

Exploration qualitative de l'expérience en santé sexuelle et reproductive des femmes du quartier politique ville Saint Barthélemy Bon Secours à Marseille en 2023

Présenté par

Oluwafêmi Julie Marie-Josée HESSOU

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Publique Internationale

Directeur de mémoire : Luc DE BERNIS

Co-directeur : Ashraf AZER

le 12 Octobre 2023

Devant le jury composé de :

M. Patrick THONNEAU Président

Directeur du département santé
Université Senghor

M. Pierre TRAISSAC Examineur

Ingénieur de recherche IRD Épidémiologie –
Biostatistique
IRD UMR MoISA

Mme Sandra AZAB Examineur

Chercheuse en bioéthique et Planning familial
naturel (enseignant accrédité de la méthode Billing)

Amalia, 38 ans

« Moi, ce que je pense, dans les zones comme ça, c'est beaucoup tabou ; on n'en parle pas entre nous et on ne sait pas comment en parler à nos enfants...Moi je pense qu'il faut vraiment faire un travail au niveau des parents et qu'il y ait un travail qui se fasse au sein même de la famille... » .

Remerciements

A Dieu le Père,

Gloire, Honneur, Louanges à ton Nom.

Je te rends grâce pour tout ce que tu es pour moi. Mon aventure avec toi, Père est une histoire personnelle pleine d'amour et de miséricorde. J'apprends chaque jour à te connaître un peu plus ; et dans ton infinie miséricorde, tu ne cesses de me tendre la main. Bénis soit ton Nom aux siècles sans fin.

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais d'abord adresser toute ma reconnaissance au Directeur de mémoire **Dr Luc De BERNIS**, qui malgré son emploi du temps chargé, a accepté de diriger la rédaction de ce mémoire. Son sens de l'anticipation et de l'attention a été déterminant pour l'effectivité de ce travail.

J'adresse également mes remerciements à mon Co-directeur, **Dr Ashraf AZER** pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie les corps administratif et professoral de l'université Senghor à Alexandrie qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de mes études universitaires. Je suis reconnaissante de l'opportunité qui m'a été offerte de travailler à faire partir de la grande famille des diplômés de l'université Senghor, cette prestigieuse université.

J'exprime ma reconnaissance à toute l'équipe du Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) de Provence Alpes Côte d'Azur, spécialement à Madame **Noura PAYAN**, la directrice du CRES, à **Hélène MILAN** et **Célia CREMA**, mes tutrices de terrain, pour l'accueil qui m'a été réservé. La richesse de l'expérience professionnalisante et l'accompagnement sur mesure dont j'ai bénéficié, ont orienté le choix du sujet de ce mémoire.

Je tiens à remercier particulièrement **Dr Carine BAXERRES**, anthropologue de la santé qui sans me connaître au préalable a accepté de contribuer par son expertise à la démarche de recherche nécessaire à la rédaction de ce mémoire. Ses connaissances et son expérience m'ont permis de mieux comprendre le sujet et d'adopter la posture nécessaire pour réussir cette recherche.

Je remercie également toutes les femmes qui malgré leurs occupations diverses ont consacré de leur temps pour répondre à mes questions et permettre l'effectivité de cette étude. J'espère que cette étude permettra de tenir compte de leur parole dans la proposition de solutions pour améliorer leur santé.

Dédicace

A ma mère,

Une femme formidable, une femme forte qui n’a jamais ménagé aucun effort pour la réussite de ses enfants. Puisse Dieu te combler et te donner de pouvoir jouir du fruit des nombreux sacrifices que tu consens pour l’éducation de tes enfants.

A mes oncles et tantes,

Georgine, Hortense, Agnès, Amélie, Éric, Maximin, Thomas, Raphaël et Augustin, je suis fière de la femme que vous contribuez à éduquer. Trouvez à travers ces lignes l’expression de ma reconnaissance et toute mon admiration.

A mes frères et sœurs,

Aurèle, Martial, Jonasienne et Cornelia, faire l’aventure de la vie à vos côtés est une expérience unique en son genre. Merci pour votre amour inconditionnel, votre affection et votre soutien sans faille. Avec vous, la famille prend tout son sens.

A mes amis et collègues

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis et collègues avec qui j’ai partagé ces deux années de formation singulières dans tout mon cursus. Ça a été un réel plaisir de faire la rencontre de chacun d’entre vous. Belle réussite à chacun d’entre nous.

A Noriel KPEKPEDE

Je suis reconnaissante au ciel que tu partages ma vie et que tu me fasses confiance. Ta disponibilité, ton sens de la compréhension, ta patience et ton soutien émotionnel ont été déterminant dans l’aboutissement de ces deux années de formation. Je prie que le ciel nourrisse notre aventure de belles expériences.

En Hommage à **mon père Gabriel Comlan HESSOU** et mon **frère Jean Louis Arsène HESSOU** disparus : la mort n’arrête pas l’amour.

Je garde en souvenir ce que vous avez représenté pour moi durant vos vies terrestres. Et comme tout au long de cette aventure, je trouve dans ces souvenirs, la force de ne jamais baisser les bras.

Où que vous soyez, je vous souhaite la paix.

Résumé

Contexte : La santé sexuelle et reproductive est fortement influencée par les déterminants sociaux de santé au même titre que la santé en général. Ainsi, les femmes vivant dans les quartiers « prioritaires de la politique de la ville » ou quartiers « politique ville » en France, vivent dans des conditions qui influencent leur santé sexuelle et reproductive. En situation de précarité, ces femmes font face à des problèmes spécifiques à leurs territoires de vie.

Méthodologie : Selon une approche compréhensive, cette étude visait à explorer l'expérience des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive dans le quartier politique ville Saint Barthelemy Bon Secours de Marseille, afin d'identifier les problèmes qu'elles rencontrent et de proposer une réponse adaptée à ceux-ci. Cette étude a concerné 14 femmes abordées dans le cadre des activités organisées par le centre social St Gabriel qui opère sur le territoire.

Résultats : Les femmes enquêtées sont françaises et étrangères. La sexualité est un sujet tabou. Les expériences sexuelles et reproductives ainsi que le recours à l'interruption volontaire de grossesse sont entre autres normées par les convictions religieuses. L'utilisation d'autres services comme la contraception est fortement influencée par les informations et perceptions propres aux femmes. Le recours aux soins et services de santé sexuelle et reproductive, est conditionné par la situation administrative pour les personnes étrangères, elle-même dépendante d'autres facteurs : le manque d'informations sur les dispositifs de droits sociaux et d'accès à la santé, la dépendance socio-économique vis-à-vis du conjoint, les rapports de genre. Ces conditions sont favorables à la survenue d'événements qui impactent négativement la santé sexuelle et reproductive des femmes à l'instar des violences conjugales, ou encore la dépendance de la santé de la femme de son organisation et de ses problèmes quotidiens. Le choix du professionnel de santé est dépendant de sa renommée et non pas de sa proximité avec le lieu de vie de la femme. La pérennisation de la relation de soins dépend de la qualité de l'expérience vécue avec le professionnel choisi. Les facteurs mettant en difficulté la relation de soins sont le manque d'informations sur les différentes possibilités s'offrant aux femmes dans le cadre de leur prise en soins (position pour accoucher par exemple), le manque d'écoute et d'attention, le manque de patience, une contrainte exercée par les professionnels de santé sur les femmes dans le choix des méthodes contraceptives notamment, et une violence verbale à l'endroit notamment des femmes d'origine étrangère. Une réponse adaptée aux problématiques se posant aux femmes reposerait d'une part sur : l'information sur les dispositifs sociaux et de soins, l'éducation à la sexualité et d'autres parts sur l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins en SSR à l'échelle du territoire.

Mots-clefs

Femme, Précaire, Reproductive, Santé, Sexuelle.

Abstract

Context: Sexual reproductive health is strongly influenced by social determinants of health determinants of health in the same way as health in general. For example, women living in France's "priority urban policy" or "urban policy" districts in France, live in conditions that influence their sexual and reproductive health. In precarious situations, these women face problems that are problems specific to the areas in which they live.

Methodology: Following a comprehensive approach, this study aimed to explore women's experience women's experience of sexual and reproductive health in the Saint Barthelemy Bon Secours district of Marseille, in order to identify to identify the problems they encounter and propose an appropriate response. The study involved 14 women approached as part of the activities organized by the St Gabriel social center, which operates in the area.

Results: The women surveyed were both French and foreign. Sexuality is a taboo subject. Sexual and reproductive experiences, as well as recourse to voluntary termination of pregnancy, are, among other things, normalized by religious convictions. The use of other services, such as contraception, is strongly influenced by women's own information and perceptions. For foreign nationals, access to healthcare is conditioned by their administrative situation, which in turn depends on other factors: lack of information on social rights and access to healthcare, socio-economic dependence on their spouse, and gender relations. These conditions are conducive to the occurrence of events that have a negative impact on women's sexual and reproductive health, such as domestic violence, or the dependence of women's health on their organization and daily problems. The choice of healthcare professional depends on his or her reputation, not on proximity to the woman's home. The durability of the care relationship depends on the quality of the experience with the chosen professional. Factors that undermine the care relationship include a lack of information on the different options available to women in the care setting (e.g. birthing position), a lack of listening and attention, a lack of patience, the coercion exerted by healthcare professionals on women in their choice of contraceptive methods in particular, and verbal abuse, particularly towards women of foreign origin.

An appropriate response to the problems faced by women would be based, on the one hand, on information about social and healthcare services and sexuality education and, on the other, on improving the quantity and quality of SRH care available throughout the region.

Key-words

Health, Precarious, Reproductive, Sexual, Women,

Liste des acronymes et abréviations

- AME : Aide Médicale d'Etat
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé
- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
- Cres : Comité Régional d'Education pour la Santé
- CSS : Complémentaire Santé Solidaire
- Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Fnuap : Fonds des Nations Unies pour la Population
- GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire
- HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MST : Maladies sexuellement transmissibles
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
- ODD : Objectif de Développement Durable
- OIM : Organisation Internationale pour les Migrations
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- QPV : Quartier Politique de la Ville
- SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Table des matières

Tables des matières.....	1
1 Introduction.....	4
2 Cadre théorique	9
2-1 Clarification des concepts	9
2-2 Revue de la littérature	11
2-2-1 Intérêt des inégalités sociales de santé en santé publique.....	11
2-2-2 Santé sexuelle et reproductive et inégalités sociales de santé dans le monde	12
2-2-3 Santé sexuelle et reproductive dans les territoires dits précaires en France	13
2-2-4 Relation soignant-soigné dans les territoires précaires	14
2-2-5 Organisation des soins en France	15
2-2-5 Cadre d’action en santé sexuelle et reproductive en France	18
2-2-7 Cadre conceptuel de l’étude.....	19
3 Matériel et méthodes	19
3-1 Cadre de l’étude.....	19
3-1-1 Caractéristiques socio-démographiques la population du QPV Saint Barthélemy Bon Secours.....	20
3-1-2 Offre de soins en SSR sur le territoire.....	21
3-2 Type de l’étude : choix de recherche qualitative.....	21
3-3 Période d’étude.....	22
3-4 Population de l’étude.....	22
3-4-1 Critères d’inclusion	22
3-4-2 Critères de non-inclusion	22
3-4-3 Méthode d’échantillonnage	22
3-5 Techniques et outils de collecte des données	23
3-5-1 Technique de recrutement des femmes	23
3-5-2 Lieux de déroulement des entretiens individuels	24
3-5-3 Durée des entretiens	24

3-6	Considérations éthiques et administratives	24
3-7	Analyse des données.....	24
3-8	Posture d'enquête.....	25
3-9	Journal de bord	26
3-10	Difficultés rencontrées.....	26
3-11	Limites de l'étude.....	26
4	Résultats.....	27
4-1	Profil sociodémographique des femmes enquêtées	27
4-2	Entrée dans la vie féconde.....	29
4-2-1	Informations reçues et perceptions des règles	29
4-2-2	Hygiène menstruelle.....	31
4-2-3	Règles et douleurs.....	32
4-3	Entrée dans la vie sexuelle : entre pratiques religieuses et choix personnels	33
4-4	Expériences reproductives : oscillations entre grossesses/naissances désirées et grossesses/naissances non désirées	34
4-5	Soins et services de santé sexuelle et reproductive : Information, perceptions et utilisation.....	36
4-5-1	Suivi de grossesse	36
4-5-2	Planification des naissances et méthodes contraceptives	36
4-5-3	Interruption Volontaire de Grossesse	39
4-5-3	Recours aux soins et situation sociale	40
4-5-4	Perceptions sur l'accessibilité à l'offre de soins sur le territoire.....	41
4-5-5	Comportement de soins des femmes.....	42
4-5-6	Choix du professionnel de santé.....	42
4-5-6	Facteurs de réussite de la relation de soins	43
4-6	Eventail des problématiques se posant aux femmes dans ces quartiers	44
4-6-1	Avis des femmes sur leur santé dans le quartier.....	44
4-6-2	Une difficulté à aborder la sexualité avec leurs enfants	45
4-6-3	Violences conjugales.....	46
4-6-4	Parcours sexuel et reproductif en rapport à l'entourage.....	47
5	Discussion.....	47

5-1 Profil sociodémographique des femmes	47
5-2 Entrée dans la vie féconde : éducation à la sexualité entre tabou et non-dits	48
5-3 Expérience sexuelle et reproductive : entre insuffisance dans l'éducation à la sexualité, choix personnels, normes de genre, socioculturelles et religieuses dans leur impact sur le parcours des femmes	51
5-4 Recours aux soins et services de santé sexuelle et reproductive : entre besoins prioritaires et besoins légitimes	53
6 Conclusion	56
7 Recommandations	i
8 Bibliographie	iii
9 Liste des illustrations	ix
10 Liste des tableaux	x
11 Annexes	xi
11-1 Annexe 1 : Guide Focus Groupe exploratoire	xi
11-2 Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif	xii

1 Introduction

La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit la santé comme l'« un des droits fondamentaux de tout être humain » [1]. Elle est influencée par les déterminants de santé classés en quatre principales catégories : biologiques, comportementaux, environnementaux, liés au système de santé et aux services. Souvent, la répartition de ces déterminants est inégale parmi les individus ; ce qui donne lieu à des inégalités de santé. D'après Santé Publique France, les inégalités de santé se définissent comme étant des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » [2].

Lorsque les différences touchent aux déterminants sociaux qui font partie des déterminants environnementaux de la santé, soit une répartition injuste du pouvoir et des ressources ainsi que les politiques sociales inadéquates, les inégalités qui en résultent sont des inégalités sociales de santé. Les inégalités sociales de santé concernent toute la population, sur l'ensemble du gradient social : les personnes qui ont une position sociale favorable sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu'aux personnes les plus démunies [2].

La problématique des inégalités de santé n'est pas nouvelle et se retrouve aussi bien dans les pays développés que dans ceux en voie de développement. Cette problématique touche même des régions plus favorisées comme l'Asie orientale, l'Amérique latine et l'Europe [3]. Dans les pays développés tels que la plupart des pays de l'Union européenne, et malgré l'existence d'une couverture maladie universelle dans bien de ces pays, il subsiste d'importantes inégalités d'un pays à l'autre et dans un même pays d'après un rapport conjoint de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) et de la commission européenne paru en 2014 [3,4].

D'après un rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS, paru en 2009, les inégalités sociales de santé affectent particulièrement les populations vulnérables [5]. Le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) en France, rapporte en 2020 que les conditions de vie, sociales et économiques exposent différemment femmes et hommes à des risques de santé, et à l'accès à la prévention et la prise en charge des maladies. Le rapport suggère également que les femmes sont plus vulnérables [6].

De nombreux travaux dans la littérature s'intéressent aux influences des milieux et conditions de vie des femmes, sur leur santé et particulièrement de leur santé sexuelle et reproductive. Mais peu d'entre ces travaux abordent la santé sexuelle et reproductive au prisme, non seulement du parcours de vie mais aussi de l'itinéraire thérapeutique. Ceci permettrait pourtant de comprendre les mécanismes d'action des déterminants sociaux sur la santé sexuelle et reproductive des femmes d'après Kotobi L. et al. [7]. En effet, l'approche par parcours de vie étudie d'après Sapin et al. le « développement des individus de la conception à la mort. Elle cherche à saisir les logiques qui structurent des trajectoires diverses, mais

permet aussi d'appréhender les interactions qui les lient les unes aux autres, tout en les ancrant dans des contextes sociaux particuliers » [8].

Le concept de la « reproductive health » ou « santé génésique » a émergé publiquement dans le cadre de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994 au Caire. Dans l'objectif de faire progresser les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) dans les droits accordés aux personnes en matière de sexualité, et notamment les femmes, les débats et propositions ont abouti à l'idée que la santé de la reproduction concerne non seulement la prévention et le traitement des pathologies liées à la sexualité, mais aussi la prévention et le traitement des fonctions ordinaires de la grossesse et de l'accouchement, qui impliquent principalement les femmes et les enfants. A l'issue de cette conférence, la bonne santé sexuelle et de reproduction (SSR) a été définie par le Fonds des Nations Unies pour la Population (Fnuap) comme étant : « un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif ; et qui permet aux personnes de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sûre ; et la capacité de procréer, de décider si elles désirent le faire ou non, ainsi que quand et comment » [9]. Le champ de la santé sexuelle et de reproduction très vaste, est constitué de domaines multidisciplinaires qui aborde des thématiques variées [10]. Les questions de santé sexuelle et reproductive concernent de prime abord les personnes en âge de procréer dont la tranche d'âge est de 15 à 49 ans ; mais aussi, des personnes plus âgées [11].

D'après l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Plan International, l'accès aux soins et à la santé fait partie des droits dont des millions de filles et de femmes sont privées dans le monde, notamment en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive [12]. Cette situation ne favorise pas l'atteinte de l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3, qui réaffirme l'importance de « l'accès universel aux services de santé génésique, y compris [. . .] la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé génésique dans les stratégies et programmes nationaux » [13].

La France est l'un des pays d'Europe où les inégalités sociales sont les plus élevées. Et malgré l'amélioration du niveau moyen de santé, les inégalités n'ont pas diminué au cours des dernières années [14]. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de France, les inégalités d'accessibilité aux professionnels de santé s'accroissent et risquent de pénaliser plus fortement les personnes les plus modestes. Le type et l'importance des problèmes de santé sont très liés à l'âge, et dans le cas des femmes aux maternités [15]. Selon un rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) en 2017, les femmes étaient la majorité des personnes en situation de précarité, qu'importe que le critère considéré : le revenu, les conditions de travail et le type d'emploi ou encore la situation familiale. D'après ce rapport, en France, elles représentaient en 2017, 53 % des personnes pauvres, 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité ; 70 % des travailleuses pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non

qualifiés, 85 % des chef.fe.s de familles monoparentales sachant qu'une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté [16].

En France, les personnes modestes sont aisément rencontrées dans les quartiers dits « prioritaires de la politique de la ville » (QPV) encore appelés « quartiers précaires ». En effet, les QPV sont des territoires où s'applique une politique visant à compenser les écarts de niveau de vie avec le reste du territoire. Ces territoires sont définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014, selon le critère unique du revenu par habitant. Ils sont donc caractérisés par un niveau de vie plus faible que dans les autres territoires [17].

En 2018, 8% de la population résidant en France vit dans un QPV d'après les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Un quartier de la politique de la ville (QPV) de France métropolitaine sur dix se situe dans la région Provence Alpes Côte d'Azur. Dans cette région, 128 quartiers sont définis comme quartiers de la politique de la ville et un habitant de la région sur huit habite dans l'un de ces QPV [18].

La ville de Marseille concentre à elle seule, un quart des QPV de la région et près de la moitié de la population vivant dans l'un de ces quartiers dans la région [18]. Plusieurs de ces QPV se situent au Nord de la ville, où les quartiers ont vu le jour après la deuxième guerre mondiale entre le besoin de reloger les habitants du centre-ville bombardés et les nombreux immigrés appelés pour la reconstruction de la ville [19]. Au fil du temps, ces quartiers se sont retrouvés enclavés et abandonnés entre racisme, pauvreté, manque de moyens et de perspectives [20]. Les territoires classés « politique de la ville » sont plus souvent associés à l'insécurité et la délinquance, aux difficultés sociales ou encore à la relégation territoriale, avec un cadre de vie peu agréable s'expliquant par la dégradation de certains logements ; et d'un manque de propreté en général [21,22].

Aujourd'hui, bon nombre des quartiers dits « Nord » de Marseille sont aussi des quartiers de la politique de la ville qui cumulent des facteurs de vulnérabilité sociaux que sont d'après Santé publique France, la précarité, notamment socio-économique, et la migration [2]. En 2016, le taux de pauvreté y était estimé à 47,2 % en moyenne. Cette situation s'expliquerait par un taux de chômage élevé, de faibles diplômes, mais aussi par le fait que vivent dans ces quartiers plus de familles nombreuses et une grande part de la population étrangère, soit trois fois plus de population étrangère que l'ensemble du pays (26,7 % versus 9,3 % en France métropolitaine) [18,20,23,24]. En effet, en raison de sa localisation auprès de la mer Méditerranée, la ville de Marseille est considérée comme une « ville carrefour », parce que c'est une cité de migrations diverses, temporaires ou permanentes, ainsi qu'un lieu d'accueil et de passage pour de nombreux migrants et réfugiés [25].

Selon la Fédération Nationale des Centres de Santé de France (FNCSF), « la question de la santé se pose avec une acuité particulière dans les QPV pour au moins quatre motifs principaux : la relation entre précarité socio-économique et fragilité de santé, la

prépondérance des pathologies chroniques, l'exposition plus forte aux nuisances environnementales et l'accès restreint à l'offre de soins ». De plus, le moindre recours aux soins est un fait avéré dans les QPV, et notamment en ce qui concerne l'offre de soins spécialisée [26]. Un rapport de l'Observatoire National de la Politique de la Ville (ONPV) paru en 2019 suggère que 41,1% des femmes résidant en quartier prioritaire ont renoncé à au moins un soin pour raisons financières, contrairement à 30% des femmes dans le reste des unités urbaines [24].

Néanmoins, en se basant sur les données disponibles, des politiques sont déployées et des projets régulièrement mis en œuvre par divers acteurs pour combler les écarts constatés. Parmi eux, le plan « Marseille en Grand » déployé depuis 2021, entend soutenir le développement de la ville de Marseille dans plusieurs domaines au nombre desquels celui de la santé au travers d'actions visant à réduire les inégalités. Le versant santé a été confié par l'Agence Régionale de Santé (ARS) au Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES) de la région. L'objectif de ce projet est d'améliorer l'accès à la santé dans les « quartiers Nords » de Marseille. Pour le mener à bien, un diagnostic participatif a été posé sur la base des retours d'expérience des acteurs institutionnels, des structures associatives, sociales et médico-sociales exerçant au contact des publics dans ces quartiers. De ce diagnostic est ressorti le constat de l'accès restreint à l'offre de soins spécialisée et des comportements à risque notamment pour la santé sexuelle et reproductive des femmes et ce, prioritairement dans le QPV Saint Barthélemy Bon Secours [27].

Afin de répondre à ce problème, une démarche participative de santé est proposée pour renforcer l'offre de soins disponible et structurer un parcours de soins en santé sexuelle et reproductive adapté aux spécificités des femmes de ce quartier. Cette démarche s'inscrit dans le cadre des recommandations de la CDSS de l'OMS pour réduire les inégalités sociales de santé : améliorer l'accès aux soins de santé essentiels à travers le renforcement des soins de santé primaires et augmenter l'utilisation de ces services [28,29]. Cependant suffit-il de mettre à disposition une offre de soins en santé sexuelle et reproductive pour répondre aux besoins de ces femmes ?

L'instauration d'une démarche participative de santé nécessite par ailleurs l'implication des publics-cibles dans la mise en œuvre du projet. Le Canada, un Etat très investi dans la promotion de la santé propose, dans le cadre de la promotion des droits sexuels et reproductifs, des interventions par une approche fondée sur le parcours de vie, en appliquant l'équité dans l'accès aux soins et la qualité des soins, sans discrimination [30]. B. Royer et al. rappellent à juste titre que chaque situation de précarité apparaît comme le résultat d'une trajectoire personnelle dans un environnement familial et social qu'il apparaît important d'explorer [31]. Dans cette même lancée, les recommandations du HCE de France pour améliorer la santé des femmes en situation de précarité suggèrent une approche socio-

territoriale dans la prise en compte du sexe et du genre pour mieux soigner [6]. Les trois arguments suscités justifient l'intérêt de la présente étude.

Selon une approche compréhensive, cette étude vise à explorer les perceptions et le vécu des femmes dès l'âge de procréer en matière de santé sexuelle et reproductive dans le quartier prioritaire Saint Barthélemy Bon Secours. L'idée est d'identifier les problématiques, qui se posent à ces femmes, leurs besoins et attentes ainsi que les leviers sur lesquels s'appuyer pour adapter les réponses aux spécificités de leur territoire.

Question de recherche : Quelle est l'expérience en santé sexuelle et reproductive des femmes dans le quartier politique de la ville Saint Barthélemy Bon Secours de Marseille en 2023 ?

Hypothèses de recherche

- Les femmes vivant dans les quartiers précaires manquent d'informations pour vivre au mieux leur santé sexuelle et reproductive.
- Les femmes vivant dans les quartiers précaires ont des comportements à risque pour leur santé sexuelle et reproductive.

Objectif général : Étudier l'expérience en santé sexuelle et reproductive des femmes dans le quartier Saint Barthelemy Bon Secours à Marseille en 2023

Objectifs spécifiques

- Explorer l'expérience de l'entrée dans la vie féconde à celle reproductive des femmes du quartier.
- Explorer le comportement de soins des femmes en matière de recours aux soins et services de SSR.
- Identifier les problématiques qui se posent à ces femmes en matière de SSR.
- Identifier des leviers permettant d'apporter des réponses adaptées aux problèmes rencontrés par ces femmes.

Dans un premier temps, nous présenterons le cadre théorique qui sous-tend cette étude, la méthodologie employée pour mener à bien ladite étude, les résultats obtenus et nous discuterons des résultats qui font sens par rapport aux objectifs de la recherche, avant de conclure et de formuler des recommandations pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes dans le quartier politique de ville Saint Barthelemy Bon Secours de Marseille.

2 Cadre théorique

2-1 Clarification des concepts

Tout au long de ce travail, la santé des femmes est abordée au prisme de leur santé sexuelle et de reproduction y compris la santé maternelle. Pour mieux comprendre le travail, il apparaît important de clarifier certains concepts utilisés.

La santé sexuelle et reproductive concerne tous les sexes et toutes les couches de la population. Le champ de la santé sexuelle et de reproduction est très vaste, et constitué de domaines multidisciplinaires qui abordent l'éducation à la sexualité, la santé maternelle et infantile, la santé reproductive dont la contraception et l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dont l'infection à Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), les violences sexuelles dans leur impact sur la santé, la stérilité, l'aide médicale à procréation et les questions liées aux droits en lien avec la sexualité, le genre et l'orientation sexuelle ainsi que les interactions de ces sujets entre eux [10].

La **sexualité** se définit selon plusieurs approches. Sur le plan biologique c'est l'ensemble des caractères physiques qui différencient les sexes, les individus mâles et femelles. Sur le plan physiologique, c'est l'ensemble des mécanismes physiologiques qui concourent au rapprochement des sexes et à la reproduction de l'espèce. Et d'un point de vue général, elle renvoie d'après Courtois R, à l'activité génitale ; mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions, l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir... [32,33].

La **grossesse** est l'état de la femme entre la fécondation et l'accouchement. C'est aussi l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel [34].

La **contraception** se définit comme étant l'ensemble des moyens visant à éviter une grossesse dans l'objectif d'une planification des naissances, soit de fonder une famille composée du nombre d'enfants de son choix, le cas échéant, et de prévoir le rythme de ses grossesses. Au nombre des moyens contraceptifs figurent [35] :

- Les méthodes contraceptives hormonales, habituellement des pilules orales ou des implants, des patchs ou des anneaux vaginaux, qui libèrent de petites quantités d'une ou de plusieurs hormones qui empêchent l'ovulation.
- Les dispositifs intra-utérins (DIU), insérés dans l'utérus où ils libèrent soit un composant de cuivre, soit une petite quantité d'une hormone (Lévonorgestrel) pour empêcher les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule.
- La contraception d'urgence, souvent une pilule ou un DIU à utiliser dans un délai de cinq jours après des rapports sexuels non protégés.

- Les préservatifs masculins ou féminins forment une barrière qui empêche le sperme et l'ovule de se rencontrer.
- La stérilisation est considérée comme une méthode permanente permettant de bloquer le sperme chez les hommes et les ovules chez les femmes.
- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée qui est une méthode de contraception temporaire pour les nouvelles mères dont les menstruations ne sont pas encore de retour.

L'interruption volontaire de grossesse consiste à mettre fin à une grossesse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, soit 12 semaines de grossesse. Il existe à ce jour deux méthodes pour réaliser une IVG : une méthode « médicamenteuse » et une méthode « chirurgicale ».

L'OMS rappelle que la capacité des hommes et des femmes à être en bonne santé sexuelle et à éprouver un sentiment de bien-être à cet égard dépend non seulement de leur accès à des informations complètes et de bonne qualité sur le sexe et la sexualité ; des connaissances dont ils disposent concernant les risques auxquels ils peuvent être confrontés ; de leur capacité à accéder aux soins de santé sexuelle, de leur milieu mais aussi du respect de leurs droits sexuels. La notion de droit sexuel renvoie à la liberté de « ...vivre et d'exprimer sa sexualité ; et de vivre en bonne santé sexuelle, en tenant dûment compte des droits d'autrui et dans un cadre de protection contre la discrimination » [10].

La notion d'**accès aux soins** est définie comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit d'après la haute autorité de santé en France [36]. Elle se définit aussi par « la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin ». L'accès est donc lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques ou autres lors de l'utilisation de ces services [37].

Selon le dictionnaire Larousse, la **migration** est le déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles. C'est également un déplacement massif de populations [38].

La **précarité**, elle, se définit d'après le dictionnaire Larousse comme l'état de ce qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause. La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Elle peut concerner des situations juridiques, sociales, économiques, ou personnelles [39]. D'après un rapport de l'académie nationale de médecine en France, la précarité d'un point de vue sanitaire est « l'incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé » [40].

En santé sexuelle et reproductive, il existe la notion de **précarité menstruelle** renvoie à une situation dans laquelle, les femmes n'ont pas accès aux protections hygiéniques adaptées

et/ou en quantité suffisante, en raison d'un manque de moyens financiers, d'information ou d'accès aux installations d'hygiène. La précarité menstruelle peut avoir des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des personnes qui la subissent, allant de l'inconfort associé aux infections à l'exclusion sociale et/ou professionnelle [41].

D'après le dictionnaire Robert, l'**expérience** est le fait d'éprouver, de ressentir quelque chose dans sa réalité ; c'est l'épreuve personnelle que l'on fait de quelque chose. L'**expérience** est synonyme du **vécu** qui est défini comme appartenant à l'expérience de la vie [42].

D'après Le Larousse, les **perceptions** sont l'idée, la compréhension plus ou moins nette de quelque chose [43].

2-2 Revue de la littérature

2-2-1 Intérêt des inégalités sociales de santé en santé publique

La problématique des inégalités de santé a fait l'objet d'un intérêt croissant en santé publique ces dernières décennies. D'après Breton E, enseignant chercheur à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique de France (EHESP), jusqu'en 2000, à peine 500 articles traitaient du sujet dans la plus grande base de données en médecine et biologie (Medline). Mais en 2022, plus de 8000 articles ont été indexés avec les termes « inequity » ou « inequality » dans la base de données comme le montre la figure suivante [44].

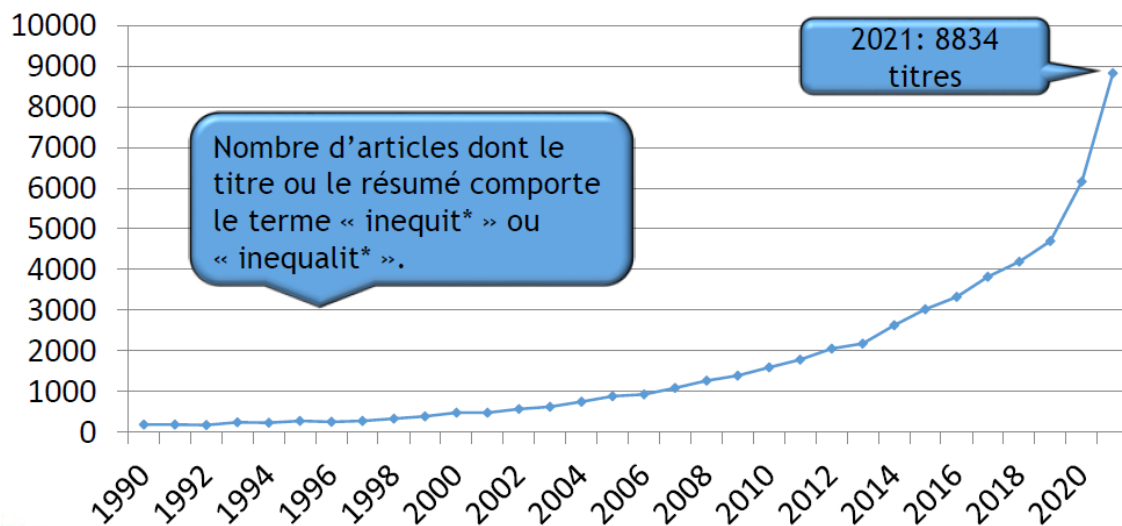


Figure 1 : Evolution dans le temps du nombre d'articles traitant des inégalités de santé dans la base de données Medline

Récemment, la pandémie de la COVID-19 a contribué au regain d'intérêt pour les inégalités en santé publique parce qu'elle a non seulement mis en évidence celles existantes mais les a augmentées dans certains cas [45].

En 2009, lorsque la CDSS de l'OMS a défini les déterminants sociaux de la santé et a rappelé leur rôle dans l'apparition des inégalités sociales de santé, elle a émis trois grandes recommandations pour accompagner les pays dans la réduction desdites inégalités [5] : 1) améliorer les conditions de vie quotidiennes ; 2) lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ; 3) mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action. Mais plus de dix ans après ces recommandations, les progrès constatés sont certes plus grands pour les inégalités entre pays mais celles à l'intérieur des pays semblent s'être creusées selon le rapport mondial de l'OMS sur les déterminants sociaux de l'équité en santé en 2022. Les recommandations de la CDSS n'ont pas été suffisamment appliquées ; les déterminants sociaux essentiels tels que les inégalités économiques notamment semblent avoir reçu peu d'attention [28].

Même si les inégalités de santé sont causées par une mauvaise distribution des déterminants de santé, elles sont également exacerbées par des crises interdépendantes. D'après le conseil exécutif de l'OMS, la crise climatique, la fréquence croissante des guerres et des conflits et la crise du coût de la vie ont aggravé les effets de la pandémie de COVID-19 qui, à son tour, a favorisé ces crises dans certains cas. Les transitions climatique, démographique, nutritionnelle et épidémiologique que traversent le monde seraient l'opportunité de transformer les sociétés, mais elles pourraient ne servir qu'à creuser les inégalités [28].

2-2-2 Santé sexuelle et reproductive et inégalités sociales de santé dans le monde

La littérature renseigne que les déterminants sociaux sont associés non seulement à l'accès aux soins et services de SSR, mais aussi aux comportements en la matière. D'après le rapport d'une commission de la revue « The Lancet », paru en 2018, les facteurs sociaux, tels que le sexe, la richesse et le lieu de résidence, peuvent affecter la capacité des gens à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Aussi, les lois et les politiques, qui sont motivées par des valeurs socioculturelles, peuvent favoriser ou entraver l'utilisation des services de SSR, y compris l'avortement médicalisé [46].

Dans leur étude en 2013, A. Heßling et H. Bode avaient identifié l'éducation et le statut social comme étant associé aux différences de comportement sexuel et contraceptif au sein des adolescents et des jeunes adultes [47]. Penman-Aguilar et al. ont trouvé quant à eux aux Etats-Unis les facteurs socioéconomiques tels que les niveaux inférieurs de scolarité des parents et de revenu familial, les revenus plus faibles et les taux plus élevés de chômage et de ségrégation raciale au niveau communautaire, comme significativement associés aux taux de natalité chez les adolescentes [48]. Biello et al. ont démontré que l'agglomération et l'inégalité en tant que dimensions de la ségrégation raciale résidentielle, influencent l'association de la race à la survenue du premier rapport sexuel chez les adolescents noirs et blancs [49].

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire essentiellement situés en Asie et en Afrique, les problématiques sont liées à une faible, voire à un manque de connaissances en matière de

santé sexuelle et reproductive ainsi qu'un faible accès aux soins et services de SSR. Une exploration qualitative des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive des mères adolescentes issues d'une province connaissant les pires résultats en SSR au Cambodge, a révélé que des connaissances limitées en la matière. Cet état de fait était associé à des facteurs d'ordre individuels, (niveau d'éducation, mariage des enfants), relationnels (interaction sociale avec les membres féminins de la famille et les amies), communautaires (accès aux services d'éducation et de santé) et sociétaux (obstacles à l'accès) [50]. Une revue systématique réalisée par Margarate N. et al., sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception et d'avortement chez les adolescentes des pays à revenu faible et intermédiaires d'Afrique Subsaharienne, a révélé d'importantes limitations dans l'accès à des méthodes de contraception sûres et efficaces et à des services d'avortement sécurisé pour la population d'étude [51]. La conséquence principale qui en découle est le maintien d'un taux de mortalité maternel élevé dans ces pays. D'après l'OMS, 95% de tous les décès maternels ont eu lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans une revue systématique visant à évaluer l'ampleur de la violence domestique à l'égard des femmes et les facteurs associés en Éthiopie, les facteurs sociaux tels que la profession, la religion, le niveau d'instruction, la résidence et le pouvoir de décision ont été retrouvés comme significativement associés à la survenue de violences à l'égard des femmes, ce qui n'est pas sans impact sur leur SSR [52].

La sociologie analyse la santé sexuelle comme étant révélatrice de rapports de pouvoir entre le corps de la femme et son milieu de vie. D'après cette science, le fait qu'elle soit au cœur de nombreuses injonctions à être en bonne santé et à développer une bonne sexualité, en fait une notion normative. Lesdites injonctions pèsent tout particulièrement sur les femmes qui, malgré les avancées des luttes féministes, rencontrent encore et toujours des difficultés à pouvoir disposer librement de leurs corps. Le contrôle du corps de la femme varie en fonction des contextes : entre normes procréatives à l'échelle d'un pays comme en Russie, ou ciblant une sous-population spécifique comme les femmes racisées au Guatemala et la responsabilisation féminine de la contraception depuis sa médicalisation [53–55].

2-2-3 Santé sexuelle et reproductive dans les territoires dits précaires en France

Un rapport du HCE de France suggère que, les problématiques en santé et dans l'accès aux soins des femmes en situation de précarité dépendent à la fois des inégalités sociales de santé et des spécificités liées au genre et au sexe qui se renforcent mutuellement. Ces difficultés expliquent le moindre recours et/ou non-recours aux soins et services en matière de santé sexuelle et reproductive [16]. Plusieurs études s'intéressent aux corrélations existantes entre la santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de vulnérabilités et leurs conditions socioéconomiques. Parmi eux, l'enquête Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées immigrées et réfugiées en Île-de-France (Dsafhir), menée en Île de France en 2017 a révélé deux principales raisons en cause du moindre recours et/ou du non recours aux soins

et services : la situation financière elle-même, évaluée par le niveau de précarité de l'individu (faiblesse des ressources, perception de minima sociaux, situation de chômage ou de temps partiel subi, logement insalubre ou temporaire, difficultés récurrentes de trésorerie, absence de moyen de transport, difficultés à payer les frais de santé, peur de ne pas être remboursées par leur assurance maladie, cumul de vulnérabilités sociales) et l'absence de couverture médicale ou complémentaire [56]. Le deuxième ensemble de facteurs est associé aux caractéristiques sociales : les femmes, les moins éduqués, les personnes de nationalité étrangère, les non actifs ou encore ceux ayant des enfants ont des probabilités plus élevées de renoncer aux soins pour des raisons financières [57]. En plus de ces raisons, le rapport suggère des freins culturels et symboliques que sont le manque de disponibilité et la priorisation du soin des enfants et proches, les autres préoccupations à gérer au quotidien et les difficultés de compréhension et de connaissance du milieu médical et des structures ressources en termes de gratuité des soins en santé sexuelle sur le territoire. Par ailleurs, les femmes migrantes sont plus susceptibles de subir toutes formes de violences et tout au long de leur parcours (avant, pendant et après la migration).

D'après le rapport précédemment cité, les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique : elles auraient 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. De plus, selon l'Institut d'études Opinion et marketing en France et à l'international (IFOP), 39 % des femmes issues des milieux les plus précaires ne disposent pas de suffisamment de protections hygiéniques pour leurs menstruations.

En Ile de France, dans une étude dont l'objectif était de caractériser la santé des jeunes en situation de vulnérabilité et ses déterminants, il a été retrouvé chez les jeunes femmes, une moindre utilisation d'une contraception efficace lorsqu'elles sont moins diplômées, au chômage ou lorsqu'elles ont des revenus plus faibles par rapport aux autres. Le niveau d'information relatif à la contraception d'urgence était moins bon parmi les jeunes moins diplômés. Les grossesses non prévues étaient plus fréquentes chez les jeunes femmes défavorisées de même que le recours à l'IVG, notamment chez celles au chômage et chez les moins diplômées [58].

2-2-4 Relation soignant-soigné dans les territoires précaires

D'après Kotobi et al., la rencontre entre professionnels de santé et femmes en situation de précarité, semble être un rapport social pendant lequel se heurtent des modèles différents : un modèle savant incarné par les professionnels, soit un modèle de classe ; et des savoirs et pratiques de soins profanes, parfois éloignés, voire en contradiction avec un modèle de pensée expert [7]. Des études montrent que la pratique des professionnels de santé est influencée par le milieu précaire ou au contact de publics précaires. Dans leur étude, KOTOBI et al. ont rapporté une influence de la pauvreté ou de la précarité que les professionnels

construisent, en particulier vis-à-vis des femmes jeunes ou d'origine étrangère, sur leurs pratiques et sur leurs prescriptions en matière de contraception et de maîtrise de la fécondité. [7]. Ceci renvoie à des rapports de contrôle du corps des femmes qui a également été rapporté au Guatemala, par Garcia A auprès de femmes racisées [59].

2-2-5 Organisation des soins en France

- **Niveaux de recours aux soins**

La notion de niveaux de recours en France désigne une organisation des soins qui vise à ce que les patients soient pris en charge par les professionnels les plus qualifiés et les plus adaptés à leur situation ; afin de bénéficier de soins sûrs et de qualité. Elle est apparue avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital Patients Santé Territoires » dite HPST, qui propose une organisation de l'offre de soins en trois niveaux [60–62] :

- Les soins de premiers recours définis par l'article L 1411-11 du code de la santé publique comme étant : «...la prise en charge continue des malades, définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité ». Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé. Ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. Les praticiens assurant l'offre de premier recours sont les médecins traitants et les professionnels des centres de santé et de proximité exerçant en ville ou en établissement, à titre libéral ou salarié.
- Les soins de deuxième recours sont définis d'après le même code comme étant ceux « ... non couverts par l'offre de premier recours » et organisés comme ceux de premier recours. Leur organisation relève du projet régional de santé. Même si la notion de deuxième recours est présente dans la définition des missions des médecins spécialistes, les acteurs des soins de deuxième recours ne sont pas clairement identifiés dans le code de santé publique.
- Les soins de troisième recours, ne sont eux aussi pas clairement définis dans le code de la santé publique. Mais leur coordination est confiée aux Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les établissements membres d'un GHT partagent un projet médical pour assurer une offre de proximité et l'accès à une offre de référence et de recours.

- **Parcours de soin**

L'organisation des soins en France, est également fondée sur le principe du parcours de soins coordonnés, qui a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il vise à favoriser la coordination des soins entre les différents professionnels de santé, afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts. Il préconise en effet le passage par une prescription d'un médecin traitant pour le recours à des actes ou consultations d'autres professionnels de santé, notamment les spécialistes. Mais l'accès au médecin gynécologue reste libre [60].

- **Dispositifs d'accès aux soins en France**

En France, la question de l'accès aux soins est intimement liée à l'accès aux droits sociaux. Les frais de santé se décomposent en deux niveaux [63] : la part obligatoire, remboursée par l'assurance maladie (aussi appelée « sécurité sociale »), souvent à un taux de 70% des frais, et la part complémentaire ou « ticket modérateur », soit à la charge de la personne soignée, soit remboursée par une complémentaire santé. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon la nature du risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail/maladie professionnelle) ; l'acte ou le traitement ; le respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Différents dispositifs permettent aux personnes de recourir aux soins en fonction de leurs statuts et de leur situation :

- La protection universelle maladie (PUMA) qui permet l'accès aux soins aux personnes qui résident en France de manière régulière (de nationalité française, ou ayant un titre de séjour ou ayant entamé les démarches pour l'avoir) et stable (de manière ininterrompue depuis au moins trois mois). Elle prend en charge les frais de santé de base, tels que les consultations médicales, les médicaments et les frais d'hospitalisation. Elle permet d'être remboursé de la part obligatoire par l'assurance maladie et de la part complémentaire par une complémentaire santé [64]. La part complémentaire peut être financée pour certains groupes par la complémentaire santé solidaire regroupant la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Elle est à disposition des personnes qui ont de faibles ressources (inférieures à un plafond dont le niveau varie en fonction du lieu de résidence et de la composition du foyer). L'ACS dispense des avances de frais et prend en charge les prescriptions ainsi que les forfaits de prise en charge (par exemple pour les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives...) mais pas les dépassements d'honoraires sauf exigence particulière. Ces dispositifs sont valables un an et renouvelable chaque année [64].
- L'Aide Médicale d'Etat (AME) qui est à destination des personnes étrangères, en situation irrégulière (ne disposant pas de titre de séjour ou de document prouvant qu'elles ont entamé les démarches pour en obtenir). Pour en bénéficier, les personnes

en plus d'être en situation irrégulière, doivent vivre de manière stable en France, et avoir des ressources inférieures à un certain plafond. Seuls les mineurs isolés peuvent bénéficier de l'AME dès leur arrivée sur le territoire, s'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie mais les personnes majeures doivent attendre un délai de résidence d'au moins trois mois en situation irrégulière. L'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie [64].

- Les « soins urgents » ou encore la procédure dite «étranger malade» prend en charge les soins des personnes qui n'accèdent à aucun dispositif, soit parce qu'elles n'en ont pas le droit soit parce qu'elles ne le demandent pas, mais exclusivement en établissement hospitalier et pour des soins dont l'absence engagerait leur pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé ; ou destinés à éviter la propagation d'une maladie ainsi que les soins des femmes enceintes et des nouveau-nés [65].

Il convient de mentionner qu'un projet de loi sur l'immigration est actuellement discuté et pourrait faire disparaître l'AME au profit uniquement d'une prise en charge des « soins urgents » dans l'objectif de faire des économies sur le budget alloué à la santé. D'après Colombani H et Villebrun F, cette loi pourrait apparaître comme une violation du droit fondamental pour toute personne et notamment pour les personnes étrangères en situation irrégulière d'être soignées. Elle pourrait également engendrer d'autres conséquences en termes de santé publique telles que les détections tardives de maladies transmissibles et/ou à potentiel épidémique et un report des coûts y associés [66].

Par ailleurs, les personnes étrangères notamment peuvent faire recours à d'autres dispositifs tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux publics, les consultations mises en place par certaines associations et/ou organisations humanitaires (Médecins du monde, Médecins Sans Frontières, équipes mobiles...) [67].

Concernant la grossesse, tous les frais liés à sa surveillance médicale et à l'accouchement sont pris en charge à 100% (hors dépassement d'honoraires) ; dès lors que la grossesse est déclarée ; selon la situation par l'un ou l'autre des dispositifs suscités.

D'après Izambert C, le système de santé français est complexe et il peut être difficile de s'y retrouver. Cette complexité, associée à la généralisation des plateformes numériques d'informations, la multiplicité des dispositifs d'accès aux soins, la difficulté à s'informer et la réticence de certains professionnels de santé vis-à-vis de certains publics (ne parlant pas la langue, migrants et/ou bénéficiaires de la PUMa, de la CMU ou de l'AME) peuvent faire obstacle à l'accès aux soins et favoriser le renoncement aux soins. La littérature rapporte des exemples de refus de soins pour lesdits publics y compris dans plusieurs spécialités y compris la gynécologie [68].

2-2-5 Cadre d'action en santé sexuelle et reproductive en France

Conformément à la stratégie globale de l'OMS pour la santé des femmes et des adolescents, qui comporte de nombreux points en santé sexuelle et reproductive, la France s'est dotée pour la première fois en 2017 d'une stratégie nationale, globale en la matière. En effet, jusqu'au lancement de la stratégie en santé sexuelle 2017-2030, la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive était morcelée entre diverses institutions et répondait à plusieurs plans et politiques de santé publique [69]. L'actuelle stratégie en santé sexuelle de la France pour la période 2017-2030 repose sur les six axes suivant [70].

- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.
- Améliorer le parcours en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales
- Améliorer la santé reproductive.
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables
- Améliorer la santé reproductive.
- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle.
- Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer pour la mise en œuvre de la stratégie.

Pour investir pleinement ces axes, le mouvement français du planning familial, partenaire clé du ministère de la santé promeut sur tout le territoire, le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à l'IVG, à l'égalité entre les femmes et les hommes, et le combat contre toutes les formes de violences et de discrimination à travers des espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle.

Les nouvelles mesures prises dans le cadre de la stratégie de santé sexuelle 2017-2030 concernent la lutte contre la précarité menstruelle, la contraception, la lutte contre les IST et le sida, l'interruption volontaire de grossesse. Concernant la précarité menstruelle, le gouvernement français a, à travers un programme expérimental, installé des distributeurs de protections hygiéniques, dans l'ensemble des résidences universitaires, des restaurants universitaires et des services de santé universitaires du pays. Cette expérimentation est en cours d'élargissement au niveau des élèves du second degré de zones prioritaires et/ou rurales. Quant à la contraception, depuis 2022, les frais y afférant sont intégralement pris en charge pour toutes les femmes jusqu'à 26 ans. La contraception d'urgence, en plus d'être gratuite, est accessible sans ordonnance en pharmacie pour les mineures (moins de 18 ans). Pour les majeures, les mêmes facilités s'appliquent mais sur présentation de la carte Vitale (ou d'une attestation de droits ou de la carte d'Aide Médicale d'Etat AME). Tous les jeunes âgés de moins de 26 ans peuvent obtenir les préservatifs masculins de certaines marques gratuitement en pharmacie. Dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH, le dépistage sérologique est possible dans tous les laboratoires de biologie médicale sans ordonnance et est intégralement pris en charge pour certaines IST mais seulement pour les moins de 26 ans.

L'IVG est légale, accessible à toutes femmes mineures ou majeures ; et désormais possible jusqu'à 14 semaines de grossesse. L'IVG fait exception au parcours de soins coordonné ; donc l'accès au gynécologue est libre [71].

2-2-7 Cadre conceptuel de l'étude

Après la revue de la littérature, les entretiens informels et les focus-groupes exploratoires notamment, nous avons retenu d'explorer le parcours en santé sexuelle et reproductive des femmes en partant de leur entrée dans la vie féconde à travers les menstruations, de leurs expériences sexuelles à travers les relations affectives, celles reproductives jusqu'à la fin de vie féconde (la ménopause) s'il y a lieu. Cette exploration tient compte des environnements dans lesquels elles se trouvaient et des facteurs qui auraient pu ou non impacter ledit parcours. Nous avons également exploré les perceptions et les comportements en matière de recours aux soins et services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les facteurs influençant les choix en la matière. Les soins et services de SSR explorés dans le cadre de cette étude sont entre autres l'information, l'éducation, la communication ; la contraception/planification familiale, le suivi de grossesse et l'accouchement et l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi, le schéma suivant montre les différents moments du parcours sexuel et reproductif abordés auprès des femmes interrogées dans le cadre de notre étude.

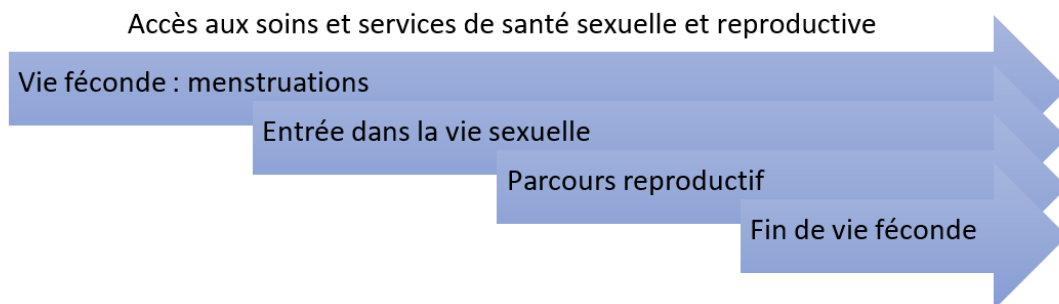


Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude

3 Matériel et méthodes

3-1 Cadre de l'étude

Cette étude s'est déroulée au quartier politique ville de Saint Barthélemy Bon Secours à Marseille. Il comprend en effet 5 quartiers que sont Bon Secours, Les Rosiers, La Marine Bleue et Grand St-Barthélémy. Il est situé au point Nord Est 14 dans le quatorzième arrondissement et fait partie des quartiers dits « Nords » de la ville. L'image suivante montre en bleu les limites

du quartier politique ville de Saint Barthélemy Bon Secours sur une vue du ciel partielle du 14^e arrondissement [72].

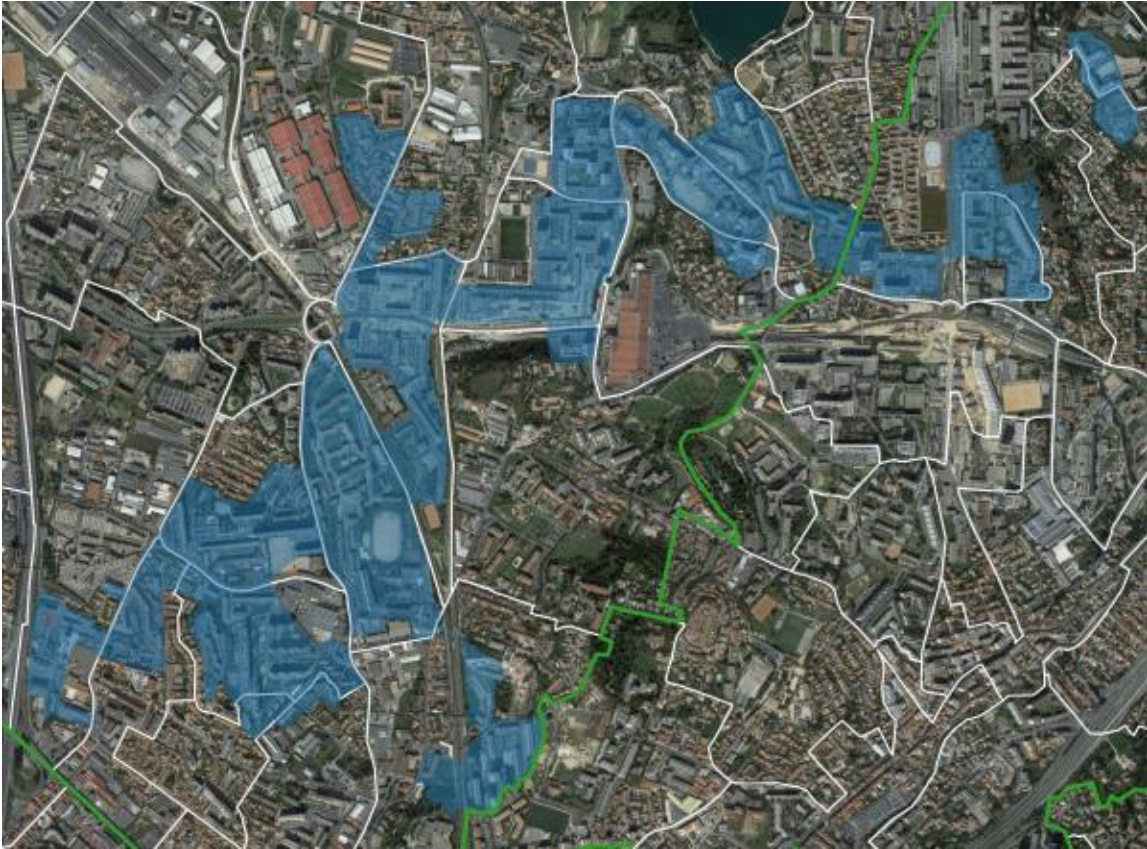


Figure 3 : Vue du ciel du QPV St Barthélemy Bon Secours (en bleu) issue du portrait de quartier, Compas, 2017

3-1-1 Caractéristiques socio-démographiques la population du QPV Saint Barthélemy Bon Secours

D'après l'INSEE, au 1er janvier 2018, le QPV Saint Barthélemy Bon Secours, concentre une population de 23 286 habitants. 45,7% de la population est jeune. Les femmes y sont majoritaires à 52,2% contre 47,5% d'hommes. Les personnes de 60 ans ou plus représentent 3% de la population totale. Une partie non négligeable des familles, soit 41% sont monoparentales [73]. Dans le QPV, seuls 21% des ménages sont imposés. 19 337 personnes sur 23 286 bénéficient des prestations de la caisse d'allocations familiales [74]. 26% des personnes habitant ce quartier ont un niveau inférieur au CAP-BEP ; 39% ont au moins le CAP, 22% ont le BAC et 12% un niveau supérieur au BAC. Toutes catégories confondues, 3 674 usagers du QPV Saint Barthélemy Bon Secours sont demandeurs d'emploi en 2018. 41% d'entre eux bénéficient de la perception de minimas sociaux. Plus d'un quart d'entre eux, soit 28% sont des étrangers. Le taux d'emploi des personnes âgées de 15-64 ans est de 30,7% ; et 25% des emplois sont à durée limitée [75].

3-1-2 Offre de soins en SSR sur le territoire

Le quatorzième arrondissement de Marseille, et précisément le QPV Saint Barthélemy Bon Secours n'est pas un désert médical au niveau de l'offre globale des soins. Cependant, ce quartier souffre d'une insuffisance et surtout d'un problème de renouvellement dans l'offre, et de saturation dont celle en médecine générale, en gynécologie et obstétrique. A l'échelle du QPV, nous avons recensé dans le cadre de nos missions de stage, l'activité d'un gynécologue obstétricien, trois pédiatres, sept médecins généralistes, onze infirmières et aucune sage-femme. La plupart des professionnels sont proches du départ en retraite [27]. Le « médecin du quartier » lorsqu'il y en a un, centralise bien souvent la majorité des demandes des habitants quel que soit le motif, ce qui crée une saturation et des longs délais d'attente pour voir certains professionnels. L'image suivante présente l'offre de soins recensée à l'échelle du 14^e arrondissement, avec en orange la description de l'offre des structures ayant au moins une sage-femme ou un gynécologue [27].

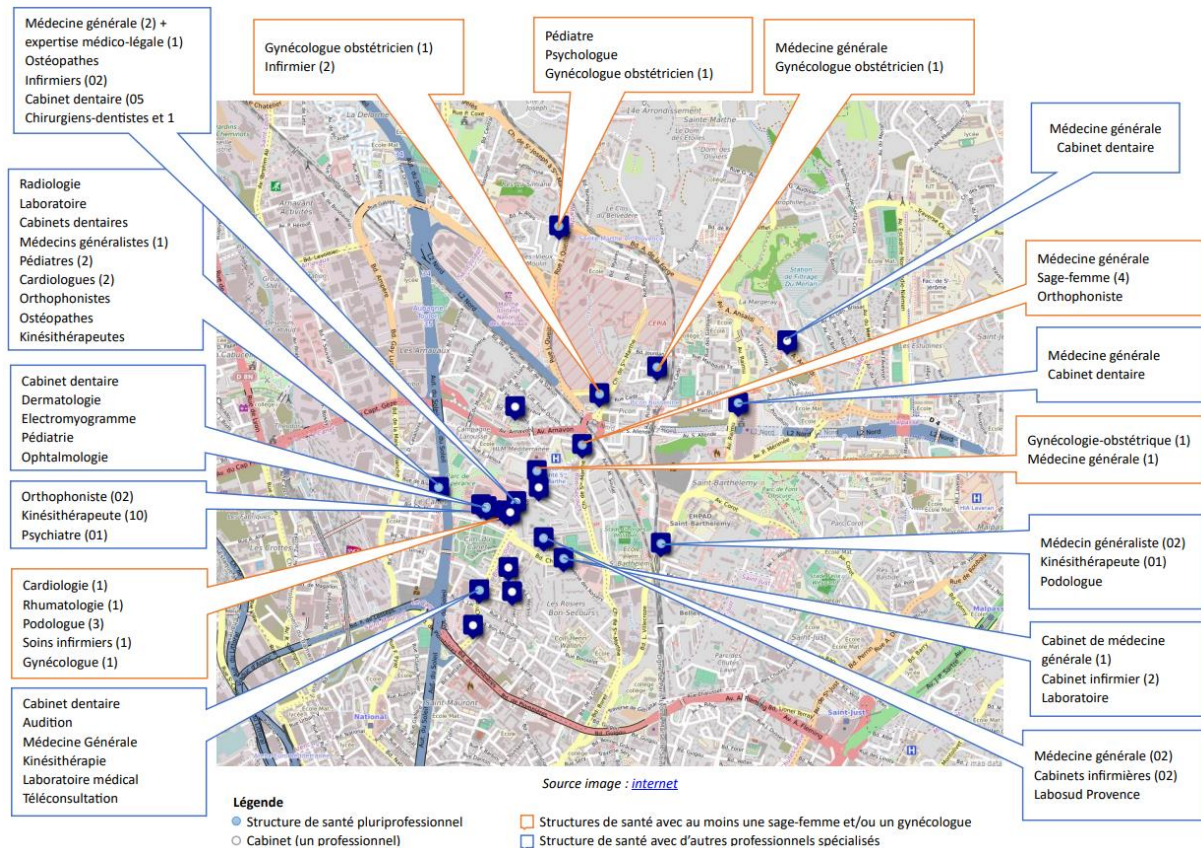


Figure 4 : Offre de soins recensée à l'échelle du QPV St Barthélemy Bon Secours (Août 2023) dans le cadre du diagnostic territorial réalisé par le CRES à l'échelle du QPV Saint Barthélemy Bon Secours

3-2 Type de l'étude : choix de recherche qualitative

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative pour explorer le parcours de vie des femmes en lien avec leur santé sexuelle et reproductive. Nous voulions nous placer dans une approche globale, à visée compréhensive de leur expérience dans leur milieu de vie plutôt que dans une

analyse quantitative des problèmes qu'elles rencontrent en matière de SSR. Aussi faut-il mentionner que le parcours en santé sexuelle et de reproduction d'une femme touche à des questions d'ordre intime dont les méthodes quantitatives ne se prêtent pas à l'exploration aisée. Cette étude permet par ailleurs une première prise de contact avec les femmes du QPV dans le cadre de la démarche participative de santé qui sera instaurée pour améliorer l'accès aux soins à l'échelle du quartier.

3-3 Période d'étude

La collecte des données s'est déroulée sur sept semaines du 16 juin au 04 Août 2023 comprenant la réalisation des focus-groupes exploratoires puis d'entretiens individuels.

3-4 Population de l'étude

Notre population d'étude était constituée d'un panel de femmes majeures (18 ans au moins) du quartier.

3-4-1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude : les femmes ayant 18 ans et plus, vivant dans le quartier, parlant français et/ou anglais, rencontrées dans le cadre des activités organisées par le centre social du territoire dans leurs locaux et/ou sur les lieux de vie des femmes, et qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

3-4-2 Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude les jeunes femmes de moins de 18 ans parce que ce sont des personnes civilement mineures et donc sous la responsabilité de leurs parents. Puisque les sujets abordés dans le cadre de cette enquête touchent à l'intimité et aux habitudes sexuelles, les données collectées en présence de parents ou tuteurs pouvaient être biaisées.

3-4-3 Méthode d'échantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage par choix raisonné. Il nous a semblé judicieux de tenir compte des caractéristiques connues de la population du territoire et dont l'impact sur le parcours de vie et thérapeutique en santé sexuelle et de reproduction est non négligeable. A l'issue d'entretiens informels avec des acteurs (médiateurs, assistants sociaux, professionnels de santé), nous avons jugé opportun de mener notre enquête sur un échantillon de femmes rencontrées dans un cadre « rassurant » pour elles (à travers les activités proposées par le centre social Saint Gabriel du territoire) ; et nous offrant une certaine facilité à créer une

relation de confiance avec elles. En effet, les femmes précaires ont des représentations sociales et culturelles spécifiques de la maladie, et qui déterminent leurs rapports à autrui d'après Linda C. Ces représentations sont structurées par trois niveaux [76].

- Une représentation fragile de soi : les femmes précarisées se considèrent comme non reconnues en tant qu'êtres humains, femmes et citoyennes. Elles ont besoin d'être reconnues et valorisées.
- Des réalités quotidiennes spécifiques et un rapport à l'autre peu sécurisant : le rapport à l'autre repose souvent sur l'image de soi, celle-ci étant fragilisée chez les femmes précarisées, le réseau relationnel est donc faible et peu fiable.
- Des relations à la normalité sociétale excluantes : les femmes précarisées ont intériorisé l'idée qu'elles ne correspondent à aucune des catégories de l'organisation sociétale.

Considérant aussi que le parcours en SSR peut varier en fonction de l'âge, nous nous sommes fixés de nous entretenir avec au moins 15 femmes dont 5 âgées de 18 à 30 ans, 5 âgées de 31 à 45 ans et 5 âgées de 46 ans et plus.

3-5 Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données s'est faite dans un premier temps par focus groupe à visée exploratoire avec deux groupes constitués en moyenne de 5 femmes chacun. Nous voulions identifier les thèmes faciles à aborder pour les femmes en matière de SSR. Ainsi, à l'issue des focus groupes, la question des menstruations nous a semblé judicieuse pour aborder la problématique de la SSR avec elles et pour explorer leurs expériences en la matière en entretien individuel. En effet, les règles sont une expérience commune à toutes les femmes, et les femmes rencontrées dans le cadre des focus-groupes exploratoires rapportaient leur santé sexuelle et reproductive aux règles (l'irrégularité des règles dans son lien avec le désir de maternité ; l'influence des méthodes de contraception sur la régularité et/ou l'absence des règles ; la survenue de règles malgré la grossesse...) et en parlaient aisément. Ce sujet semblait également une bonne porte d'entrée pour ne pas faire de distinctions entre les femmes afin d'obtenir un corpus de texte dont émanerait des données non induites intentionnellement. Un guide d'entretien semi-directif (en annexe) a donc été élaboré pour explorer le parcours sexuel et reproductif de chaque femme avec les règles comme porte d'entrée. Le guide a été prétesté sur deux femmes. La saturation des données a été atteinte.

3-5-1 Technique de recrutement des femmes

Nous avons abordé et proposé la participation à l'étude aux femmes fréquentant le centre social Saint Gabriel, qui opère sur le territoire du quartier Bon Secours Les Rosiers Marine Bleue Grand St-Barthélémy. Nous avons également pu rencontrer des femmes directement

sur leurs lieux de vie étant donné que le centre mène des activités au plus près des habitants du quartier. Lors de nos rencontres avec les femmes, nous leur expliquions le contexte de l'étude et leur propositions d'y participer. Lorsqu'elles acceptaient, nous fixions avec elles un rendez-vous et prenions leurs contacts. Nous les rappelions ensuite la veille du rendez-vous pour confirmer ou reprogrammer au besoin l'entretien. Pour remercier les participantes à l'enquête, nous prenions le temps de répondre dans la mesure du possible à leurs préoccupations par rapport aux questions abordées (pour celles qui en avaient).

3-5-2 Lieux de déroulement des entretiens individuels

Neuf entretiens se sont déroulés dans les locaux du centre social, trois chez les femmes qui l'ont souhaité tel quel et deux dans un parc près du centre social.

3-5-3 Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 26 minutes et 80 minutes, avec une moyenne de 47 minutes. Les entretiens ayant eu les durées les plus courtes, étaient ceux avec les femmes les plus jeunes dont le parcours sexuel et reproductif était « moins riche » que celui des femmes plus avancées en âge.

3-6 Considérations éthiques et administratives

Nous avons demandé et obtenu l'accord de la directrice du centre social pour le recrutement des femmes ainsi que pour la tenue des focus groupe et entretiens individuels. Avant les focus groupe et entretiens individuels, nous avons expliqué aux participantes l'objet de notre étude, la motivation de leur choix en tant que population cible ainsi que les conditions de traitement et d'analyse des données collectées. Nous avons demandé et obtenu leur consentement libre et éclairé pour la participation à l'étude. Le respect de leur dignité, leur vie privée et de la confidentialité ont fait l'objet d'attention particulière durant le processus de collecte, d'analyse et de présentation des données. Nous avons respecté le désir de certaines femmes de ne pas être enregistrées durant les entretiens.

3-7 Analyse des données

Nous avons procédé à une analyse thématique inductive, parce qu'elle nous semblait adaptée pour atteindre les objectifs de cette recherche. Aussi appelée « approche empirico-inductive » ou « inductivisme », c'est une méthode d'analyse qui part d'un fait (dans le cas de notre étude, les données matérielles) pour expliquer un phénomène. Le mode inductif D'après Beaugrand, « consiste à aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes, les lois, et éventuellement, les théories unificatrices » [77]. En

partant de l'expérience des femmes, nous avons reconstruit « la cohérence interprétative » de leurs histoires « de l'intérieur » [78].

Dans un premier temps, tous les entretiens ont été retranscrits textuellement à l'aide du logiciel Word 2015. Pour respecter l'anonymat, chaque entretien s'est vu attribué un nom de code ainsi qu'un numéro respectant l'ordre de déroulement, soit FE1 pour la première femme enquêtée ainsi qu'un prénom de code et ainsi de suite. Une pré analyse, soit une lecture flottante préliminaire du corpus a été faite et a permis une appropriation des entrevues. Nous avons commencé à dégager un sens général du corpus de données. Ensuite, l'inscription des thèmes s'est faite à travers les modes insertion et commentaire avec utilisation de code couleur. Les thèmes présents dans le discours ont été repérés et codés. Un premier codage a été fait sur la base des thèmes centraux du guide d'entretien à savoir, l'entrée dans la vie féconde, l'entrée dans la vie sexuelle, l'expérience reproductive et le recours aux soins sur le territoire. Au fur et à mesure du codage, d'autres thèmes ont émergé. Il s'agit entre autres, du tabou lié à la sexualité dans les quartiers dits précaires, l'effet des différences socio-culturelles des pays d'origine et d'accueil (pour les personnes étrangères) sur l'abord de la sexualité entre elles-mêmes et avec leurs enfants ainsi que la stigmatisation sociale lorsqu'on est une famille monoparentale et/ou qu'on a des enfants issus de pères différents. Partant du plus petit item de sens relevé, le codage s'est fait plus large que les mots concernés pour avoir du contexte. Certes, la similitude entre les entretiens a constitué la racine de l'arbre thématique mais, même les récits qui s'éloignaient des histoires dominantes ont été pris en compte. Les codes ont ensuite été regroupés en thèmes eux-mêmes regroupés en thèmes superordonnés et classés de manière interactive.

3-8 Posture d'enquête

Le « je » est utilisé ici pour parler de moi en tant que personne et des liens possibles entre mon expérience personnelle et l'étude effectuée.

Ayant déjà eu une expérience de travail auprès d'enfants en situation de rue, la thématique de la SSR auprès des publics vulnérables m'est familière. En considérant mon expérience et à l'issue des entretiens informels, je m'attendais à rencontrer des femmes peu regardantes sur leur santé. Après les entretiens-test, je me suis ravisé et me suis contenté de rester à l'écoute de l'histoire rapportée par les femmes rencontrées et que j'ai consignées en restant fidèle aux expériences qui m'ont été confiées.

Le choix de l'analyse inductive m'a par ailleurs mis en posture interprétative des expériences qui m'ont été rapportées. J'ai fait attention à ne pas interpréter les données en partant de mes propres normes, perceptions et croyances socioculturelles en rapport au sujet. Je suis partie de l'expérience qui m'a été rapportée pour dégager le sens qui pourrait être perçue par n'importe quelle personne à même d'interpréter un corpus de texte constitué de récits de vie.

3-9 Journal de bord

Cet outil nous a été utile durant tout le processus de l'étude allant des premières visites sur le terrain aux entretiens qui ont eu lieu avec les participantes à l'étude. Il a permis de recueillir toutes les observations et impressions suite aux entretiens, le langage non-verbal des enquêtées ainsi que les réflexions sur les pistes émergentes au fur et à mesure des entretiens.

3-10 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées se rapportaient à la complexité de créer un lien avec les habitants du quartier dans le cadre de la collecte des données. Il y a eu une certaine méfiance des habitants vis-à-vis d'une personne « étrangère » à leur quartier. Durant le recrutement, nous avons eu plusieurs refus, soit sans raison apparente (non-vouloir), soit pour des raisons de disponibilité (travail, garde des enfants...). Cela pourrait être aussi lié au fait qu'au sein de la population, il y a une part non négligeable de migrants en situation irrégulière et qui craignent pour leur condition administrative. Aussi, les mères de famille peuvent être craintives d'interventions des services sociaux (signalement, placement d'enfants...) par rapport aux conditions dans lesquelles elles vivent. Par ailleurs, il faut mentionner la crainte de représailles de la part des membres des réseaux de stupéfiants qui opèrent notamment dans la cité des Rosiers ; et qui « surveillent » les habitants de leurs quartiers, leurs habitudes et leurs fréquentations par crainte de se faire arrêter par la police. La difficulté de la barrière de la langue a été moins prégnante. Par ailleurs, la période d'enquête coïncidant avec l'été a rendu plus difficile la mobilisation des femmes.

3-11 Limites de l'étude

Les profils de femmes sur le territoire ne se limitent pas aux profils de femmes interrogées qui étaient celles qui fréquentaient des structures de santé. De plus, nous ne pouvons pas prétendre avoir eu accès à toute l'expérience des femmes en matière de SSR, notamment en rapport à des sujets plus sensibles tels que la gestion des grossesses non désirées, ainsi que les violences sexuelles et/ou basées sur le genre. Ceci pourrait s'expliquer par le contexte du terrain d'étude (sujet pas souvent abordé sur le territoire, petits quartiers dont les habitants se connaissent entre eux, où les habitants font le nécessaire pour garder leur « dignité »...) ; le fait d'être une personne étrangère au territoire et le manque de temps pour créer un lien de confiance qui permettrait des entretiens de suivi. Aussi, faut-il mentionner que les femmes enquêtées, notamment les femmes migrantes, n'avaient pas forcément vécu toutes les expériences explorées uniquement sur le territoire.

4 Résultats

4-1 Profil sociodémographique des femmes enquêtées

Nous avons réalisé des entretiens individuels avec 14 femmes dont le profil socio-démographique est renseigné dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Profil sociodémographique des femmes enquêtées

Nom de code	Âge	Niveau d'étude	Situation matrimoniale	Religion	Situation professionnelle	Ancienneté sur le territoire	Nationalité	Situation administrative	Financement des soins	Aides sociales
FE1 (Taliath)	37 ans	BAC	Mariée	Musulmane	Sans emploi	8 ans	Tunisienne	Carte de séjour 10 ans	CMU	oui
FE2 (Kelia)	50 ans	BAC + 2	En instance de divorce	Chrétienne	Sans emploi	5 ans	Algérienne	Irrégulière	AME	Non
FE3 (Kadiatou)	52 ans	3è	Séparée	Musulmane	Femme de ménage	18 ans	Comorienne	Carte de séjour 10 ans	Mutuelle	oui
FE4 (Corine)	32 ans	BAC	Mariée	Chrétienne	Assistante dentaire	32 ans	Française	Française	Mutuelle	oui
FE5 (Djamila)	30 ans	BAC	Séparée	Musulmane	Sans emploi	30 ans	Française	Française	CMU	oui
FE6 (Nawal)	32 ans	CAP + formation professionnelle	Mariée	Musulmane	Agente d'hôtel	6 ans	Comorienne	Carte de séjour 10 ans	CMU	oui
FE7 (Yasmina)	36 ans	Collège (6è)	Séparée	Musulmane	Femme de chambre	12 ans	Comorienne	Carte de séjour 10 ans	CMU	oui
FE8 (Faouziath)	43 ans	BAC	Mariée	Musulmane	Auxiliaire de vie	4 ans	Algérienne	Carte de séjour 1 an	Mutuelle	oui
FE9 (Amalia)	38 ans	CAP + formation professionnelle	Divorcée	Chrétienne	Sans emploi	38 ans	Française	Française	CMU	oui
FE10 (Mariam)	47 ans	Tle	Mariée	Musulmane	Ménagère	17 ans	Maliennne	Irrégulière	AME	Non
FE11 (Fatima)	23 ans	3è	Célibataire	Musulmane	Secrétaire médicale	6 ans	Sénégalaise	Carte de séjour salarié	Mutuelle	Non
FE12 (Viviane)	29 ans	BAC	Concubinage	Chrétienne	Sans emploi	4 ans	Ivoirienne	Irrégulière en cours de régularisation	CMU	Oui
FE13 (Melissa)	26 ans	BAC	Célibataire	Musulmane	Vendeuse	4 ans	Ivoirienne	Irrégulière en cours de régularisation	CMU	Non
FE14 (Raissath)	28 ans	BAC	Concubinage	Chrétienne	Sans emploi	3 ans	Ivoirienne	Irrégulière	AME	Non

L'âge moyen des femmes interrogées est de 36 ans. Sur les 14 femmes enquêtées, 8 ont un niveau BAC dont une a une formation universitaire de deux ans en plus ; 2 ont un niveau CAP avec des formations professionnelles, et 4 ont un niveau secondaire. 3 femmes sont françaises et les autres étrangères. Près de la moitié d'entre elles (6/14) sont sans emploi. Et plus de la moitié (9/14) perçoivent des minimas sociaux. Elles sont toutefois rattachées à un dispositif de soins qui leur permet l'accès aux soins et services de santé.

4-2 Entrée dans la vie féconde

4-2-1 Informations reçues et perceptions des règles

Les expériences de la survenue des premières règles sont variées pour les femmes enquêtées. Elles n'attendaient pour la plupart, pas leurs règles. Cependant après 14 ans, quatre d'entre elles (FE2, FE5, FE9, FE10) considèrent avoir eu leurs menstruations « tard ».

FE2 : « Je les ai eu tardivement, premièrement... 15 ans ou 16 ans »

FE10 : « Moi j'ai eu ça très tard à 17-18 ans... »

Celles qui ont eu leurs règles « tard », ont subi une pression pendant la période d'attente, une pression exercée par les parents, notamment les mères mais dont les raisons ne leur étaient pas toujours clairement dévoilées.

FE10 : « ...ma maman me posait souvent des questions, je ne comprenais pas toujours mais c'est comme si elle cherchait quelque chose.... Elle me disait des fois : tu n'as rien vu ?... Je ne comprenais pas toujours mais après, j'ai su que c'était pour ça... ».

Les femmes enquêtées, qu'elles soient étrangères ou françaises, n'avaient en général pas ou peu d'informations sur leur règle avant de les avoir pour la première fois. La moitié des femmes interrogées (FE3, FE4, FE5, FE7, FE11, FE13, FE14) n'avaient aucune information sur le sujet avant l'arrivée de leurs règles.

FE3 : « Rien, on ne m'a rien dit... »

FE11 : « ...C'est vrai que mes parents ne m'ont pas parlé de ça... »

Pour celles qui n'avaient aucune information, la survenue des premières règles était associée à plusieurs sentiments entre surprise, crainte, peur, incompréhension et parfois honte. Et pour elles, la survenue des premières règles était l'occasion de premières discussions sur le sujet.

FE4 : « ...donc bah j'étais au WC et je me suis retrouvé un peu avec la surprise à ne pas comprendre ce qui se passait... ».

FE14 : « Au début, ce n'était pas rouge comme le sang, c'était un peu sale...donc je ne comprenais pas. C'est après que ça a commencé par couler le sang et j'avais peur. Comme je ne savais pas c'est quoi... »

Qu'elles aient été reçues avant ou à la survenue des règles, ou encore après, les informations communiquées aux femmes étaient que les règles étaient un évènement « naturel » (FE8, FE12,) qui allait survenir tous les mois désormais (FE5, FE12,) ; qu'il faut taire (FE1, FE2, FE10, FE12) et qui marquait le début d'une vie de « femme » (FE3, FE4, FE5, FE6, FE8, FE12) ; une étape incontournable pour avoir des enfants (FE6, FE11).

FE4 : « Grossomodo, elle m'a dit que j'étais devenu une femme à ce moment-là... »

FE6 : « ...on me disait, s'il y a une femme, qui n'a pas eu ses règles tous les mois... elle ne peut pas avoir d'enfants... ».

FE12 : « ...Ma maman elle m'a fait asseoir, qu'elle m'a dit maintenant tu es une femme maintenant tu as grandi tu n'es plus une enfant et elle m'a dit que c'est naturel maintenant ça va venir comme ça tous les mois... »

Dix des femmes avaient eu des informations directement auprès de leurs parents en famille (FE1, FE3, FE4, FE5, FE8, FE10, FE11, FE12, FE13, FE14) dont une par personne interposée (FE4) ; une femme à l'école (FE6) à travers les séances d'éducation à la sexualité dispensées dans les lycées ; une auprès du voisinage (FE2) et deux femmes ont déclaré n'avoir eu aucune information et avoir appris sur leurs règles au fur et à mesure de leurs expériences (FE7, FE9). Quelle que soit la source et le moment d'information (avant ou après les règles), les informations données aux femmes étaient incomplètes.

FE4 : « ...Elle (sa mère) n'a pas osé aborder le sujet elle-même...je pense qu'ils ne voulaient pas aborder le sujet par peur d'en savoir trop...Elle a demandé à la compagne de mon oncle de m'expliquer ce que c'était...Grossomodo, elle m'a dit que j'étais devenu une femme »

FE8 : « Moi j'ai eu mes règles à l'âge de 17, 18 ans...En fait, elle nous expliquait comme ça notre maman parce qu'on était deux filles. Voilà, c'est du sang, c'est du rouge ; faut pas s'étonner... Elle m'a dit que c'est à partir de 15, 14... »

FE6 : « ...Il y avait un certain âge, on va découvrir c'est quoi devenir une femme, c'est quoi d'avoir des relations avec un homme, comment... Mais là moi j'ai appris tout ça à l'école... »

FE2 : « C'est à ma voisine de presque une génération ... Elle connaît tout ça alors elle m'a dit ce sont les règles... »

FE7 : « Oui, quand j'ai eu mes règles, ma mère elle a dit "eeeeehhhh" ... elle a pleuré... »

Avec les informations reçues sur les règles, certaines femmes se sont construit leurs propres perceptions des règles. Les règles étaient perçues comme un moyen de se « purifier » (FE9), cela « nettoie » le corps, (FE8) ou encore de se « vider du mauvais sang » (FE6).

FE6, Nawal qui a toujours eu une spanioménorrhée dont la durée pouvait varier entre un et trois mois pense que le fait de ne pas avoir ses règles : « ...parfois, ça me fait grossir... » étant donné qu'elle « ...ne vide pas...Parce que en fait, les règles c'est pour vider le mauvais sang...»

FE8, Faouziath, 43 ans d'origine maghrébine a expliqué que chez elle, les règles « ...ça nettoie...le corps de la femme... ».

FE9, Amalia, 38 ans et mère de cinq enfants pensait jusqu'à il y a quelques jours avant l'entretien que : « *...c'est le mauvais sang (riant) qu'on évacue...Moi je croyais que c'était toutes les mauvaises toxines de notre corps qui partent en fait... Donc j'aimais bien avoir mes règles parce que pour moi, je me purifie...* ».

Pour toutes les femmes enquêtées, les règles sont si importantes qu'une femme qui rencontre des problèmes en rapport à ses règles (présence, régularité...) s'inquiète (FE13) au point de se sentir « moins normale » (FE6) lorsque ces problèmes persistent.

FE6 Nawal, 32 ans, mère de 6 enfants, parce qu'elle souffre de spanioménorrhée, se sent moins normale que les autres femmes : « *Mes trois sœurs, ils ont les règles tous les mois, normal, tous les mois, il y a que moi, je ne sais pas pourquoi...* ».

FE13, Melissa, 26 ans, me dit à propos de ses règles, l'air inquiète : « *Actuellement même je n'ai plus depuis 6 à 7 mois... Et je suis allé voir le Dr (parlant de son médecin traitant), on a fait un examen, il m'a donné des médicaments... Ce n'est pas revenu et il m'a encore dit qu'on va faire d'autres bilans la semaine prochaine...ça ne m'est jamais arrivé... C'est la première fois...*».

4-2-2 Hygiène menstruelle

Les femmes enquêtées avaient recours essentiellement à deux types de protections hygiéniques pour leurs menstruations : les protections hygiéniques traditionnelles réutilisables dites « pagne », notamment les femmes d'origine africaine et celles jetables dites « couche ». Elles connaissent parfois des situations d'inaccessibilité aux protections hygiéniques jetables tout court (FE4) ou aux protections de bonne qualité (FE1), souvent pour des raisons financières (FE4, FE14) ; ou encore par manque d'informations sur leurs possibilités (FE7, FE11, FE13, FE14).

FE1, Taliath, 37 ans utilisait des protections hygiéniques qui à son avis : « *n'étaient pas vraiment de la qualité, ça peut dépasser...parce que je viens d'un petit village en Tunisie, ce n'était pas vraiment trop développé là-bas...* ».

FE14, Raissath, 28 ans, utilisait les protections traditionnelles (pagne) pour ses règles dans son pays d'origine. Plus tard, en allant vivre avec sa tante, elle a découvert les protections hygiéniques jetables mais ne les utilise pas toujours parce que non seulement elle ne se sent pas à l'aise avec mais aussi : « *...Parce que faut acheter... C'est l'argent...* »

Aucune des femmes interrogées n'ont déclaré utiliser les tampons, ou encore des coupes menstruelles. En cas d'impossibilité à avoir les protections hygiéniques, les femmes ont utilisé des moyens à leur disposition. Les protections hygiéniques étaient également alternées entre pagne, papier hygiénique, protections hygiéniques jetables et parfois chiffons (FE3, FE4, FE7, FE10, FE11, FE14).

FE4 : « *Bon protection...Elle me les achetait régulièrement inh mais bon parfois, oui, il y avait des moments où elle n'avait pas prévu...Je prenais des serviettes, des gants de toilettes aussi...Quand on n'en avait pas à la maison...* »

FE11 : « Pendant tout ce temps moi quand j'ai eu mes règles j'ai utilisé seulement le papier hygiénique je n'ai rien dit à personne...C'est après que j'ai connu les couches jetables...»

Quelques soient les protections utilisées, les femmes ne mentionnent pas de notions d'horaires, ou d'intervalles de temps à respecter pour le changement desdites protections. En général, elles « changent lorsque ça mouille ».

FE5 : « quand je sens que c'est mouillé, je change »

FE13 : «...Moi je mets et si c'est trop mouillé après je change...»

4-2-3 Règles et douleurs

Le vécu de la douleur pendant les règles varie d'une femme à l'autre. La douleur fait partie pour certaines femmes des changements observés au niveau de leurs règles, entre celles qui en ont toujours eu (FE1, FE4, FE8, FE9,), l'apparition des douleurs pour celles qui n'en avaient pas (FE2, FE5, FE10, FE12, FE13, FE14) ; la présence sporadique de la douleur pour certaines (FE3, FE6) ; une augmentation (FE5, FE9, FE10) ou une diminution (FE2) dans l'intensité et la fréquence pour d'autres au fil du temps.

FE2 : « Après, parce que là, j'ai 50 ans... A la quarantaine, les douleurs commencent à baisser... J'avais des douleurs, dès la première fois, chaque mois... mais à la quarantaine, ça a diminué... »

FE12 : « Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de choses qui aient changé. Entre-temps mes règles sont devenues un peu douloureuses... »

La gestion des douleurs se fait de différentes manières. Il y a des femmes qui « supportent » la douleur (FE1, FE2, FE9, FE13). D'autres ont recours aux « remèdes de grand-mère » (FE3, FE10, FE12). Certaines font de l'automédication (FE4, FE12), puis d'autres recourent aux médecins (FE8), notamment en cas d'impossibilité à « gérer » la douleur (FE3, FE5).

FE1 : « ...Moi c'est (les douleurs) deux jours... les deux premiers jours et le troisième, sans plus... Un petit peu, on dit au niveau du bassin, mais un petit peu... Genre je m'allonge pas toute la journée et je dis, aie, je peux bouger... Mais j'ai vu des gens comme ça...Et du coup, tout le monde sait qu'elles ont les règles... Moi non... ».

FE4 : « ...maman me donnait du Spasfon... Spasfon-Doliprane et ça finissait par partir inh ».

FE9 : « ça part...Il y a des douleurs qui sont fortes et d'autres moins... Je sais que je peux supporter ce genre de douleur... ».

En fonction de l'intensité de la douleur, on pouvait également remarquer une alternance entre plusieurs méthodes de gestion entre support de la douleur et « méthodes de grand-mères » (FE10) ; entre « méthodes de grand-mères » et automédication (FE12) ; et entre méthodes de grand-mères » et/ou automédication et recours aux professionnels de santé (FE5, FE8).

FE5 : « je prenais juste des dolipranes... Ou bien des choses qui me calmaient...après quand ça faisait trop trop mal, bah, j'ai commencé à prendre la pilule... ».

FE8 : « C'étaient des tisanes...de grand-mère inh...c'était...la tisane de menthe...Ils disent que ça dégage tout...En fait un truc chaud...thé ou tisane ou la verveine...Après, moi j'avais mon médecin en Algérie il me donnait le spasfon voilà... Je me souviens du spasfon, après il y avait le truc, des cachets qui s'appelaient "Antadys"... ».

4-3 Entrée dans la vie sexuelle : entre pratiques religieuses et choix personnels

Pour toutes les femmes enquêtées, l'entrée dans la vie sexuelle s'est faite après l'entrée dans la vie féconde. Parmi les informations données aux femmes sur leur sexualité, le lien entre les menstruations, les rapports sexuels et le risque de survenue d'une grossesse n'était pas mentionné pour près de la moitié (FE3, FE5, FE7, FE9, FE11). Lorsqu'il était mentionné, l'information était peu explicitée lorsqu'elle provenait de l'entourage familial (FE1, FE2, FE4, FE8, FE12, FE13, FE14).

FE11 : « ...En fait les choses n'étaient pas claires dans ma tête...chez moi, on dit que c'est la femme et sans ça, on ne peut pas avoir d'enfants. Mais je ne savais pas que dès qu'on a ça, on peut tomber enceinte... ».

Les autres sources d'information étaient alors l'école (FE1,FE4, FE5, FE6), et les pairs (FE6).

FE6, Nawal, 32 ans, dont la mère n'a pas abordé le sujet avec, a eu des informations à l'école : *« Oui, moi c'est à l'école que j'ai appris tout ça... comme j'apprenais à l'école, j'ai cherché à savoir... on parlait entre copines...on apprend, à l'école ; ils nous expliquent. Il y avait un certain âge, on va découvrir c'est quoi devenir une femme, c'est quoi d'avoir des relations avec un homme, comment... ».*

Pour certaines, l'information était mentionnée sous forme de mise en garde et/ou d'avertissement (FE2, FE4, FE13, FE14) ; ou de précautions à prendre pour éviter la survenue de grossesses (FE4).

FE2 : « Alors ma mère : attention, attention les garçons... !!! »

FE14 : « ...Et elle dit maintenant c'est comme ça, ça vient tous les mois, et on ne s'approche pas des garçons. C'est ça... ».

Parfois, notamment auprès des femmes musulmanes, l'information était transmise sous forme de recommandations religieuses et/ou traditionnelles (FE1, FE2, FE8, FE10).

FE8 : « En fait, nous notre religion, elle nous le dit avant que nos parents nous le disent... Tout ce qui est règles, grossesses, pénétration, virginité, ça nous on est préparé... Des fois y'a des parents qui parlent et des fois c'est un tabou...Mais nous, je vous parle de nous les Algériens, les musulmans... En fait c'est expliqué avant que nos parents nous expliquent...Que voilà, c'est péché de s'approcher d'un garçon avant d'être marié... »

Les expériences sexuelles des femmes ont été normées pour près de la moitié d'entre elles, par les recommandations religieuses, culturelles, traditionnelles (FE1, FE2, FE3, FE6, FE7, FE8, FE10) vécues parfois comme une pression (FE2). Il y en qui ensuite ont fait des choix qui ne s'inscrivaient plus dans le respect de ces normes (FE5, FE11). Pour les autres, l'expérience

sexuelle était une étape à passer comme toute autre sans influence d'une quelconque norme (FE4, FE9, FE12, FE13, FE14).

FE2 : « Tu sais moi je suis Algérienne kabyle... Alors tomber enceinte, faire quelque chose avec un garçon, c'est péché...Alors t'as pas intérêt de faire une bêtise... ou d'avoir un copain, jamais. Ils vont te tuer... Une femme elle doit rester vierge jusqu'à son mariage... C'est la tradition, c'est la culture...Il y a la pression de la famille, la religion... C'est interdit, c'est péché... »

FE9 : « ...Je sais pas. C'est les choses de la vie inh. Moi j'attendais que ça moi, quand j'étais jeune, ça y est me marier, je vais connaître un homme, c'est des choses naturelles en fait... »

La plupart des femmes musulmanes enquêtées ont eu leurs premières expériences sexuelles après le mariage (FE1, FE2, FE3, FE7, FE8, FE10).

FE8 : « Moi je suis resté vierge jusqu'à mon mariage... voilà, c'est bizarre inh (riant)... »

Ces relations étaient également parfois rythmées par le parcours migratoire (FE1, FE8) ; ceci toujours par respect pour les recommandations religieuses : Il faut attendre d'être « regroupé ».

FE1, Taliath, mariée à 22 ans et dont le mari était installé en France a attendu deux ans de plus pour rejoindre son mari avant toutes relations sexuelles : *« je me suis marié avec mon mari 2008... On attendait que j'aie les papiers et tout ça ; ça a fait deux ans mais on n'a rien fait entre temps... On veut vraiment attendre que je sois là pour passer à l'acte... C'est en France qu'on a commencé à avoir des relations avec mon mari... »*

Pour certaines femmes, l'entrée dans la vie sexuelle est allée de pair avec l'intégration de connaissances sur la sexualité (FE4, FE5, FE7, FE9, FE11, FE14).

FE4, Corine, 32 ans qui a son premier petit copain à 15-16 ans : *« Je pensais même en ayant mes premiers rapports sexuels, je ne pensais pas tomber enceinte, déjà je ne pensais pas que on pouvait tomber enceinte si facilement...On n'est pas assez informé sur le sujet... Et moi, c'était sujet tabou... »*

FE7 Yasmina, 36 ans, qui a fait toute son adolescence aux Comores avant d'arriver en France pense avoir appris au fur et à mesure de ses expériences : *« ...Tu arrives, te jette dans l'eau et voilà. Tu apprends les choses. Mais y'avait pas d'explications, l'éducation, voilà, si tu fais ça, tu vas te trouver comme ça, tu vas te trouver tel tel tel tel...j'ai appris tout, toute seule...»*

4-4 Expériences reproductives : oscillations entre grossesses/naissances désirées et grossesses/naissances non désirées

Les femmes enquêtées avaient toutes fait l'expérience de la grossesse à l'exception de deux d'entre elles : FE2, Kelia, 50 ans en instance de divorce qui n'a jamais conçu malgré deux mariages et FE13, Mélissa, 26 ans qui est en couple et a un désir de maternité. La plupart des grossesses auprès des femmes enquêtées étaient désirées et donc attendues (FE1, FE3, FE4, FE5, FE6, FE7, FE8, FE9, FE10, FE12) ; mais parfois pas planifiées (FE9). FE9, Amalia, 38 ans, mère de 5 enfants a toujours « voulu ses bébés » sans forcément planifier leur arrivée : *«...C'était pas calculé mais ils étaient désirés quoi... C'était voulu... »*

Les grossesses pouvaient aussi être non désirées, non attendues mais accueillies et menées à terme essentiellement par convictions personnelles et/ou religieuses (FE1, FE6, FE7, FE10, FE14). FE6 Nawal ne s’attendait pas à sa sixième grossesse mais l’a menée à terme : « ...*Quand j’ai eu ma fille la dernière, j’ai dit stop... Là, c’est bon, je ne veux pas... Je vais m’arrêter là... Mais après...il est venu, il est venu faut l’accueillir inh... C’est comme ça...* ».

Certaines fois les grossesses non désirées étaient interrompues (FE4, FE11, FE14). FE4, Corine, 32 ans, est tombée enceinte de son compagnon violent deux fois après la naissance de leur fille : « *Et j’ai dû tomber enceinte deux fois et j’avorté...* ».

Le tableau suivant montre la répartition des grossesses en fonction de leur caractère désiré ou non par femme.

Tableau 2 : Répartition des grossesses selon la désirabilité chez les femmes

Femmes enquêtées	Grossesses désirées	Grossesses non désirées	Naissances désirées	Naissances non désirées	Observation
FE1	3/4	1/4	3/4	1/4	
FE3	7/7	0/7	2/7	5/7	1 fausse couche
FE4	3/5	2/5	3/5	0/5	2 avortements
FE5	1/2	1/2	1/2	1/2	
FE6	5/6	1/6	5/6	1/6	
FE7	3/5	2/5	3/5	2/5	
FE8	2/2	0/2	2/2	0/2	
FE9	5/5	0/5	5/5	0/5	
FE10	5/5	0/5	5/5	0/5	
FE11	0/1	1/1	0/1	0/1	1 avortement
FE12	4/4	0/4	2/4	0/4	2 fausses couches
FE14	0/2	2/2	0/2	1/2	1 avortement

Les grossesses rythmaient (FE5) ou étaient parfois rythmées par des situations de précarité socio-professionnelle (FE1, FE4).

FE1 : « Après la première fois quand je suis marié, je reste 6 mois sans avoir un bébé... Et j’ai dit que si je ne tombe pas enceinte, je travaille... Après six mois, je suis tombée enceinte...Quand je restais à la maison, je me dis bon, je fais un deuxième enfant ; comme ça voilà ils grandissent ensemble... Quand j’ai eu ma deuxième fille...j’ai dit je continue à chercher du travail et si j’ai un enfant avant ce n’est pas grave. Donc j’ai un enfant en 2018 et l’autre ce n’est pas longtemps après, en 2021... ».

Les grossesses étaient perçues comme un don de Dieu pour certaines femmes (FE7, FE10) mais aussi comme un « ralentisseur » au fur et à mesure de leur succession (FE8).

FE8 : « nous...on dit : chaque grossesse, elle diminue cinq ans d’âge, cinq ans de l’âge de la femme...On a des projets, on travaille, on a beaucoup de choses... Dans la vie, il n’y a pas que les enfants... ».

Au fur et à mesure de la succession des grossesses et parfois après des naissances non désirées (FE1, FE3, FE5, FE6, FE7, FE14), les femmes semblent se décider à empêcher la survenue de

nouvelles grossesses. FE6 Nawal ne s'attendait pas à sa sixième grossesse : « ...*Quand j'ai eu ma fille la dernière, j'ai dit stop... Là, c'est bon, je ne veux pas... Je vais m'arrêter là... Mais après...il est venu...Mais là, j'ai dit stop, c'est bon. Au bout de 7, c'est risqué... On s'est mis d'accord nous deux (son mari et elle) et on a dit stop... Fin surtout moi... »*

4-5 Soins et services de santé sexuelle et reproductive : Information, perceptions et utilisation

4-5-1 Suivi de grossesse

12 des femmes qui ont eu au moins une grossesse, ont déclaré avoir fait suivre leurs grossesses de façon régulière à l'exception de deux d'entre elles : FE3 pour sentiment d'avoir acquis de l'expérience par rapport à la maternité et FE14 pour découverte tardive et situation sociale ne permettant pas l'accès aux soins.

FE3, Kadiatou, 52 ans, mère de 7 garçons attendait avec joie sa première fille à sa troisième grossesse qui s'est soldé par une fausse couche. Voulant une fille et ayant à chaque grossesse qui a suivi un garçon, avoue avoir banalisé les rendez-vous de suivi parce que : « *je ne sens rien de toute façon... Je vais bien et je sais que le bébé, il bouge donc ça va... »*

Elles déclarent toutes en comprendre l'intérêt et donc pour le reste, ont déclaré avoir respecté les rendez-vous qui leur ont été donnés et fait les examens qui leurs ont été prescrits. Trois femmes parmi elles se sachant à risque (césariennes itératives, diabète gestationnel par exemple) étaient plus investies dans le suivi de leurs grossesses (FE6, FE7, FE8).

FE7 : « *...C'étaient les césariennes tout le temps...Donc moi j'allais à l'hôpital comme on me dit...et vu que moi je suis en mode solo, il fallait que j'aille chercher les enfants, il fallait que je marche beaucoup. Et quand je marche, ça faisait super mal quoi. A chaque fois, que j'arrive aux urgences : madame, vous n'êtes pas en train d'accoucher... Ce sont juste les étirements de ton ventre... ».*

FE8 : « *La grossesse, ça s'est très bien passé. Par contre au bout du 5è mois ils ont vu que j'avais le diabète gestationnel, le diabète de la grossesse... C'est parti et il est revenu par rapport à ma 2è grossesse...Je ne savais pas qu'il y avait un diabète concernant la grossesse... Donc j'avais des contrôles, je faisais trop attention à ce que je mangeais... ».*

4-5-2 Planification des naissances et méthodes contraceptives

Pour plus de la moitié des femmes, les informations sur la contraception ne vont pas toujours de pair avec l'entrée dans la vie sexuelle (FE1, FE3). Les informations sur la contraception proviennent quelquefois des parents dans l'objectif de prévenir les grossesses précoces et/ou non désirées (FE4, FE5) ; souvent de l'école et des relations avec les pairs (FE2, FE6, FE8, FE12, FE13, FE14) ; parfois des médias souvent pour les jeunes (FE4, FE6) et auprès du personnel soignant pendant et/ou après une grossesse quel qu'en soit l'issue (IVG, fausse couche, accouchement) (FE7, FE8, FE9, FE10, FE11).

FE4, Corine, 32 ans, qui a eu ses menstruations à 12 ans, s'est vu mettre sous pilule par sa mère. C'était l'occasion pour elle d'avoir ses premières informations sur la contraception : « *Oui parce que maman elle avait commencé à me faire prescrire une pilule...Dès que j'ai commencé à avoir mon premier petit copain. Elle m'avait dit que c'était pour me régler inh, pour pas avoir de boutons et pour pas tomber enceinte...* ». Ensuite, elle a eu des informations complémentaires avec ses pairs et grâce aux médias : « *...et il y avait le côté préservatif...je pense que ça venait de moi, de mon copain et de l'information qu'on peut voir aussi dans les médias...* ».

FE12, Viviane, 29 ans a eu ses premières relations sexuelles à 19 ans et bien qu'elle connaissait les liens possibles entre menstruations et survenue possible des grossesses, elle a eu ses premières informations sur la contraception avec son premier copain : « *une fois avec mon copain...on avait eu des rapports et après ça il m'a ramené un médicament.... Après j'ai su que c'était la pilule du lendemain comme on dit. Donc il m'a ramené ça et il m'a dit de boire, que c'est pour ne pas tomber enceinte... Donc j'ai bu ça et parce que moi je n'étais pas prête à tomber enceinte...* »

Pour FE11 Fatima, 23 ans, l'interruption volontaire de sa première grossesse qu'elle a eu à 16-17 ans a été pour elle l'occasion d'avoir des informations sur la contraception : « *Là où j'ai fait ça (parlant de son IVG), en fait, ils m'ont parlé des pilules, stérilets et tout le reste...* »

Les informations obtenues peuvent être également issues d'expériences vécues par elles-mêmes (FE4, FE5) ou par leurs pairs (FE2, FE3, FE6, FE10). Il s'agit surtout de faits en rapport aux effets secondaires des méthodes, la survenue de grossesses malgré l'utilisation des méthodes.

FE2, Kélia 50 ans qui n'a jamais eu de grossesses et qui n'a jamais fait recours aux méthodes contraceptives émet tout de même des réserves parce que : « *...J'ai ma voisine, elle a fait le badge là (montrant le site d'insertion des implants) et malgré ça, elle a fait une fausse couche...Et elle m'a dit malgré avec ça, je suis tombé enceinte...* ».

FE5, Djamila, 30 ans, est quelque peu réticente aux méthodes contraceptives parce qu'elle a eu sa deuxième grossesse bien qu'étant « *sous pilule* ».

Après des femmes enquêtées, les méthodes contraceptives sont perçues comme des produits « non naturels » (FE9, FE12) dont elles ne connaissent ou ne maîtrisent pas tous les effets qu'il peut y avoir sur leurs corps.

FE9 : « *Et puis moi j'étais vraiment anti-tout en fait... Anti les hormones, la pilule, la péridurale, tout en fait... Parce que pour moi ça reste des trucs qui ne sont pas naturels. Enfin, c'est limite je préfère mettre un préservatif que prendre quelque chose qu'à long terme, on ne sait pas ce que ça fait dans le corps... ça reste des choses quand même qui sont chimiques...* ».

FE12 : « *Ce n'est pas naturel... C'est des trucs, on ne sait pas d'où ça vient.... Et puis, on dit que ça bloque pour ne pas avoir d'enfants.... Donc ça agit dans ton corps.... ça bloque des choses dans ton corps... On ne sait pas si ça aura des conséquences après...* ».

La contraception est également perçue comme une charge que seule la femme doit porter pour le couple. Cette « charge » est essentiellement liée aux effets secondaires, notamment en termes de troubles des règles (absence, diminution, espacement, abondance) et les autres signes (douleurs, sauts d'humeur, prise de poids...).

FE4 : « Vous voyez la contraception, ce n'est pas évident parce que c'est une charge aussi pour une femme...Qu'importe la contraception qu'on choisit, y'a toujours des contre-indications... ça va être prise de poids, les sauts d'humeurs. C'est le saignement en abondance après...C'est toujours la femme qui endosse tout... Donc tout retombe sur la femme... ».

Par ailleurs, la planification des naissances, notamment en utilisant les méthodes contraceptives semble pour une femme (FE10) inutile : *« Chez nous, l'enfant c'est Dieu qui donne... Donc si ça vient, moi je prends... ».*

Les femmes utilisent les méthodes de contraception dès l'éminence du risque de grossesse, avec des réserves en début de vie sexuelle. Ensuite, les méthodes tendent à être acceptées au fur et à mesure de la succession des grossesses mais dans une tendance à limiter autant que faire se peut l'effet que la méthode peut avoir sur le corps.

FE9, Amalia, mère de 5 enfants qui n'avait jamais utilisé aucune méthode contraceptive jusqu'à sa deuxième grossesse : *« ...après le deuxième (enfant) ou il me semble que j'avais mis quelque chose ou après la troisième...C'était le stérilet parce que je voulais un truc sans hormones ... Oui je l'ai gardé c'est après quand je l'ai retiré que j'ai voilà, eu les trois ou c'était les deux derniers je sais plus très bien... ».*

FE6, Nawal, mère de 6 enfants : *« Mon implant, je l'ai eu à ma dernière fille (4è enfant) mais sinon le reste, le reste de mes enfants, je n'ai jamais pris quoi que ce soit... Non. ».*

Cependant d'autres restent réfractaires aux méthodes en dépit de leur parcours sexuel et reproductif. Raissath, 26 ans, a eu deux grossesses. Toutes les deux n'étaient pas désirées et donc pas attendues. L'une s'est soldée par un avortement provoqué et l'autre par un accouchement, la grossesse ayant été découverte à 5-6 mois. Elle reste cependant réfractaire aux méthodes de contraception : *« Mais quand j'accouche, on me donne un médicament et on dit, faut choisir quelque chose pour ne pas tomber enceinte encore... Mais je ne choisis pas... Je ne veux pas... »*

Les décisions d'utiliser les méthodes et le choix desdites méthodes sont orientées non seulement par les informations qui sont à leur disposition, leurs perceptions de la contraception, mais aussi selon leurs propres expériences et celles de leurs pairs desdites méthodes.

FE5, Djamila a eu sa deuxième grossesse sous pilule, pour cause d'oubli et a décidé de changer de méthode contraceptive. Cependant, elle ne s'est pas remise de l'expérience avec cette deuxième méthode contraceptive : *« ...Ah c'était horrible... Déjà, ça faisait très mal...quand il me le met...je saignais et à chaque rapport, douleur... Et pendant trois ans, j'avais mal... mais le gynéco, il me disait, ce n'est rien, ça va passer, il est bien placé mais j'avais toujours mal. Et à un moment donné, j'avais trop mal et il a bien vérifié et il a vu qu'il était monté. Et il m'a dit en urgence, il faut l'enlever et donc il me l'a enlevé...Pas à refaire, plus rien dans mon corps...».*

FE10, Mariam est réticente vis-à-vis des méthodes contraceptives, non seulement parce que pour elle, « ...l'enfant c'est Dieu qui donne... », mais aussi parce qu'elle : « ...entends chez les amis, les autres que des gens mettent les choses dans le bras, ou prend la pilule et tombent enceinte... ».

Le choix et l'utilisation d'une méthode contraceptive est conditionnée pour toutes les femmes mariées ou en concubinage par l'avis du conjoint (FE1, FE3, FE4, FE5, FE6, FE8, FE9, FE10), qui semble prévaloir chez certaines femmes (FE10), le caractère « invasif » ou non de celle-ci (FE5, FE8) ; mais aussi par le rythme de l'activité sexuelle (FE1, FE7).

FE8 : « Au fait... J'ai toujours peur de la pénétration. Le médecin il voulait me mettre le stérilet, je ne voulais pas. Donc tout ce qui est profond, j'ai peur, jusqu'à maintenant... ».

FE1 : « ...J'avais l'implant et vu que c'était une période trop longue et calme il n'y avait rien... peut-être 6 mois. En fait je suis parti et je l'ai enlevé...j'ai enlevé l'implant parce que j'ai dit si franchement on fait rien ça sert à rien que je le garde... ».

FE10 : « Quand on a dit à l'hôpital, j'ai dit mon mari... Il n'est pas d'accord...Alors je n'ai pas fait d'abord...Après, mon mari, s'il ne veut pas bébé, quand j'accouche, il me laisse...Il fait attention... ».

Les femmes peuvent interchanger les méthodes entre elles à la recherche d'un « mieux être » avec la méthode choisie (FE4, FE5, FE6, FE7).

FE6, Nawal, 36 ans, mère de six enfants quant à elle après avoir essayé la pilule et l'implant a décidé de se faire ligaturer les trompes parce qu'elle ne supportait plus les effets secondaires desdites méthodes : «...Je préfère (l'opération) parce que les pilules ça me fait grossir, l'implant, ça me va pas du tout parce que je l'ai déjà mis et je l'ai enlevé parce que voilà...ça (les règles) venait tous les jours, tous les jours... ça vient, ça s'arrête...J'étais comme ça pendant...4 mois, 5 mois...L'implant, les femmes quand tu le mets, soit tu maigris, soit tu grossis...Soit ça te fait saigner comme ça... Et moi ça me rendait fou... Et je disais, je vais l'enlever... ».

FE7, Yasmina, mère de 5 enfants : « Moi je n'aime pas les pilules parce que les pilules, j'oublie tout le temps. Alors, ce n'est pas mon truc. J'avais un stérilet et ça me faisait super mal à chaque fois que je trouvais bas (parlant des rapports sexuels) ... C'était plus douloureux que le plaisir alors, je l'ai enlevé et j'ai mis ça (me montrant le site d'insertion de l'implant) ».

4-5-3 Interruption Volontaire de Grossesse

3 des femmes interrogées ont déclaré avoir eu recours à l'IVG dont deux en milieu hospitalier en France (FE4, FE11) et une (FE14) dans son pays d'origine, sans avoir fait recours à un professionnel de santé. FE4, Raissath, a fait le rapprochement entre règles, rapports sexuels et survenue possible de grossesse au fur et à mesure de son expérience. Aussi ses premières informations sur les méthodes de contraception lui ont été transmises par ses pairs. Avant d'immigrer en France, elle est tombée enceinte de son premier copain mais n'a pas mené sa grossesse à terme : « Au fait, quand j'étais avec mon copain, une fois, il n'a pas bien compté... Et je n'ai pas mes règles... Il a acheté un test, on a fait et je suis enceinte. Mais moi je suis chez

ma tante pendant ce temps... Je ne peux pas avoir d'enfant... (silence)... Lui aussi ne veut pas...Donc il achète un médicament, comme tisane, pour boire et je bois...ça fait mal au ventre, le sang coule comme les règles et c'est fini... ».

Le recours à l'IVG se fait de commun accord avec le conjoint. Les raisons du recours sont variables allant de la non-planification des grossesses (FE11, FE14) à la violence dans le couple (FE4).

FE4 : « Et j'ai dû tomber enceinte deux fois et j'ai avorté... On avait une relation toxique en quelque sorte...Je n'ai pas voulu... ».

Pour deux femmes, le recours à l'IVG est influencé par des normes religieuses (FE1, FE7). FE1, Talia, 37 ans, musulmane, mère de 4 enfants a découvert sa 4^e grossesse à 46 jours. Elle n'en voulait pas : *« le quatrième quand on l'a eu, la vérité vu que j'ai toujours voulu trois, c'était le choc pour moi, j'ai pleuré...Je voulais l'enlever si c'était moins (de 42-45 jours) »* mais l'a gardé parce que *« ...c'était après, ça veut dire je l'ai tué...La grossesse quand elle dépasse 42 jours ou 45 jours...on peut dire que Dieu a soufflé en lui. Il respire. Du coup il est vivant...Donc voilà, pour la religion si on enlève avant que le cœur ne batte, ce n'est pas un péché... Après ça...on parle de péché et de tuer... C'est différent pour moi... Je peux faire des péchés mais je ne peux pas tuer... ».*

4-5-3 Recours aux soins et situation sociale

Les femmes recourent au soin lorsque le besoin s'impose. Le recours aux soins et services de santé sexuelle et reproductive est rythmé par la situation sociale des femmes qui peut osciller entre régularité et irrégularité en ce qui concerne les femmes étrangères (FE8, FE10, FE14).

Mariam, 47 ans, qui a aussi immigré en France pour rejoindre son mari, explique le recours aux soins pendant sa première grossesse en ses termes : *« au début, j'allais à l'hôpital et après j'ai dû arrêter parce que je n'avais plus les papiers... Pendant un moment, je n'y suis pas allé... Mais pour accoucher, je suis allé... En fait, c'est mon mari qui gérait... C'est lui qui savait quand je dois aller ou bien non... »*

La situation sociale, elle-même est influencée par le manque d'informations sur les dispositifs sociaux (FE10, FE14), la dépendance de certaines femmes vis-à-vis de tiers (le conjoint par exemple) pour leur condition sociale (FE2).

FE14, Raissath, 26 ans, en situation irrégulière sur le territoire depuis 4 ans, qui a découvert sa deuxième grossesse à 5 mois environs déclare ne pas avoir recouru aux soins non seulement à cause de sa situation, pour laquelle elle craignait mais aussi parce qu'elle ne savait pas comment s'y prendre : *« ...Avant je ne sais pas comment faire...J'ai peur... Comme je n'ai pas de papiers... Et ici, je ne connais pas les gens... ».*

FE2, Kelia, 50 ans, en instance de divorce et vivant sur le territoire depuis 5 ans était au moment de l'enquête en situation irrégulière parce que : *« J'ai une résidence d'un an... Là, ils ne voulaient pas me la renouveler... Faut qu'il signe... alors là, il ne voulait pas.... Je suis en situation irrégulière en ce moment... ».*

Les informations sur les dispositifs de soins existant et des possibilités qui s'offrant aux femmes étrangères leur sont communiquées lorsqu'elles sont entourées, comme par exemple lorsqu'elles ont rejoint leur conjoint (FE8, FE10) ou de par la présence de personnes de leur communauté d'origine (FE3).

FE8, Faouziath, 43 ans algérienne qui a immigré en France pour rejoindre son mari a pu naviguer facilement entre les différents dispositifs de soins avec l'aide de son mari : « *Donc voilà, chui venu toute seule, visa touristique... voilà, suis resté, j'ai grillé mon visa et voilà j'ai engagé un avocat pour avoir mes papiers et ça s'est très bien passé... Avant, c'était la CMU... Et quand on commence à travailler, on a la mutuelle... maintenant quand il y a des soins coûteux, c'est la mutuelle qui couvre tout* ».

Enquêteur : Est-ce que vous saviez tout ça avant d'arriver ?

« Oui, je savais. En fait mon mari m'a tout expliqué... »

4-5-4 Perceptions sur l'accessibilité à l'offre de soins sur le territoire

Les femmes enquêtées ont déclaré être toutes satisfaites de l'offre de soins disponible en matière de services de santé sexuelle et reproductive à l'échelle du territoire.

FE2 : « ...on a tout ici inh... On a tout, on a des médecins, on a des infirmiers... on a des gynécologues, on a un centre médical, on a au moins au moins quatre kinés dans le quartier...On a tout... ».

FE6 : « Il y a des sage-femmes... Il y a aussi des gynécologues... Chez Dr G. aussi... En fait, dans tout le quartier, on a presque tous les médecins... Enfin, il y a tout quoi... Non ça va, on est bien entourés... ».

Elles ne perçoivent pas de difficultés dans le recours aux soins et services de SSR sur le territoire. En cas de besoin, elles recourent aux soins dans les quartiers voisins et/ou en centre-ville et dans les centres hospitaliers.

FE6 : « Et puis, s'il te manque quelque chose, tu prends le bus et tu vas où tu veux, c'est simple...».

Le besoin naît du fait de ne pas avoir des professionnels notamment spécialisés disponibles à certains moments ou d'avoir de longs délais d'attente.

FE2 : « ... Si je trouve un médecin pas loin de chez moi... pourquoi je vais partir à la C. (nom d'un hôpital du centre ville) ? ».

Parmi les enquêtés, nous avons distingué des femmes qui ont des ressources personnelles leur permettant de recourir aux soins quel que soit la distance entre leur lieu de vie et les structures de soins qu'elles choisissent (FE1, FE3, FE4, FE6, FE8, FE9). FE8, Faouziath, 43 ans, mère de 2 enfants a suivi ses deux grossesses dans une structure de soins en centre-ville : « *...c'était avec mon mari. A chaque consultation, il me prenait en voiture. Moi aussi les premiers mois, je pouvais conduire mais les derniers mois... Je ne pouvais pas, c'était lui* ».

Pour d'autres qui ne disposent pas de ressources personnelles leur facilitant le recours à ces structures, la question de l'éloignement des structures ne se pose que « secondairement » à elles, en regard d'autres « charges » comme par exemple les « enfants à gérer » (FE5) ; ou un besoin de facilités (FE6).

FE5 : « Au début, c'était vers St J. (hôpital en centre-ville) puis après, c'était vers chez moi... Parce que c'était trop loin après... Avec le bébé, et tout ça, c'était un peu compliqué...1h en bus... ».

4-5-5 Comportement de soins des femmes

Pour toutes les femmes, le besoin de recourir aux soins se traduit par « quelque chose » d'inhabituel, et handicapant, un « souci ». Trois femmes parmi celles enquêtées recourent au gynécologue pour des contrôles systématiques (FE4, FE6, FE8).

FE5 : « Tant que je n'ai pas de soucis, moi ça va... ».

FE9 : « Pour moi, si nécessaire... Je le fais quand je pense, quand mon corps me signale... ».

Les femmes recourent systématiquement au médecin traitant lorsqu'il y a un « souci ».

FE10, Mariam : « Bon ici là pour moi ce n'est pas difficile je pense... Il y a Dr S (parlant du seul médecin généraliste exerçant encore à la cité des Rosiers) qui est là et s'il y a un problème on va le voir et voilà... »

Elles recourent généralement au gynécologue pour des problèmes en rapport à la grossesse et l'accouchement (FE1, FE4, FE6, FE7, FE8, FE9) ; la contraception (FE1, FE5, FE6, FE7, FE8) et l'IVG (FE4). Pour le reste, généralement pour leurs grossesses, elles vont à l'hôpital et donc se font suivre par le professionnel adapté à leurs cas (FE3, FE5, FE10, FE11, FE12, FE13, FE14). Très peu de femmes ont déclaré avoir eu recours aux sages-femmes et seulement pour le suivi de leurs grossesses (FE4, FE5) ou d'autres soins comme le dépistage du cancer du col de l'utérus (FE8). De plus, elles n'expriment pas toujours les raisons précises de leur recours aux soins (FE13). FE13, Melissa, 26 ans, qui sans raison apparente est en aménorrhée depuis 6 à 7 mois consulte le médecin généraliste le plus proche de chez elle et suit une thérapie avec d'autres examens à faire. Mais elle ne souhaite pas seulement que ses règles reviennent mais « *c'est parce que je veux un enfant... ».*

4-5-6 Choix du professionnel de santé

Lorsque le choix du professionnel de santé leur est donné, il est essentiellement basé sur la renommée de l'offre dont elles prennent connaissance essentiellement à travers du « bouche à oreille » (FE2, FE3, FE4, FE6, FE7, FE8). FE4, Corine, 32 ans, répond à ma question sur les démarches de recours aux soins : « *Je pense que... c'est beaucoup de bouche à oreille ce docteur là, ce docteur là... ».*

Elles s'assurent en général auprès de leurs pairs, ou d'autres professionnels (référence ou parcours de soins coordonné) d'obtenir une solution à leur problème. Faouziath, 43 ans, a eu ses enfants dans un hôpital au centre-ville et y est allé parce que : « *en fait, une copine à moi,*

elle m'a dit... c'est bien. Donc j'ai été là-bas direct... ». De plus, elle voit toujours le même gynécologue pour ses besoins, qu'il soit en exercice hospitalier ou en exercice libéral parce que : « ... Il est très réputé ce gynéco, c'est un professeur... Il est trop bien... En fait, ce Monsieur, il a formé des médecins gynéco à la C. (structure où elle a suivi ses grossesses). Au fait, il est âgé. Il n'est pas jeune...Il a de l'expérience... Ouais... ».

4-5-6 Facteurs de réussite de la relation de soins

L'entretien de la relation de soins va se baser sur l'expérience personnelle des femmes avec les professionnels. Et si l'expérience est agréable, la relation va s'entretenir au fil du temps, et va surmonter les obstacles comme par exemple une longue distance entre la structure de soins et le lieu de vie de la femme. FE4, Corine, 32 ans l'exprime en ces termes : « ...je pense que si on a un vrai feeling avec le professionnel, où qu'il soit, on fait le déplacement... Même admettons, on a beau déménager dans tous les coins de Marseille, si on est attaché à quelqu'un, il y a les transports en commun, il y a le bus... ».

FE11, Fatima, 23 ans, qui a rencontré son gynéco dans le cadre de l'interruption volontaire de sa première grossesse est restée en contact avec lui malgré qu'il ne relève pas du tout de l'offre disponible sur son territoire : « ... En fait, je suis resté en contact avec le Dr qui m'avait reçu la première fois, parce qu'il avait été vraiment bien avec moi... Donc lorsque j'ai besoin je pars le voir...Dans le 4^e arrondissement... ».

D'après les femmes enquêtées, certains facteurs contribuent à la réussite de la relation de soins. Une femme a rapporté une sous-information de la part des professionnels sur leurs possibilités, lorsqu'elles n'« arrangent » pas lesdits professionnels. FE9, Amalia, 38 ans après cinq accouchements a : « ...constaté...que les accouchements ne sont pas forcément mis en avant pour les mamans...moi je pense que le meilleur pour la femme, c'est d'accoucher accroupi. Le passage est le plus adapté. Déjà, vous arrivez, vous avez un bébé dans le ventre, ça fait mal tout ça. On vous met dans une position qui favorise l'infirmière pour son dos etc... Moi je trouve ça quand même aberrant parce que c'est quand même la patiente qui souffre...Après je n'ai pas eu besoin d'avoir recours à tout ça, mais moi on m'a jamais demandé... Tout ça, c'est parce que je ne connaissais pas à l'époque... ça s'est appris... Je vous parle de ça avec du recul... mais je pense qu'on devrait dire et proposer aux femmes... ».

Certaines ont rapporté un manque d'« écoute », d'« attention » et de « patience » (FE4, FE5). FE4, Corine, 32 ans, en recherchant la méthode contraceptive qui lui conviendrait le mieux a eu l'impression que : « ...les gynécologues sont assez fermés... on doit leur dire qu'on a des effets secondaires, que ça ne nous couvre même pas, qu'on se sent différentes...Parfois je trouve qu'ils n'écoutent pas...Ils veulent un peu aller vite... Ils font bien leur travail mais ils ne sont pas toujours à l'écoute... ».

FE5, Djamila, mère de deux enfants, se souvient que pendant ses rendez-vous de suivi : « ...Il y en avait (des professionnels), ils étaient très désagréables. Ils ne comprenaient pas. Quand on devait écarter les jambes, il y a des gens qui sont pudiques... Moi personnellement...je n'y arrive pas. Et du coup, je prends mon temps et non. C'est : "allez, écarter vos jambes, vous n'allez pas me la faire" ».

Aussi, une femme (FE4) a rapporté un sentiment d'être contrainte par les professionnels à avoir des comportements de soins qui ne correspondent pas à ses envies et/ou besoins. Quand FE4, Corine, 32 ans, est tombée enceinte une deuxième fois de son compagnon violent et qu'elle a choisi d'interrompre sa grossesse, il lui est : « *...arrivé de tomber sur des professionnels de santé un peu plus fermés ou par exemple un...qui était catholique et quand je lui avais parlé d'avortement, il dit ah non, faut pas; faut pas avorter... Moi je pense qu'il faut écouter...* ».

Certaines expériences plus marquantes que d'autres ont conditionné quelque peu la suite donnée à la relation de soins pour certaines femmes. Ces expériences se rapportent entre autres à des résultats de soins non satisfaisants (FE5, FE7), de « petites réflexions » non agréables (FE5, FE6) et des propos « racistes » (FE1) de la part de professionnels de santé et du personnel administratif des structures de soins.

FE7, Yasmina, 36 ans, mère de 5 enfants, qui a eu des césariennes à partir de sa 3^e grossesse, a arrêté de voir le premier gynécologue qui la suivait depuis son arrivée sur le territoire parce qu'il l'a : « *...bien foutu (la 1^{ère} césarienne) ...Oooh, moi j'avais une grosse cicatrice, on dirait que c'était une, (riant), zigounette...* ». Elle a fait confiance à un autre gynécologue en dehors de son territoire de vie au point de le recommander à sa sœur : « *Mais c'est...les deux dernières (parlant de ses enfants), c'était le meilleur...il est bien, les cicatrices, on ne les voit pas... Et c'est ça qui m'a flashé... Lui, il m'a bien nettoyé, il m'a fait un truc propre... J'ai ramené ma petite sœur là-bas, tellement, il est bien...* ».

FE5, Djamila, mère de deux enfants, se souvient que pendant ses rendez-vous de suivi de grossesse, en plus d'un manque de patience de la part du professionnel de santé, elle avait droit à : « *allez, écartez vos jambes, vous n'allez pas me la faire...* ».

FE6, Nawal, 36 ans mère de 6 enfants se souvient aussi avoir eu droit à des réflexions qu'elle a « mal pris » lors d'une prise de rendez-vous pour le suivi de sa sixième grossesse : « *...Je suis allé dans mon premier rdv et ils ont dit de me donner un rdv et quand je suis présenté, alors la dame, il a commencé, genre : ah mais arrêtez madame... Six enfants mais c'est pas possible...* ».

En général, dans ces situations, les femmes ne réagissent pas ou très peu. Elles préfèrent éviter les conflits. Seule une femme, FE1, Taliath, 37 ans se souvient avoir réagi face aux propos d'un professionnel de santé auquel elle a recouru pour des soins pour son fils. Son fils avait été soigné dans une ville différente et les soins devraient être poursuivis dans sa ville : « *... Moi j'ai ramené la feuille où il a toutes les étapes, comment faire ; elle m'a dit non ça ne marche pas comme ça... J'ai dit mais les étapes sont notées là... elle m'a dit non on va faire ça ça ça... Je lui ai dit moi c'est ça... elle m'a dit vous savez dans votre pays vous n'aurez pas tout ce confort là... Soyez heureuse qu'on s'occupe de votre enfant... Mais moi j'ai pris la mort, je lui ai dit c'est du racisme ça...* ».

4-6 Eventail des problématiques se posant aux femmes dans ces quartiers

4-6-1 Avis des femmes sur leur santé dans le quartier

Toutes les femmes interrogées reconnaissent l'intérêt et l'importance de leur bonne santé.

FE2 : « C'est très très important...C'est bien d'en parler... ».

Elles reconnaissent que sur leur territoire, il y a des problématiques en rapport avec leur santé mais qu'il est difficile d'en parler, parce qu'elles ne sont pas « ouvertes », ont des craintes par rapport à l'avis et au jugement des personnes dans leur entourage (FE2, FE3, FE5, FE6, FE8, FE9).

FE6 : « Nous les femmes, on doit être ouvert parce que...on a des choses qu'on a peur de dire... On a peur qu'on se moque de moi... On ne doit pas avoir honte...On se cache parce que les gens disent : ah mais elle a une maladie bizarre... ».

FE8 : « Au fait, les femmes ici ne parlent pas de ce truc... Il y a des gens qui... Il y a des copines, copines qui te parlent...Elle te dit : "est-ce que tu connais quelqu'un qui est bien, un gynéco"? Tu lui donnes l'adresse... C'est tout... ».

Par ailleurs, pour d'autres les problématiques seraient aussi en lien avec l'insuffisance et/ou le manque de connaissance, d'informations pour reconnaître les problèmes en rapport à leur santé (FE2, FE6).

FE2 : « De plus en plus, il y a des cas qui sont malades, ils ne savent même pas qu'ils sont malades...Voilà... ».

Elles pensent que les problèmes existants sont aussi en rapport à un manque d'informations par rapport aux dispositifs d'aide socio-sanitaire existant ; et ce notamment pour les personnes étrangères arrivées plus récemment sur le territoire (FE2, FE3, FE4, FE6).

FE2 : « On a tout mais je sais pas... Peut-être c'est l'orientation ou les gens ils ne savent pas... l'orientation, l'information, elle n'est pas...pour tout le monde... ».

D'autres femmes semblent elles reléguer ces problèmes loin derrière d'autres problèmes sociaux qu'elles jugent plus urgent à régler (FE10, FE13, FE14) : les problématiques en lien avec les logements dégradés et le défi sécuritaire.

FE10 : « ...mais moi je voulais partir depuis qu'on demande la maison avec mon mari, on a pas eu depuis 17 ans que je suis là avec lui ici dans ce quartier... on demande la maison on a pas eu... vous savez la drogue avec les choses et les logements qui ne sont pas bien propre et le bruit c'est un peu difficile... ça aussi, c'est la santé... ».

4-6-2 Une difficulté à aborder la sexualité avec leurs enfants

Les mères d'adolescentes ont rapporté une difficulté à aborder la sexualité avec leurs filles en raison du tabou autour de la question qui régnait dans l'environnement dans lequel elles ont grandi (FE4, FE7) ; la méconnaissance des sujets abordés ainsi que les techniques d'abord de la sexualité avec leurs enfants à l'école (FE1, FE9) ; et les différences de normes socio-culturelles entre les pays d'origine où elles ont parfois grandi et la France où elles doivent élever leurs enfants (FE1, FE7).

Comme sa mère, FE7, Yasmina, 36 ans perçoit aujourd'hui l'entrée dans la vie féconde de ses deux adolescentes comme étant le début des « problèmes » : *«...moi-même je pleure quand*

la première fille, elle a eu ses règles, quand la 2è elle m'a dit qu'elle a eu ses règles, j'ai dit : "eeehhhh, que de problèmes je vais en avoir maintenant" ... ça c'est la première réflexion de ma mère... ».

Taliath, 37 ans, mère de 2 filles âgées de 11 et 9 ans, qui a vécu toute son adolescence en Tunisie avant de rejoindre son mari en France, a des appréhensions quant à l'abord de la question avec ses enfants : *« Déjà j'ai du mal à expliquer à ma fille, elle a 11 ans. C'est vraiment un petit peu à l'école... Parce qu'ici en France, à partir de 6 ans, ils peuvent regarder des films où il y a des trucs : des bisous... Euh... les câlins et tout ça... Nous on ne regardait pas tout ça, du coup on... on ne sait pas c'est quoi... Peut-être à partir de l'âge de 15 ans ou 17 ans vraiment on commence à comprendre... on dit le collège là-bas, ce n'est pas comme le collège ici... ».*

Mais elles se donnent le devoir de ne pas laisser leurs enfants « vivre les mêmes choses » (FE1, FE4, FE9) qu'elles. Amalia, mère de trois adolescentes âgées de 17, 15, 10 ans témoigne : *« ...Mais on ne m'a pas expliqué... Moi je l'ai fait à ma fille mais moi... ».*

Le tabou autour des questions de sexualité et de reproduction notamment dans l'environnement familial tend tout de même à se perpétuer dans les quartiers dits précaires : Amalia, 38 ans qui est née, a grandi en France et toujours dans les quartiers dits précaires pense que : *« Dans les zones comme ça, c'est beaucoup tabou ; on en parle pas entre nous et on ne sait pas comment en parler à nos enfants... voilà, donc c'est beaucoup tabou... ».*

4-6-3 Violences conjugales

Parmi les femmes enquêtées, certaines ont été victimes de violences conjugales (verbale et ou physique) de la part de leurs conjoints (FE2, FE4, FE9, FE14). Certaines l'ont clairement déclaré (FE4) ; d'autres l'ont implicitement notifié sans vouloir en parler davantage (FE2, FE9) et d'autres semblent ne pas vouloir présenter la situation telle qu'elle (FE14).

FE4, Corine, 32 ans mère de 3 enfants a vécu des violences de la part de son premier compagnon : *« Donc c'était un homme assez violent donc je l'ai quitté entre-temps... Je n'ai pas eu un parcours facile avec lui... (silence)... Oui j'ai vécu de la violence conjugale. Oui oui, complètement violent, c'était des insultes, des cris et des fois, c'était physique... ».*

FE2, Waliath, 50 ans sans enfant est en instance de divorce, parce que *« ...remarié avec un salopard... un salopard. Il m'a gâché ma vie... (larmes)... (Silence)... Il est pervers narcissique... »*, mais vivant encore sous le même toit que son conjoint. Elle recourt aux soins dans une structure spécialisée dans l'aide aux femmes victimes de violences et m'explique qu'elle y va parce que : *« ... on m'a envoyé là-bas... un parmi les conseillers juridiques, une femme, elle m'a dit est-ce que vous avez entendu de la maison des femmes ? J'ai dit non... Elle m'a dit que c'est une maison qui prend en charge les femmes dans votre situation... Elle m'a pris le rdv... j'ai même vu un psychologue aussi par rapport à ma situation... ».*

En demandant à FE9, Amalia, 38 ans, divorcée et mère de 5 enfants, les raisons de son divorce, elle est restée silencieuse. En lui demandant si c'était en rapport à des violences, elle répond : *« Oui... Peut-être... Mais je ne veux pas en parler ».*

FE14, Raissath, 26 ans, qui vit avec son copain déclare qu'il n'y a pas de problèmes avec lui parce que : « *C'est comme partout... ya pas quelque chose...* ».

Enquêteur : Comme partout, ça veut dire quoi ?

FE14 : « Des fois, on se fâche...Il crie... Et après c'est fini ».

4-6-4 Parcours sexuel et reproductif en rapport à l'entourage

Certaines femmes, notamment celles ayant des enfants de pères différents (FE4, FE7), et ou ayant vécu en famille monoparentale (FE9) ont exprimé un sentiment d'être « stigmatisées » du fait de leur expérience sexuelle et reproductive par leur entourage.

FE4, Corine 32 ans, mère de 3 enfants, tous de pères différents relativise aujourd'hui sa situation : « *...avant, je n'osais pas aborder ça, j'avais peur de passer pour quelqu'un d'instable, un cas social... mais finalement on est toutes différentes et j'ai pas honte en fait de dire que j'ai eu des enfants de père différents ; que je les ai assumé seules...*».

FE7, Yasmina, 36 ans, mère de cinq enfants, tous de pères différents a appris à ne tenir compte de ce que les personnes dans son entourage peuvent penser : « *...Moi je pousse pas trop mes enfants à dire que vous vous êtes tel tel tel... C'est maintenant que mon garçon, il se demande pourquoi, "nous on pas le même nom de famille" (avec ses soeurs) ... Et puis, je sais que les gens regardent et ils parlent mais, je ne vois pas ça...* ».

5 Discussion

5-1 Profil sociodémographique des femmes

Le niveau d'étude des femmes enquêtées était essentiellement secondaire. Huit des femmes ont au moins le BAC mais seulement une d'entre elles occupait un emploi correspondant à ce niveau (FE4). Les autres occupaient des emplois peu qualifiés ou n'avaient pas d'emploi. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes étrangères avaient eu ces niveaux d'étude dans leurs pays d'origine et qu'elles ne pouvaient pas forcément le faire valoir en France. D'après l'INSEE, les emplois peu qualifiés sont des emplois des agents de service de la fonction publique, les agents de sécurité, les employés de l'hôtellerie restauration, les caissiers et employés de libre-service du commerce, les salariés de particuliers, les concierges et des vigiles [79]. Ces emplois font partie des emplois occupés par les femmes enquêtées. Selon Milewski F, économiste à l'Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE), une nouvelle forme de précarité résulte de l'occupation d'emplois peu qualifiés. Aussi ajoute-t-elle que les femmes peuvent tomber dans la pauvreté quand, sans emploi stable ou ayant des emplois mal rémunérés, elles ont aussi des charges de famille [80]. Et il est démontré que la pauvreté impacte fortement la santé et précisément le recours aux soins et services dont on peut avoir besoin. Même si elles sont toutefois rattachées à un dispositif de soins, la moitié d'entre elles bénéficient de la CMU-C, sachant que la CMU-C est réservé aux personnes ayant peu de ressources [62].

5-2 Entrée dans la vie féconde : éducation à la sexualité entre tabou et non-dits

L'expérience des premières règles était vécue par les femmes comme un changement de statut de « fille » à « femme ». Ce changement de statut, soit une maturité sexuelle, semble leur avoir simplement été transmis sans qu'elles ne s'en approprient tous les paramètres : FE4 : « *grossomodo, elle m'a dit que j'étais devenu une femme* ».

En effet, la survenue des premières règles, était pour la majorité d'entre elles l'occasion d'abord du sujet. L'information donnée, lorsque c'était le cas, provenait essentiellement de l'entourage familial. Peu importe que ce soit avant ou à la survenue des règles, cette information se limitait en général à la notion de maturité sexuelle (passage de fille à femme), à travers la survenue d'un événement « naturel » qui ferait désormais partie de la vie de ces femmes, qu'il faut taire et qui est associé à la survenue possible de grossesses. Cette dernière partie de l'information n'a été portée à la connaissance que de peu d'entre elles. Ces résultats sont semblables à ceux de Zugmeyer P qui, dans le cadre de son étude sur l'influence de la menstruation dans le vécu d'une contraception réalisée en France en 2019, retrouve également l'événement naturel et le changement de statut comme éléments du vécu des menstruations [81]. Ils s'inscrivent également dans la théorie développée par Mardon M en s'intéressant aux pratiques éducatives concernant les premières règles et au sens que les jeunes filles accordent à cet événement ainsi qu'à la façon dont elles se l'approprient dans un article paru en 2019. Selon elle, les premières règles constituent un véritable moment de transition identitaire, c'est-à-dire un événement qui agit sur la définition que les jeunes filles se font d'elles-mêmes et pensent qu'on se fait d'elles [82].

Canard C, dans son article sur le développement psychosexuel, rappelle cependant que les modifications de la personne dues à la puberté, sont caractérisées non pas seulement par une capacité de procréation mais aussi par le développement de l'appareil génital, l'activité sexuelle, et des modifications psychiques qui en découlent, compléments d'informations qui n'ont pas été abordées avec les femmes enquêtées dans le cadre de notre étude [83].

Parmi les informations données aux femmes, lorsque le lien entre les menstruations, les rapports sexuels et le risque de survenue d'une grossesse était mentionné, il l'était de façon implicite. Il était parfois mentionné sous forme de mise en garde et/ou d'avertissement vis-à-vis du sexe opposé « *attention les garçons !!!* », ou encore de recommandations religieuses « *faire quelque chose avec un garçon, c'est péché* » et/ou traditionnelles « *T'as pas intérêt de faire quelque chose, ou d'avoir un copain, jamais...Une femme elle doit rester vierge jusqu'à son mariage...C'est la tradition, c'est la culture...* ». Moins qu'un besoin d'éduquer à la sexualité, l'objectif visé par les informations données aux femmes ainsi que la manière de les donner semblait être, en plus de prévenir des grossesses précoces et/ou non désirées, un besoin de préserver leur virginité « *une femme elle doit rester vierge jusqu'à son mariage* ». Mardon A dans son article sur les premières règles des jeunes filles, qualifie cela de dissimulation des réalités biologiques, de la sexualité et de la procréation dans l'objectif de préserver la virginité, une pratique qui date du XIX^e siècle en Occident [82]. Un des effets qui peut en résulter se traduit bien dans l'expérience de FE4, Corine qui se souvient à ce sujet que « *...Même en ayant mes premiers rapports sexuels, je ne pensais pas tomber enceinte, déjà je pensais pas que on pouvait tomber enceinte si facilement...* ».

Même si les conceptions éducatives autour de cette question ont évolué avec le temps, en passant par l'incitation des familles à préparer les jeunes filles aux ménarches, la mise à disposition d'ouvrages consacrés à la puberté jusqu'à l'introduction de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, les avancées semblent ne pas profiter à toutes les couches. Le caractère tabou de la sexualité notamment dans l'environnement familial est retrouvé auprès de la majorité des femmes enquêtées dans notre étude, qu'elles soient françaises ou d'origine étrangère. Mpenbele B, après une évaluation qualitative des connaissances, attitudes et pratiques ainsi que des croyances socioculturelles vis-à-vis des menstruations dans la dynamique des rapports parents-enfants au Congo, tire la même conclusion : un manque de connaissances sur les menstruations, dû au caractère tabou du sujet au sein des familles [84]. Contrairement à notre étude, Zugmeyer P a identifié chez peu de femmes enquêtées dans le cadre de son étude (3/12) la notion de tabou associée aux règles [81]. Cela peut être dû au fait que son échantillonnage ne tient pas compte de l'origine sociale des femmes qu'elle a interrogées. On peut penser que le caractère tabou de la sexualité, qui est un fait connu comme existant dans les pays en voie de développement, existe aussi dans les pays à revenu élevé mais auprès de couches sociales spécifiques. Les femmes elles-mêmes le notifient quand elles reconnaissent que sur leur territoire, il y a des problématiques en rapport avec leur santé mais qu'il est difficile d'en parler, parce qu'elles ne sont pas « ouvertes », ont des craintes par rapport à l'avis et au jugement des personnes dans leur entourage. Bajos N et al. le confirment dans leur article sur la santé sexuelle et les inégalités sociales au prisme du genre : l'éducation à la sexualité par exemple reste un champ largement sous développé, y compris dans des pays à revenu élevé comme la France [85].

Dans notre étude, le tabou concerne à la fois l'abord du sujet et le sujet lui-même. Non seulement les règles « c'est la femme » mais il faut les « cacher ». Ce tabou qui encourage que les règles soient « cachées » par les femmes, contribue en partie à la normalisation de la douleur qui y est associée. White LR en 2012 avait établi trois piliers sur lesquels reposent le tabou associé aux règles : la dissimulation des règles, l'exigence d'une restriction d'activités associée à leur survenue et le fait qu'ils ne doivent pas être évoqués ouvertement [86]. Contrairement à ce deuxième pilier, dans notre étude, il faut avoir des « habitudes normales », du quotidien en dépit de la douleur parce que la présence des règles ne doit pas être remarquée par l'entourage. FE1 : « ...Moi c'est (les douleurs) deux jours... les deux premiers jours et le troisième, sans plus... Un petit peu, on dit au niveau du bassin, mais un petit peu... Genre je ne m'allonge pas toute la journée et je dis, aie, je peux bouger... Mais j'ai vu des gens comme ça...Et du coup, tout le monde sait qu'elles ont les règles... Moi non... ».

Les perceptions des femmes de leurs règles, entre moyen de se « purifier », de nettoyer le corps des « toxines », et de se débarrasser du « mauvais sang » s'apparentent aux perceptions recueillies par Zugmeyer P et Fort C dans leurs études réalisées respectivement sur l'influence des menstruations dans le vécu des menstruations et sur l'influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception en France en 2019 et 2020. Ces perceptions sont très répandues dans les représentations et les croyances autour des règles (saignée naturelle, sang impur qu'il faut évacuer...) [81,87,88]. Ces représentations s'accompagnent parfois de pratiques qui trouvent leurs racines dans des conceptions religieuses et culturelles des menstruations.

Dans notre étude, un élément important du discours des femmes était la tendance à ramener la féminité aux règles : « *on dit que les règles, c'est la femme* », par rapport à leur rôle dans la capacité à procréer : « *si une femme n'a pas ses règles tous les mois, elle ne peut pas avoir des enfants* ». Ce discours était dominant bien que les femmes enquêtées viennent d'horizons divers. En effet, un problème en lien avec la présence ou la régularité des règles était source d'inquiétudes auprès des femmes rencontrées dans le cas pendant notre enquête. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les constructions sociales et représentations collectives prônent depuis longtemps la maternité comme élément constitutif de l'identité féminine d'après Debest C et Hertzog IL dans leur étude sur le rôle de l'État et de l'institution médicale dans la mise en place de la pression sociale à procréer dont les femmes paient le prix fort [89].

Par ailleurs, le tabou initialement vécu par les femmes dans leur environnement familial se revit encore dans leurs relations avec leurs enfants, notamment les mères d'adolescentes. Ce tabou influence leur relation éducative avec leurs enfants. Même si elles estiment ne pas avoir eu toutes les informations à leur entrée dans la vie féconde et qu'il leur est difficile d'aborder la question avec leurs enfants, elles se donnent le devoir de ne pas laisser leurs enfants « vivre les mêmes choses » qu'elles. Elles se sentent d'ailleurs plus légitime que d'autres intervenants (à l'école) à parler de sexualité à leurs enfants. D'après Richard G, sociologue du genre, le fait que l'éducation à la sexualité ne relève pas de la responsabilité de l'école est l'un des arguments les plus fréquemment avancés par les parents d'après qui, la gestion de la sexualité relèverait d'un processus privé se déployant à partir de la relation privilégiée unissant un enfant à son/ses parents [90]. Cette perception de la question est partagée par les mères d'adolescentes enquêtées dans le cadre de notre étude. De fait, la méconnaissance des sujets abordés ainsi que les techniques utilisées pour aborder la sexualité avec leurs enfants à l'école leur rendent davantage difficile l'abord de la question avec leurs enfants. Ceci est d'autant plus difficile pour les femmes étrangères d'origine africaine notamment, du fait de différences des normes socioculturelles dans lesquelles elles ont grandi (Afrique) avec les normes socioculturelles dans lesquelles elles doivent élever leur enfants (Occident) : FE1 « *Déjà j'ai du mal à expliquer à ma fille, elle a 11 ans. C'est vraiment un petit peu à l'école...Parce qu'ici en France, à partir de 6 ans, ils peuvent regarder des films où il y a des trucs : des bisous...Euh... les câlins et tout ça...Nous on ne regarde pas tout ça, du coup on... on sait pas c'est quoi... Peut-être à partir de l'âge de 15 ans ou 17 ans vraiment on commence à comprendre et...on dit le collègue là-bas, c'est pas comme le collègue ici...* ». A ce propos, le HCE défend que l'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire et inadaptée aux réalités des jeunes [91]. Le Mat A, après une enquête auprès des intervenant(e)s de l'éducation à la sexualité dans les écoles a montré que la majorité d'entre eux/elles est d'ailleurs indifférente à la question des différences sociales, qu'elles soient de genre ou de classe [92].

On peut en conclure que la sexualité au sein des couches sociales vulnérables pose encore des problématiques telles que le caractère tabou du sujet, la qualité des informations reçues, l'adaptation de l'information aux réalités des différentes couches sociales en matière d'éducation à la sexualité.

5-3 Expérience sexuelle et reproductive : entre insuffisance dans l'éducation à la sexualité, choix personnels, normes de genre, socioculturelles et religieuses dans leur impact sur le parcours des femmes

Dans notre étude, l'expérience sexuelle était normée par leurs convictions religieuses (rester vierge jusqu'au mariage et se marier avant d'avoir des enfants) pour la plupart des femmes musulmanes. Il y en a qui ensuite ont fait des choix qui ne s'inscrivaient plus dans le respect de ces normes. Pour les autres, l'expérience sexuelle était une étape à passer comme toute autre sans influence d'une quelconque norme. Même si la religion garde une place dans la vie sexuelle des femmes, elle ne se place pas pour toutes comme fixant le licite et l'illicite en référence à des normes pré-établies d'après Farge E à l'issue de son étude d'exploration de la place de la religion dans la vie sexuelle des femmes de l'adolescence à l'âge adulte en France [93].

Les premières expériences reproductives pour les femmes mariées et en concubinage étaient considérées comme la conséquence logique de l'expérience sexuelle ; et pour les autres un événement inattendu. Qu'elles soient mariées ou non, l'expérience reproductive des femmes était faite de grossesses désirées et/ou non désirées parfois sur fond de non-planification des naissances, planification parfois très conditionnée par les choix du conjoint ou du compagnon. Si FE10, Mariam n'a pendant longtemps pas utilisé de méthodes contraceptives, c'est non seulement parce qu'elle pense que ce n'est pas naturel mais aussi parce que « *...quand on a dit à l'hôpital, j'ai dit mon mari... Il n'est pas d'accord...* ». Ceci met en exergue une insuffisance de contrôle des femmes sur leurs propres corps quant à leurs choix sexuels et reproductifs, un contrôle qui caractérise par définition la bonne santé sexuelle et reproductive des femmes d'après l'UNFPA [9]. Les expériences sexuelles et reproductives des femmes semblent être moins le résultat de leurs décisions et choix personnels que de ceux de leur compagnon ou conjoint. Pour elles cependant, il s'agit de leur « normalité ». Ce résultat est comparable à l'avis expliqué par Amsellem Y dans un article paru en 2017 sur les rapports de pouvoir entre les sexes. Elle rappelait que dans le domaine de la santé sexuelle en particulier, les relations, les représentations et les pratiques sont modelées par le système de domination masculine qui est universel, même s'il s'exprime différemment et à des degrés variables selon les contextes. Il est question ici de mécanismes d'appropriation du corps des femmes [94].

Dans notre étude, trois femmes ont fait recours à l'IVG dont deux en France (FE4, FE11) et une dans son pays d'origine (FE14). Cette dernière, pour éviter une grossesse non désirée, « *comptait* » son cycle avec son copain qui l'avait introduit à cette méthode contraceptive. Elle est tout de même tombée enceinte et a interrompu sa grossesse sans grandes précautions : « *Mais moi je suis chez ma tante pendant ce temps... Je ne peux pas avoir d'enfant... (silence)... Lui aussi ne veut pas... Donc il achète un médicament, comme tisane, pour boire et je bois... ça fait mal au ventre, le sang coule comme les règles et c'est fini...* ». Même s'ils s'étaient mis d'accord pour interrompre la grossesse, le choix de la méthode d'IVG n'a pas été laissé à la femme. L'histoire de FE14 comparée à celle de FE10 illustre les rapports de domination masculine mais à des degrés divers.

Dans notre étude, les premières informations sur la contraception proviennent quelquefois des parents, souvent de l'école et des relations avec les pairs, des médias souvent pour les

jeunes et auprès du personnel soignant pendant et/ou après une grossesse quelqu'en soit l'issue (IVG, accouchement). Les informations sur la contraception peuvent ensuite se compléter grâce aux expériences vécues par elles-mêmes ou par leurs pairs. Il s'agit de faits en rapport aux effets secondaires des méthodes qu'elles interchangent à la recherche d'un mieux-être ; ou la survenue de grossesses malgré l'utilisation des méthodes. Il s'ensuit des perceptions des méthodes contraceptives comme étant des produits « *non naturels* » dont elles ne connaissent ou ne maîtrisent pas tous les effets qu'il peut y avoir sur leurs corps ; et des produits pas forcément efficaces de par les retours d'expériences de leurs pairs. Ceci peut s'expliquer par un faible niveau d'étude qui traduirait aussi un faible niveau de littératie en santé. La littératie en santé se réfère d'après l'OMS aux capacités des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations nécessaires à la prise de décisions pertinentes pour le maintien en bonne santé [1].

Il convient de mentionner une réappropriation de leurs corps par les femmes au fur et à mesure des grossesses. Si certaines femmes ont été réfractaires aux méthodes contraceptives en début de vie reproductive, elles se laissent tenter au fur et à mesure de la succession des grossesses. FE9, Amalia, mère de 5 enfants qui se déclarait « *anti-tout, anti les hormones, la pilule, la péridurale, tout en fait...* » en début de vie reproductive, avait fini par céder au stérilet avant d'avoir ses « *trois ou c'était les deux derniers...* » enfants. Cependant, il n'en demeure pas moins que les informations qu'elles ont sur les méthodes contraceptives et leurs perceptions desdites méthodes amènent les femmes lorsqu'elles décident d'en utiliser, à le faire avec des réserves en début de vie sexuelle, puis au fur et à mesure de la succession des grossesses, mais toujours dans une tendance à limiter autant que faire se peut l'effet que la méthode peut avoir sur leur corps. Ce schéma d'utilisation des méthodes contraceptives se différencie un peu du paysage contraceptif fortement médicalisé décrit par Danet et Olier dans leur article sur la santé des femmes en France paru en 2009. Contrairement aux femmes enquêtées qui privilégient le « naturel » (parfois aucune méthode, parfois le décompte des jours de leur cycle) en début de vie sexuelle, le modèle décrit par Danet et Olier prône l'usage du préservatif en début de vie sexuelle. Il s'ensuit l'utilisation de la pilule contraceptive lorsque la situation conjugale se stabilise, puis de l'usage du dispositif intra-utérin ou stérilet en fin de vie reproductive pour limiter le nombre de naissances [95]. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle chaque territoire précaire ou chaque parcours précaire est une trajectoire spécifique qu'il convient d'explorer pour apporter des réponses adaptées aux problématiques que rencontrent les personnes en situation de précarité.

Quant aux violences faites aux femmes, celles recensées dans le cadre de notre étude sont essentiellement conjugales (verbale et ou physique) masquant des violences sexuelles, comme par exemple le cas de FE4, Corine qui a eu son premier enfant avec un compagnon violent, mais qui a choisi d'avorter les deux grossesses qu'elle a eu par la suite avec ce même compagnon parce que considérant qu'ils avaient une « *...relation toxique en quelque sorte...* ». Ceci correspond aux résultats de la plupart des enquêtes sur les violences sexuelles en France, qui ont bien montré qu'elles se déroulent majoritairement dans l'espace domestique ou privé et sont le fait de personnes connues des victimes : conjoints et ex-conjoints ou membres de la famille [96–98]. Considérant le fait que certaines l'ont clairement déclaré, d'autres, implicitement notifié sans vouloir en parler davantage, et que d'autres restent dans

une attitude de banalisation parce qu'étant seulement à l'étape de violences verbales (FE14), nous remarquons que les violences dans ces milieux ne sont pas rares mais les victimes n'en parlent pas aisément pour plusieurs raisons. Les principales raisons identifiées sont la situation précaire, qui plus est dans un entourage où les femmes se connaissent entre elles (petits quartiers avec résidences contiguës) et se protègent de même que leur histoire, vis-à-vis des autres. D'après Cambon L, la représentation fragile du soi des femmes en situation de précarité, entraîne un besoin de reconnaissance non pas en tant que femme d'une quelconque couche sociale mais juste en tant que femme [76]. D'après Daligand L, psychiatre, dans son article sur l'origine et les répercussions des violences conjugales sur la famille, la violence serait la cause chez la victime d'une modification de l'image du « moi » traduisant une atteinte dans l'ordre symbolique et se cristallisant en honte, en plus d'une énucléation avant toute exclusion sociale [97]. Aussi, mentionne-t-on la dépendance socio-économique et/ou administrative vis-à-vis du conjoint qu'elles ne veulent pas dénoncer par crainte des conséquences pour elles-mêmes. Pannetier J et al, les considèrent comme des facteurs directs et indirects des violences sexuelles, car ce sont des contextes dans lesquels ces violences surviennent et sont accrues [96].

5-4 Recours aux soins et services de santé sexuelle et reproductive : entre besoins prioritaires et besoins légitimes

Au-delà même de la question économique, bien qu'elle soit aussi concernée, le recours aux soins et services de santé sexuelle et reproductive est rythmé par la situation administrative des femmes, qui peut osciller entre régularité et irrégularité en ce qui concerne les femmes étrangères. Ceci peut induire des situations de faible accès et/ou de manque d'accès aux soins et services de SSR (par crainte d'être dénoncée si elles sont en situation irrégulière). La situation administrative elle-même est influencée par le manque d'informations sur les dispositifs sociaux, la dépendance de certaines femmes vis-à-vis de tiers (le conjoint par exemple) pour leur condition administrative. FE2, en instance de divorce s'est retrouvée en situation irrégulière parce dépendant de son mari pour avoir un titre de séjour. Ces résultats concordent avec ceux du diagnostic territorial réalisé à l'échelle du 14^e arrondissement par le CRES [27] et sont différents des éléments du rapport de l'ONPV. D'après ce rapport, les habitants des QPV déclarent plus fréquemment renoncer à des soins pour des raisons financières [24]. Dans notre étude, le renoncement aux soins services de SSR est plus fréquemment lié à la situation administrative et l'insuffisance d'informations sur les différents dispositifs de soins.

Une fois les conditions administratives remplies, les femmes mettent en œuvre le nécessaire pour recourir au soin lorsque le besoin s'impose. Le besoin se traduit par des situations d'inconfort : « quelque chose » d'inhabituel, et handicapant, un « souci » ou un recours plus systématique dans le cas par exemple du suivi de grossesse. A ce sujet, toutes les femmes qui ont eu au moins une grossesse (12/14) ont déclaré avoir fait suivre leurs grossesses de façon régulière à l'exception d'une (FE3). Cette dernière, mère de 7 enfants, semble avoir acquis de l'expérience au fur et à mesure de ses grossesses et dès sa 4^e grossesse, elle ne se rendait à l'hôpital qu'en cas de « besoin » : « *je ne sens rien de toute façon... Je vais bien et je sais que le bébé, il bouge donc ça va...* ». Ce résultat concorde également avec ceux du diagnostic

territorial réalisé dans le quartier mentionnant la baisse du suivi de grossesse au fur et à mesure des grossesses [27].

Même si les femmes adhèrent pour la plupart à la norme de la « bonne maternité » dont Boulet E qualifie les rendez-vous médicaux liés au suivi de grossesse [99], elles restent tiraillées par la nécessité d'accorder du temps à d'autres choses qu'elles jugent « plus importantes » (les tâches ménagères, la garde des enfants...). Un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les Hommes et les femmes traduisait cette raison de non recours aux soins par des freins culturels et symboliques [16]. Mais dans le cadre de notre étude, il s'agit d'un cumul de réelles difficultés sociales, environnementales, voire politiques que vivent les femmes au quotidien et qui redéfinissent leurs priorités. Le quotidien est redéfini entre les rapports de genre qui leur laisse la lourde charge de s'occuper du foyer, les problèmes socio-administratifs (pour les personnes étrangères) et environnementaux (les dégradations d'immeubles se traduisant par exemple par des ascenseurs en panne, le défi sécuritaire et la nuisance sonore associés à la présence de réseaux de trafic de stupéfiants...). Par rapport à ce dernier type de problèmes, pour lequel elles ne disposent presque pas de pouvoir d'agir, elles ont l'impression que rien n'est fait par les pouvoirs publics. Ce qui confirme les propos de Boulet E d'après qui, l'éloignement que les femmes des classes populaires manifestent envers les normes et prescriptions médicales va de pair avec une stabilité de l'organisation quotidienne, y compris de la charge domestique [99]. Ceci peut également contribuer à renforcer le comportement selon lequel un symptôme reconnu mais non handicapant peut ne pas être source de recours au soin ; et par ricochet le fait que le recours systématique aux soins pour des examens et contrôles de routine, soit moins fréquent pour la plupart des femmes interrogées. Cependant, si les signes d'alerte des affections ne sont pas connus, ou même connues de façon lacunaire il peut en résulter des situations de recours tardif, ou de découverte fortuite d'affections à des stades avancés quand on sait que plusieurs affections génitales comme les infections sexuellement transmissibles et les cancers génitaux à leurs débuts peuvent passer inaperçus.

Même lorsque la décision de recourir au soin est prise, toutes les femmes ne savent pas toujours à quel praticien recourir selon les problématiques qui se posent à elles. Si elles recourent systématiquement à leur médecin traitant en cas de souci, ou au gynécologue pour des problèmes liés à la grossesse ou au désir de maternité, elles ne semblent pas savoir quand recourir à une sage-femme en tant que professionnel clef du parcours de soins en santé sexuelle et reproductif. Cet état de fait peut s'expliquer par l'insuffisance d'informations sur le parcours de soins et le fait que l'activité d'aucune sage-femme en exercice libéral ou mixte n'aie été recensée à l'échelle du QPV. Ces anomalies dans le recours aux soins sont également retrouvées par le diagnostic territorial réalisé à l'échelle du territoire et pose le problème de la structuration du parcours de soin de ces femmes [27].

Le choix du professionnel de santé quant à lui est basé essentiellement sur la renommée de l'offre qui se transmet entre femmes de bouche à oreille ou dans le cadre des références ou encore du parcours de soins coordonné. FE8, Faouziath migrante est tombée enceinte peu de temps après son arrivée sur le territoire. Elle a choisi un professionnel quelconque pour le suivi de sa grossesse et après son premier rendez-vous : « *en fait une copine à moi, elle m'a dit la C. (nom d'un hôpital en centre-ville), c'est bien... Donc j'ai été là-bas direct...* ». Après y

avoir rencontré un gynécologue qui exerce également en cabinet dans un quartier voisin, elle recourt systématiquement à lui : *« c'est lui que je vois... Je suis toujours avec lui... Il est très réputé ce gynéco, c'est un professeur...En fait, c'est Pr B. L B. Il est trop bien. En fait, ce monsieur, ce professeur, a formé des médecins gynéco à la C (nom de l'hôpital en centre-ville). Au fait, il est âgé. Il n'est pas jeune...Il a de l'expérience. Ouais... »*.

De fait, elles ne perçoivent pas de difficultés dans le recours aux soins à l'échelle de leur territoire de vie. Elles semblent d'ailleurs satisfaites de l'offre de soins disponible, sachant que cette offre ne comprend l'activité d'aucune sage-femme.

Par ailleurs, même si le professionnel choisi en première intention (de par sa renommée) est sur le territoire, en cas de besoin (indisponibilité de certains professionnels, longs délais d'attente sur le territoire), elles recourent aux soins dans les quartiers voisins et/ou en centre-ville et dans les centres hospitaliers et universitaires, une attitude qui pour elles ne pose pas problèmes parce qu'elles y sont habituées. La difficulté de l'accès géographique n'apparaît que secondairement, en regard d'autres « charges » comme par exemple les « enfants à gérer », donc associées aux tâches quotidiennes et à la taille du foyer. Ce résultat est différent d'avec celui du diagnostic territorial d'après lequel seuls les habitants disposant d'un véhicule n'hésitent pas à aller consulter loin de leur domicile et notamment dans les quartiers sud où la qualité de la prise en charge et des soins y est perçue comme « meilleure » [27]. Dans notre étude, peu importe qu'elles disposent de ressources personnelles leur permettant de se déplacer aisément ou non, elles mettent un point d'honneur à rechercher des soins et services à renommée respectable même si une grande distance peut les séparer d'avec le professionnel choisi. La difficulté d'accès géographique aux soins n'est donc pas perçue de la même manière par les femmes des quartiers précaires que par les politiques publiques.

Lorsque le professionnel de santé est choisi, la relation de soins créée va durer dans le temps si l'expérience personnelle de la femme avec le professionnel est agréable. Mais sinon, la relation de soins va se rompre. Les facteurs qui peuvent contribuer à cette rupture semblent être d'après les femmes : une sous-information de la part des professionnels sur leurs possibilités lorsqu'elles n'arrangent pas lesdits professionnels (FE9) ; un manque d'écoute et d'attention (FE4) ; un manque de patience de la part des professionnels dans leur prise en soins (FE5) ; parfois un sentiment d'être contraintes par les professionnels à avoir des comportements de soins qui ne correspondent pas à leurs envies et/ou besoins notamment en matière de contraception (FE4) et des expériences marquantes pour les femmes. Les études réalisées par Fort C et Kotobi et al. auprès de femmes en situation de précarité avaient également rapporté cette contrainte exercée par les professionnels sur les femmes concernant leurs choix pour leur santé [7,88]. Kotobi et al., avaient décrit cette contrainte comme n'ayant rien de personnel, mais étant le résultat d'une influence de la pauvreté ou de la précarité (instabilité économique, matrimoniale ou situation d'isolement) que les professionnels construisaient, en particulier vis-à-vis des femmes jeunes ou d'origine étrangère sur leurs pratiques et sur leurs prescriptions en matière de contraception et de maîtrise de la fécondité [7].

Parmi les expériences marquantes, les femmes ont rapporté de « petites réflexions » non agréables sur leur parcours notamment reproductif et des propos « racistes » à l'endroit des

femmes d'origine étrangère. L'observatoire régional de la santé rapportait déjà les faits discriminants dans son rapport de 2019 sur la santé dans les quartiers prioritaires, soit des comportements discriminants (différence de traitement dans l'accès à un bien ou service, ou tout comportement vexant, blessant, violent, menaçant ou injurieux verbal et/ou physique) envers seulement certaines catégories de la population surreprésentées dans ces quartiers (immigrés ou issus de l'immigration...) [24]. Cette observation est confirmée dans le cadre de notre étude car seules les femmes immigrées et issues de l'immigration ont rapporté ces comportements discriminants. Différemment le diagnostic territorial réalisé par le CRES sur la base des retours d'expérience des acteurs socio-sanitaires du territoire n'a pas fait état de l'existence de ces situations et de leur impact possible sur le recours aux soins des femmes [27].

En général, les femmes interrogées ne réagissent pas aux violences dont elles ont été victimes dans le cadre de leur recours aux soins. Ceci pourrait s'expliquer par une mise sous silence de l'action antidiscriminatoire dans les textes des politiques de santé périnatale, dans le ciblage des dispositifs dédiés et dans les pratiques des professionnels de santé, ce qui entrave la prise de conscience des mécanismes discriminatoires par les femmes étrangères, limitant leur capacité à se mobiliser contre les discriminations [100].

Par ailleurs, parmi les femmes enquêtées, il y en a qui n'expriment pas clairement les raisons de leur recours aux soins. Elles semblent ne pas vouloir se « dévoiler », estimant qu'il faut juste le minimum d'informations au professionnel de santé pour leur prise en soins. La littérature rapporte que les plus démunies arrivent souvent à l'hôpital avec des demandes plus diffuses et des difficultés à exprimer leurs besoins en rapport à la situation précaire qui s'accompagne d'un sentiment de honte générale et d'exclusion. Aussi, peut-on comprendre ce comportement par le fait que certaines femmes préfèrent des professionnels de santé femmes aux hommes dans le recours aux soins et services de SSR, mais se contentent parfois des professionnels qu'elles ont à disposition ou auxquels elles ont pu avoir accès. Fort C avait retrouvé dans son étude sur l'influence de la précarité dans le choix de la contraception, une tendance des femmes à choisir des professionnels de santé femmes pour leurs besoins [88].

6 Conclusion

Cette étude a été menée dans l'objectif d'explorer les problématiques en lien avec la santé sexuelle et reproductive des femmes du quartier politique ville Saint Barthelemy Bon Secours de Marseille au travers de leurs expériences en la matière. Sans généraliser les résultats à l'ensemble du territoire, ils montrent que la sexualité est un sujet encore tabou, tabou qui survit au temps et nombreuses méthodes déployées pour promouvoir l'éducation à la sexualité. Les expériences sexuelles et reproductives sont des éléments du parcours des femmes entre désirabilité et non désirabilité. Même si la religion occupe encore une place dans la vie sexuelle des femmes, elle ne se place pas pour toutes comme fixant le licite et l'illicite en référence à des normes pré-établies. Le recours à certains services comme la contraception sont fortement influencés par les informations et perceptions propres aux femmes. Le recours aux soins est conditionné par la situation administrative, elle-même

dépendante d'autres facteurs tels que le manque d'informations sur les dispositifs de droits sociaux et d'accès à la santé notamment pour les femmes d'origine étrangère, la dépendance administrative et ou socio-économique vis-à-vis du conjoint, les rapports de genre. Ces conditions sociales sont favorables à la survenue d'événements qui impactent négativement la santé sexuelle et reproductive des femmes à l'instar des violences conjugales, ou encore la dépendance de la santé de la femme de son organisation et de ses problèmes quotidiens.

Malgré une offre de soins spécialisée en SSR, restreinte sur le territoire, les femmes ne perçoivent pas de difficultés dans le recours auxdits soins et services, le choix du professionnel étant tributaire de sa renommée quant à sa capacité à apporter une solution au problème rencontré. Et la pérennisation de la relation de soins dépend de la qualité de l'expérience vécue par la femme avec le professionnel choisi.

Cette étude permet de comprendre que la réponse aux problématiques de SSR dans ce territoire ne dépend pas que de la mise à disposition d'une offre de soins en la matière, mais aussi de la mise en place d'autres actions telles que celles d'information, de sensibilisation et de promotion en santé sexuelle. Ces actions devront être développées via une approche positive, globale et qui facilite la déconstruction du tabou autour de la sexualité et des idées reçues (par exemple sur les menstruations et la contraception) et qui sont susceptibles d'entraver leur bonne santé sexuelle et reproductive. Les actions sur la santé devront aussi être complétées par d'autres actions multisectorielles (logement, sécurité, emploi) pour améliorer les conditions socio-économiques et environnementales des femmes.

D'autres études recentrées chacune sur les éléments constitutifs du parcours sexuel et reproductif de la femme en situation de précarité pourrait apporter une meilleure compréhension de leurs comportements en la matière.

7 Recommandations

Pour apporter des solutions adaptées aux problématiques de SSR se posant aux femmes dans le quartier Saint Barthelemy Bon Secours à Marseille, nous formulons à l'issue de cette étude les recommandations suivantes :

- **A l'endroit des autorités des services publiques**
 - Renforcer les politiques visant à améliorer les conditions de logement, sécuritaires et d'emploi des personnes dans le quartier.
 - Proposer une offre qui intègre non seulement des soins de santé mais aussi d'autres dispositifs comme ceux d'accès aux droits, interprétariats au besoin en fonction des communautés étrangères les plus représentées sur le territoire, et qui propose une prise en charge globale de la femme dès sa première prise de contact avec le système de soins.
- **A l'endroit des acteurs sociaux et associatifs exerçant sur le territoire**
 - Promouvoir une meilleure information sur les dispositifs d'accès aux droits sociaux et aux soins pour tous.
 - Mener le plaidoyer et enforcer autant que possible les services médico-sociaux au service des populations marginalisées.
 - Recréer du lien avec les femmes à travers les structures socio-sanitaires et associatives qu'elles fréquentent déjà.
 - Mettre en place un système de pair-aidance, utilisant la médiation en santé, et visant à informer et sensibiliser les femmes sur les différentes thématiques de santé sexuelle et reproductive et les dispositifs de recours aux soins, les principales thématiques identifiées dans cette étude étant : l'anatomie et la physiologie du corps de la femme, les menstruations, la planification des naissances et les méthodes contraceptives, l'intérêt du suivi de grossesse et du suivi gynécologique systématique chez les femmes ainsi que les dispositifs d'accès aux droits sociaux et aux soins ; les professionnels ressources en SSR et leurs rôles ; la reconnaissance des violences et leur impact sur la santé ainsi que les dispositifs d'aide à disposition des femmes.
 - Favoriser la naissance ou soutenir les groupements de femmes de ces quartiers prioritaires pouvant agir sur les facteurs sociaux et sanitaires par l'entraide, la solidarité, la défense des droits.

Pour ce faire :

- identifier des femmes intéressées par la thématique et capables de mobiliser d'autres femmes ;

- former ces femmes sur la thématique des SSR et notamment sur les sujets sur lesquels les informations sont insuffisantes ;
- Mettre à disposition de ces femmes les ressources nécessaires pour la diffusion de ces informations auprès de leurs pairs ;
- Superviser les activités de ces femmes.

En complément, organiser lors de journées officielles destinées aux femmes (journée internationale de la femme, journée de lutte contre les violences faites aux femmes...) des séances d'échanges autour des thématiques sur la SSR et impliquer les hommes afin de situer leur rôle dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive des femmes sur le territoire.

- **A l'endroit des professionnels de santé**

- Créer à travers la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) existante à l'échelle du territoire, un maillage territorial entre les professionnels de la SSR exerçant sur le territoire.
- Identifier et combler les besoins en matériels et ressources nécessaires aux professionnels pour assurer les besoins en SSR sur le territoire (suivi de grossesse jusqu'à terme, accouchement et soins de suite de couche).
- Sensibiliser les nouveaux professionnels arrivant sur le territoire à la précarité et aux autres spécificités du territoire (défi sécuritaire, proportion non négligeable de la population étrangère...).
- Sensibiliser tous les professionnels aux facteurs de réussite de la relation soignants-soigné d'après les femmes en mettant l'accent sur l'impact des actes discriminatoires sur le recours aux soins.

8 Bibliographie

<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/11224>

1. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
2. Santé Publique France. Les inégalités sociales et territoriales de santé. 17 mai 2021 [cité 19 juill 2023]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
3. World Health Organization, Bank W. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report [Internet]. World Health Organization; 2017 [cité 15 juill 2023]. xiv, 69 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>
4. Organisation de Copération et de Développement économique. Panorama de la santé 2021 - OCDE [Internet]. 2021 [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/sante/panorama-de-la-sante/>
5. Organisation Mondiale de la Santé. Commission des Déterminants sociaux de la Santé Rapport du Secrétariat. 2009 mars. Report No.: A62/9.
6. Gresy B, Piet E, Vidal C, Sallie M, Niosi M, Gardais N. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique [Internet]. France: Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2020 nov [cité 15 août 2023] p. 105. Report No.: 2020-11-04 Santé 45. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9.pdf
7. Kotobi L, Anton L, Lemmonier C, Jacques B, Purgues S. Femmes, Précarité, Migrations, la santé reproductive et génésique dans le médoc [Internet]. France: Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine; 2013 [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://irepsna.org/lecture/femmes-precarite-migrations-sante-reproductive-genesique-medoc/>
8. Sapin M, Spini D, Widmer E. Les parcours de vie. De l'adolescence au grand âge [Internet]. Presses Internationales Polytechnique; 2007 [cité 10 sept 2023]. (Savoir Suisse). Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:23373>
9. Fonds des Nations Unies pour la population. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Fonds des Nations Unies pour la population. [cité 14 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive>
10. Mignot J, Troussier T. Santé sexuelle et droits humains [Internet]. 1re édition. 2015 [cité 9 juin 2023]. 444 p. (Hors collection Paramédical). Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353273003-sante-sexuelle-et-droits-humains>
11. Organisation Mondiale de la Santé. Santé des femmes [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
12. Weber-Gloaguen S. Pour la santé sexuelle et reproductive des filles et des femmes [Internet]. ONG Plan International France. 2022 [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://www.plan-international.fr/actualites/pour-la-sante-sexuelle-et-reproductive-des-filles-et-des-femmes/>
13. Organisation des Nations Unies. Objectif de Développement Durable - Santé et Bien-Être pour tous [Internet]. Développement durable. [cité 10 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
14. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé Actes du séminaire de recherche de la

- DREES 2015-2016. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016 2016.
15. Bagein G, Costemalle, V, Deroyon, T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, et al. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Les dossiers de la DREES; 2022 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
 16. Bousquet D, Couraud G, Lazimi G, Collet M. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. France; 2017 mai [cité 11 sept 2023]. Report No.: 2017-05-29-SAN-O27. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/sante-et-acces-aux-soins-une>
 17. Quartiers prioritaires – Centre d'observation de la société [Internet]. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.observationsociete.fr/definitions/quartiers-prioritaires/>
 18. Durieux S. Marseille concentre la moitié de la population des quartiers de la politique de la ville de la région - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 31 [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2019628>
 19. Corrêa OA da S. La Migration et Marseille : un rapport entre la mer et l'urbanité. Ponto Urbe Rev Núcleo Antropol Urbana USP [Internet]. 28 déc 2020 [cité 16 juill 2023];(27). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/pontourbe/9196>
 20. Aux origines des quartiers nord de Marseille | INA [Internet]. ina.fr. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/quartiers-nord-de-marseille-emmanuel-macron-marseille-en-grand-urbanisme>
 21. Bien vivre dans les quartiers prioritaires [Internet]. Observatoire national de la politique de la ville; 2020 nov [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/277439-observatoire-national-de-la-politique-de-la-ville-rapport-2019>
 22. Duport C, Mercier B, Vacher K. Phénomènes émergents liés aux drogues Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille et en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2021. Action Méditerranée; 2022 oct.
 23. Définition - Quartiers prioritaires de la politique de la ville | Insee [Internet]. [cité 16 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114>
 24. Oswald N. La santé des habitants en quartier prioritaire de la politique de la ville [Internet]. France: Observatoire National de la Politique de la Ville; 2019. (BASE DOCUMENTAIRE DE LA POLITIQUE DE LA VILLE). Disponible sur: <http://i.ville.gouv.fr/index.php/Thematique/11>
 25. Crivello M. Marseille et ses migrations. Sudorama, mémoires du Sud de 1940 à nos jours [Internet]. 2008 [cité 19 juill 2023]; Disponible sur: <https://fresques.ina.fr/sudorama/parcours/0002/marseille-et-ses-migrations.html>
 26. Fédération Nationale des Centres de Santé. QPV et santé, les carnets de l'innovation de l'Agence Nationale de Renouveau Urbain [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.fnccs.org/qpv-et-sante-les-carnets-de-l-innovation-de-l-anru>
 27. Crema C. Améliorer l'accès aux soins dans les quartiers prioritaires de la ville. France:

- Comité Régional d'Education pour la Santé; 2023.
28. Organisation Mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé. 2022 déc. Report No.: EB152/22.
 29. Organisation mondiale de la santé. Les inégalités en matière d'accès aux services de santé sont à l'origine de l'écart d'espérance de vie [Internet]. [cité 1 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>
 30. Gouvernement du Canada A mondiales. Santé et droits sexuels et reproductifs [Internet]. AMC. 2017 [cité 1 août 2023]. Disponible sur: https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_developpement-enjeux_developpement/global_health-sante_mondiale/reproductive-reproductifs.aspx?lang=fra
 31. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'exams de santé. *Prat Organ Soins*. 2010;41(4):313-21.
 32. Définition de sexualité | Dictionnaire français [Internet]. La langue française. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/sexualite>
 33. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Ann Méd*. 1998;
 34. Définitions : grossesse -. In: Larousse. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395>
 35. Organisation Mondiale de la Santé. Contraception [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. [cité 21 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/contraception>
 36. Haute Autorité de Santé. Axe : Projet de santé et accès aux soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins
 37. Organisation Mondiale de la Santé. Comité régional de l'Europe, cinquante -huitième session, Tbilissi (Géorgie). 2008.
 38. Larousse É. Définitions : immigration - Dictionnaire de français Larousse. In: Larousse Langue française [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/immigration/41704>
 39. Précarité : Définition simple et facile du dictionnaire. In: Larousse [Internet]. Larousse. 2021 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/precarite/>
 40. Spira A, Adolphe M, Hermange MT, Lecomte D, Benoît MMG, Dreux CL, et al. Précarité, pauvreté et santé. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 avr 2017;201(4):567-87.
 41. Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes. Rendre visibles les vulnérabilités en santé sexuelle des femmes migrantes [Internet]. 2023 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/precarite-sante-sexuelle-femmes-migrantes>
 42. Le Robert-Dico en ligne. In: Le Robert. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=exp%C3%A9rience>
 43. Dictionnaire Français en ligne. In: Larousse. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
 44. Breton E. Déterminants de la santé des populations, inégalités sociales de santé et les

- interventions pour les réduire. 2023 févr; Comité Régional d'Education pour la santé, Marseille.
45. Health inequalities portal. À propos des inégalités de santé [Internet]. Health Inequalities. [cité 29 juill 2023]. Disponible sur: <https://health-inequalities.eu/fr/health-inequalities/>
 46. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet Lond Engl*. 30 juin 2018;391(10140):2642-92.
 47. Heßling A, Bode H. [Sexual and contraceptive behavior of teenagers and young adults. Selected results of the BZgA study « Youth Sexuality 2010 »]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. févr 2013;56(2):184-91.
 48. Penman-Aguilar A, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the U.S. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2013;128 Suppl 1(Suppl 1):5-22.
 49. Biello KB, Ickovics J, Niccolai L, Lin H, Kershaw T. Racial differences in age at first sexual intercourse: residential racial segregation and the black-white disparity among U.S. adolescents. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2013;128 Suppl 1(Suppl 1):23-32.
 50. Kenny B, Hoban E, Pors P, Williams J. A qualitative exploration of the sexual and reproductive health knowledge of adolescent mothers from indigenous populations in Ratanak Kiri Province, Cambodia. *Rural Remote Health*. oct 2019;19(4):5240.
 51. Munakampe MN, Zulu JM, Michelo C. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 29 nov 2018;18(1):909.
 52. Semahegn A, Mengistie B. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reprod Health*. 29 août 2015;12:78.
 53. Claro M. Avortement et norme procréative de la dernière génération soviétique en Russie. *Cah Genre*. 2016;60(1):15-37.
 54. Debergh M. *Cahiers du Genre*, « La production de la santé sexuelle ». *Nouv Quest Fem*. 23 juill 2020;39(1):153-6.
 55. Garcia A. Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala. *Cah Genre*. 2016;60(1):39-60.
 56. Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M. Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. *Enquête Dsafhir. Bull Epidémiologique Hebd*. 2019;(17-18):334-41.
 57. Ancelot L, Bonnal L, Depret MH. Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. *Rev Fr Déconomie*. 2016;XXXI(4):63-107.
 58. Embersin-Kypriano C. LES JEUNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE APPROCHE SOCIO-TERRITORIALE DES INDICATEURS DE SANTÉ [Internet]. Observatoire Régional de Santé; 2020 juill. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/jeunesVulnerabilite/2020_Focus_Jeunes_en_situation_de_vulnerabilite_VF_vd.pdf
 59. Garcia A. Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala. *Cah Genre*. 2016;60(1):39-60.
 60. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Médecine spécialisée et organisation des soins : les spécialistes dans l'offre de soins.
 61. Legifrance. Code de la santé publique [Internet]. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/

62. Légifrance. Code de la sécurité sociale - [Internet]. 2023 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073189
63. Présentation générale des dispositifs d'aide (Protection universelle maladie, PUMA, Complémentaire santé solidaire, CMU-C, ACS, AME) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php
64. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Protection universelle maladie (PUMA), CMU complémentaire (CMU-C), Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), Aide Médicale de l'état (AME). Des dispositifs d'aide pour favoriser l'accès aux soins. 2023.
65. Gentilini M, Kerouedan D. Rapport 20-01. L'immigration en France : situation sanitaire et sociale. Bull Académie Natl Médecine. 1 mai 2020;204(5):455-69.
66. Colombani H, Villebrun F. L'AME n'est pas un instrument de politique migratoire.
67. Spira A. L'accès aux systèmes de santé en France et en Europe pour les migrants. ADSP. juin 2020;(111):27-39.
68. Chareyron S, L'horty Y, Petit P. Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etres-refussoins-num-21.10.19.pdf>
69. Billaud E, Mansour Z. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 17 août 2023] p. 64. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp201600302_santesexuelleet reproductive.pdf
70. Ministère des solidarités et de la santé et de la prévention. Stratégie nationale de santé sexuelle [Internet]. 2017 [cité 11 août 2023].
71. Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations. Santé des femmes et accès aux droits sociaux et politiques | Égalité-femmes-hommes [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <http://egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sante-des-femmes-et-acces-aux-droits-sociaux-et-politiques>
72. COMPAS. Portrait de quartier Quartier de Bon Secours Les Rosiers Marine Bleue Grand St-Barthélémy [Internet]. 2017 [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=Compas+Bon+secours+les+Rosiers&rlz=1C1YTUH_frEG1051EG1051&oq=Compas+Bon+secours+les+Rosiers+&aqs=chrome..69i57j33i160l2.727096932j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
73. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Fiche de démographie du quartier prioritaire Bon Secours Les Rosiers Marine Bleue Grand Saint Barthélémy Saint Jérôme. 2023.
74. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Fiche de données Revenus du quartier prioritaire Bon Secours Les Rosiers Marine Bleue Grand Saint Barthélémy Saint Jérôme (QP013049) [Internet]. 2023 [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5428762?sommaire=2500477>
75. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Fiche-Insertion professionnelle du quartier prioritaire Bon Secours Les Rosiers Marine Bleue Grand Saint Barthélémy Saint Jérôme [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5428762?sommaire=2500477>
76. Cambon L, Mangin G, Barthélémy L. Expérimentation d'une démarche participative

- sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. *Santé Publique*. 2007;19(6):513-23.
77. Zayan R, Beaugrand J. The deductive structure of an experimental model predicting aggressive dominance in pairs of Swordtails *Xiphophorus helleri*. *Quant Models Ethol*. 1 janv 1986;25-45.
 78. Balslev K, Saada-Robert M. Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie : une démarche inductive/déductive. In: *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2002 [cité 16 sept 2023]. p. 89-110. (Raisons éducatives). Disponible sur: <https://www.cairn.info/expliquer-et-comprendre-en-sciences-de-l-education--9782804141677-p-89.htm>
 79. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Définition - Emploi peu qualifié (nomenclature des PCS) | Insee [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1904>
 80. Milewski F. « Aujourd'hui, les femmes pauvres ne sont plus seulement chômeuses. » - Elle Active [Internet]. *elle.fr*. 2010 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.elle.fr/Elle-Active/Actualites/Francoise-Milewski-Aujourd-hui-les-femmes-pauvres-ne-sont-plus-seulement-chomeuses-1222089>
 81. Zugmeyer P. Influence des menstruations dans le vécu d'une contraception [Mémoire de Diplôme de Sage-femme d'Etat]. [France]: Université Claude Bernard– Lyon 1; 2020.
 82. Mardon A. Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence. *Sociétés Contemp*. 2009;75(3):109-29.
 83. Cannard C. Le développement de l'adolescent. L'adolescent à la recherche de son identité [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 468 p. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent--9782807320383.htm>
 84. Mpembele Ntadisa B. Evaluation qualitative des connaissances, attitudes, pratiques et croyances socioculturelles sur les menstruations dans la dynamique des rapports mères-filles et pères-fils à Kinshasa, République démocratique du Congo. 2021.
 85. Bajos N, Desgrées du Loû A, Hassambay R, Tchiombiano S. Santé sexuelle et inégalités sociales au prisme du genre. mars 2020 [cité 26 août 2023];(1). Disponible sur: <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2020/03/Eclairage-Genre-et-sante%CC%81-sexuelle-1.pdf>
 86. White LR. The Function of Ethnicity, Income Level, and Menstrual Taboos in Postmenarcheal Adolescents' Understanding of Menarche and Menstruation. *Sex Roles*. 2013;1-2(68):65-76.
 87. Le Naour JY, Valenti C. Du sang et des femmes. *Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque*. *Clio Femmes Genre Hist*. 1 nov 2001;(14):207-29.
 88. Fort C. Inégalités sociales et territoriales de santé : femmes et précarité : influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception : étude qualitative par focus groupe et entretiens semi-directifs à propos de 11 femmes habitant les quartiers "Politique de la Ville" (QPV) de Metz et fréquentant le centre social Agora en 2020 [Internet]. [France]: Université de Lorraine; 2020 [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgkclefindmkaj/https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870537/document>
 89. Debest C, Hertzog IL. "Désir d'enfant - devoir d'enfant". *Rech Sociol Anthropol*. 1 déc

- 2017;(48-2):29-51.
90. Richard G. Pourquoi l'éducation à la sexualité fait-elle peur aux parents ? Ouest-France.fr [Internet]. 22 août 2018 [cité 13 sept 2023]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/leditiondusoir/2018-08-22/pourquoi-leducation-a-la-sexualite-fait-elle-peur-aux-parents-64fd8ac9-051e-47bb-807f-e5a8c6b053c6>
 91. Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin [cité 28 août 2023] p. 117. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
 92. Le Mat A. Parler de sexualité à l'école : Controverses et luttes de pouvoir autour des frontières de la vie privée [Internet] [These de doctorat]. Université de Lille (2018-2021); 2018 [cité 13 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2018LILUD009>
 93. Fargue É. Religion et sexualité: du sacré au plaisir. De l'adolescence à l'âge adulte, place de la religion dans la vie sexuelle des femmes en France. DUMAS. 2018;
 94. Amsellem-Mainguy Y, Gelly M, Vuattoux A. Genre et santé. Santé En Action. sept 2017;(441):8-9.
 95. Danet S, Olier L. La santé des femmes en France. Paris: la Documentation française; 2009. (Collection Études et statistiques).
 96. Pannetier J, Ravalihasy A, Desgrées Du Loû A, Lert F, Lydié N. Les violences sexuelles envers les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne après la migration en France: Popul Sociétés. 6 mai 2020;N° 577(5):1-4.
 97. Daligand L. Violences conjugales. J Psychol. 2008;255(2):49-53.
 98. Gresy B, Durand E, Ronai E, Muracciole M, Texier L, Valla AC. Violences conjugales Garantir la protection des femmes victimes et de leurs enfants tout au long de leur parcours [Internet]. France: Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2020 Octobre [cité 10 sept 2023]. Report No.: 2020-09-22 VIO-43. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/276592.pdf>
 99. Boulet E. « C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse. Terrains/Théories [Internet]. 20 déc 2022 [cité 13 sept 2023];(16). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/teth/5014>
 100. Virole L. Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [Internet]. 31 mai 2022 [cité 23 août 2023];(24). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/11224>

9 Liste des illustrations

Figure 1 : Evolution dans le temps du nombre d'articles traitant des inégalités de santé dans la base de données Medline	11
Figure 2 : Cadre conceptuel de l'étude	19
Figure 3 : Vue du ciel du QPV St Barthé élemy Bon Secours (en bleu) issue du portrait de quartier, Compas, 2017	20

Figure 4 : Offre de soins recensée à l'échelle du QPV St Barthélemy Bon Secours (Août 2023) dans le cadre du diagnostic territorial réalisé par le CRES à l'échelle du QPV Saint Barthélemy Bon Secours 21

10 Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil sociodémographique des femmes enquêtées..... 28
Tableau 2 : Répartition des grossesses selon la désirabilité chez les femmes 35

11 Annexes

11-1 Annexe 1 : Guide Focus Groupe exploratoire

Questions

- Que représente pour vous la santé de la femme ? A quoi cela fait-il référence ?
- Quels sont les problèmes qui se posent à vous en tant que femme, depuis la survenue de vos règles, à une première grossesse ? Comment vivez-vous ces moments ?
- Comment gérez vous les moments entre les grossesses ?
- Et lorsqu'il y a des grossesses que vous ne vouliez pas, comment ça se passe ?
- Est-ce que vous avez déjà eu recours à un soin ayant trait à votre appareil sexuel et reproducteur (toutes les maladies ayant trait à la IST/MST, IVG, Suivi de grossesse, accouchements, soins de suites de couches, soins post-violences sexuelles, désir de grossesse, infertilité, infécondité...) ?
- Comment se passe pour vous le recours aux soins auprès des sage-femme/gynécologue ?
- Avez-vous rencontré des situations ou personnes qui ont amélioré et/ou perturbé votre accès à ces soins ?
- Quels sont les problèmes que vous rencontrez lorsque vous devez recourir à n'importe lequel de ces soins ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, vous faciliter l'accès à ces soins ?

11-2 Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif

Sujet de mémoire : Exploration qualitative de l'expérience en sante sexuelle et reproductive des femmes du quartier politique ville de Saint Barthélémy Bon Secours de Marseille en 2023

Introduction

Bonjour, je suis Julie HESSOU, infirmière, étudiante en santé publique et actuellement en stage dans le cadre de ma formation.

Pour la rédaction de mon mémoire de fin de formation, je mène une étude sur la santé des femmes, précisément sur toutes les choses qu'elles ont pu vivre et peuvent vivre autour du fait qu'elles sont femmes et qu'elles vivent des choses particulières parce qu'elles sont femmes ; depuis le moment où elles ont eu leurs premières règles jusqu'au moment où elles n'auront plus leurs règles. Ça peut être au tout début de leur vie de jeune femme, avant qu'elles n'aient leurs premières règles ; puis quand elles les ont, les problèmes que cela peut leur poser, les douleurs éventuellement, les protections hygiéniques, puis peut-être quand elles ont leurs premiers amoureux, comment cela se passe, puis peut-être comment elles font pour ne pas tomber enceinte, ou au contraire comment elles font pour tomber enceinte ou comment font-elles si elles tombent enceinte mais qu'elles ne voulaient pas d'enfant... jusqu'à peut-être le fait qu'elles aient plusieurs enfants, que leur cycle de règles se modifie puis qu'elles n'aient plus de règles. J'aborde cette question avec plusieurs femmes avec lesquelles je discute et j'aimerais en discuter aussi à partir de votre expérience à vous.

Tout ce dont nous allons discuter sera anonyme et restera entre nous, votre nom n'apparaîtra nulle part. J'aimerais pouvoir enregistrer notre discussion, pour écouter plus tranquillement sans prendre de notes et pouvoir y revenir ensuite. Etes-vous d'accord ?

Question de départ : Comme je viens de vous l'expliquer, pourriez-vous me raconter pour vous comment se sont passées toutes ces questions et peut-être pouvez-vous démarrer par le moment où vous n'aviez pas encore vos règles jusqu'à vos premières règles ? Est-ce que vous vous posiez des questions à propos du fait d'être réglé ? Si oui, quelles questions ? Quelles difficultés avez-vous peut être rencontré par rapport à cela ?

I- Entrée dans la vie féconde

- Les règles pour elle, c'est quoi ? Jusqu'à ses premières règles, est-ce qu'elle s'y attendait ? Qu'est-ce qu'elle en savait à ce moment ? Quelles sont les questions qu'elle se posait à propos des règles ? Est-ce que quelqu'un lui en avait parlé et si oui, qui ?

- A quel âge a-t-elle eu ses premières règles ? Peut-elle raconter comment cela s'est passé la première fois ? Qui s'est occupé d'elle ? Qui lui a expliqué ?

- Quelles protections utilisait-elle à l'époque pendant ses règles ? Qui lui en a parlé ? Qui lui en achetait ? Qu'est-ce qu'elle en a pensé ? et aujourd'hui ? Est-ce qu'elle utilise les mêmes protections ? A-t-elle des soucis par rapport à ça ?

- Est-ce qu'elle a (a eu) des problèmes de douleurs pendant les règles ? Comment vit-elle cela ? Que fait-elle quand cela lui arrive ? A-t-elle adopté une ou des mesures de gestion des douleurs pendant ses règles ? Si oui, comment ? Par qui ? Efficacité des solutions à son avis ?

- Avait-elle d'autres problèmes en lien avec les règles (régularité, fibrome, kyste, Endométriose...) ?

- Est-ce qu'elle a consulté un professionnel de santé autour de la question des règles ? Si oui, quand ? lequel ? Et pour quelle (s) raison (s) précisément ? Comment s'est fait la démarche ? Est-ce qu'on le lui a proposé ? Si oui, qui ? A-t-elle eu gain de cause après consultation du professionnel ? Comment a-t-elle payé pour les soins ?

Penser à chaque fois à mettre en perspective avec sa trajectoire de vie : Où ? Dans quel contexte géographique, familial, de vie ?

II- Entrée dans la vie sexuelle : relations affectives, santé sexuelle, violences sexuelles et/ou basées sur le genre

Pouvez-vous me parler de vos premières relations amoureuses, de vos petits amis, si vous en aviez ? Comment cela s'est passé ? Est-ce que vous y étiez préparé ? Ou non ? Comment avez-vous vécu cela, notamment en lien avec la question de vos règles ? Et jusqu'à aujourd'hui ? Pouvez-vous me parler des différentes relations que vous avez connues et de comment vous avez géré cette question des règles à chaque fois ?

- A partir du moment où elle a eu ses règles, est-ce qu'elle avait en tête la question des grossesses potentielles ? Où et à quel moment est-ce que cette question a commencé à se poser pour elle, en lien avec les relations sentimentales qu'elle avait peut-être ? Pourrait-elle raconter cela, toujours en parlant de sa vie et de ses expériences ?

- Avec qui se sont discutées ces questions ? Est-ce que ces questions se sont discutées avec ses petits amis/conjoint(s) éventuellement ?

- A-t-elle pris des précautions pour éviter la survenue d'une grossesse ? Si oui, quelles précautions ? Pourrait-elle en parler ? Qui a orienté la prise de ces précautions ? Comment en a-t-elle eu l'information ? Et sur les différents modes de contraception ? De la part de qui (professionnels de santé, amies, familles, compagnon) ? Peut-elle parler de ces différents modes de contraception ? Choix ? Pourquoi ce choix ? Comment cela s'est passé ? Comment cela a été abordé avec son/ses compagnon(s) ? Qu'est-ce qu'elle a pensé du résultat des précautions prises (Efficacité, ou non ? Survenue d'une grossesse ?) ? Si survenue d'une grossesse, gestion ? avortement ? Si oui comment, avec quel professionnel, selon quelles informations, paiement, etc. ?

- Est-ce qu'elle a souffert d'une quelconque maladie en rapport avec ses parties génitales et/ou en rapport avec sa relation avec son/ses petit ami/compagnon/conjoint (IST, MST, Cancers, maladies gynécologiques...) ou en rapport avec des pratiques anciennes qui existent dans sa famille, religion (mutilations génitales...) ? Si oui, comment a-t-elle géré cela ? Qu'est-ce qu'elle savait au moment où c'est arrivé/quand elle y a été confrontée ? Est-ce qu'elle avait

fait recours à un professionnel de santé ? Si oui, lequel ? Comment cela s'est passé ? A-t-elle eu gain de cause ? Comment cela s'est vécu avec son/ses compagnon(s) ?

- Est-ce qu'elle a subi une quelconque situation, peut-être en lien avec son corps de femme, ses parties génitales et qui lui a déplu/qu'elle n'a pas apprécié/ou pour laquelle elle n'a pas donné son accord ? Avec son(ses) compagnon ? A l'hôpital ? Avec n'importe quelle autre personne ?

- Pense-t-elle qu'il lui soit arrivé quelque chose de précis/une situation à laquelle elle a dû faire face, juste parce qu'elle est une femme ? Si, oui, quoi ? Comment cela est arrivé ? Qu'a-t-elle fait vis-à-vis de cette situation ?

- Penser à chaque fois à mettre en perspective avec sa trajectoire de vie : Où ? Dans quel contexte géographique, familial, de vie ?

III- Déroulement de la vie reproductive : grossesses, accouchements, vie familiale

Pouvez-vous me parler à présent de votre expérience en rapport avec votre première grossesse ? Comment avez-vous su que vous étiez enceinte ? Est-ce que vous le vouliez ? Comment avez-vous pris soin de la grossesse ? Avec quels professionnels ? Et votre accouchement ? Comment se sont passés les premiers mois de vie de l'enfant ? Avez-vous eu du soutien familial ? Et après la grossesse, comment avez fait pour ne pas retomber enceinte aussitôt ?

Avez-vous eu des problèmes de santé après l'accouchement (Dépression du post partum) ? Avez-vous consulté pour cela ? Où ? Avec quels professionnels ? Est-ce que vous avez eu gain de cause ?

Et les autres vos grossesses, pouvez-vous m'en parler ? Leur évolution (accouchement, fausse couche, avortement) ? Comment s'est passé le suivi ? Pouvez-vous me raconter votre expérience avec les professionnels de santé ?

- En tout, combien de grossesse a-t-elle eu ? Quel a été l'issu des grossesses (avortement, fausses couches, accouchement) ?

- Si avortement, faire raconter (comment s'est fait le choix ? En accord avec le conjoint ? Pourquoi ? Où s'est déroulé l'acte ? Raison du choix du lieu ?)

- Si fausse couche, faire raconter (comment c'est arrivé ? Comment a-t-elle vécu cela ? recours aux soins ? Prise en charge ?)

- Vécu des grossesses ? Suivi des grossesses (où, à quelle fréquence, suivi des rendez-vous, respect des prescriptions...) ? Comment se fait la prise de décision concernant le suivi de la grossesse (avec ou sans le partenaire) ? Où a (ont) été suivi la/les grossesse (s) ? Comment s'est fait le choix du lieu de suivi/du professionnel (elle-même, compagnon, famille/amies, hasard, proximité) ? Implication du conjoint dans le suivi de la grossesse (présence aux consultations, à l'accouchements...) ?

- Comment s'est déroulée la gestion des services et soins de suites de couche (consultations post natales, consultation de suivi du nouveau-né) ?

- Si non-suivi, raison de non suivi (croyances, solutions alternatives) ?

Penser à chaque fois à mettre en perspective avec sa trajectoire de vie : Où ? Dans quel contexte géographique, familial, de vie ?

IV- Fin de vie féconde et ménopause

Pouvez-vous me parler des changements éventuels qu'il y a eu dans votre vie de femme au fur et à mesure de l'avancement de votre âge et jusqu'aujourd'hui en rapport aux sujets que nous avons abordé ? Par exemple en rapport à vos règles, l'envie/le besoin d'avoir ou non des enfants... ?

- Est-ce qu'il y a des situations qu'elle vit actuellement et qu'elle ne vivait pas avant ou inversement, des situations qu'elle vivait avant et qu'elle ne vit plus maintenant ? Si oui, quels changements ? Quelle est la raison de ces changements à son avis ? A-t-elle ressenti le besoin de recourir aux soins en rapport avec changements ? Si oui, l'a-t-elle fait ?

- Y-a-il actuellement un désir de grossesse ? Ou non ? Si non, y-a-t-il des dispositions particulières qui sont prises par rapport à cela ? Si oui, lesquelles ? Y-a-il des différences entre les dispositions prises à l'entrée dans la vie sexuelle et celles prises maintenant ?

- Penser à chaque fois à mettre en perspective avec sa trajectoire de vie : Où ? Dans quel contexte géographique, familial, de vie ?

V- Recours aux soins sur le territoire (tenant compte des lieux de soins abordés)

En rapport à toutes les questions problèmes que nous avons évoqué, comment s'est déroulé votre recours aux soins ? Pouvez-vous me raconter votre expérience avec les professionnels de santé (pendant le suivi de grossesse, pendant le recours à une méthode contraceptive par exemple) ?

Que pensez-vous des professionnels de santé dans votre quartier ? Est-il facile d'en trouver ? Que pouvez-vous dire par rapport aux services qui vous ont été proposé ? Vous êtes-vous senti/vous sentez-vous bien pris en charge par eux ? Rencontrez-vous des difficultés particulières par rapport à cela ? Y-a-t-il eu des événements marquants pour vous ?

- Comment peut-elle décrire son expérience/sa relation aux professionnels ? Est-ce qu'elle a rencontré des problèmes pendant le suivi (problème de langue, accessibilité du langage médical) ? Quelles solutions ont été trouvées pour pallier ces problèmes (accompagnement par un « traducteur ») ? Les lieux de suivi étaient-ils sur son territoire de vie ou en dehors ? Si hors territoire, comment s'est fait la gestion des déplacements ?

- Quand est-ce qu'elle pense qu'il faut recourir à un gynécologue ou une sage-femme en général ?

- Est-ce qu'elle bénéficie de la sécurité sociale ? Ou d'une assurance maladie ? Si oui, comment s'y est-elle prise ? Si non, comment paye/finance -t-elle ses soins ?

- En rapport à tout ce qui a été discuté, qu'est-ce qui lui pose vraiment problème, elle, ou des personnes dans son entourage (des femmes comme elle, ses sœurs, cousines, nièces, amies

femmes) et précisément dans ce quartier ? Pour quelle situation aimerait-elle trouver une solution ?

- Qu'est-ce qu'elle pense qu'il faille faire pour peut-être apporter une solution à ce problème en rapport avec la santé des femmes dans ce quartier ?

- Souhaite-elle ajouter quelque chose à cela ?

- Penser à chaque fois à mettre en perspective avec sa trajectoire de vie : Où ? Dans quel contexte géographique, familial, de vie ?

Pour finir, je noterai quelques informations

- Initiales

- Age

- Nationalité (s)

- Lieu de résidence/Quartier/Cité

- Niveau d'étude

- Ancienneté en France

- Ancienneté dans le quartier

- Activité/Profession actuelle

- Assurance maladie : oui non

- Revenus (aides : API/RSA/AAH .../pensions alimentaire...)

- Séjour (Sans papier/carte de séjour/demandeurs d'asile...)

- Famille sur le territoire