (67%),
- l'incompréhension et le manque d'informations (45%),
- le défaut de couverture sociale de santé (45%). (14)

L'étude DSAFIHR menée par le Samu social de Paris relève plus largement plusieurs éléments limitant l'accès aux soins pour ces femmes : “faible connaissance du système de soins liée à une arrivée récente en France, absence de titre de séjour valide, de suivi social, de couverture maladie, non maîtrise du français, faible niveau de scolarisation, isolement relationnel, absence de solution de garde d'enfants, présence d'autres besoins jugés prioritaires, éloignement des services de santé, symptômes dépressifs, expériences négatives antérieures avec des professionnels de santé en France”. Elle relève

que près d'une sur deux dit avoir renoncé à des soins, le plus souvent une consultation de médecine générale, dans les 12 mois précédents. (13)

Leurs **besoins en santé** sont également mis en avant à la fin des entretiens. En effet, les femmes déclarent toutes vouloir participer à l'atelier et manifestent de l'intérêt pour l'échange groupal avec d'autres femmes. Le thème le plus choisi est celui de la maternité (91,7%) suivi par le droit des femmes (75%), puis les maladies sexuellement transmissibles et la sexualité (58,3%). Il est intéressant de noter que leur intérêt pour le fonctionnement du corps humain est relayé au second plan puisque seulement 25% des femmes choisissent les thèmes des menstruations et de l'anatomie féminine, alors que dans la représentation des professionnels de santé, ils sont une priorité pour éclairer le choix des comportements de santé.

L'analyse des premiers résultats permet de faire émerger les besoins en santé des femmes interrogées et justifie la mise en place d'un atelier en santé .

Il ressort de la première partie de cette étude qu'elles ont besoin :

- ° de soignants respectueux, à l'écoute et accueillants,
- ° d'une amélioration de l'accès à un médecin traitant et aux soins ambulatoires,
- ° d'une information fiable qui prend en compte un niveau faible de maîtrise de la langue française,
- ° de la création d'espaces pour prendre le temps d'explorer les sujets autour de la santé de la femme, afin de libérer les tabous.

La réflexion sur la construction d'un atelier en santé doit:

- ° inclure la prise en compte des différents angles de vue et du juste compromis pour répondre à la fois aux besoins des femmes et aux objectifs d'éducation en santé que proposent les professionnelles de l'UGOMPS.
- ° prioriser le temps accordé à la compréhension et à la reformulation.
- ° intégrer le plus souvent possible l'intervention d'un interprète pour permettre son accès à des femmes non francophones.

3.3.3 Connaissances, représentations et fausses croyances

Cette étude met en évidence le **manque cruel de connaissances** des femmes sur leur propre corps. La physiologie de base du cycle menstruel n'est pas connue, l'anatomie génitale féminine non plus. Ce qu'elles connaissent ne se base pas sur des données objectives et

scientifiques, mais sur des fausses croyances construites à partir de leur expérience subjective et des représentations véhiculées au sein de leur milieu culturel, familial et amical. En voici un florilège:

- les menstruations sont le signe d'une bonne santé,
- les menstruations correspondraient à des déchets,
- avoir des rapports sexuels pendant la période des règles serait pourvoyeur d'infections,
- la contraception pourrait rendre stérile,
- un stérilet pourrait se casser dans le vagin,
- l'implant contiendrait des hormones d'hommes,

Ces projections sont solidement ancrées et déterminent à elles seules leurs comportements de santé, dont la logique voudrait qu'ils soient éclairés par des informations claires et objectives.

La question de la contraception l'illustre de façon très parlante. Les femmes de cette étude ne savent - en grande majorité - pas à quoi correspondent les règles mais se les représentent comme le signe d'une bonne santé. Elles ont par ailleurs un ressenti positif de la contraception en général, qui évite les grossesses précoces et non désirées, fléau dans leur pays d'origine. Mais l'adhésion individuelle à la contraception est souvent un échec car les différentes méthodes induisent des troubles du cycle menstruel : spottings, arrêt des règles, ménorragies. Ce sont autant de signes d'une santé défaillante. Ainsi, en identifiant les représentations, on comprend les comportements de santé et le besoin d'éclairer la réflexion par des connaissances du corps humain.

Les fausses croyances relevées dans cette étude ne sont pas propres aux femmes qui ont été interrogées, ni à l'origine ethnique. En 2007 l'INPES, dans son enquête "les Français et la contraception", incluant un échantillon de 2004 Français entre 15 et 75 ans, rapporte que près d'un quart des français pensent que la pilule peut rendre stérile et fait systématiquement grossir. La moitié des français croit que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant. - 53 % des Français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64 % qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle. (Chez les jeunes, persistent aussi de nombreuses lacunes : un jeune sur dix âgé de 15 à 20 ans, n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des infections sexuellement transmissibles). (15) Une méconnaissance générale sur le cycle de reproduction et l'anatomie féminine est également mise en évidence dans les différentes études menées sur l'évaluation des connaissances en santé de la femme dans la population française. (15,16, 17,18).

Par ailleurs, le guide COMEDE (Comité pour la santé des exilés) sur la santé des migrants en situation de précarité, relevait en 2015 que la demande de contraception est rarement spontanée, mais la majorité

des patientes l'accepte lorsqu'elle est proposée. La culture d'origine de la femme en demande de contraception influence de façon minime son comportement. En revanche, les conditions économiques et sociales, les politiques de santé menées dans les pays d'origine ainsi que le niveau d'instruction pèsent davantage sur les demandes exprimées. Il rappelait ainsi qu'il est important, avant de proposer un moyen de contraception, de recueillir l'expérience antérieure des personnes et leurs représentations des différents moyens contraceptifs. (10)

L'atelier en santé doit avoir pour objectif **de corriger les fausses idées reçues** et ne pas stigmatiser les personnes qui y croient. En effet, c'est un phénomène interculturel qui n'épargne pas la France, qui a pourtant un système éducatif robuste et qui multiplie les campagnes d'informations sur tous les sujets de la vie affective et sexuelle.

Les **expériences en santé des femmes** interrogées dans cette étude sont riches et les histoires sont uniques. La question sur les premières règles a notamment permis de mieux comprendre comment la puberté a été vécue personnellement et abordée dans leur milieu, souvent non abordée d'ailleurs car tabou. Cette étape est cruciale dans leur vie affective et sexuelle et transforme à long terme leur rapport aux hommes. De l'enfance naïve où garçons et filles se mélangent sans préoccupation de genre, les premières menstruations les font basculer brutalement dans leur identité de femme, qui reconfigure radicalement les relations. L'homme devient un potentiel géniteur et ne doit plus être approché. Elles ont pour beaucoup d'entre elles déjà connu au moins une grossesse soit menée à terme soit arrêtée par une IVG ou suite à une fausse couche spontanée. Cette étude met aussi en évidence l'**impact des mutilations sexuelles féminines** sur la sexualité. Les femmes qui en sont victimes ont un discours commun qui clive avec celui des autres femmes de l'étude : elles ne ressentent pas de plaisir, les rapports sont très douloureux et sont fait dans le but de contenter leur conjoint. Elles ne peuvent assurer formellement que l'excision est responsable de leurs souffrances. D'ailleurs il est intéressant de noter qu'elles abordent le sujet plus facilement que les autres, tant elles ont besoin d'accompagnement et de réponses.

Un atelier en santé est aussi un moment d'échange, de partage et de **libération de la parole** sur des sujets sensibles, tabous et parfois traumatisés. D'ailleurs, s'agissant de l'accompagnement des femmes ayant subi des MSF, de nombreuses associations créent des groupes de parole pour en discuter.

3.3.4 La vie de femme au sein de la société

De l'analyse de ces entretiens, il ressort que la femme occupe une **position stricte** dans la société africaine et doit se plier à certaines règles sociales préétablies. Les patientes interrogées marquent une différence entre le mode de pensée occidental, des "Blancs", et celui

des “Africains”. Ces comportements sociaux immuables entre hommes et femmes sont souvent critiqués. En effet, la majorité des femmes de cette étude s'accordent pour dire qu'elles se sentent égales aux hommes. En revanche, elles souffrent des différences de traitement qu'il existe en fonction du genre. Ainsi, à l'adolescence elles ne peuvent parfois plus circuler librement, elles sont données en mariage à des hommes plus âgées et ne peuvent poursuivre leurs études. Dans les rôles attribués, la femme s'occupe du foyer et des enfants, tandis que l'homme est un géniteur, infidèle, chef de famille, qui fait des travaux de force physique, signe de sa supériorité. Les femmes dépendent de leurs maris et n'ont pas de ressources personnelles. Ces résultats sont également retrouvés dans la littérature. (9,30)(39) Cette dépendance est fortement critiquée dans les discours. La pression exercée sur les filles dès le plus jeune âge pour ne pas déshonorer la famille sont grandes. Par exemple, une grossesse hors mariage est une honte immense.

La migration peut constituer pour certaines femmes une chance de sortir du carcan familial et des traditions et de bénéficier de lois françaises favorables. (39) Le sentiment d'absence de sécurité dans leur milieu d'origine est un fait notable de cette étude. La protection de leurs droits n'est pas respectée, la loi de la famille et du village étant supérieure à celle des représentants de la loi du pays. Notons pour exemple, qu'en Guinée, les MSF sont interdites par la loi depuis l'an 2000, mais elles continuent d'être pratiquées. La société guinéenne demeure globalement favorable au maintien des MSF. (32) Les femmes découvrent en France une sécurité qui les rassure et leur redonne un sentiment de liberté. D'ailleurs, à la fin de l'entretien, le thème sur les droits des femmes est choisi à 75% pour l'atelier et met en évidence la nécessité pour elles de connaître la loi et de pouvoir compter sur son application stricte pour les protéger.

Être en couple est une sécurité également non négligeable dans le contexte de l'exil. Le conjoint apporte une stabilité matérielle, financière et psychologique. La plupart des femmes de cette étude ont d'ailleurs un conjoint soutenant. Le mariage est important dans leur représentation du couple mais l'accueil d'un enfant est prioritaire. En Afrique noire, l'annonce de l'enfant est presque toujours une preuve divine et l'enfant bienvenu. La maternité célibataire est un événement beaucoup moins traumatique que la stérilité. (9)

A la question sur les **difficultés dans leur vie de femme**, les réponses sont très variées. On distingue les difficultés en lien avec leur statut de femme migrante étrangère : la barrière de la langue, le racisme,

l'isolement affectif, la précarité sociale avec les difficultés financières, alimentaires et de logement, ou encore l'oisiveté due à l'absence de travail. Le travail de thèse mené auprès des femmes vivant dans des habitats 4i dans l'agglomération nantaise retrouve des résultats similaires. L'isolement social lié au sans-abrisme cause souvent une rupture avec toutes les dimensions de la vie sociale d'une personne. Un lien fort entre intégration sociale et santé a été également documenté, mettant en évidence que le manque d'estime de soi, l'isolement et la stigmatisation impactent négativement la santé physique et mentale. (30) Dans les entretiens menés dans cette thèse, près de la moitié des femmes confient qu'elles n'ont "pas d'amis" en France et se trouvent très seules. L'étude DSAFHIR reconnaît l'isolement relationnel comme facteur défavorable pour l'accès aux soins, une femme sur trois dans cette étude disait n'avoir eu aucun contact amical au cours du mois précédant l'enquête. (13)

Par ailleurs, l'étude menée auprès des femmes vivant dans des habitats 4i dans l'agglomération nantaise relève que pouvoir travailler et avoir une situation administrative régulière et stable sont les conditions préalables et fondamentales identifiées par les femmes pour gagner en indépendance, une place dans la société, et pour donner un futur à leurs enfants. (30). Dans les entretiens du présent travail, les patientes interrogées s'accordent pour dire que l'accès à un travail est une nécessité pour leur épanouissement personnel, leur indépendance vis-à-vis des hommes et l'égalité entre les sexes. Aucune ne travaille au moment des entretiens et la plupart le vivent comme une difficulté, elles ont pourtant des "rêves" à accomplir : être journaliste, travailler dans une usine, faire des études supérieures ... La valeur du travail a souvent été transmise par l'éducation familiale.

Enfin, en Afrique, la femme n'est jamais seule pour les tâches domestiques et le maternage. L'immigration disloque les liens de parenté et crée **un isolement**. Les femmes se trouvent pour la première fois, sans réelle préparation, coupées du groupe familial. La femme devenant mère va devoir assumer seule son nouveau rôle. Cette responsabilité individuelle est inédite pour elle. (9,30) (40)(41)

Sont également relevées les difficultés en lien avec leur santé de femme (les douleurs liées à leurs menstruations, les changements corporels induits par la grossesse) ou celles liées à leur relation aux hommes, avec notamment la sexualité blessée par l'excision.

3.3.5 Rapport à soi et au monde

La prise en compte de leur **parcours de vie** est nécessaire pour mieux appréhender leur rapport à leur santé et à elles-mêmes. Les histoires de vie de ces femmes sont très denses et jalonnées d'évènements de vie traumatisants. De nombreuses femmes sont marquées par des deuils brutaux dans leur entourage proche. Elles ont subi beaucoup de violences physiques, verbales et sexuelles qui sont souvent la cause de leur départ en exil. Ce déracinement devient lui-même un nouveau traumatisme.

Le constat des violences subies par les personnes ayant enduré un parcours migratoire est aujourd'hui largement documenté. Ainsi, une étude de l'INVS réalisée en 2017 auprès de 5204 personnes suivies par le COMEDE montrait un taux de patients victimes de violence relativement important (62% des patients) et probablement sous-estimé. L'étude mentionnait qu'une part importante de ces personnes a subi des formes de violence extrême, notamment les femmes : entre 2012 et 2016, 62% des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Les violences extrêmes plus fréquentes parmi les femmes et les demandeurs d'asile sont très liées à la nationalité et au statut social dans le pays d'origine. Ces violences induisent une souffrance psychique importante aggravée par les conditions de vulnérabilité sociale que ces femmes vivent en arrivant en France. (42)

Les femmes interrogées dans cette étude sont jeunes mais font preuve d'une très grande maturité pendant les entretiens, abordant des sujets graves et souvent de manière réfléchie. On peut émettre l'hypothèse qu'il existe de ce fait un décalage avec les jeunes femmes françaises de leur âge, rendant l'intégration encore plus difficile.

L'**estime de soi** est vécue différemment pour chaque femme et est difficilement généralisable. Trois d'entre elles expriment très clairement qu'elles s'aiment personnellement et il semble que ce soit grâce à cela qu'elles aient réussi à s'échapper de situations dramatiques, en dépit des menaces de mort et des conséquences induites par l'exil.

Globalement, les femmes se trouvent physiquement belles et veillent à leur apparence. Elles sont toutes soignées et apprêtées lors des entretiens. On note également qu'elles sont heureuses d'être des femmes. Elles ne peuvent souvent pas l'expliquer, elles ont été créées comme cela par Dieu et l'acceptent sans remise en question. Cette

dimension spirituelle est importante dans les entretiens. Alors que la religion ne semble pas impacter leurs choix de vie, leur croyance en Dieu est commune et s'intègre à leur façon de concevoir la vie.

Le premier thème choisi par les femmes dans cette étude est celui de la **maternité**. La grossesse représente la garantie de pouvoir être mère ou d'être mère à nouveau pour celles qui ont laissé un enfant au pays. (9) La **maternité** semble consoler, remettre de la vie et de la douceur au milieu de toutes les violences subies. Elle comble aussi le vide affectif créé par la séparation familiale, la solitude marquée à l'arrivée en France et les différents traumatismes endurés au long du parcours migratoire. La maternité peut marquer un espoir de renaissance à travers la mise au monde d'un enfant dans un lieu nouveau. Mais elle est associée à de nombreuses angoisses liées à l'arrivée de l'enfant : l'état de fragilité intense provoqué par l'exil peut être renforcé par celui de la maternité nouvelle, et pour les femmes migrantes, dans une société qui n'est pas la leur il peut être difficile de se représenter leur enfant grandir. (10,30,40).

Enfin, comme évoqué précédemment, la **sexualité** occupe une place primordiale dans leur vie. Elle est soit source de plaisir et d'équilibre pour leur couple soit mémoire de blessures profondes. Une seule femme déclare s'en désintéresser.

L'atelier en santé compte parmi ses missions d'être **vecteur de lien social**. Si le groupe ne se veut pas un lieu psychothérapeutique, il a indéniablement une fonction soutenance. (39) L'étude menée auprès des femmes vivant dans les habitats "4i" relève le fait qu'être entourée donne la possibilité aux personnes de s'encourager mutuellement, de parler et d'échanger, de rire, de libérer l'esprit, d'oublier les mauvaises pensées, et, plus simplement, de se sentir moins seules. (30)

DEUXIEME PARTIE :

RÉALISATION DE L'ATELIER

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 Réflexion autour de la construction de l'atelier

L'élaboration de l'atelier a été le fruit d'une réflexion autour de plusieurs paramètres. L'orientation vers les différentes thématiques s'est faite en parallèle des entretiens exploratoires, le choix des patientes ainsi que l'analyse des données ont fait ressortir plusieurs thèmes privilégiés qui ont permis de diviser l'atelier en santé en quatre séances.

La première séance devait aborder l'appareil génital féminin, le cycle menstruel ,la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, la seconde devait s'intéresser à la maternité, la troisième à la sexualité et aux violences dont les mutilations génitales féminines, et enfin la quatrième devait traiter de l'estime de soi et du droit des femmes.

Les deux thésardes ont sollicité l'aide et les conseils de différents professionnels habitués à travailler avec certains publics pour qui la démarche spontanée vers des professionnels de santé est complexe.

Elles ont eu l'occasion d'échanger avec une médiatrice en santé de Médecins du Monde intervenant auprès de femmes roms vivant dans des bidonvilles, en particulier sur le thème de la santé sexuelle et reproductive.

Elles se sont rendues dans le service des maladies infectieuses du CHU à la rencontre des professionnelles qui interviennent dans le programme d'éducation thérapeutique VIH Pays de la Loire, au sein du COREVIH (comité de coordination Régionale de lutte contre les IST et le VIH).

Une des thésardes a pu rencontrer une salariée de l'association Paloma (programme de réduction des risques, accès au soin et au droit de personnes proposant des services sexuels tarifés à Nantes). Les membres de cette association vont à la rencontre des travailleurs et travailleuses du sexe sur leur lieu de travail lors de tournées de nuit, et proposent également un accueil de jour sans rendez-vous où il est possible d'échanger autour de trois thématiques :santé, social, juridique.

Les deux thésardes se sont adressées et ont été accompagnées par un médecin de l'Unité de Promotion pour l'Éducation de la Santé pour l'organisation théorique de l'atelier.

Celle-ci a été effectuée grâce à l'utilisation du conducteur de séance, selon le principe du cadre CORDE (Contexte, Objectif, Règles de bon Déroulement).

Le début d'une séance consiste en un accueil chaleureux, avec une proposition de boissons fraîches et chaudes et de gâteaux. Viennent ensuite les présentations de chaque patiente puis de chaque intervenant. La contextualisation est faite en partant d'un support visuel type film ou témoignage par un des intervenants, pour ouvrir le dialogue, s'ensuit généralement un échange entre patientes et intervenants, le but étant de partir sur ce qu'elles savent déjà, et de débiter avec leurs questionnements. La décontextualisation est l'intervention des professionnels, de préférence avec un outil visuel explicatif. Puis la recontextualisation explore ce que les patientes ont retenu, comment elles se sont appropriées les informations, ce qui leur a été utile. Enfin une évaluation en fin de séance peut être réalisée. Des documents ou objets en rapport avec la séance peuvent être distribués.

Un conducteur de séance a été rédigé pour chaque rencontre. (voir un exemple en annexe 4)

1.2 Organisation de l'atelier

1.2.1 Objectif des séances

Les objectifs communs à toutes les séances étaient les suivants:

- Expliquer aux patientes que le but est de leur transmettre des informations sur les différentes thématiques;
- Répondre à leur interrogations et les conforter dans leur capacité à résoudre des difficultés quotidiennes qui ont un impact sur leur santé de femme,
- Développer leurs connaissances et leurs compétences pour ensuite faire des choix éclairés pour leur santé et celle de la collectivité;
- Mettre en avant leurs connaissances actuelles afin de leur redonner confiance en elles;
- S'appuyer sur le collectif, leur montrer qu'elles ne sont pas seules avec leurs questions et leurs soucis de santé.

Chaque séance avait également ses objectifs propres, en fonction du thème qui y était abordé :

1^{ère} séance : dialoguer avec les femmes sur leur expérience des menstruations, de la contraception. Leur transmettre des informations

sur l'appareil génital féminin. S'intéresser à la prévention en abordant les maladies sexuellement transmissibles.

2^{ème} séance : discuter de l'accouchement, de ce qu'il se passe sur le plan anatomique, leur transmettre des informations sur les différentes séquences. Soulever des questions et répondre à leurs interrogations. Leur permettre de diminuer l'appréhension de l'accouchement. Aborder le thème de l'allaitement et les différentes difficultés qu'elles pourront rencontrer.

3^{ème} séance : échanger avec les patientes autour de la sexualité et de la relation de couple, des relations avec les hommes. Le but étant de répondre à leurs interrogations si elles en ont, de leur donner la parole sur leur expérience de la sexualité, de leur ressenti vis à vis des mutilations sexuelles féminines. Il y aura aussi un temps d'explication de l'anatomie féminine, du clitoris, comment connaître le plaisir, les solutions qui existent pour faire face aux mutilations, les possibilités de reconstruction.

4^{ème} séance :

Partie 1 : DROIT DES FEMMES

Citer les grandes dates du XX^e siècle de l'accès des femmes à l'éducation et à la politique, l'accès à la contraception. Citer quelques chiffres simples sur les inégalités persistantes en France et dans les pays d'Afrique, dans l'accès à l'éducation et aux postes à responsabilité. Valoriser la progression dans l'accès aux droits pour les femmes. Évoquer les lois qui encadrent les violences faites aux femmes

PARTIE 2 : FEMINITE/ ESTIME DE SOI

Explorer les différentes perceptions des femmes sur cette thématique. Explorer les représentations et le regard de la société sur les femmes, dans les différentes cultures. Échanger sur les différentes pratiques de soin d'hygiène corporelle et capillaire. Échanger autour de la modification du corps pendant et après la grossesse et du retentissement pour les femmes.

1.2.2 Choix des intervenants

Les professionnels intervenants ont été choisis par les deux thésardes et par la directrice de thèse, chaque professionnel étant concerné par la thématique abordée pour chaque séance.

Une infirmière du planning familial a été sollicitée pour la première séance sur les règles, l'appareil génital, la contraception et les MST.

Une sage-femme de l'UGOMPS a accepté d'intervenir sur la seconde rencontre sur la maternité et l'accouchement.

Une sage-femme sexologue de l'UGOMPS a animé le troisième échange sur la sexualité et les mutilations sexuelles féminines.

Une socio-esthéticienne s'est occupée de la quatrième séance sur le droit des femmes et l'estime de soi.

Pour réduire la distance entre les patientes et les intervenants issus du milieu médical, une médiatrice en santé, travaillant pour l'association ASAMLA, a été invitée à participer à nos séances.

Pour le bon déroulement des séances, une salle suffisamment spacieuse, facilement accessible, au sein du service de gynécologie obstétrique a été réservée.

Les conducteurs de séance ont été envoyés aux professionnels intervenants par mail quelques jours avant la date de la rencontre. Les professionnels n'avaient pas besoin d'effectuer un travail de préparation au préalable.

1.2.3 Outils

Le choix des outils visuels utilisés lors de la contextualisation et de la décontextualisation est issu d'une réflexion et d'une recherche active des deux thésardes.

a) Outils de la contextualisation

Pour la contextualisation l'outil visuel est primordial pour débiter la séance, il agit comme un « brise-glace », la réaction des patientes après la vision du film permet d'ouvrir la discussion et de favoriser les échanges.

Les deux thésardes ont visionné plusieurs films en lien avec les thématiques abordées, notamment le film sénégalais Mooladé qui aborde le thème de l'excision, ou le film Women de Yann Arthus Bertrand.

Il fallait trouver un extrait de film d'une durée courte pour ne pas perdre l'attention, et en français pour éviter la lecture de sous-titres .

Pour la 1^{ère} séance sur le cycle menstruel, les thésardes ont cherché au départ des vidéos explicatives, mais la plupart des vidéos trouvées étaient trop vulgarisées (avec un risque d'infantilisation) ou au contraire trop techniques.. Leur choix s'est donc orienté vers un extrait du reportage de France 24 « Avoir ses règles à Madagascar, un tabou qui freine l'émancipation des femmes », qui évoque les difficultés d'une femme malgache pour la gestion de l'hygiène de ses menstruations, dû au manque d'accès à l'eau. Son témoignage souligne également l'impact de ses douleurs sur son travail au champ,

ainsi que la honte et le sentiment d'être sale. Cet extrait a été choisi car il parlait d'un pays autre que celui des patientes, afin de ne pas créer d'identification.

Concernant la 2^{ème} séance sur la maternité un extrait du film « Le Premier cri », réalisé par Gilles de Maistre en 2007, a été diffusé montrant en parallèle deux accouchements de deux femmes, l'une accouchant en Sibérie par césarienne, l'autre en Afrique de l'Ouest, accouchant par voie basse dans sa case, en silence, et entourée d'autres femmes.

A propos de la 3^{ème} séance sur la sexualité, les thésardes ont sélectionné un extrait du film « Women » de Yann Arthus Bertrand, où une femme colombienne décrit les moments tendres d'un rapport sexuel avec son mari. Un autre extrait repéré consistait en un témoignage de deux femmes sur la violence des mutilations sexuelles féminines, mais les thésardes ont préféré ne pas diffuser cet extrait par crainte de déstabiliser les patientes. En accord avec la sexologue qui animait la rencontre, il a été décidé d'aborder le sujet plus tard durant la séance si les échanges tendaient vers cette thématique, à travers le témoignage de la médiatrice en santé.

L'outil de la 4^{ème} séance a consisté en un autre extrait du film « Women » de Yann Arthus Bertrand, où l'on peut voir différents portraits de femmes de pays et continents différents, ainsi que deux témoignages qui reflètent différents regards sur la beauté en fonction de la culture.

b) Outils de la décontextualisation

Le professionnel intervenant peut avoir besoin d'un outil explicatif.

Concernant la 1^{ère} séance, les thésardes ont choisi un modèle anatomique de l'appareil génital féminin, acheté sur un site médical avec le financement du service de l'UGOMPS (visible en annexe 5), ainsi qu'une mallette montrant les différents moyens de contraception (pilule, DIU, implant, préservatifs) et une coupe menstruelle.

Lors de la 2^{ème} séance, l'intervenante sage-femme a apporté du matériel de l'école de sage-femme: un modèle anatomique osseux du bassin, un mannequin représentant un nouveau-né relié au placenta ainsi qu'un modèle de la vulve en silicone pour expliquer la dilatation des grandes lèvres durant l'accouchement.

L'association Gynécologues Sans Frontières a mis à disposition de lait hydratant pour bébé au beurre de karité, des serviettes hygiéniques données aux patientes en fin de rencontre.

Pour la 3^{ème} séance, les thésardes souhaitaient un modèle de vulve avec la représentation du clitoris, celui-ci a été trouvé sur internet auprès

d'un atelier en Allemagne. Le modèle est 3D et fabriqué à la main (voir annexe 6). Il a été acheté par le service de l'UGOMPS.

Pour la 4^{ème} séance, la première partie abordait le droit des femmes. Les thésardes avait préparé un PowerPoint sur les dates clés du XX^{ème} siècle concernant l'accès des femmes à l'éducation et à la politique en Europe, à la contraception, ainsi que quelques chiffres sur les inégalités en Europe et en Afrique dans l'accès aux postes à responsabilité et à l'éducation pour les femmes
La deuxième partie abordait la beauté et l'estime de soi, une esthéticienne avait apporté des échantillons de soins pour cheveux.

1.2.4 Organisation pratique

Les dates des séances ont été déterminées selon la disponibilité de la salle. Le premier atelier a eu lieu le Mardi 25 Mai 2021, le second le mardi 1^{er} Juin 2021, le troisième le 22 Juin 2021 et le dernier s'est déroulé le 6 Juillet 2021.

Les dix patientes interrogées pour les entretiens (en excluant les deux patientes-tests) ont été prévenues des dates des quatre séances un mois avant le début de ceux-ci, et ont été rappelées une semaine avant le jour de l'atelier ainsi que la veille.

2. RESULTATS

2.1 1^{ère} séance

La première séance s'est déroulée le 25 Mai 2021 en présence de deux patientes, la médiatrice en santé, l'infirmière du planning familial, la directrice de thèse et les deux thésardes.

En début de séance, le but de l'atelier a été expliqué : créer un temps d'échange en dehors des consultations médicales, pour discuter de sujets qui touchent de près la santé des femmes, un espace pour poser toutes les questions qu'elles n'osent pas forcément aborder en consultation, et un partage d'expériences.

Une des thésardes a ensuite fait un retour sur ce qui est ressorti des entretiens semi-dirigés et ce qui a permis de préparer cet atelier en santé.

Les objectifs de la séance étaient les suivants : dialoguer avec les femmes sur leur expérience des menstruations, de la contraception; Leur transmettre des informations sur l'appareil génital féminin; S'intéresser à la prévention en abordant les maladies sexuellement transmissibles.

Le film témoignage a ensuite été diffusé, extrait du reportage « avoir ses règles à Madagascar », qui relate les difficultés quotidiennes d'une femme malgache pour la gestion de ses menstruations, notamment sur l'hygiène à cause d'un manque d'accès à l'eau. Après la diffusion, les patientes ont toutes les deux expliqué que le témoignage visualisé ne correspondait pas à leur situation car dans leurs pays respectifs il n'y a pas de problème d'accès à l'eau. Une des patientes a raconté ne pas avoir accès aux serviettes hygiéniques dans son pays, elle utilisait un pagne qu'elle était obligée de laver. Elle refuse d'utiliser les tampons. L'infirmière du planning est ensuite intervenue expliquant que la tendance en Europe est de revenir aux serviettes lavables et à la coupe menstruelle par souci écologique et économique. Elle a demandé ensuite aux patientes si elles savaient ce que sont les règles et d'où vient le sang. Une des patientes a répondu que seuls les gens qui ont fait des études le savent, une autre a répondu que le sang vient du vagin ou des ovaires.

L'infirmière a pu expliquer dans les grandes lignes le principe du cycle, en dessinant l'utérus sur un tableau Velléda.

Ensuite la médiatrice a évoqué la médecine traditionnelle pour soulager les douleurs de règles, avec l'utilisation de certaines racines comme la popa, utilisée aussi pour traiter les coliques du nourrisson. Une autre patiente a cité la quinine, également utilisée en médecine traditionnelle. Les deux patientes se sont ensuite exprimées sur l'impact de la religion et de la culture sur les règles, avec des diktats tels que l'interdiction de cuisiner, de prier ou même d'avoir des relations sexuelles en période de menstruations. Puis le sujet des préjugés véhiculés par la famille a été abordé, ainsi que la notion de tabou. Une des patientes a évoqué le problème des grossesses précoces non voulues en Afrique par manque de communication avec la famille sur ce sujet-là. Une des patientes a raconté qu'à l'école les informations n'étaient pas correctement assimilées, car les garçons rient dès que le professeur parle de sexualité, ce dernier doit s'arrêter à cause des débordements dans la classe.

Puis la contraception a été abordée. Une des patientes a relaté la fausse croyance selon laquelle la contraception rendrait les femmes stériles.

L'infirmière a ensuite présenté le dispositif intra utérin, une des patientes a expliqué avoir la crainte que celui-ci se déplace dans l'utérus.

Ensuite, elle a présenté l'implant, elle a rappelé que l'implant pouvait provoquer une aménorrhée.

La discussion a porté sur le fait que les hommes sont souvent contre la contraception.

Une des patientes a expliqué qu'en Europe, elle se sentait rassurée par le personnel soignant, ce qui n'était pas le cas dans son pays. L'autre patiente a confirmé ses dires, relatant des faits de brutalité de la part des soignants de son pays, et un accès aux soins limité par le manque d'argent.

La transition vers le thème des maladies sexuellement transmissibles a été faite après avoir présenté les préservatifs masculins. Les préservatifs féminins ont été évoqués mais non présentés car absents de la mallette. Les deux patientes semblaient déjà avoir des connaissances sur ce sujet, elles ont pu citer les principales MST. L'échange s'est ensuite tourné vers le VIH, en décrivant à quel point il est difficile de vivre avec le VIH dans certains pays d'Afrique, les patientes se sont exprimées sur le refus des malades de prendre les traitements par crainte d'être stigmatisés, voire violentés du fait de leur statut séropositif.

Après la séance, l'équipe d'animation a pu débriefer. La séance s'est très bien déroulée, les échanges ont été fluides, les patientes semblaient être à l'aise.

2.2 2^{ème} séance

La deuxième séance s'est déroulée le 1^{er} Juin 2021 en présence d'une sage-femme, de la directrice de thèse, des deux thésardes, ainsi que de quatre patientes, une des patientes ayant déjà assisté à la 1^{ère} séance, les 3 autres participaient pour la 1^{ère} fois.

Cette séance portait sur la grossesse, l'accouchement et la maternité.

Les objectifs de la séance, selon le conducteur de séance, étaient de discuter des différentes étapes l'accouchement, d'aborder l'allaitement et les difficultés qu'il peut engendrer.

La séance a débuté par la projection d'un extrait du film "Le premier cri" réalisé par Gilles de Maistre, mettant en scène deux femmes avec deux expériences d'accouchement radicalement différentes, l'une par voie naturelle dans un pays d'Afrique noire, dans une case avec des accoucheuses ; l'autre originaire des pays du Nord accouche par césarienne, dans le cadre très aseptisé de l'hôpital. Ce passage est marqué par la différence dans l'expression des émotions au moment de l'accouchement : la femme originaire d'un pays nordique laisse percevoir par le non-verbal et le verbal l'angoisse, les douleurs, puis la joie, alors qu'aucune émotion ne transparaît chez la femme africaine.

Sur le plan de l'information, la sage-femme a pu aborder le déroulé d'un accouchement à l'aide des outils à disposition : le bassin, la poupée reliée au placenta et la vulve en silicone. Elle a expliqué les différentes étapes de la descente du bébé jusqu'à sa sortie et le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement du travail. Le fonctionnement de la péridurale est expliqué, les causes de passage en urgence en césarienne et ce qui se passe lors de la césarienne sont des thèmes également abordés. Une information est redite sur les différents bienfaits du lait maternel, à privilégier si possible. Les femmes ont été très attentives aux explications.

Sur le plan des échanges d'expérience et des différences culturelles, la discussion a été très riche, en effet les patientes qui ont déjà accouché (deux d'entre elles) ont raconté leur vécu de l'accouchement. Les rituels dans les pays autour de la grossesse ont été abordés, notamment le régime alimentaire de la femme qui va accoucher, le devenir du placenta (récupéré et enterré au pays le plus souvent, ce qui n'est pas réalisable en Europe), la tradition de l'aspersion à l'eau chaude pour éviter les infections, le massage énergique du bébé au beurre de karité, ou les différents sens que prend l'allaitement pour les femmes.

Elles ont pu également verbaliser des craintes autour de la douleur de l'accouchement ou de l'allaitement. Un espace pour les questions en fin de séance a permis d'aborder des sujets pratiques, par exemple autour de l'hygiène des biberons.

En fin de séance, elles sont reparties avec des paquets contenant différents produits hygiéniques constitués par "Gynécologie Sans Frontière"

A chaud, il est ressorti que la séance s'était très bien déroulée.

En guise d'amélioration, d'avantages d'espaces de paroles auraient pu être libérés pour l'expression des femmes, notamment après la projection du film sur lequel il n'y a pas eu beaucoup de réactions.

2.3 3^{ème} séance

La troisième séance s'est déroulée le 22 Juin 2021, en présence d'une sage-femme sexologue, de la médiatrice en santé, des deux thésardes, ainsi que de trois patientes qui avaient déjà participé à au moins une autre séance. Une des patientes avait accouché entre-temps et est venue avec son nouveau-né.

La séance avait pour thématique les relations sexuelles, les relations avec les hommes, et les mutilations sexuelles féminines.

Les objectifs de la séance pour les femmes étaient avant tout d'échanger autour de leur expérience et ressentis autour de la sexualité, d'expliquer l'anatomie génitale féminine, notamment le clitoris, à l'aide de l'outil visuel choisi, et si elles le souhaitaient, d'aborder les mutilations sexuelles féminines, de connaître leur ressenti à ce propos, et d'évoquer les solutions qui existent pour y faire face.

Pour débiter la séance, un extrait du film « Women » a été diffusé, avec un témoignage d'une femme colombienne qui décrit les moments de tendresse d'un rapport sexuel avec son mari.

Les réactions des patientes par la suite ont permis d'ouvrir la discussion aisément, une patiente a évoqué l'importance du plaisir

partagé, l'importance de la communication au sein du couple. Une autre patiente voulait s'exprimer mais semblait avoir des difficultés, La médiatrice, également interprète, lui a donc proposé son aide pour la traduction. Elle a spontanément évoqué son manque de désir car elle ne ressent aucun plaisir du fait de son excision. Elle a expliqué que ses rapports étaient peu fréquents à cause de la douleur que cela peut engendrer, qu'elle n'appréciait pas les préliminaires car le fait de savoir qu'il y aura une pénétration par la suite enlève tout plaisir. La médiatrice a confirmé ses dires en expliquant qu'il existe un traumatisme physique et psychique important, le souvenir ancré de la douleur a un impact négatif sur le désir. La sage-femme a ensuite expliqué qu'il était possible de travailler là-dessus en sexothérapie.

Elle a ensuite débuté son intervention en expliquant les différentes zones érogènes du corps et l'anatomie du clitoris grâce à la vulve en 3D.

Ensuite il y a eu un échange sur les rapports sexuels pendant la grossesse, et sur les changements que cela implique.

La sexologue a abordé l'évolution du désir, qui ne dépend plus seulement des variations hormonales mais dépend aussi des facteurs environnementaux et des événements de la vie. Il peut également être perturbé par une contraception hormonale.

Une patiente, qui n'a pas subi de mutilations, a ensuite posé des questions sur le changement que l'excision peut avoir sur le corps, elle se demandait ce qui pouvait engendrer autant de souffrance. La sexologue et la médiatrice se sont exprimées sur les complications provoquées par l'excision, l'atteinte des nerfs, la fibrose de la cicatrice qui entraînent des décharges électriques.

Une patiente a ensuite parlé de la prévention faite à l'école, avec le conseil d'utilisation des préservatifs pour prévenir les grossesses. La réflexion qui a suivi a conclu que la sexualité n'était abordée à l'école que sous l'angle de la notion de risque, lié aux MST et aux grossesses non désirées, tandis que les notions de plaisir partagé, communication n'étaient quasiment pas transmises.

La séance s'est ensuite terminée sur le rappel par une des patientes des zones géographiques d'Afrique concernées par l'excision, et sur la note positive que désormais les campagnes de sensibilisation qui luttent contre l'excision sont faites par les religieux, ce qui laisse une note d'espoir étant donné la grande influence qu'ils peuvent avoir sur la population.

Le ressenti immédiat des intervenantes après la séance était mitigé. Leur crainte était que la patiente ayant subi des mutilations ne se soit pas sentie à l'aise, étant la seule à être concernée. Néanmoins elle a pu expliquer son ressenti grâce à l'aide de l'interprétariat. Les femmes ont eu un vrai temps d'expression et d'échange. La sexologue a semblé être peu à l'aise au début, probablement lié au fait qu'il

s'agissait de sa première expérience d'intervenante pour un groupe et non en individuel. Les deux autres patientes ont pu découvrir les difficultés d'une femme ayant subi des mutilations, ce qui a rendu cette séance très riche en terme de partage d'expérience.

2.4 4^{ème} séance

La quatrième séance s'est déroulée le 6 Juillet 2021, en présence de deux patientes (une des patientes qui a participé à toutes les rencontres et une autre patiente qui a participé aux deux précédentes), de la médiatrice en santé, d'une socio-esthéticienne, des deux thésardes.

Elle portait sur les droits des femmes et l'estime de soi.

Les objectifs, selon le conducteur de séance, étaient en première partie de présenter des dates clés du XX^{ème} siècle concernant l'accès des femmes aux droits politiques, de santé et d'éducation et de souligner les inégalités qui persistent dans l'accès à l'éducation en Europe (notamment en France) et en Afrique. En deuxième partie, il s'agissait d'échanger sur les différentes perceptions de la beauté, de la modification du corps pendant la grossesse, et sur la place des femmes dans la société.

Une des patientes avait prévenu de son retard. En attendant, une discussion s'est engagée, la socio-esthéticienne a présenté son métier : elle pratique une esthétique personnalisée, en prenant en compte le contexte de vie de la personne. Elle exerce au sein de différentes structures : hôpital, maison de retraite, associations.

Puis une des thésardes a débuté la séance en faisant une courte présentation sur les dates clés du XIX^{ème} et XX^{ème} siècle concernant l'accès des femmes en Europe au droit de vote, à l'avortement, à la contraception. Elle a présenté quelques chiffres sur la place des femmes en politique à l'échelle internationale, en relevant que le Rwanda est le pays qui se place en première position en comptant le plus grand nombre de femmes parmi les parlementaires, tandis que l'Europe se place en 17^{ème} position. Elle a terminé sa présentation en relatant les inégalités qui persistent dans l'accès des filles à l'éducation, notamment dans certains pays d'Afrique. Cela a suscité de multiples réactions de la part des patientes et a permis d'ouvrir la discussion.

Une patiente, originaire de Centre-Afrique, a déploré le fait que les femmes abandonnent souvent leurs études dans son pays, ce qui a soulevé la problématique du sacrifice des études des filles au profit de celles des garçons : un coût trop important pour des femmes pour qui il faut favoriser un mariage, souvent arrangé, en dépit de leur souhait d'étudier.

La deuxième patiente est ensuite arrivée, avec quarante minutes de retard. Un résumé rapide lui a été fait.

Elle a pu exprimer son regret du manque d'implication et d'engagement des femmes en politique dans son pays, elle s'est désolée également du manque d'indépendance des femmes vis à vis de leurs conjoints.

La deuxième partie de la séance est lancée suite à la diffusion d'un extrait du film « Women » de Yann Arthus Bertrand, qui montre des femmes de toutes origines, avec des témoignages sur leur vision de la beauté et de la féminité.

Sont ensuite évoqués par les patientes et par la médiatrice en santé les rituels de beauté issus de chacun de leurs pays d'origine. La socio-esthéticienne a ensuite abordé la transformation de la nature des cheveux à l'arrivée en Europe, en lien avec le changement d'air et de climat, un échange sur les soins des cheveux de nature afro a ensuite eu lieu, ainsi que sur les routines de chacune sur les soins du corps et du visage. La socio-esthéticienne a ensuite délivré différents conseils esthétiques à l'aide d'échantillons qu'elle avait apportés.

Cette séance clôturait donc le cycle de ce premier Atelier santé.

Les deux patientes présentes ont été interrogées sur leur ressenti concernant toutes les séances. Les deux patientes ont beaucoup apprécié, elles ont beaucoup appris.

Une des patientes a aimé l'ambiance presque familiale des séances, elle aimerait pouvoir trouver un cercle de femmes pour échanger sur des thématiques comme celles-ci, pour l'orienter dans certains choix. La médiatrice en santé a pu lui communiquer ses coordonnées.

Elle a également émis la critique que certaines intervenantes ne semblaient pas être suffisamment à l'aise dans la présentation, et que parfois la discussion avait mis du temps à être lancée.

L'autre patiente, qui a été très réservée durant les précédentes séances, s'est nettement plus exprimée durant cette rencontre, elle semblait être nettement plus à l'aise. Elle était très souriante et a déclaré qu'elle était très satisfaite par l'atelier.

Un questionnaire d'évaluation rapide (visible en annexe 7) leur a été donné. Elles ont répondu aux 3 questions par l'émoticône satisfait, et n'ont pas écrit de remarque supplémentaire.

3. DISCUSSION

3.1 Forces de l'Atelier

3.1.1 Implantation au sein du CHU

Une des forces de cet atelier est d'avoir pu s'implanter au sein même de la structure du CHU, dans le service de l'UGOMPS, où sont déjà suivies les patientes en situation de précarité et de vulnérabilité.

L'atelier peut donc s'inscrire dans une prise en charge globale de la santé des femmes, dans un lieu unique dédié au soin. Ainsi, l'élaboration d'un groupe est un élément de l'ensemble du dispositif de soin proposé et le cadre institutionnel est un des supports à privilégier afin de préserver la cohérence des soins. (43) En effet, la présence de professionnels exerçant dans le lieu favorise une continuité et une cohérence pour les participants, faisant le lien entre ce qui se passe dans l'atelier et le quotidien dans la structure. (26) De plus, la réalisation de l'atelier sur le lieu de travail des intervenants facilite la logistique d'organisation de futurs ateliers.

Concernant cet atelier, toutes les professionnelles qui sont intervenues travaillent ou sont associées au CHU, elles ont toutes apprécié l'expérience et seraient partantes pour la poursuivre.

Ce projet a d'ailleurs été soutenu par l'unité PromES du CHU de Nantes et a obtenu un financement pour des ateliers ultérieurs.

3.1.2 Fonction groupale forte

Une des autres forces de l'atelier se caractérise par sa fonction groupale. Le groupe est vu par les psychanalystes comme une réalité psychologique spécifique et le développement d'un processus groupal a pour effet d'activer l'évolution de chacun des individus qui le composent. Le groupe met à disposition de l'individu un espace intermédiaire entre sa vie privée et sa vie sociale, qui lui donne l'opportunité de favoriser des liens (43).(44). Ainsi, il peut faciliter les échanges et peut être un bon moyen d'expression pour un public vulnérable qui n'est pas habitué à s'exprimer. Le groupe s'il autorise la mise en mots de la souffrance permet aussi l'expression des forces vives et des ressources individuelles de chacune.(39)

En effet, dans ce travail-ci, il est intéressant de constater que même lorsque les femmes n'étaient présentes qu'au nombre de deux durant certaines séances, les échanges ont été riches et les sujets largement développés. Celles qui sont venues aux premières séances sont en général revenues par la suite, se fidélisant ainsi au groupe .

Par ailleurs, dans une approche transculturelle, rappelons que le vécu de rupture et de perte associé à l'expérience migratoire et à un passé souvent traumatisant dans le pays d'origine peut être réactivé par la grossesse. Expérience de solitude intérieure, cette dernière requiert le concours et la chaleur d'autres femmes qui peuvent permettre l'identification à une image maternelle positive. En situation d'exil, l'absence du groupe de femmes peut rendre difficile l'accueil de l'enfant et compromettre les premiers liens. (10) De plus, dans la littérature, la possibilité d'échanger avec des autres femmes enceintes ou ayant récemment accouché est associé à une réduction du niveau d'anxiété, permettant aux femmes de surmonter les sentiments d'isolement, de déresponsabilisation et de stress, et d'augmenter les sentiments d'estime de soi, d'efficacité personnelle et de compétence parentale. (45) L'intérêt de l'atelier se trouve aussi dans sa dimension

groupale par la rencontre d'autres femmes. Participer à un atelier c'est créer du lien social, intégrer des femmes à un réseau, partager avec des personnes vivant des expériences similaires et rompre avec la solitude.

Enfin, il est important de noter également l'apport pour les professionnels que représente la participation à ces ateliers. Dans un groupe de parole mené au sein d'une PMI de la ville de Saint-Denis, pour des femmes enceintes ou en post-partum, les professionnelles relèvent ainsi les bénéfices retirés par leur participation au groupe: une connaissance plus approfondie de l'histoire de leurs patientes mais aussi un partage émotionnel qui renforce et vivifie les liens. En effet, la très grande précarité peut exposer à une sidération psychique, une anesthésie émotionnelle défensive ou à un envahissant sentiment d'impuissance. Les femmes donnent à voir un autre visage: celui de femmes «au destin singulier» actrices de leur destin qui, pour la plupart, assument leur choix d'exil. Les professionnelles reconnaissent que les échanges avec le groupe ont redynamisé et remobilisé leur désir d'accompagner ces femmes. (39)

3.1.3 Intérêt des outils

Le support vidéo utilisé lors de la contextualisation a permis d'ouvrir la discussion. Les patientes y ont été attentives et le visionnage a suscité des réactions intéressantes. Il convient de souligner la contrainte de la langue française impérative pour ces films, la lecture de sous-titres pouvant poser problème pour certaines patientes.

Par ailleurs, sur le plan pratique, la projection sur grand écran rendait la qualité vidéo souvent médiocre, aucun lecteur de DVD n'était disponible. Il fallait passer par l'interface internet pour récupérer les fichiers vidéos puis les projeter. Ainsi, lorsque le groupe était en nombre réduit, les films étaient visionnés sur l'ordinateur de l'une des thésardes. Pour des ateliers ultérieurs, un matériel plus adapté devra être réfléchi.

Les outils utilisés pour la décontextualisation ont été également appréciés à la fois par les patientes et par les intervenantes. Les patientes ont pu se les approprier facilement grâce à l'observation et à la palpation. Tous les outils étaient fidèles à la réalité selon le point de vue des thésardes, une attention particulière a été portée à cela pour ne pas infantiliser les participantes.

Il serait néanmoins intéressant d'obtenir pour les futurs séances un modèle anatomique d'un bassin avec un fœtus relié par le placenta pour discuter des échanges entre la mère et l'enfant.

Concernant la mallette contraception, il faudrait ajouter les préservatifs féminins, ainsi qu'un exemple de culottes menstruelles lavables.

3.1.4 Préparation des séances

La mise en œuvre d'un atelier santé suit une méthodologie précise en trois phases. La première étape est le diagnostic de situation (décrit en première partie de thèse), la seconde étape comprend la préparation : recherche bibliographique, choix et mise au point d'outils pédagogiques et rédaction des conducteurs d'animation. (26)

Les séances ont toutes été préparées en amont par les deux co-thésardes, en suivant cette méthodologie précise. Elles ont participé aux séances en tant que co-animatrices et non pas en tant qu'intervenantes. Les conducteurs de séance ont été envoyés aux intervenantes une semaine avant la séance. Les intervenantes, elles, n'ont pas eu besoin de temps de préparation, pour favoriser la flexibilité de l'échange pendant la séance. Les deux co-thésardes ont travaillé plusieurs dizaines d'heures pour préparer les séances. Ce long temps de préparation se justifie par le fait qu'il s'agissait d'une première création. Si de nouveaux ateliers peuvent avoir lieu à l'avenir, l'essentiel du travail est déjà fait : les conducteurs de séances sont rédigés précisément, les objectifs sont bien définis, les principaux outils sont choisis, le cadre du déroulement de chaque séance est établi. La reproductibilité d'un atelier semble en partie reposer sur la facilité de sa réalisation. Les thésardes espèrent pouvoir pérenniser les ateliers grâce au temps économisé par le travail réalisé lors de cette thèse et par la stratégie adoptée de ne pas demander de préparation aux intervenants au préalable. La préparation en amont aurait pour risque de rendre les ateliers chronophages, et de desservir l'approche centrée sur une réponse aux demandes émergeant durant la séance.

3.1.5 Co-animation et Intérêt du médiateur en santé

La co-animation est recommandée afin d'être attentif à chaque membre du groupe et de croiser différents regards sur les séances. Elle peut également favoriser les échanges. (25,26). La présence de plusieurs personnes était donc une force de l'atelier.

Il est nécessaire de travailler à réduire la distance symbolique qu'entretiennent les femmes aussi bien avec le milieu médical qu'avec leur propre corps, en favorisant la présence d'un médiateur en santé.(8) La médiation est un processus dont l'objectif est de renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun. Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.(46) Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire.

D'ailleurs, leur rôle a récemment été reconnu par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, qui incite au développement de la promotion de la santé : « La médiation sanitaire

et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. » Article 90 . (8,,20,46) (47)

La présence d'une médiatrice en santé, travaillant pour l'association ASAMLA a été une aide précieuse. Elle est elle-même originaire d'Afrique de l'Ouest, où sévissent les mutilations sexuelles féminines. Son expérience personnelle a permis de créer un pont entre patientes et soignantes intervenantes lorsque ce sujet délicat a été abordé. Son expérience passée des ateliers en santé ainsi que ses compétences dans l'approche des femmes migrantes ont été un élément fort de notre atelier. De plus, ses qualités d'interprète ont été indispensables afin qu'une des patientes parvienne à s'exprimer comme elle le souhaitait.

3.2 Limites de l'atelier

3.2.1 Limites organisationnelles et pratiques

Le nombre de participantes a été globalement faible. Seule une patiente a assisté à toutes les séances, une patiente a participé à trois séances sur les quatre, une patiente a participé à deux séances, deux patientes n'ont participé qu'à une seule séance. En tout, cinq patientes sur les dix invitées ont assisté à au moins une séance.

Elles étaient au nombre de deux à la première séance, quatre à la deuxième, trois à la troisième et deux lors de la dernière séance.

Elles ont toutes été contactées par téléphone un mois avant le début des séances, puis une semaine avant pour le rappel, et la veille et parfois le jour même pour un nouveau rappel.

Une patiente a refusé d'emblée toute participation aux séances, l'entretien exploratoire préalable avait été compliqué à mener, avec des difficultés de compréhension des questions.

Les motifs d'absence ont été divers et plus au moins justifiés selon les femmes.

Certaines confirmaient leur venue lors de l'appel une semaine avant le jour de la séance et ne se présentaient finalement pas.

La question du logement ou de la précarité ont été un vrai frein, une patiente ayant assisté à la première séance n'a jamais pu assister aux suivantes car elle a été relogée dans une autre ville, de même qu'une patiente n'a jamais pu venir aux séances à cause d'un déménagement inopiné. Une autre a reçu un avis d'expulsion juste avant la première séance. Pour plusieurs autres femmes, les rendez-vous multiples, qu'ils soient médicaux ou administratifs, ont été un motif de non venue. Enfin, il existait également la contrainte de la grossesse. Les deux encadrantes ont essayé au maximum d'établir un calendrier

optimal en accord avec les termes des patientes, mais celles-ci étaient toutes enceintes au 3^{ème} trimestre au moment des séances, avec une asthénie importante pour certaines.

Deux femmes venues aux deux premières séances ont accouché par la suite, l'une d'entre elles est tout de même venue en présence de son bébé, l'autre a refusé de revenir.

La patiente venue avec son bébé était venue à la précédente séance avec sa fille de deux ans, elle était également avec sa fille lors de l'entretien exploratoire préalable.

Comme le relève l'étude DSAFHIR (rapport du SAMU social de Paris), si la présence d'enfants peut parfois être ressentie comme une gêne, elle est aussi souvent une condition nécessaire à la participation des femmes, confrontées à l'absence du mode de garde (13).

Si on regarde la littérature, il est admis que l'idéal est de travailler avec un groupe stable, condition difficile à obtenir en pratique. Pour les professionnels des structures, ce phénomène n'est pas spécifique des ateliers santé.(26) Les personnes concernées ont des préoccupations plus urgentes que la santé tels que le logement, la garde des enfants, les contraintes administratives en lien avec leur situation administrative précaire, ce qui rend très complexe la réalisation d'un atelier. La charte d'Ottawa rappelle d'ailleurs les conditions préalables indispensables à la santé: "se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé." (19) L'achat d'un titre de transport pourrait également constituer un obstacle à la participation aux ateliers (9).

Néanmoins, il existait également la contrainte liée à la structure de la thèse, les patientes conviées étaient strictement celles qui avaient été interrogées préalablement. On peut imaginer que cette limite puisse être supprimée en proposant aux patientes d'inviter d'autres femmes de leur entourage ou quartier, via le bouche à oreille, de la même façon que ce qui a été fait pour d'autres ateliers, par exemple ceux organisés par l'UGOMPS, il y a plusieurs années, sur les mutilations sexuelles féminines.

3.2.2 Limites logistiques

La salle occupée était une salle de staff médical, avec une grande table et des chaises inconfortables, elle était donc peu adaptée au format souhaité permettant une ambiance chaleureuse.

Le cadre convivial est nécessaire car il favorise confiance et plaisir, deux conditions essentielles à l'apprentissage (26).

Les encadrantes avaient prévu boissons fraîches et gâteaux à chaque séance afin de favoriser cela.

3.2.3 Manque d'expérience des encadrantes

Les co-thésardes ont animé un atelier pour la première fois. Leur manque d'expérience s'est fait ressentir, une des patientes l'a fait remarquer lors de l'évaluation rapide en fin de 4^{ème} séance.

Pour mener à bien un atelier, il est nécessaire pour les professionnels d'allier tout autant de compétences techniques que des compétences relationnelles (26).

Aussi les techniques d'animation d'un groupe se rapprochent du métier d'enseignant, la pédagogie ne s'invente pas, comme le rappelle le Colloque Européen Georges Pompidou en 2000. (20)(25)

Par la suite, on peut imaginer réserver un temps pour un rappel de recommandations pour le bon déroulement d'un atelier auprès des professionnels impliqués telles que la technique des questions ouvertes, le partage de la parole aux différentes personnes présentes, les temps de silence pour laisser le temps aux personnes de prendre la parole etc. D'ailleurs, l'étude de l'IREPS sur l'évaluation de sept ateliers en santé en Pays de la Loire note que l'attente des participants vis-à-vis des professionnels est principalement une qualité d'écoute.

3.3 Discussion générale et ouvertures

3.3.1 Discussion des résultats

Les thèmes de chaque séance avaient été choisis par les femmes lors des entretiens exploratoires, ce qui a probablement renforcé leur intérêt.

Il s'agissait de séances expérimentales, elles restent perfectibles sur plusieurs points.

La séance sur la sexualité et les mutilations sexuelles est à retravailler. On peut se poser la question de séparer les thématiques sexualité et mutilations sexuelles féminines, et de créer une séance spécifique pour les femmes excisées. En effet, elles peuvent se sentir en décalage avec celles qui n'ont pas vécu ces violences, les participantes et intervenants peuvent se sentir mal à l'aise.

La séance sur l'estime de soi semble avoir été particulièrement appréciée avec un sujet qu'elles maîtrisent bien, plus léger, et qui leur permet probablement de s'évader de leur quotidien.

La demande concernant le droit des femmes a été forte lors du choix des thèmes (9 femmes sur 12), cette partie est également à repréciser et à améliorer, en invitant des professionnels concernés par exemple issus du milieu juridique ou associatif.

3.3.2 Cohésion du groupe

Le recrutement de la population étudiée a été fait selon une méthode empirique et volontaire. De ce fait, toutes les inclusions ont concerné

des patientes issues d'Afrique sub-saharienne, dans un contexte de migration récent. Initialement, le projet était d'inclure les femmes de toutes origines, suivies à l'UGOMPS et de créer un groupe hétérogène dont le point commun devait être la grossesse. Le projet de départ voulait dépasser l'appartenance à une communauté, en s'appuyant sur l'expérience universelle partagée par les femmes quelle que soit leur ethnie : se rassembler et échanger sur les menstruations, la sexualité et la maternité, autant de sujets communs partagés par les femmes. Finalement, au vu des inclusions, le projet a été pensé différemment et la dimension transculturelle s'est imposée lors de l'analyse. De plus, il a été constaté que l'appartenance à un groupe avec de nombreux critères communs avait favorisé les échanges aussi en atelier. La question peut se poser : doit-on conserver des groupes non mixtes sur le plan culturel ? Par exemple, réaliser un atelier en réunissant une femme rom, une femme française et une femme issue d'Afrique subsaharienne peut-il être un lieu d'échange sur leurs expériences de femmes ou est-ce voué à l'échec ? En effet, les femmes suivies à l'UGOMPS ont souvent un vécu traumatisant, des parcours de vie extrêmes pouvant être clivant, et on peut alors se demander si une cohésion de groupe est possible dans ce contexte.

Au sein du milieu carcéral, un programme expérimental a eu lieu à la maison d'arrêt pour femmes de Nantes de 2015 à 2017. Il avait pour objectif de promouvoir la santé et d'améliorer son accès pour les femmes détenues, à l'aide notamment d'ateliers collectifs, dans une démarche communautaire. (48) Leur condition de "femme incarcérée" était un point commun qui les reliait toutes mais le terme de « communauté » est à discuter, il n'existe pas à proprement parler de « communauté de détenues », il est plus question de fédérer autour de projets ou problématiques communes.

Par ailleurs, à propos de la mixité, toutes les personnes qui sont intervenues durant le projet de l'atelier étaient des personnes de sexe féminin. On peut se demander si la présence d'un homme durant les entretiens exploratoires ou durant les séances aurait pu avoir un impact sur la qualité des échanges. On note d'ailleurs dans un des entretiens que déjà à l'école la non mixité des classes limitait la qualité des cours dispensés sur la vie sexuelle et affective. Le HCE dans son rapport de 2017 recommande, dans l'approche globale des publics en difficulté, la mise en place de groupes de paroles ou d'accompagnement qui soient non mixtes. "Ces moments « à part » permettent aux femmes de se retrouver entre elles et d'aborder les problématiques qui leur tiennent à cœur." (8)

3.3.3 Nécessité d'une évaluation

La troisième phase d'un atelier santé consiste normalement en une évaluation.

Une évaluation rapide a été effectuée en fin de séance à l'aide d'un questionnaire très simple de satisfaction (visible en annexe). Seules les deux femmes présentes à la quatrième séance ont pu le remplir. Elles ont répondu aux 3 questions par l'émoticône satisfait, et n'ont pas écrit de remarque supplémentaire. Une des patientes a exprimé son ressenti oralement et eu des remarques pertinentes, elle a fait part de sa satisfaction globale mais a émis la critique que les encadrantes et certaines intervenantes semblaient inexpérimentées.

Faute de participantes, une évaluation à distance ne peut être envisagée. Cependant elle aurait un intérêt pour les ateliers futurs, et cela pourrait consister en une seconde étude. Il serait en effet intéressant d'évaluer l'impact attribuable aux ateliers santé plusieurs mois après.

Néanmoins, il faut garder à l'idée qu'une évaluation est toujours complexe à réaliser. Celle-ci consiste à évaluer soit le degré de satisfaction des participants, soit l'état de leurs connaissances à distance des ateliers. Les moyens pour déterminer les bénéfices objectifs à long terme sur leur santé sont limités, toute relation causale étant difficile à prouver (25).

Dans l'étude « Qu'est-ce qu'un atelier santé » menée par les Comités d'expérience d'Éducation pour la santé en Pays de la Loire, il est tout de même clairement établi que même si l'évaluation des résultats reste relative quand on prend conscience de la diversité des déterminants de santé, ils incitent à poursuivre ces ateliers. (25).

Récemment, l'impact positif des groupes de parole "Maman-bébé" mis en place au sein de l'UGOMPS a été évalué indirectement dans une étude qualitative menée auprès de 26 femmes à Nantes évaluant l'impact de l'environnement sur la santé des femmes enceintes ou à six semaines du post-partum et vivant en habitat 4i (instable, informel, indigne, insalubre). Certaines d'entre elles avaient participé à ces groupes. L'analyse des entretiens rapporte que ce partage avec d'autres femmes ayant récemment accouché, a été perçu de façon très positive. En effet, il est rapporté que les moments d'échange permettent aux femmes de partager des informations et de l'expertise, de poser leurs questions, et de trouver du soutien moral et émotionnel. (39)

3.3.4 Ouvertures

Ce projet s'inscrit dans une lutte contre les inégalités sociales de santé, encouragée par les pouvoirs publics.

De multiples ateliers comme celui créé ont déjà été mis en place. Les observations de la littérature renforcent la validité du présent travail.

On peut citer en exemple l'association communautaire santé et bien-être (ACSBE) à Saint-Denis, un centre de santé impliquant médecins, médiateurs en santé et infirmières en pratiques avancées, qui organise des ateliers collectifs sur le corps de la femme. En 2019, trois ateliers

dont un co-animé par un médecin, ont abordé ces questions : ménopause ou contraception, plaisir et sexualité, prévention des violences faites aux femmes. (27). Un groupe de parole dans une PMI de cette même ville a été mis en place en 2004 par un médecin et une sage-femme, pensé comme un vrai dispositif de préparation à la naissance. (39). A Marseille, il existe le Château en Santé, centre de santé communautaire, qui propose des ateliers collectifs de préparation à la parentalité en présence d'un médecin. Les femmes sont au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse, la parole est libre, les professionnelles peuvent répondre à des questions techniques sur la physiologie de la grossesse avec des supports visuels. Dans cet atelier il est décrit que souvent les discussions émergent sur les différences culturelles. (28) D'autre part, il est primordial d'inclure les professionnels de santé travaillant dans les soins de santé primaires (sage-femmes, infirmiers, médecins généralistes, psychologues, pharmaciens) car ils représentent le premier point de contact entre la population et le système de soins.(30)

Concernant la présence d'un médecin aux ateliers, la nature particulière du lien entre la femme enceinte et le professionnel qui accompagne la grossesse, qui touche leur corps, peut se révéler particulièrement opérant. La présence de ces professionnels dans un groupe de parole est un signe fort qui permet de se dégager du clivage " esprit /corps " (39). A l'inverse, il est intéressant de souligner que certains ateliers du Château se déroulent sans médecin, notamment le groupe parent-enfant en présence de deux orthophonistes et d'un musicien. (28). La 4^{ème} séance de l'atelier décrit dans ce travail concernait l'estime de soi et les droits des femmes, il était animé par une socio-esthéticienne. La présence médicale n'était pas indispensable.

Ainsi, les ateliers peuvent être poursuivis en questionnant l'intérêt d'une présence médicale en fonction du thème choisi pour la séance.

CONCLUSION

Ce travail de thèse avait pour objectif la création d'un atelier en Santé de la femme au sein de l'UGOMPS, unité du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Nantes qui accompagne des femmes en situation de vulnérabilité. Son implantation au sein de la structure hospitalière l'inscrit dans une prise en charge globale de la santé des femmes, dans un lieu unique dédié au soin. Il s'intègre aux actions menées par le service de Santé Publique pour le développement de la promotion de la santé en Loire Atlantique. Les femmes ayant participé à l'étude étaient enceintes ou avec un désir de grossesse, originaires d'Afrique sub-saharienne et arrivées en France il y a moins cinq ans.

La première phase consistait à établir un diagnostic de situation afin d'établir les objectifs de l'atelier. Grâce à un outil visuel créé pour faciliter l'expression durant les entretiens, il a été mis en évidence un manque de connaissances des femmes sur leur propre corps et des comportements de santé souvent déterminés par des fausses croyances et des représentations propres à chacune. Ces paramètres ne sont pas spécifiques de la population étudiée. En effet, ils sont également décrits dans les études menées auprès de la population française. Par ailleurs, l'analyse des résultats a permis de relever leurs besoins en santé : des soignants respectueux et à l'écoute, une amélioration de l'accès aux soins ambulatoires, une information fiable prenant en compte un niveau faible de maîtrise de la langue française et des espaces pour favoriser la libération de la parole sur le sujet encore très tabou de la santé de la femme et sur les difficultés du quotidien précaire de femmes dont le parcours de vie est jalonné d'événements traumatisants. L'intérêt manifesté pour l'atelier par toutes les patientes interrogées a confirmé la nécessité de le mettre en place.

La seconde phase du travail comprenait la préparation et la mise en place de l'atelier. Au-delà de la possibilité de transmettre des informations fiables, et malgré un nombre de participantes souvent faible, il a permis de véritables temps d'échanges entre intervenantes et patientes, dans un climat de bienveillance et d'écoute mutuelle. Une des forces de l'atelier se caractérise ainsi par une fonction groupale importante, prenant en compte une dimension transculturelle évidente.

Pour finir, ce travail a démontré l'intérêt de la création d'un atelier en santé auprès d'un public vulnérable, peu habitué à s'exprimer. La réflexion qui guide sa construction doit trouver le juste compromis entre les besoins des femmes soulignés par le diagnostic de situation et les objectifs d'éducation en santé proposés par les professionnels. Il doit également prioriser le temps accordé à la compréhension et à la reformulation et intégrer le plus souvent possible l'intervention d'un médiateur en santé, voire même d'un interprète pour permettre son accès à des femmes non francophones. Il s'est adressé à des femmes

enceintes issues d'Afrique subsaharienne mais il est tout à fait envisageable d'ouvrir les ateliers aux autres populations habituellement suivies à l'UGOMPS. Ce projet, soutenu par l'unité PromES du CHU de Nantes, a obtenu un financement pour le pérenniser au sein du service. Une évaluation de l'impact des futurs ateliers sur la vie des patientes pourra faire l'objet d'une nouvelle étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Virole-Zajde L. Devenir mère, Devenir sujet ? Parcours de femmes enceintes sans-papiers en France. 1 déc 2016;
2. Conseil Economique Social et Environnemental, Duhamel E. Joyeux H. Femmes et précarité [Internet]. 2013 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/content/femmes-et-precarite>
3. Moulin, Guégen, Abric. InVS | BEH n°14 (4 avril 2006). Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. [Internet]. 2006 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2006/14/index.htm>
4. Moleux, Schaetzel, Scotton. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. Vie publique.fr. [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/32070-les-inegalites-sociales-de-sante-determinants-sociaux-et-modeles-dact>
5. HCSP. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 nov [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
6. Santé Publique France. Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé » 2013-2015 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://solipam.fr/Outils-elabores-dans-le-cadre-du,379>

7. Knüfer A. Mobilisations de vulnérabilité. Réappropriations et resignifications d'une notion. Genre Sex Société [Internet]. 9 juill 2021 [cité 26 oct 2021];(25). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/6475>
8. BOUSQUET D. La santé et l'accès aux soins: une urgence pour les femmes en situation de grande précarité [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_precaire_2017_05_29_vf-2.pdf
9. Etude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la Métropole Lyonnaise. 2019;42.
10. Guide Comede | Comede [Internet]. 2016 [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.comede.org/guide-comede/>
11. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
12. Saurel-Cubizolles M-J. Santé périnatale des femmes étrangères en France. :5.
13. Etude DSAFHIR. Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées [Internet]. 2020 sept [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/droits-sante-et-acces-aux-soins-des-femmes-hebergees-isolees-refugiees>
14. Agir pour la santé des femmes (ADSF). Etat des lieux de la santé des femmes en situation de precarité en Ile-de-

France [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://adsfasso.org/etat-des-lieux-2017/>

15. 27. CONTRACEPTION: QUE SAVENT LES FRANÇAIS ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux . Dossier de presse INPES. Juin 2007 - Recherche Google [Internet]. [cité 30 oct 2021]. TF-8
16. Blanchard F. Étude sur les connaissances et opinions à propos des moyens contraceptifs chez 305 femmes au centre d'orthogénie de Saint-Paul, île de La Réunion, en 2013. 18 déc 2013;97.
17. Kojchen L. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction : étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion. 28 sept 2015;96.
18. Version-finale-mémoire-C.Dumortier-Annexes-1.pdf [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2019/06/Version-finale-m%C3%A9moire-C.Dumortier-Annexes-1.pdf>
19. Ottawa Charter for Health Promotion. :5.
20. DANDE A, SANDRIN BERTHON B, CHAUVIN F, VINCENT I. L'éducation pour la santé des patients. Un enjeu pour le système de santé. [Internet]. Colloque Européen. Hôpital Georges Pompidou; 1999. Disponible sur: <http://www.irepsreunion.org/centrededocs/education-pour-la-sante/229-l-education-pour-la-sante-des-patients.html>
21. Assemblée mondiale de la Santé 36. Politiques nouvelles d'éducation pour la santé dans les soins de santé primaires : document de fond destiné aux discussions techniques trente-sixième Assemblée mondiale de la Santé, 1983 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé;

- 1983 [cité 15 oct 2021]. Report No.: A36/Technical Discussions/1. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/192623>
22. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obésité. mars 2009;4(1):39-43.
 23. Roussille B, Deschamps J-P. Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. Sante Publique (Bucur). 9 juill 2013;S2(HS2):85-91.
 24. Brixi O, Lamour P. 8. Éducation pour la santé en France : un regard critique [Internet]. Lavoisier; 2016 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-page-54.htm>
 25. Lamour P, LeHélias L, Berry P, Cubas A, Lombrail P. « Qu'est-ce qu'un atelier santé » ? Sante Publique (Bucur). 2005;Vol. 17(1):121-34.
 26. Villeval M, Sallé C, Lamour P. Les « ateliers santé avec des personnes en difficultés sociales » de l'IREPS des Pays de la Loire, entre réalités de terrain et concepts fondateurs. Sante Publique (Bucur). 9 juill 2013;S2(HS2):195-200.
 27. ACSBE – La Place Santé [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://acsbe.asso.fr/>
 28. Rapport activité 2019. Le Château en santé | Centre de santé - Kalliste - Marseille 13015 [Internet]. 2019 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: http://www.chateau-en-sante.org/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-activite_Chateau-en-sante-2019_leger.pdf
 29. La Maison des Femmes [Internet]. La Maison des Femmes. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lamaisondesfemmes.fr/>

30. Borghi G. (DES DE SANTE PUBLIQUE).
31. Sans-abris [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=fr>
32. Guinée | Excision, parlons-en ! [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/cartographie-mondiale-des-pratiques-dexcision/guinee/>
33. La lutte contre l'excision en Guinée | unicef.ch [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.unicef.ch/fr/notre-travail/programmes/la-lutte-contre-lexcision-en-guinee>
34. Normand R, Benoit S. L'accès à l'information en matière de santé : un défi pour les personnes peu alphabétisées. *Reflets Rev D'intervention Soc Communaut.* 2012;18(2):142-50.
35. L'information en matière de santé [Internet]. 2001 [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/linformation-en-matiere-de-sante>
36. L'Agence des usages [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-canope.fr/agence-des-usages/les-usages-video-des-jeunes-quels-interets-pedagogiques.html>
37. L'info accessible à tous [Internet]. [cité 30 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous>
38. BreakingWeb. Les Français et l'accès aux soins, sondage BVA pour France Assos Santé [Internet]. BVA Group. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur:

<https://www.bva-group.com/sondages/les-francais-et-laces-aux-soins-sondage-bva-pour-france-assos-sante/>

39. Davoudian C. La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions. *Rhizome*. 2017;N° 63(1):31-8.
40. Cadart M-L. La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. *Dialogue*. 2004;no 163(1):60-71.
41. Gabai N, Furtos J, Maggi-Perpoint C, Gansel Y, Danet F, Monloubou C, et al. Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. *Devenir*. 19 déc 2013;Vol. 25(4):285-307.
42. Veïsse A. VIOLENCE, VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES MIGRANTS/EXILÉS / VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES. :10.
43. Billard M, Costantino C. Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques*. 24 août 2011;N° 1(1):54-76.
44. Quelin D, Privat P. Penser le groupe. *Enfances Psy*. 2002;no19(3):8-21.
45. McLeish J, Redshaw M. Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 janv 2017;17(1):28.
46. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
47. Article 90 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance

[Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI00031913426

48. Legrand E. Programme expérimental milieu carcéral Nantes. Focus sur les Ateliers collectifs. Médecins du Monde. Rapport final EHSP. [Internet]. Nantes; 2018 avr. Disponible sur: <https://fondation-medecinsdumonde.org/wp-content/uploads/2018/09/MDMrapportfinal-ELG.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information délivrée aux patientes

PROJET ATELIER SANTE DES FEMMES

Bonjour,

Nous sommes Cécilia et Aude, une jeune médecin généraliste et une interne de médecine générale en dernière année.

Nous devons réaliser un travail de recherche à la fin de nos études médicales. Dans ce but, nous nous sommes intéressées à l'éducation en santé des femmes. Nous souhaitons mettre en place un atelier "santé de la femme" en groupe.

Pour la création de cet atelier nous avons besoin de vous.

Nous souhaitons réaliser des entretiens individuels auprès de femmes consultant dans le service de l'UGOMPS, afin de discuter avec vous de vos besoins en santé, de vos ressentis, de vos attentes sur tout ce qui peut toucher à la santé de la femme en général.

Ces entretiens sont totalement anonymes et se déroulent dans un climat de bienveillance.

Bien sûr, vous serez complètement libres de répondre ou non à nos questions, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Tout ce que vous nous direz lors de ces entretiens sera intéressant pour notre étude, et pourra permettre, nous l'espérons, la mise en place de notre atelier au sein du service.

A l'issue de cet entretien, vous serez invitée à participer à l'atelier que nous mettrons en place par la suite. Les groupes seront de petits effectifs afin que nous puissions avoir une parole libre sur tous les thèmes que vous aurez choisi d'aborder.

Quatre séances seront organisées au printemps 2021, d'une durée de 2h chacun environ.

Si vous acceptez de participer à notre étude, vous pouvez laisser vos coordonnées, nous vous contacterons et vous proposerons un rendez-vous.

Nous vous remercions vivement pour votre attention à ce projet qui nous tient vraiment à cœur.

A bientôt,

Aude Toulemonde et Cécilia Dambrune



Annexe 2 : Grille d'entretien

1. Avant l'entretien

Présentation du projet :

Bonjour, nous sommes Aude et Cécilia, une interne (c'est à dire une étudiante) de médecine générale en dernière année et une médecin généraliste ayant fini ses études.

Nous devons faire un travail de recherche à la fin de nos études, nous avons décidé de travailler sur un projet qui nous tenait à cœur, et que nous allons vous présenter.

Nous voulons mettre en place un atelier en groupe pour discuter de sujets concernant la santé féminine, qui pourront se dérouler dans le service de gynécologie. Pour cela nous avons besoin de vous, nous allons essayer de construire cet atelier avec vous.

Nous allons prendre ce temps d'échange pour connaître vos questionnements sur la santé féminine, vos besoins, vos ressentis.

Le but est d'évaluer l'intérêt de mettre en place cet atelier à long terme dans le service.

Vous pouvez vous demander pourquoi faisons-nous cela ?

- *Ce projet nous tient à cœur car nous pensons que c'est important de libérer la parole des femmes sur tout ce qui touche à l'intimité. Nous sommes convaincues que si nous apprenons à en parler et que nous créons des zones d'échanges pour s'informer sur ces sujets, nous pouvons en sortir gagnantes, et cela peut améliorer notre quotidien et notre vécu. –*

Nous allons lors de cet échange vous poser plusieurs questions, vous êtes libres pour y répondre, c'est à -dire que vous pouvez tout à fait refuser de répondre. 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.

Comment ça va se dérouler ?

L'entretien va durer une heure au maximum, il ne s'agit pas d'un interrogatoire mais vraiment d'un échange toutes les 3.

Nous allons vous poser quelques questions, et nous allons nous servir des images que vous pouvez voir juste ici (désigne le tableau avec les images) pour nous aider dans notre échange, pour que cela soit plus facile.

Est-ce que vous avez-vous des questions ? Est-ce que tout vous semble clair ?

Est-ce que vous vous sentez bien, vous sentez vous prête pour l'échange ?

1. Entretien

En amont, grâce au dossier médical nous remplissons une fiche par patiente, dans laquelle est référencée les données sociodémographiques, permettant de décrire la population.

Les données manquantes sont posées au cours de l'entretien.

Au début de l'entretien pour les questions qui vont nous aider à favoriser le lien.

Selon ce modèle :

- 3.6 Qu'est ce qui est le plus difficile dans votre vie au quotidien en tant que femme ? Qui pourrait vous aider à améliorer cela ? Comment les soignants pourraient vous aider ?
- 3.7 Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience avec un professionnel de santé par rapport à ces sujets ? Si oui, acceptez-vous de nous le raconter ?
- 3.8 Qu'attendez-vous des soignants par rapport à votre santé féminine ?

2eme partie : Perception de la santé au féminin/ Représentations

- 1) 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 ?
(Puis peu importe ce que la dame choisira, nous utiliserons toujours le même déroulé de questions)

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 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 ?

Dans cette deuxième partie, nous explorons les représentations.

*Thème des règles : rajouter la question sur le début des règles : "qui vous en a parlé au tout début ? Quelqu'un vous a t il expliqué ce que c'était ?"

Pour le thème estime de soi et du statut de femme , nous avons des questions spécifiques.

- Imaginons que vous vous regardiez toute nue dans un miroir, que ressentez-vous ? Comment trouvez-vous votre corps ?
- Qu'est-ce que ça apporte d'être une femme ?
- Qu'est-ce que ça empêche ?

Une question pour faire le lien peut également être :

En quoi vous sentez vous différente des hommes ? Est ce qu'il vaut mieux être un homme ou une femme ?

3eme partie : Mise en place d'un atelier en santé

- 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 ? Qu'est-ce qui vous empêcherait de venir ?
- 2) Est-ce que vous aimeriez pouvoir discuter avec d'autres femmes dans votre situation ?
- 3) 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
- VIOLENCES CONJUGALES
- EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE
- MUTILATION SEXUELLE/EXCISION et REPARATION
- DROITS DES FEMMES »

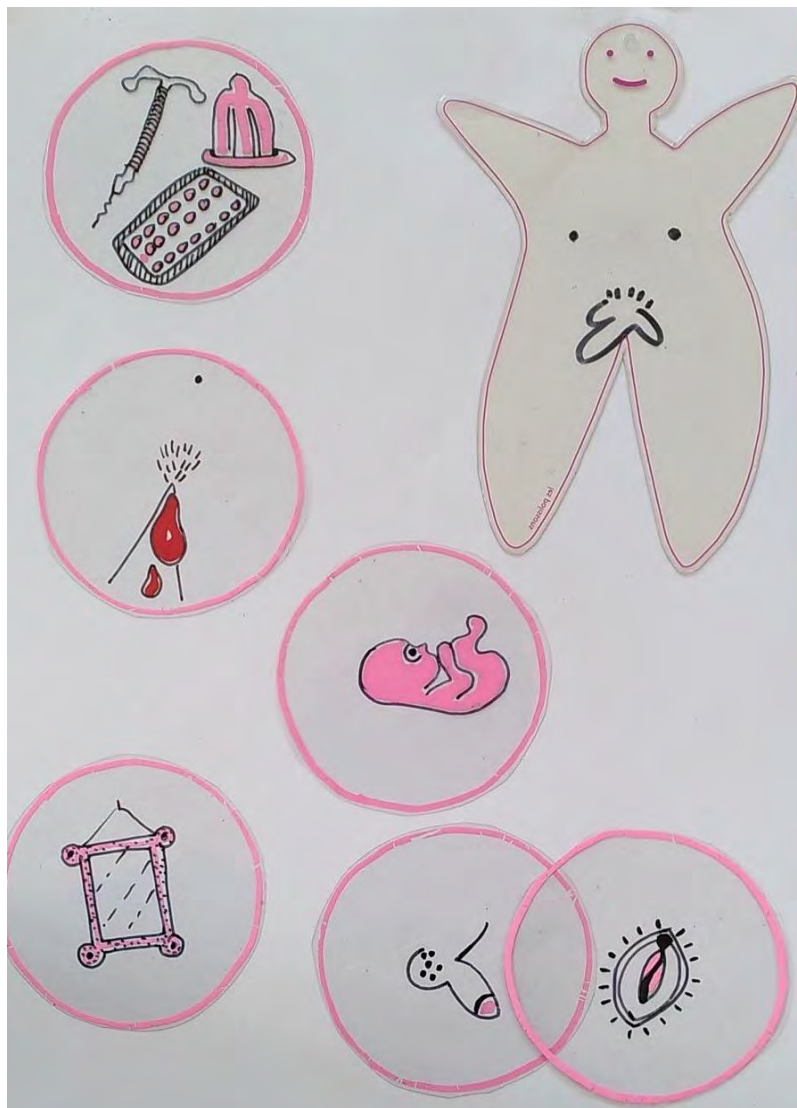
« Très bien, nous avons tout pris en bonne notes. »

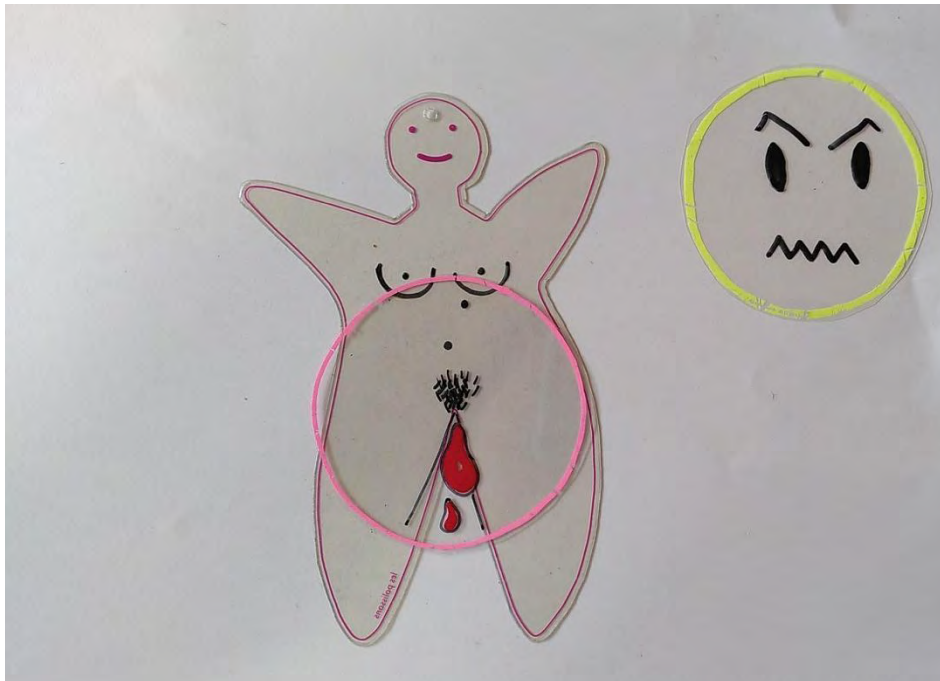
(Valorisation de leur intérêt pour leur santé de femme, leurs ressources
Résumé de ce qu'elle aimerait approfondir avec les autres femmes du groupe.)

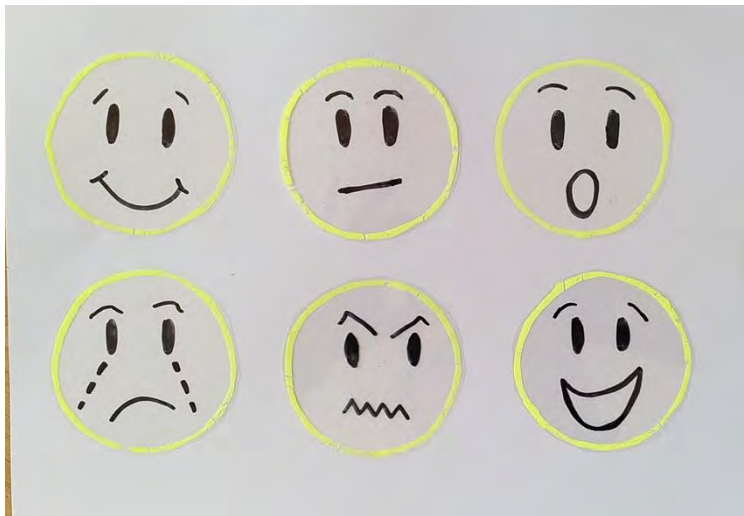
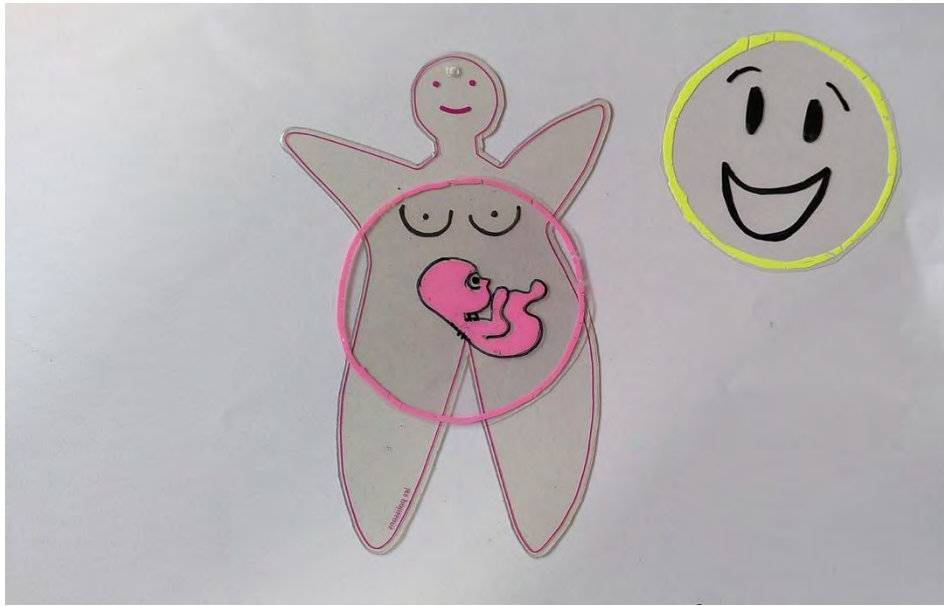
« Nous vous contactons au plus vite pour vous communiquer la date du premier atelier. »

(Feuille d'information à remettre).

Annexe 3 : outil visuel utilisé pour les entretiens







Annexe 4 : Exemple de conducteur de séance

- Public : structure/établissement :

Groupe de patientes recrutées pour la thèse.

ATELIER NUMERO 1

.....
- Nom du référent de proximité : ...Maud Poirier

.....
- Date de la séance :25 Mai 2021..... - heure :

...14H30..... – Durée séance :2h.....

- Lieu (salle) : ...UGOMPS CHU Nantes.....

- Nombre prévu de participants :10.....

- Noms des animateurs : Mame Keita, Maud Poirier, Maud

Boudaud.....

.....
- Observateur éventuels :Aude Toulemonde, Cécilia Dambrune

.....
- Information des participants en amont :patientes informées des dates

Thématique	Appareil génital féminin, cycle, contraception, maladies sexuellement transmissibles
Objectifs pédagogiques de la séance	description de l'appareil génital féminin, description des variations hormonales qui constituent le cycle pour expliquer ce que sont les règles, puis expliquer les différentes méthodes de contraception, et enfin terminer sur les maladies sexuellement transmissibles avec les outils disponibles de prévention
Matériel à prévoir pour l'animation	Modèle anatomique appareil génital féminin Plaquettes de pilule, DIU, implant, préservatif masculin et féminin à montrer aux femmes Film témoignage et film explicatif
Documents nécessaires à l'animateur	Éventuellement un tableau Velléda pour dessiner lors de l'explication, mais l'objectif est plutôt d'utiliser le modèle anatomique, et la séance sera surtout un échange oral avec l'animateur et les patientes.
Documents ou autres à distribuer	Distribution en fin de séance de préservatifs masculin et féminin, gel lubrifiant

Notes pour les animateurs (répartition des tâches co-animation , « Ne pas oublier », ...) :

- 1) Préparer un accueil chaleureux, avec proposition de gâteaux, thé, café, jus de fruits
- 2) Brise-glace : présentation des animateurs et observateurs, puis des dames, l'une après l'autre
- 3) Contextualisation : Partir d'un support visuel type film évoquant un témoignage sur le sujet ou témoignage par un des animateurs directement pour ouvrir la parole, puis s'ensuit un échange entre les patientes et les intervenants, partir de ce qu'elles savent déjà, de leurs questionnements
- 4) Décontextualisation : Intervention des animateurs avec support visuel explicatif à nouveau ou utilisation directement du modèle anatomique
- 5) Recontextualisation : comment les patientes s'approprient-elles les informations ? Que retiennent-elles ? Qu'est ce qui est utile ?

En fin de séance, évaluation par Aude et Cécilia de ce que les dames ont ressenti (par prise de notes de la recontextualisation en fait) pour avoir une évaluation à chaud.

Du rée	N° et intitulé de la séquence	Objectif(s) pédagogique(s)	Description de la séquence et des outils/techniques utilisés
	Séquence 1 : Accueil – brise glace – présentation cadre CORDE	expliquer aux patientes que le but est de leur transmettre des information sur l'appareil génital féminin, sur le cycle, la contraception, les MST. De répondre à leur interrogations, de les conforter dans leur capacité à résoudre des difficultés quotidiennes qui ont un impact sur leur santé de femme. Développer leurs connaissances et leurs compétences pour ensuite faire des choix éclairés pour	Accueil : proposition de boissons chaudes, gâteaux. Brise-glace en se présentant les uns après les autres (prénom, âge) Ensuite présentation de l'atelier avec rappel du projet, objectifs, règles, la durée, puis un mot sur l'évaluation finale. Puis invitation à s'asseoir, et découverte du film témoignage pour ouvrir la discussion. Un exemple du film témoignage peut être un extrait du film "Women" de Yann Arthus Bertrand, entre 56 min 27 et 57 min 19 témoignage d'une femme qui explique avoir eu 5 enfants avant l'âge de 23 ans parce qu'on lui interdisait toute contraception. Ensuite échanges entre animateurs et patientes suite au film, que pensent-elles de la contraception, quelle est leur expérience etc. Ensuite de fil en aiguille parler du cycle, appareil génital Puis intervention des animateurs, avec utilisation de l'outil "modèle anatomique" ou film explicatif ou bien les deux

		leur santé et celle de la collectivité. Mettre en avant leurs connaissances actuelles afin de leur redonner confiance en elles. S'appuyer sur le collectif, leur montrer qu'elles ne sont pas seules avec leurs questions et leurs soucis de santé.	puis à nouveau échanges et discussion Puis évaluation finale (non définie) Cadre CORDE : -Contexte : rappel du projet de mise en place de l'atelier. 10 patientes suivies à l'UGOMPS recrutées, ayant été interrogées au préalable (analyse de leurs attentes et demandes suite à des entretiens semi-dirigés). Intervenants : Mame Keita interprète à l'association ASAMLA, Maud Boudaud IDE, Maud Poirier médecin. Observateurs : Cécilia et Aude, étudiantes réalisant la thèse -Objectifs : expliquer aux patientes que le but est de leur transmettre des informations sur l'appareil génital féminin, sur le cycle, la contraception, les MST. De répondre à leur interrogations, de les conforter dans leur capacité à résoudre des difficultés quotidiennes qui ont un impact sur leur santé de femme. Développer leurs connaissances et leurs compétences pour ensuite faire des choix éclairés pour leur santé et celle de la collectivité. Mettre en avant leurs connaissances actuelles afin de leur redonner confiance en elles. S'appuyer sur le collectif, leur montrer qu'elles ne sont pas seules avec leurs questions et leurs soucis de santé. -Règles : aucun jugement, chacune est libre de participer ou non, elles peuvent poser toutes les questions qu'elles souhaitent, lever la main avant de parler (pour ne pas parler tous en même temps) -Durée : 2h en tout -Évaluation : “à chaud” : ressenti des patientes immédiat, technique d'évaluation encore non définie sinon l'évaluation inscrite dans la thèse se fera à distance, 2 mois après, en interrogeant chaque femme par téléphone avec un questionnaire rapide
--	--	---	--

Annexe 5 : Modèle anatomique de l'utérus utilisé pour le 1^{ère} séance



Annexe 6 : Modèle anatomique de la vulve utilisé pour la 3^{ème} séance



Annexe 7 : questionnaire satisfaction patientes fin d'atelier



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ***Atelier Santé des femmes***

1. L'ATELIER VOUS A-T-IL PLU ?



2. AVEZ-VOUS APPRIS QUELQUE CHOSE ?



3. LE CONSEILLERIEZ-VOUS A D'AUTRES FEMMES ?



DES REMARQUES POUR AMELIORER L' ATELIER ?

Merci de votre participation !

Annexe 8 : Exemple d'un entretien semi-dirigé mené auprès d'une patiente

E = Enquêtrice, F3 = Femme 3

Explications sur l'atelier avant de débiter l'entretien.

Présentation de l'entretien. Rappel de l'anonymat.

E. Vous êtes à quel terme de votre grossesse là ?

F3. Six mois.

E. Quand est-ce que vous êtes arrivée en France ?

F3. Le 26 octobre 2020.

E. Et vous êtes originaire d'où ?

F3. Guinée

E. Vous pouvez me rappeler la différence entre Guinée et Guinée Conakry ?

F3. Ah c'est pareil il y a juste Guinée équatoriale, Guinée Conakry et guinée Bissau.

E. Votre prénom, madame ?

F3. C'est xxxxxx xxxxx (anonymisé).

E. Quel âge avez-vous ?

F3. 23 ans

E. Je vous expliquerai après l'intérêt de ce tableau.

Est-ce que vous avez déjà travaillé ?

F3. Non.

E. Qu'est-ce que vous aimeriez faire si vous pouvez travailler ?

F3. Moi ... Rires ... J'aimerais travailler dans les usines.

E. Un jour vous aimeriez travailler ?

F3. Oui j'aimerais travailler

E. Jusqu'où êtes-vous allée à l'école ? Jusqu'à quel âge ?

F3. Au collège.

E. D'accord. Alors, la première partie je vous pose des questions sur où vous en êtes dans votre santé au quotidien. Où trouvez-vous des réponses quand vous avez des questions par rapport à votre santé ?

F3. Je pars à l'hôpital. Je le déclare que je me sens pas bien. Je vais aux urgences.

E. Quand vous avez une question qui ne nécessite pas d'aller aux urgences ? A qui est ce que vous vous adressez ?

F3. A mon conjoint, il dirait d'aller à l'hôpital, que c'est rien, c'est rien de grave.

E. Est-ce que vous avez déjà eu un médecin traitant ?

F3. Non.

E. Il n'y a pas de médecin traitant en Guinée ?

F3. Non.

E. Et en Guinée, comment vous faisiez quand vous aviez des problèmes de santé ?

F3. Moi problème de santé c'est au niveau de ma tête seulement hein. J'ai trop mal à la tête. Je ne pars pas à l'hôpital parce que je ne veux pas les piqûres, les injections qu'on me donne là. Je n'aime pas quoi. Quand tu tombes malade, même si tu as mal à la tête, ils vont te dire de boire de l'eau même si c'est pas ça. C'est pour cela moi je n'aime pas aller à l'hôpital. Quand j'ai mal à la tête, je prends paracétamol et je reste à la maison.

E. Mal de tête vous avez ça depuis longtemps ?

F3. Oui.

E. Et en Guinée vous aviez des injections à l'hôpital ?

F3. Oui oui, ça fait mal, très mal.

E. Vous allez avoir quelques piqûres au moment de l'accouchement je vous préviens.

F3. J'ai pris beaucoup de piqûre dans le sang. Ça me fait pas mal comme en Guinée.

E. Ah oui, ici ça vous fait moins mal.

Alors problème de santé de la femme, , tout ce qui tourne autour des problématiques qu'une femme peut se poser dans sa vie. Est-ce que vous pouvez en parler à des personnes de vos problèmes de femmes ?

F3. Oui c'était à ma mère mais elle est décédée. Sinon souvent j'ai l'habitude de lui parler. Actuellement je parle à personne.

E. Vous pouviez lui parler de quoi ?

F3. Quand je vois mes règles là ça me fait mal, problème de pertes là. Quand je suis tombée enceinte je vois des pertes là. EN Guinée il y a des gens qui disent que j'ai des pertes j'ai des pertes j'ai des pertes. Il y a des pertes qui grattent les femmes, je n'sais pas s'il y a deux catégories, ou trois catégories, moi je dirais que j'ai des pertes... Ma maman a dit que toutes les femmes ont des pertes, que tu vas avoir un jour. Sinon problème de pertes moi je ne connais pas.

E. Vous avez eu des pertes pendant la grossesse, mais avant vous n'en aviez pas c'est ça ?

F3. Oui, ça me grattait à un moment donné, on m'a donné un médicament ici.

E. On vous a bien expliqué ce que c'était ?

F3. Oui oui c'est quelque chose qu'on fait rentrer dans l'ovule.

E. On vous a expliqué pourquoi ça vous grattait ?

F3. C'est infection, non ?

E. Oui, D'accord donc vous vous rappelez ce que votre maman vous disait et ça vous a rassuré. Votre maman est décédée il y a longtemps ?

F3. Oui, depuis 2017.

E. Et depuis vous n'avez personne à qui en parler ? pas de sœurs ?

F3. Non j'étais la seule parce que mon papa a épousé 4 femmes. La première femme était ma maman. Mon papa a 9 enfants. Mais moi je suis la seule de ma maman.

E. Je peux vous demander de quoi est décédée votre maman ?

F3. Oui, on ne sait pas hein, parce que ma maman elle, quand elle tombe malade, mon père l'envoyait pas à l'hôpital, il ne lui donnait pas de l'argent pour aller à l'hôpital. Elle ne fait que maigrir, maigrir, on ne comprend pas pourquoi elle maigrit. Quand elle part à l'hôpital on voit rien sur son corps, elle était grosse comme moi, mais elle faisait que maigrir. Un jour elle est partie sa grande sœur, là-bas on lui a dit qu'elle a une problème de foie. Que dans le foie le sang ne circule pas. Parce qu'il y a deux foies non ?

E. Non il n'y a qu'un foie.

F3. Ah non c'est problème de cœur. Ah non c'est le poumon, il y a deux poumons non ? C'est l'autre poumon le sang ne circule pas, elle est condamnée, mais comme elle savait pas dire, elle a donné lettre à sa grande sœur, sa grande sœur a lu mais elle a pas dit qu'elle était condamnée . Quand elle est décédée moi je n'ai pas vu son corps. Ça c'était en Conakry, j'étais avec le grand frère de mon papa. J'étudiais avec lui.

E. Et vous je peux vous demander pourquoi vous avez quitté votre pays ?

F3. Oui (sourire) . Quand elle est décédée, mon papa ne s'intéresse plus de moi. Sa femme ne fait que torturer à la maison. Je ne partais plus à l'école, je mangeais difficilement.

E. Elle vous frappait ?

F3. Oui ! Les injures les paroles inoubliables. Donc je suis venue chez son grand frère, lui aussi c'était la même chose, il disait « moi je peux pas te garder ici, j'ai des enfants » . C'est rentré comme ça .Un jour je suis couché dans la chambre avec sa petite fille là, lui il a 5 enfants. Le plus grand de son enfant il est venu tomber sur moi, il m'a violée et j'ai crié, je lui ai dit. Il dit que moi je mens, que je ne suis qu'une menteuse. Je suis partie à la police, j'ai déclaré et ils ont dit qu'ils peuvent pas se mêler de ça, que c'est un problème de famille . C'est à nous de régler ça. Au moment que ma maman mourrait j'avais son argent parce qu'elle tenait un commerce. J'avais son argent là, j'avais pas dit à mon père, j'avais pas dit à son grand-frère là. J'ai gardé l'argent, j'ai donné à une femme qui était notre voisine elle a gardé l'argent là. Quand elle pensait que je ne peux plus rester là-bas je souffrais énormément et il m'a chassé, que si il me voit il va me tuer.

E. Votre père ?

F3. Non, son grand-frère.

E. Votre oncle ?

F3. Oui.

E. Qu'est ce qu'il a dit ?

F3. S'il me voit chez lui maintenant, du fait que moi j'ai accusé son enfant de viol, que je suis une menteuse, que si il me voit là-bas il va me tuer. Je pouvais plus retourner chez mon papa, parce que mon papa lui il s'intéresse plus de moi il s'intéresse qu'à ses trois femmes et à les enfants. Je profitais de prendre l'argent de ma mère pour venir.

E. En avion vous êtes venue ?

F3. Non Non c'était en voiture. J'ai pris de Conakry au Sénégal, de Sénégal en Mauritanie, Mauritanie et Maroc.

E. Et le trajet ça s'est passé comment ?

F3. Ah ... (soupir) C'était pas facile... (Soupir long) J'ai trouvé des femmes aussi qui vient vers le Maroc, on a pris le même chemin pour venir au Maroc.

E. Et le papa du bébé vous l'avez rencontré où ?

F3. Je le connais depuis en Guinée, sur Facebook là, on causait, mais lui il était venu ici en 2017.

E. Vous lui parliez alors que vous étiez encore au village ?

F3. Oui, il est venu ici en 2017, je l'ai trouvé ici.

E. C'est lui qui vous a dit de venir ici ?

F3. Non, il m'a dit quand même il y a le problème de l'argent, si j'ai de l'argent je peux venir ici hein parce que si ça ne va pas là bas je peux profiter de venir ici.

Mais quand j'étais au Maroc j'ai des amis qui disent, que quand je pars c'est le grand bateau qui t'envoie en Espagne. Quand j'ai été là-bas pour la première fois on m'a fait sortir. J'ai été là-bas, je me suis croisée avec une femme qui était très gentille. Je lui ai dit que moi je pars au Maroc mais je connais personne, je ne sais pas où loger, j'ai l'argent quand même pour me nourrir. Elle m'a dit que là où elle part elle va m'envoyer là bas on va rester là-bas. C'est la femme là qui m'a aidée pour venir ici.

E. Et depuis vous n'avez plus de contact avec votre père ?

F3. Non je ne parle pas à mon papa.

E. Donc votre maman vous a quelque part « sauvée » avec son argent ?

F3. Oui oui.

E. Vous avez donc retrouvé votre ami, ici, à Nantes ?

F3. Oui oui parce qu'on communiquait sur Facebook, je lui ai demandé où il est il m'a dit que lui il vit à Nantes. Je lui ai dit quand je vais rentrer en Espagne, peut-être je vais venir là bas.

Quand je suis venue il m'a dit qu'il y a des associations qui aident les personnes en difficulté. Il y a Terre d'Asile, On va aller là bas, tu vas t'inscrire. Nous sommes allés là bas. Partout où on me donne des rendez-vous, il m'aide, il m'accompagne. C'est comme ça. Je le connaissais en Guinée mais nous étions pas ensemble.

E. Où est ce que vous dormez maintenant ?

F3. Je dors avec lui chez son grand frère. Mais c'est pas de même sang, c'est de la famille comme en Guinée.

E. Donc vous dormez avec votre conjoint ?

F3. Oui.

E. Est ce que vous avez déjà eu une mauvaise expérience avec un professionnel de santé ?

F3. Non

E. En Guinée ou en France, pas de souvenir qu'il y ait un médecin ou un infirmier, une sage-femme qui vous ai mal parlé ?

F3. Non.

E. Il ne s'est jamais rien passé, à part que l'on vous faisait des piqûres et que vous n'aimiez pas ça !

(Rires)

Qu'est ce qui est difficile dans votre vie au quotidien en tant que femme ?

F3. Le fait que je suis enceinte là, pour m'occuper de mon bébé, je ne sais pas comment m'occuper de mon bébé, ça m'inquiète un peu. Et son papa aussi il connaît rien, c'est son premier bébé aussi. Oui ça m'inquiète.

E. D'accord. Est ce qu'il y a d'autres choses qui sont difficiles.

F3. (Silence quelques minutes) .. non

E. Comment les soignants pourraient vous aider par rapport à vos questions en tant que femme ?

F3. (Silence long) ... Comment les soignants pourraient m'aider ? ... C'est en me donnant les instructions, en me guidant.

E. C'est bien que vous puissiez avoir les groupes maman-bébé !

F3. Oui ... ça va commencer en mai.

E. et par rapport à vis problèmes de santé de femmes qu'attendez vous des médecins ?

F3. Qu'ils me disent que je n'ai pas de problème de santé (rires)

E. Qu'ils vous rassurent ?

F3. Oui. C'est ça que j'attends, qu'ils me disent « tu es en bonne santé, ta grossesse ça va bien, C'est seulement le problème de la peau là, il y a quelque chose qui sort sur ma peau, ça m'inquiète beaucoup là. J'ai été à l'hôtel de Dieu ici pour qu'ils regarder, ils m'ont même pris un bout de la peau où s'est sorti là, ils ont vérifié qu'ils n'arrivaient pas à comprendre. Ils m'ont donné des papiers soi-disant qu'ils n'arrivent pas à détecter ce que c'est comme maladie. Parce que cette chose qui sort sur mon corps, quand ça part ça ??? (mot incompréhensible) . Ils disent qu'il y a rien dans le sang, moi je pense que ça se trouve dans le sang et ...

E. ça vous inquiète

F3. oui.

E. D'accord. Je vous propose de passer à la suite, Vous voulez de l'eau ?

F3. Non je suis en Carême.

E. Vous êtes en Carême ? Ah ... c'est le ramadan !! Mais vous faites le ramadan alors que vous êtes enceinte ?

F3. C'est la tradition, si ça t'embête pas tu peux jeuner. Si t'es malade, tu dois pas jeûner mais quand tu accouches tu dois rembourser. Mais moi je jeune mais ça m'embête pas.

E. Alors, on passa à la deuxième partie, je vous présente le tableau : toutes les vignettes qui sont là sont des sujets que l'on va aborder ensemble : les règles, la maternité, la contraception, les relations sexuelles, l'estime de soi et les relations avec les hommes. Ici ce sont des émotions : triste, serein, énervé, content, très content, étonné ...

D'accord ?

F3. Oui

E. Est ce qu'il y a un thème dont vous aimeriez que l'on discute en premier ?

F3. Oui, le rapport avec les hommes.

E. ça vous fait quelle émotion ?

F3. Fâchée.

E. Fâchée. D'accord. Alors est ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi vous répondez fâchée ?

F3. Oui parce que quand je fais les rapports avec mon conjoint ça me fait très mal. J'ai expliqué ça au sexologue qui est ici, on m'a trouvé une sexologue ici ; Hier j'étais là même avec elle. Elle elle pense que c'est l'excision ou la manière dont nous faisons notre rapport, de le changer, d'améliorer. Elle m'a expliquée beaucoup de choses.

E. Ca vous a aidée ?

F3. Oui.

E. Ce qui vous met en colère alors c'est par rapport aux rapports sexuels ?

F3. Oui parce que mon conjoint il aime trop les rapports et moi je n'aime pas. Ca me fait mal.

E. Il n'y a pas de plaisir. D'accord.

Le fait d'être en couple ça vous fait quelle émotion ?

F3. Content

E. Avez-vous déjà été en couple auparavant ?

F3. Non c'est la première fois.

E. Et pour vous est ce que c'est important d'être en couple ?

F3. Oui c'est important.

E. Pourquoi est-ce important ?

F3. Chez nous la tradition ils disent que quand tu meurs tu n'es pas mariée ce n'est pas bon.

E. Qu'est ce qu'il va se passer ?

F3. On te dit quand tu meurs tu n'es pas mariée ce n'est pas bon pour une jeune femme. Une femme doit avoir un mari, il y a trop de choses, ça vient de notre continent. Toutes les filles doivent se marier. Ils vont te dire sinon que tu es une prostituée qui veut pas se marier.

E. Vous pensez que c'est vrai vous ?

F3. C'est la coutume. Moi je ne pense pas à ça hein. Je considère pas ça.

E. Et pourquoi ça vous rend heureuse d'être en couple ?

F3. Parce que l'homme dont je vis je l'aime beaucoup, il m'a beaucoup aidée aussi.

Tout ce que je lui demande, s'il a, il donne. Malgré s'il travaille pas. Partout où je vais il m'accompagne. Parfois c'est moi qui lui dit non je reste seule, toi tu vas rester.

E. D'accord. Est ce que vous avez déjà été amoureuse ?

F3. Amoureuse ? Non ... jamais. C'est ma première fois.

E. Et au pays vous aviez eu des relations avec d'autres hommes ?

F3. Non, sauf le fils de mon oncle là qui m'a violée.

C'était le premier ça.

E. Avez vous pu parler de cela avec quelqu'un quand vous étiez là bas ?

F3. Non, sauf à la police, mais dans notre entourage là tout le monde savait. J'avais même honte là. Parce que du fait que je dise à mon oncle là que je suis une menteuse, que moi je mens. Même aller à l'école, passer devant les gens ça me ... (silence)

E. Trop difficile. Sans votre maman pour vous soutenir.

Aviez-vous des amis là bas ?

F3. Des amis de classe oui, mais des amis de quartier non .

E. Il y a avait simplement l'amie de votre maman là qui gardait l'argent ?

F3. Oui, elle était très d'accord avec ma maman.

E. Ok. et votre papa

F3. Ahhh je ne sais même pas comment il vit là-bas.

E. Quelle place a-t-il eu dans votre vie ?

F3. Mon papa je l'aimais beaucoup mais je ne savais pas qu'il a un caractère. Après la mort de ma maman, c'est pour cela je l'ai détesté, je ne veux même pas entendre. Depuis que je suis venue ici je ne parle pas avec lui.

E. Parce que après la venue de votre maman il a changé de caractère ?

F3. Oui . Il a changé de caractère je ne savais pas qu'il avait ce caractère là.

E. Quand vous étiez petite il a toujours été gentil avec vous ?

F3. Oui

E. Il ne vous a jamais fait de mal ?

F3. Non, il m'a une fois frappée.

E. Silence. et comment ca se passait à la maison ?

F3. Ma maman elle faisait le commerce là.

E. Donc elle travaillait.

F3. Oui oui , Elle dit que c'est très important, d'étudier, de travailler.

E. D'accord. Vous avez des questions par rapport au couple ?

F3. Non.

E. Et est ce que vous allez vous marier après la naissance du bébé ?

F3. Non nous n'avons pas de moyens hein.

E. Ah oui d'accord, mais vous aimeriez pouvoir vous marier ? Pour vous c'est ça qui est important

F3. Oui.

E. Et vous voulez beaucoup d'enfant ?

F3. 3 seulement c'est bon. Lui il dit 30 enfants (rire), moi c'est 30 enfants je veux ! Je lui dis tu vas épouser une autre femme qui va avoir 30 enfants pour toi.

E. Vous êtes issu d'une famille polygame ?

F3. Oui oui

E. et votre conjoint est monogame ?

F3. Oui oui. Moi je l'ai dit quand on a trouvé ça dans notre famille affaire de polygamie là. Donc moi je ne peux rien. Je ne peux pas le convaincre. Même si lui il ne veut pas, il a sa famille là bas et peut épouser une femme là bas et lui demander de donner de dépenser cette femme là.

E. Je n'ai pas compris.

F3. J'ai dit même si lui il ne veut pas une deuxième femme, il a ses parents en Afrique. Eux ils vont épouser une femme là bas en lui donnant des ordres de dépenser cette femme obligatoirement. Financer, envoyer de l'argent, la nourrir, lui donner des vêtements. Tout ça là. Donc moi je ne peux rien faire de ça là.

E. Et lui non plus ?

F3. Non.

E. Et la femme il la connaît ?

F3. Ca n'a pas encore été fait quand même mais ça peut venir.

E. Lui vous a dit qu'il préférerait être seul avec vous ?

F3. Oui, qu'il ne veut pas avoir deux femmes, qu'il ne veut pas être polygame.

E. Peut-être cela change parce que vous êtes en France ...

F3. Oui ici il n'y a pas de polygamie. C'est important hein.

E. Pourquoi préférez-vous la monogamie à la polygamie ?

F3. Avec la polygamie tu auras beaucoup de problèmes, avec les femmes, les enfants. Quand tu épouses 3 femmes, 4 femmes, L'homme se couche et meurt, laisse ses enfants, d'autres même leurs enfants peuvent rien faire, les femmes ne sont pas d'accord. Ce n'est pas un bon foyer.

E. Comment les femmes vivent-elle le fait que l'homme qu'elles aiment aient des relations avec plusieurs femmes ?

F3. ça les embête pas hein . Moi ça m'embête. Parce que tu peux avec beaucoup de femmes, tu peux un seul homme, avec plusieurs femmes là, tu peux avoir des maladies, l'autre femme n'a pas cette maladie, et l'homme là va faire le rapport sexuel avec l'autre et l'homme va te transmettre la maladie alors que toi tu n'as pas cette maladie. C'est ça le danger de la polygamie hein. Tu peux avoir des maladies. Parce que si l'homme a une maladie toutes les femmes vont gagner la maladie.

E. Et les femmes ne sont jamais polygames ?

F3. Avoir deux hommes ? Mariés ? Nonnnn (rires) seuls les hommes qui font ça .

E. Et pourquoi les femmes ne feraient pas ça ?

F3. Ah j'ai jamais vu ça d'abord. Jamais entendu. Une femme qui épouse deux hommes.

E. Et pourquoi ce ne serait pas possible ?

F3. Ah j'ai jamais entendu hein. Chez nous quand même ça c'est le travail de l'homme.

E. Le travail de l'homme ?

F3. Oui avoir beaucoup d'enfants, même s'il n'a pas le moyen de les nourrir.

E. D'accord. Et le travail de la femme c'est quoi ?

F3. C'est préparer.

E. Préparer ?

F3. A vendre, faire la commerce, aller au marché, vendre des légumes. Il y a d'autres femmes même leur mari ne travaille pas sauf si il part au marché vendre l'argent et avoir quelque chose à manger. C'est les femmes qui nourrissent leur mari.

E. Dans votre pays est-ce qu'il existe des histoires d'amour entre un homme et une femme ?

F3. Histoire de ?

E. Histoire d'amour ?

F3. Non ... pas trop (semble ne pas bien comprendre ma question)

E. Ok bon, est ce qu'il y a un autre thème que vous voulez qu'on aborde ?

F3. Au niveau du bébé

E. Alors la maternité ... Qu'est ce que ça vous fait comme émotion d'être enceinte ?

F3. Émotion ?

E. Oui ...

F3. Hum celui là, contente.

E. Alors, pourquoi est ce que ça vous rend contente ?

F3. Ca me rend contente parce que l'homme dont j'ai rencontré, c'est un homme qui m'a beaucoup aidée qui fait de mon souci, qui se soucie de moi. Je suis tombée enceinte de lui, ça me rend heureuse, je suis fière.

E. Vous êtes fière ?

F3. Oui.

E. Qu'est ce que vous savez de la grossesse ? Qu'est ce qui se passe pendant la grossesse ?

F3. Avant-hier au PMI on m'a expliqué qu'il y a deux phases d'accouchement. La phase de la contraception ben, l'autre phase, tu peux avoir la contraception, les douleurs au moment de l'accouchement. (Rires) elle m'a expliqué, j'essaye de redire à ma manière .

E. Oui c'est très bien j'essaye de comprendre du coup.

Il s'agit de contractions ou de la contraception ?

F3. Contraception.

E. Ca sert à quoi la contraception ?

F3. Contraception c'est quand tu es enceinte là, le mois est arrivé pour accoucher mais il n'y a pas de mouvement. On te donne une contraception non ?

E. Non parce que la contraception c'est pour empêcher d'être enceinte

F3. Non, alors c'est pas ça. Non quand une femme est enceinte là, son heure est arrivée pour accoucher là, il y a le ventre qui se durcit.

E. Oui c'est la contraction ! le ventre se durcit.

F3. Il y a des douleurs, oui c'est ça la contraction. Et on peut ne pas avoir de douleurs si on te donner

E. Péridurale

F3. Oui péridurale.

E. La piqûre dans le dos ?

F3. Oui c'est ça.

E. Et qu'est ce qui se passer pour tomber enceinte ?

F3. Bah il faut faire des rapports !

E. Et qu'est ce qui se passe au moment des rapports pour tomber enceinte ?

F3...

E. Vous ne savez pas du tout ?

F3. Non, non.

E. C'est magique qu'on arrive à crée un bébé !

F3. Oui c'est magique !

E. Et de voir votre corps changer qu'est ce que cela vous fait ?

F3. ... C'est étonnant, quand tu tombes enceinte, tu changes même le visage . ma peau aussi change.

E. Et ca vous fait quoi ?

F3. Ça m'inquiète un peu parce que je ne sais pas ce qu'il se passe dans la grossesse. C'est la première fois, comme je ne connais rien , quand je vois ça les seins enfler je demandais « pourquoi ça fait ça ? » ça fait un mois je vois pas mes règles, c'est là bas qu'on me dit que je suis enceinte.

E. Et le fait d'avoir un bébé ça signifie quoi ?

F3. C'est une bonne chose.

E. Pourquoi est ce une bonne chose ?

F3. Parce que quand tu as un enfant, c'est comme si tu as une copine à côté de toi, oui.

E. Vous êtes en train de créer un nouveau lien familial c'est ça ?

F3. Oui. C'est ça.

E. Vous avez des questions non ?

F3. Non.

E. Donc si je reformule, vous me dites, c'est super, je suis fière d'être enceinte de l'homme que j'aime, pour moi c'est important d'avoir un enfant parce que je vais pouvoir reconstruire quelque chose et en même temps j'ai pas mal d'inquiétude parce que ca ne m'ai jamais arrivé avant je sais pas si je vais savoir m'occuper de mon bébé.

F3. Oui

E. Je suis sûre que ça va bien se passer moi (rires)

Avez-vous rencontré des femmes à Nantes avec qui vous pouvez parler de ce genre de choses ?

F3. Non, moi je connais personne.

E. Ok, quel sujet vous voulez aborder ?

F3. Les règles.

E. alors ça vous fait quel émotion les règles ?

F3. Douloureux hein.

E. Qu'est ce qui fait mal ?

F3. Pendant la période des règles ici là (montre le bas ventre) ça te fait maaaaal. Au niveau d'ici là.

E. A chaque fois ?

F3. Non ça varie.

E. Et... vous avez eu vos règles à quel âge.

F3. Moi ? Hum. C'est à l'âge de 12 ans.

E. Et vous saviez ce que c'était quand vous avez vu vos règles.

F3. Nonnn, heee j'ai pas demandé, parce que j'étais avec beaucoup de filles là bas et je voyais quand pendant les règles, elles prenaient quelque chose et mettre là bas mais (rires) c'est quand j'ai vu pour moi je l'ai dit à personne moi aussi j'ai fait la même chose. Mais une femme un jour m'a observée, elle m'a dit « toi tu as tes règles t'as une fois dit à ta mère ? » J'ai dit « non j'ai pas dit à ma mère mais je vois quand même les femmes qui voient les règles, je les vois comment faire » elle dit que c'est pas bien « il faut dire à ta maman que tu as vu tes règles. J'ai dit à ma maman et elle m'a dit « ah tu as vu tes règles, maintenant même si tu parles avec un homme tu tombes enceinte » pour me faire peur.

E. pour vous faire peur ?

F3. Oui. (rires) de ne pas sortir avec des hommes.

E. Elle vous a expliqué pourquoi ?

F3. Elle blague !

E. Oui mais pourquoi elle vous a dit ça ?

F3. Parce que dans notre quartier là bas il y a des filles, même 11 ans, 10 ans, elles tombent enceintes et si elles tombent en grossesse, les hommes qui les ont enceintes ils vont dire que ce n'est pas eux. C'est pour cela elle m'a dit ça.

E. Elle vous a donc dit que à partir du jour où vous voyez vos règles vous pouvez avoir des enfants.

F3. Oui elle m'a dit cela.

E. Et vous a-t-elle parlé des rapports ?

F3. Non, jamais.

E. Et est ce que avant de voir vos règles vous en aviez déjà parlé avec elle ?

F3. Non.

E. Et quand vous les avez vues, vous vous êtes dit c'est mes règles ?

F3. Oui c'est mes règles, oui (rires) , avec les filles de l'école. Moi en ce moment j'avais pas vu mes règles et ça parlait, ça parlait comment faire ...

E. Et alors c'était comment ?

F3. Quand elles voyaient leurs règles, elles mettaient deux slips ou mettre du coton, dédoublé, pour que là où elles vont s'asseoir ça ne doit pas sortir.

E. Et pourquoi il fallait le dire à votre maman ?

F3. Parce que la dame là elle a dit que le cacher de sa maman, ce n'est pas bon. Il faut tout dire, même si tu connais, tout dire à ta maman, tu auras des conseils. C'est pour cela

quand j'ai dit à ma maman elle a dit « tu as vu ça maintenant si tu parles avec un homme tu vas tomber enceinte, parce que quand tu vois ça seulement tu vas tomber enceinte, le moment est venu d'avoir des enfants ».

E. D'accord. Est ce que vous savez ce que c'est les règles ?

F3. Non.

E. pas du tout ? Vous ne savez pas à quoi correspond le sang ?

F3. Oua ... (silence)

E. Non... D'accord. Et pourquoi est ce que ça revient tous les mois ?

F3. ce sont les cycles d'ovulation, non ?

E. oui, qui vous a enseigné ça ?

F3. A l'école. les professeurs.

E. D'accord, et que vous ont-ils appris d'autres ?

F3. Mais eux quand ils expliquent ils vont pas approfondir les explications, parce que nous on est mélangés là bas avec des hommes, quand tu parles des appareils là, ils vont commencer à crier. Le professeur va stopper et prendre d'autres.

E. Et vous vous utilisez quoi quand vous avez vos règles ?

F3. Coton. Je ne sais pas comment vous vous appelez ça en France.

E. Serviette. En magasin, Qu'on colle au slip ?

F3. Oui c'est ça.

E. et vos règles, vous avez des douleurs.

F3. Oui parfois.

E. D'accord et comment vous faites quand vous avez ces douleurs ?

F3. Quand je prends le médicament, Spasfon.

E. Qui est ce qui vous a dit de prendre ce médicament ?

F3. C'est une copine que j'ai vu prendre ça et qui m'a dit que ça va calmer. ça va faire comme si je n'ai jamais eu de douleurs.

E. Ok. Très bien. Et après vous n'en avez plus jamais reparlé avec votre maman ?

F3. Non non .

E. Plus jamais avec personne.

F3. Non avec personne.

E. Avec les amis c'était pas possible d'en parler non plus ?

F3. ...(Silence)

E. D'accord bon. Avec vous des questions ?

F3. Silence.

E. Ce serait bien que je vous explique les règles et tout ça ? Le but de cette séance là ce n'est pas de vous expliquer tout ça , mais en atelier évidemment nous vous l'expliquerons.

F3. Les règles là, quand une personne ne voit pas elle peut tomber enceinte ?

E. Oui, parfois les femmes n'ont pas des cycles réguliers, mais ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'ovulation.

< Explications rapide sur quelques notions sur les règles >

Ok est ce qu'il y a un autre sujet que l'on aborde ?

F3. Silence ... Ca c'est quoi ?

E. Contraception.

F3. Oui on va parler de cela.

E. Ca vous fait quelle émotion la contraception ? Attention c'est différent de la contraction hein, dont on parlait tout à l'heure. (J'écris les deux mots au tableau, pour bien faire la différence)

F3. La contraception d'abord c'est quoi ?

E. C'est quand on essaye de contrôler les naissances, de faire l'amour sans tomber enceinte.

F3. Aaaaa. (Silence)

E. Vous connaissez ça ?

F3. (Hochement de tête)

E. Où est ce que vous en avez entendu parler ?

F3. En Afrique les femmes qui prend les pilules pour ne pas tomber enceinte. C'est ça ?

E. Oui, oui.

F3. Oui il y a aussi la pilule qu'on met là la (montre son bras)

E. Oui ça c'est l'implant.

F3. Oui.

E. Vous, vous n'avez jamais eu de contraception ?

F3. Non

E. Comment font les femmes qui ne veulent pas avoir d'enfant mais font des relations sexuelles ?

F3. Elles prennent ça et ... comment dire... Les femmes africaines elles tombent beaucoup enceintes, elles tombent beaucoup enceintes, elles sont fatiguées d'avoir beaucoup d'enfants. Elle profitent de prendre les pilules pour ne pas tomber enceinte et continuer les rapports.

E. Vos connaissez des moyens de contraception à part la pilule et l'implant.

F3. Non ...

E. préservatif ?

F3. Ah oui, préservatif j'entends.

E. Vous avez déjà vu ?

F3. Oui j'ai déjà vu .

E. Vous avez déjà utilisé cela ?

F3. Non mais j'ai vu en biologie. A l'école.

E. ils vous ont montré le préservatif. Vous avez eu des cours de sexualité ?

F3. Oui oui.

E. Ils vous ont dit quoi ?

F3. Ça empêche aussi de ne pas tomber enceinte.

E. vous comprenez pourquoi ?

F3. Ça calmait aussi de ne pas prendre d'autres maladies.

E. Oui, exactement.

Et pourquoi ça empêche de tomber enceinte.

F3. Parce que les spermatozoïdes là, ça ne va pas . ça ne peut pas sortir.

E. Oui, exactement.

Et ça vous connaissez (je lui montre l'image du stérilet)

F3. Non, ça c'est quoi ?

E. Stérilet.

F3. Non ...

E. Ok. Vous ne connaissez pas.

Vous en pensez quoi de la contraception ?

F3. C'est bien.

E. Est ce que vous aimeriez avoir une contraception ?

F3. Non. Parce que moi je sais contrôler.

E. Vous savez contrôler, d'accord alors comment vous faites pour contrôler ?

F3. Parce que quand j'aime pas je dis j'aime pas. J'aime pas. Quand je suis fatiguée de faire des rapports, quand je lui dis « aujourd'hui je veux pas » il va pas me forcer. Mais tu vois quand tu as un homme qui est insupportable, il te suit il te suit il te suit, tu es obligée de faire, mais moi mon petit-ami lui il n'est pas comme ça.

E. Mais de savoir quand est ce que vous pouvez faire l'amour et quand est ce que vous ne pouvez pas ?

F3. Non ça je ne peux pas contrôler.

E. Donc vous ne pouvez savoir quand est ce que vous allez tomber enceinte ou pas ?

F3. Ah non c'est surprise.

E. Et là quand vous allez accoucher, comment vous allez pourvoir faire les rapports sans retomber enceinte tout de suite ?

F3. Parce que c'est non. Chez nous on dit quand tu viens de naître un bébé, il faut que tu fais 40 jours sans l'homme. Les hommes africains ici ils savent ça. Ils pratiquent aussi.

E. D'accord. Bon, vous avez des questions par rapport à ça ?

F3. Oui ils disent aussi, les gens en Afrique, que les gens qui prennent des pilules ils ne vont pas tomber enceinte. Ils ne vont pas avoir des enfants. Ils sont stériles. Est-ce que c'est vrai ?

E. Non ce n'est pas vrai. Lorsque l'on comprend comment marche la pilule on réalise que ce genre de choses que l'on peut vous dire c'est faux. Après il y a différents moyens de contraception, et chaque femme a son moyen de contraception à elle. Il y a des femmes par exemple qui n'aiment pas prendre la pilule, parce qu'elles ont peur d'oublier.

L'implant par exemple ça reste en place 3 ans.

F3. Ça se voit ? ça se voit non ?

E. non ça se voit pas, il y a parfois une petite cicatrice.

F3. Moi j'ai vu ça chez une jeune fille là, tellement qu'elle est claire, elle l'a mis ici là, j'ai vu ça je lui ai demandé.

E. Vous êtes observatrice vous.

Alors ... après vous préférez, estime de soi ou rapport sexuel ?

F3. Estime de soi ... non on commence rapport sexuel.

E. Alors rapport sexuel, vous m'en avez parlé tout à l'heure. Colère c'est ça ?

F3. Oui colère.

E. Colère parce que ?

F3. La douleur.

E. Comment vous expliquer que vous avez mal ?

F3. C'est quand il y a la pénétration c'est là bas que ça me fait mal, et quand on a fini je pars pisser et ça me brûle. Parfois ça me brûle, parfois ça me brûle pas.

E. Et pourquoi ça fait mal selon vous ?

F3. La sexologue me dit que c'est soit l'excision soit la manière de faire.

E. Oui, mais vous vous en pensez quoi ?

F3. Moi je pense que c'est l'excision parce que j'entends que l'excision joue beaucoup. Ça joue beaucoup, nous les femmes on dit que c'est pas bon, quand tu es excisée tu vas pas connaître le goût du rapport et moi ça je ne connais pas le goût, pourtant d'autres femmes disent que quand tu commences à faire les rapports tu vas pas cesser. Tu vas beaucoup aimer. Pour moi c'est le contraire. Je me dis peut être que c'est l'excision qui m'a fait ça.

E. vous vous êtes dit ça avant d'aller voir la sexologue ?

F3. Oui oui. J'ai dit à mon conjoint peut être c'est ça.

E. Vous pouvez le dire à votre conjoint que c'est difficile les rapports ?

F3. Oui je lui dis je lui dis il me dit peut être en faisant le rapport on se touche on se caresse. Je dis « non moi je ne fais pas ça ». Se toucher se caresser ...avant de se ... silence

E. Pourquoi vous ne voulez pas faire ça ?

F3. Comme ça, parce que ça me rend nerveuse. Quand je me couche, il fait ce qu'il veut, je me concentre, pour ne pas me faire mal.

E. vous savez pourquoi vous êtes nerveuse ?

F3. Oui c'est à propos des douleurs que je ressens dans mon corps.

E. Mais les caresses ça ne vous fait pas mal, si ?

F3. Non ça ça ne me fait pas mal.

E. Alors pourquoi cela vous rend nerveuse ?

F3. Parce quand il me touche là, je sais ce qu'il veut, il veut coucher avec moi.

E. Ah d'accord, vous appréhendez...

Est ce que le fait d'avoir été violée ça vous rappelle des choses ?

F3. Oui oui ... silence ...

E. Mmh . Beaucoup de choses peuvent rentrer en compte dans vos douleurs.

Et est ce que vous savez ce qu'il se passe au moment de l'excision ? Qu'est ce que l'on fait ?

F3. Au niveau de l'excision, la dernière fois docteur Poirier, son assistante m'a montré son appareil de sexe de femme là. Elle m'a montré les lèvres. Et là où on doit couper pour l'excision. Pour moi on a coupé trois.

E. Trois ?

F3. Les deux lèvres là on a coupé et le trou là, là où le pipi sort au dessus de ça.

E. de ça ?

F3. ça c'est pas normal.

E. Mais c'est quoi ce qu'on a coupé là, au dessus ?

F3. J'ai oublié le nom (rires)

E. (J'écris sur le tableau) Clitoris.

Ca vous rappelle quelque chose ?

F3. Oui Clitoris. Certaines femmes c'est que ça seulement qui est coupé. Mais moi c'est les trois, les lèvres et le clitoris.

E. Vous savez pourquoi est ce que l'on vous coupe au pays ?

F3. Non je ne sais pas.

E. D'accord. Ce que vous décrivez les caresses et le toucher elle vous en a parlé la sexologue ?

F3. Oui elle dit que c'est très important.

E. En France on appelle cela les préliminaires, ça permet l'excitation et ça mouille en bas. Ça permet de faire glisser plus facilement. On va commencer à avoir ces sécrétions par les caresses, les préliminaires. Il y aussi le désir et l'envie de faire l'amour. Pour vous il y a trop d'appréhension donc c'est difficile.

F3. La sexologue elle m'a même proposé de m'acheter des aides là, du gel.

E. Ah oui, du gel lubrifiant.

F3. Oui (rires)

E. Est ce que les rapports c'est important quand même ?

F3. C'est important parce que c'est en faisant les rapports que tu vas avoir des enfants.

E. Et dans le couple quelle place ça doit avoir ?

F3. ça renforce.

E. Si vous ne faites pas l'amour qu'est ce qui se passe ?

F3. Le couple ne va pas avancer, nous ne serons pas d'accord, parce que dans le couple il faut avoir ça.

E. Mmh ... On vous avait déjà parlé des rapports sexuels avant que vous ayez les premiers rapports ?

F3. Oui c'est obligatoire hein, dans la couple, même si la femme n'aime pas tu es obligée de faire parce que tu l'aimes aussi. Tu peux pas le voir souffrir quelque chose.

E. votre maman vous avait parlé des rapports sexuels ?

F3. Non, les mamans elles n'expliquent jamais ça, les femmes africaines.

Elles disent pas ça. C'est les blancs qui expliquent tout avant que leurs enfants commencent à sortir avec les hommes.

E. (je la coupe) Ah non pas forcément ! Je suis d'accord avec vous que la culture est différente mais il y a plein de choses qui sont comme vous aussi en France. Beaucoup de mamans ne parlent pas des règles à leurs enfants ni des relations sexuelles. Les relations sexuelles c'est très intime et les mamans sont aussi gênées que les filles parfois pour en parler. Je vous promets.

F3. D'accord (rires).

E. Après c'est vrai que peut-être en France on va parler plus souvent contraception et tout ça mais c'est pas l'important. Nous avons tous une vie de femme qui est différente et qui est imprégnée de notre culture, de notre éducation, de nos parents et tout ça. Mais c'est unique et différent pour chaque femme.

(Rires) Est ce que vous avez des questions par rapport au rapport sexuel ?

F3. Non.

E. On aborde estime de soi ?

F3. Oui

E. Alors, estime de soi c'est la façon dont vous vous percevez vous-même, la considération que vous avez pour vous même. Est-ce que vous vous aimez ?

F3. Oui.

E. Vous avez de la considération pour vous-même ?

F3. Oui

E. Quand vous vous voyez dans une glace, comment est ce que vous vous trouvez ?

Nue devant un miroir ?

F3. (Silence) Quand je me vois dans un miroir, nue ? (Silence long) , reprenez la question.

E. Quand vous êtes nue devant un miroir comment vous vous trouvez ?

F3. Belle

E. Qu'est ce que vous aimez chez vous ?

F3. J'aime mon corps.

E. Vous aimez votre corps. Depuis longtemps ?

F3. Oui.

E. Est ce que vous connaissez vos défauts ?

F3. Mes défauts ? Même si on connaît ses défauts on en parle pas hein. (Rires)

Personne ne parle de ses défauts. Tout le monde parle de ses qualités oui.

E. Pourquoi personne ne parle de ses défauts ?

F3. C'est pas tout le monde qui dit ses défauts, parce que quand on commence de parler ses défauts là ...

E. Est ce que vous connaissez trois défauts ?

F3. Mmh ...

E. C'est difficile d'en parler ?

F3. Mmh.

E. On est pas obligée d'en parler si vous ne souhaitez pas.

F3. (Hoche la tête)

E. Ok, Pouvez vous me donner trois qualités ?

F3. Oui, (silence) je suis très simple, courageuse et fidèle.

E. Je suis sûre que vous en avez encore des tonnes d'autres. (Rires) mais on va s'arrêter là. Pour vous est ce que c'est important de s'aimer soi-même ?

F3. Oui c'est très important.

E. Pourquoi est-ce que c'est très important ?

F3. Parce que avant d'aimer quelqu'un, il faut s'aimer soi-même.

E. Comment est-ce que vous savez cela ?

F3. (Silence) Je sais pas, c'est venu dans ma tête comme ça.

E. Et quels conseils vous donnez à quelqu'un qui aimerait s'aimer soi-même ?

F3. Les conseils ? (Silence) s'aimer c'est très important hein, parce que quand tu t'aimes pas toi-même, tu peux pas ... comment dirais-je, tu peux pas évoluer hein. Il faut s'aimer d'abord. Même si tu as un objectif à atteindre il faut s'aimer d'abord, et aimer ce que tu fais. Tu as un objectif. Tu t'aimes après tu aimes l'objectif aussi.

E. ok ... et qu'est ce qui est important pour vous au quotidien ?

F3. Ce qui est important pour moi ? J'ai l'amour du travail.

E. Dans le quotidien qu'est ce qui vous fait plaisir ?

F3. C'est être libre.

E. parce qu'avant c'était pas le cas ?

F3. Non c'était pas le cas.

E. C'est à dire ?

F3. Avant, quand je quitte à l'école, j'ai pas d'amis, sauf en classe, quand on se retrouve là-bas, mes amis ne vont pas chez moi parce que j'ai un oncle qui est très méchant, dans le quartier non plus tu ne vas pas. Quand je rentre je trouve à manger, si je ne trouve pas je reste couchée sinon je prends un livre pour lire. Mais ici je me sens libre, je me sens en sécurité, parce que ici je sais que personne ne peut me faire de mal, ici il y a la loi et on considère les êtres ici par rapport à chez nous, La loi tout le monde l'applique c'est trop important.

E. D'accord... Bon et est-ce que vous avez des projets ? à part avoir un bébé ?

F3. Oui j'ai des projets de faire la commerce.

E. Comme votre maman ?

F3. Oui oui

Commerce, à voyager, acheter des habits, aller en Chine, Dubaï acheter des habits, venir vendre, aller en Guinée.

E. vous aimez votre pays ?

F3. Non faire des commerces entre, mais je ne vais pas rester là bas. Même si je pars le ne vais pas rester là-bas.

E. Vous aimez votre pays ?

F3. Oui, j'aime, je suis née là-bas hein.

E. Et la France ?

F3. Si, c'est un pays qui m'a colonisée, qui nous a colonisé nous les guinéens.

E. Mais vous pourriez en vouloir à la France.

F3. Oui c'est normal.

E. Vous sentez l'influence de la France sur la Guinée ?

F3. Oui oui

E. Et aujourd'hui vous vous sentez bien en France ?

F3. Malgré cela la France a beaucoup aidé la Guinée hein, jusqu'à présent elle continue à aider.

E. donc vous vous voyez rester longtemps en France ? Élever vos enfants en France ?

F3. Oui.

E. D'accord. Qu'est ce qui est positif dans votre vie aujourd'hui ?

F3. Positif ? (Silence) ... Ce qui est positif dans ma vie aujourd'hui ... j'ai un mari qui s'occupe de moi, on vit ensemble, c'est ça seulement qui est positif d'abord tous les autres sont négatifs (rires).

E. Qu'est ce qui est négatif alors ?

F3. Je ne suis pas accepté d'abord en France, j'ai des rendez-vous, tas de convocations. Ça m'inquiète beaucoup toutes les convocations là.

E. Pour les papiers ?

F3. Oui oui , On m'a envoyé les convocations, on m'a dit d'aller signer à la police, je suis allée signer ça, ils m'ont envoyé d'autres courriers d'aller ... comment dire au commissariat d'Angers.

E. Et votre conjoint il en est ou pour les papiers ?

F3. Oh lui il est venu depuis 2017 il n'a toujours pas les papiers. Et là il fait rien .

E. il a eu deux demandes d'asile rejetées ?

F3. Non une seule fois .

E. Il fait appel alors ?

F3. Je lui ai dit de faire appel. Il me dit d'attendre d'abord.

E. ok, nous avons bientôt fini.

Une dernière chose, si vous deviez choisir entre être une fille ou un garçon vous choisiriez quoi ?

F3. Un garçon hein.

E. Pourquoi alors ?

F3. Ici ils disent que tout ici est égal. Ceux que l'homme peut faire la femme aussi peut faire. Mais les hommes ont plus de force que des femmes. Un homme peut avoir 60 ans 80 ans, il travaille, il est mur. Mais une femme à 50 ou 60 ans même marcher maintenant c'est difficile. L'homme peut avoir beaucoup d'âge mais il continue à travailler. Il y a beaucoup de différences entre les hommes et les femmes.

E. A part le travail, y a t il des choses que vous pourriez faire si vous étiez un homme ?

F3. ... Silence.

Oui ... l'homme blanc s'occupe très bien de sa femme, ici tu vois prend les couchettes de l'enfant accompagne, la maman est à la maison. Nous les hommes africains on ne fait jamais ça, Aller cuisiner, c'est femme, si l'enfant est malade c'est femme, si l'enfant doit aller à l'hôpital c'est femme. Mais les hommes blancs eux font tout. Tout ce que les femmes peuvent faire ils font. c'est pas le cas chez nous.

E. Vous regrettez que ce ne soit pas comme ça chez vous ?

F3. Oui ! L'homme doit aider sa femme hein . Mais faut pas tout laisser sur la femme. Tu vas voir l'homme africain il est assis à la maison, même si le bébé pleure la femme est occupée, il va pas se lever. Il va dire « ton enfant pleure, vient prendre ton enfant ».

Comme si lui c'était pas son enfant !

E. Et comment est ce que l'on pourrait changer ça ?

F3. Je ne sais pas si on pourrait changer ça. on est élevé dans ça . C'est le caractère

E. La mentalité, mais la mentalité évolue non ?

F3. Ah moi dans mon pays je ne vois rien qui ait changé hein. C'est là-bas que tu vois un enfant de 9 mois 8 mois qui a été violé par des hommes. J'ai vu ça moi sur la télé journal.

E. (regard sidéré) ...

F3. J'ai vu ça, tous les âges.

E. Bon, et qu'est-ce que ça vous apporte d'être une femme ? Par rapport aux hommes ?

F3. Les hommes savent tout faire hein.

E. Qu'est-ce que vous savez faire de mieux que les hommes ?

F3. (Silence)... Ce que je peux faire de mieux par rapport aux hommes peut être je peux dire au niveau de l'éducation, parce que la femme est plus approchée de son enfant par rapport à son mari.

E. Alors qu'est ce qu'elle peut faire qu'un homme ne peut pas faire ?

F3. Enceinter... l'homme ne peut pas tomber enceinte. La femme, elle elle tombe enceinte.

E. vous avez de la joie à sentir votre bébé bouger ?

F3. Oui oui, parfois je suis assise là ça commence à bouger à bouger.

Et quand j'ai fini de manger là, ça remue beaucoup ! (Rires)

Parfois quand c'est le soir, il fait que de parler mon conjoint il m'embête, alors je lui dit « si les hommes ils tombaient enceinte ils vont savoir ce qui se passe dans la grossesse là ».

E. Oui il y a des choses qu'ils ne peuvent pas comprendre.

Bon alors dernière partie. Vous avez des questions par rapport à tout ce qu'on s'est dit ?

F3. Non c'est bon.

E. Alors est ce que vous aimeriez participer à cet atelier que je vous ai présenté ?

F3. Oui c'est intéressant.

E. Est-ce que vous pensez que ça pourrait vous apporter quelque chose ?

F3. Oui.

E. Et est ce qu'il y aurait des choses qui pourraient vous empêcher de venir ?

F3. Non hein sauf des rendez-vous qui sont très importants.

E. Est-ce que ça vous embête s'il y a d'autres femmes dans le groupe ?

F3. Non non ça ne m'embête pas.

E. Je vous propose les sujets et vous vous choisissez ceux que vous voulez que l'on aborde ... d'accord ?

(je lui montre toutes les vignettes)

F3. Je choisis le droit des femmes, maladies sexuellement transmissibles, le couple, la contraception, la maternité .

E. ok super merci beaucoup

Vu, le Président du Jury,
Professeur Leila Moret

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Maud Poirier

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : DAMBRUNE
NOM : TOULEMONDE

PRENOM : CECILIA
PRENOM : AUDE

**Titre de Thèse : CREATION D'UN ATELIER EN SANTE DE LA FEMME AU SEIN DE
L'UNITE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE- MEDICO-PSYCHO-SOCIALE DE NANTES**

RESUME

Ce travail de thèse a abouti à la création d'un atelier en santé de la femme au sein de l'UGOMPS, Unité Gynécologique et Obstétricale Médico-Psycho-Sociale. Cette unité du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Nantes accompagne des femmes en situation de vulnérabilité. Le recrutement de la population a été effectué par une méthode empirique et volontaire. Les femmes interrogées étaient toutes francophones, enceintes ou avec un désir de grossesse, arrivées en France depuis cinq ans ou moins, âgées de 18 à 36 ans, et exposées à de nombreux facteurs d'inégalités sociales de santé. L'objectif principal était la création d'un atelier de santé de la femme en quatre séances collectives. La thèse s'est divisée en deux parties. La première partie était une étude qualitative qui devait faire un diagnostic de situation par le biais d'entretiens semi-directifs. Ils ont été menés auprès de douze femmes. Les objectifs étaient d'explorer leurs besoins et leurs représentations sur différentes thématiques de santé féminine, d'évaluer leur intérêt pour l'atelier et d'interroger leurs préférences des thématiques à aborder. La deuxième partie devait décrire et commenter la préparation ainsi que le déroulement de l'atelier. Il a été élaboré à l'aide de conducteurs de séances rédigés. Il a fait intervenir des professionnelles expertes dans les différents thèmes abordés et une médiatrice en santé. Sa construction a fait l'objet d'une réflexion autour du choix d'outils visuels qui devaient être utilisés dans un but pédagogique et pour favoriser le dialogue. Quatre séances ont eu lieu sur une période s'étalant sur deux mois. La première abordait les thématiques des menstruations, de la contraception et des MST. La deuxième s'intéressait à la maternité. La troisième a permis d'échanger autour de la sexualité et des mutilations sexuelles féminines. Enfin, la quatrième séance abordait l'estime de soi et le droit des femmes. Malgré un faible nombre de participantes, les séances ont permis de véritables temps d'échanges entre intervenantes et patientes, avec une dimension groupale importante et une transculturalité évidente. Ce projet, soutenu par l'unité PromES (Unité de Promotion d'Éducation à la santé) du CHU de Nantes, a obtenu un financement pour le pérenniser. Une évaluation de la satisfaction et de l'impact des futurs ateliers sur la vie des patientes pourrait faire l'objet d'une autre étude.

MOTS-CLES

Atelier en santé, santé de la femme, vulnérabilité, étude qualitative, promotion de la santé, UGOMPS, Mutilations sexuelles féminines.

