



HAL
open science

La contraception chez les femmes en situation de précarité

Latifa Basrire

► **To cite this version:**

Latifa Basrire. La contraception chez les femmes en situation de précarité. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02369154

HAL Id: dumas-02369154

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02369154>

Submitted on 18 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 12 septembre 2019

Par

Latifa BASRIRE

Née le 11 octobre 1995

**La contraception chez les femmes en
situation de précarité**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Cécile Marest

Sage-femme enseignante, Baudelocque

JURY :

Mme Cécilia Giles

Mme Hélène Guillaume

Mme Véronique Tessier

Sage-femme, Port Royal

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Coordinatrice du DHU Risques et grossesse

Mémoire N° 2019PA05MA02

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Marest, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail.

Je tiens également à remercier l'équipe enseignante pour nous avoir transmis la passion de l'exercice du métier de sage-femme.

Je remercie les centres de planification et d'éducation familiale pour leur accueil et pour avoir accepté de mener cette étude au sein de leurs établissements. Je remercie aussi les femmes qui ont accepté de se livrer à moi à cœur ouvert.

Je remercie mes parents et mon frère pour m'avoir soutenu pendant toutes ces années d'études et pour m'avoir permis de réaliser mes projets.

Je remercie ma sœur pour son aide qui m'a été précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également mes amies les plus proches Ahlem, Aicha, Dounia, Soraya et Yimène. Merci pour toutes ces années passées à vos côtés, pour ces moments de joie et de bonheur partagés avec vous.

Résumé

La contraception chez les femmes en situation de précarité

Objectifs : Evaluer la compréhension de l'information en matière de contraception des femmes en situation de précarité ayant un score EPICES > 30 (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examens de santé).

Secondairement, étudier les points spécifiques à la précarité ayant un impact sur la compréhension de l'information, en analysant le parcours contraceptif de ces femmes.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative observationnelle bi-centrique, par le biais d'entretiens semi-directifs. Notre étude s'est déroulée sur la période d'octobre 2018 à janvier 2019.

13 femmes en situation de précarité, avec un score EPICES > 30, venant consulter au CPEF (Centre de Planification et d'éducation familiale) ont été recrutées.

Résultats : Les femmes en situation de précarité sont confrontées à des difficultés majeures relatives à leur parcours de vie et à l'insertion sociale, marquées par une détresse psychologique. Ainsi, il en résulte une méconnaissance importante de la contraception en raison de l'incapacité à entendre et à retenir les messages de prévention délivrés.

Par ailleurs, l'influence culturelle a un impact non négligeable sur les représentations et le choix de la contraception.

Le CPEF est une structure adaptée aux femmes précaires, car il propose une prise charge pluridisciplinaire, mais le caractère instable et urgent de la situation de précarité reste un frein à la capacité d'attention.

Conclusion : Une étude qualitative à plus grande échelle, pourrait être effectuée afin de recueillir d'autres témoignages de femmes en situation de précarité et proposer un accompagnement à la vie contraceptive individualisé et ciblé.

Mots clés : contraception, précarité, CPEF

Abstract

Contraception in women in precarious situation

Objectives : Measure the comprehension of information regarding the contraception of woman in precarious situation with an EPICES score higher than 30. Study the specificities of precariousness and its impact on the comprehension of information and analyse the contraceptive path of these women.

Material and Method : We carried out a qualitative and observational study through semi-directives interviews. This study has taken place from October 2018 to January 2019. 13 women in precarious situation with an EPICES score higher than 30 and consulting in CPEFs (center for family planning and education) were recruited.

Results : Women in precarious situation face major difficulties related to their life course and social inclusion scarred by psychological and emotional distress. As a result, these women know a very few about contraception due to the inability to hear and retain the delivered prevention messages. Furthermore cultural influence also plays an important role into the representation and choice of contraception.

The CPEF is indeed an adapted structure for women in precarious situation since it offers a Multidisciplinary care.

However the unstable and emergency aspects of precariousness remain as an important break to their understanding abilities.

Conclusion : A larger scale and qualitative study could be carried out to collect other testimonies to offer an individualised and targeted support for women in precarious situation regarding their contraception.

Key words: contraception, precariousness, CPEF

Table des matières

Lexique	1
Introduction	3
1 Première partie : Cadre conceptuel	6
1.1 Précarité et santé : entre fragilité, négligence et incertitude.....	6
1.1.1 Approche théorique : définition et outils d'analyse.....	6
1.1.2 Vulnérabilité physique et psychologique.....	10
1.1.3 Le problème de la violence	12
1.2 Précarité et contraception.....	17
1.2.1 Rapport à la contraception : état de la littérature	17
1.2.2 CPEF et prise en charge des femmes précaires.....	18
2 Deuxième partie : Matériel et Méthode	22
2.1 Problématique, objectifs, hypothèses.....	22
2.1.1 Problématique	22
2.1.2 Objectifs.....	22
2.1.2.1 Objectif principal	22
2.1.2.2 Objectifs secondaires.....	22
2.1.3 Hypothèses	23
2.2 Présentation de l'étude	24
2.2.1 Type d'étude.....	24
2.2.2 Lieu d'étude	24
2.2.3 Outil méthodologique	24
2.2.4 Déroulement de l'étude et recrutement.....	26
2.2.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	26
2.2.5 Analyse.....	28
2.2.6 Profil de la population d'étude	28
3 Troisième partie : Résultats, Analyse et Discussion	30
3.1 Un parcours de vie marquant.....	30
3.1.1 La violence	30

3.1.2	Un voyage entre la vie et la mort.....	31
3.1.3	Une famille brisée	32
3.1.4	Des femmes abandonnées	33
3.1.5	Une expérience traumatisante.....	34
3.1.6	Un quotidien usant, une souffrance enfouie, qui cherche à être entendue	36
3.2	Difficultés d’insertion sociale.....	38
3.3	Ambivalence vis à vis de la maternité.....	43
3.4	Rapport à la contraception	46
3.4.1	Méconnaissance de la contraception.....	46
3.4.2	Une attitude inadaptée vis à vis de la contraception.....	50
3.4.3	Choix de la contraception : influence culturelle	53
3.4.4	Le rapport à la contraception d’urgence.....	58
3.5	Une information souhaitée.....	60
3.6	Motivation pour consulter en CPEF	63
4	Quatrième partie : Critique de l’étude	66
4.1	Population recrutée	66
4.2	Difficultés de recrutement.....	66
4.3	L’entretien avec la femme en situation de précarité.....	67
4.4	L’enregistrement audio, une limite au dévoilement ?.....	68
4.5	Approche transculturelle.....	68
	Conclusion	71
	Bibliographie	73
	Annexes	76
	Annexe I : Profil de la population d’étude.....	77
	Annexe II : Grille d’entretien	81

Lexique

AME : Aide médicale d'Etat

CES : Centres d'examens de santé

CMU : Couverture maladie universelle

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examens de santé

FCS : Fausse couche spontanée

HAS : Haute autorité de santé

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle infantile

SS : Sécurité sociale

Introduction

« Je connais rien au niveau de ça {...} je ne connais même pas les noms, je connais pas quels effets ça fait. Je connais rien au niveau de ça. »

Cet aveu d'une femme au sujet de la contraception est le reflet d'une situation loin d'être marginale aujourd'hui en France, à savoir, un manque de connaissance au sujet des moyens de contraception ainsi qu'une mauvaise utilisation de ces derniers, et ce principalement chez les personnes en situation de précarité.

De fait, d'après l'étude FECOND menée par l'INSERM et l'INED en 2010, 6,5% des femmes ouvrières n'utilisent aucun moyen de contraception contre seulement 1,6% chez les femmes cadres. Ce bilan négatif s'intensifie pour les femmes sans domicile fixe. Des inégalités sociales relatives à l'accès à la contraception subsistent donc et ce notamment en lien avec la situation de précarité. (1)

Le constat est sans appel et de nombreux facteurs comme le manque de moyens financiers, des emplois du temps surchargés ou encore le manque de connaissance souvent lié à un faible niveau d'étude, permettent d'expliquer cette situation. (1)

Néanmoins, en France, la prise en charge des femmes en situation de précarité fait l'objet d'une attention particulière avec la mise en place d'un suivi personnalisé et adapté qui prend en compte les spécificités liées à leur statut. Ainsi, on observe chez ces femmes une raréfaction des recours aux soins, notamment pour tout ce qui concerne leur sexualité et grossesse avec chaque année de nombreuses naissances sans aucun suivi périnatal. (2) Les femmes précaires sont donc plus vulnérables, plus fragiles, plus exposées à de nombreux risques. Ces derniers sont multiples et touchent plusieurs domaines tels que celui de la violence, celui de la maladie, mais aussi le domaine psychologique. Ces femmes vivent en effet sous une pression permanente qu'elle soit familiale, culturelle ou sociale, et à laquelle elles ne peuvent échapper. Ceci est d'autant plus marqué chez les femmes à la fois en situation de

précarité et également mères de familles qui font de leur possible pour s'occuper au mieux de leurs enfants, privilégiant leur bien-être au leur, s'enfermant ainsi dans leur rôle de mère et s'oubliant progressivement en tant qu'individu. (1)

Tous ces facteurs font qu'il subsiste chez cette partie de la population un taux élevé de grossesses non désirées, de recours à l'IVG comme moyen de contraception, et d'échecs contraceptifs liés à une mauvaise compréhension et une mauvaise utilisation des différentes méthodes. (3)

Nous allons donc voir tout au long de cette étude et à travers des témoignages de femmes en situation précaire, toute l'étendue et l'impact de la précarité sur leur santé d'une part mais également leur détachement à l'endroit de la contraception qui engendre nombre de situations à risque.

Le choix de ce sujet de mémoire a été motivé par des paroles et préjugés entendus lors de mes années d'étude de sage-femme à propos de ces femmes, fragilisées par leur statut, lorsqu'il s'agissait de contraception :

« Elles n'écoutent jamais ce qu'on leur dit »

« On a beau leur répéter sans cesse la même chose, cela n'y change rien »

« Pourquoi elles font des enfants alors qu'elles sont dans la galère, la contraception c'est gratuit en France »

« De toute façon elles font des enfants pour toucher les allocations familiales »

Notre objectif est donc de comprendre les facteurs et éléments qui ont pu mener à de telles conséquences, de dépasser ces idées préconçues, en essayant de comprendre au mieux leur parcours et ce en leur donnant la parole, en les laissant s'exprimer d'elles-mêmes et non en leur attribuant des dires et faits qui ne sont pas les leurs.

C'est pourquoi donc nous avons choisi d'analyser, au travers de cette étude, la façon dont les femmes en situation de précarité reçoivent et s'approprient l'information délivrée en matière de contraception.

Pour répondre à notre question de recherche, nous allons dans un premier temps définir les notions et outils d'analyses utilisés dans notre étude. Dans une seconde partie nous expliquerons la manière dont notre étude a été construite et menée. Puis, nous exposerons nos résultats que nous analyserons et discuterons dans une troisième partie. Enfin, dans une dernière partie nous effectuerons une critique de notre étude.

1 Première partie : Cadre conceptuel

1.1 Précarité et santé : entre fragilité, négligence et incertitude

1.1.1 Approche théorique : définition et outils d'analyse

« Précarité » et « santé » sont deux notions qui, au fil du temps, ont été définies et redéfinies de différentes manières avec toujours plus de précisions.

La santé d'une part a été tout d'abord envisagée en opposition simple à la maladie et c'est en 1946 que l'Organisation mondiale de la santé en donne une définition dans sa constitution : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (4) Néanmoins, les limites de cette définition restent floues et surtout celle-ci ne peut être appliquée uniformément puisque sa perception en est très subjective selon, notamment, les personnes, leurs besoins et leurs situations.

C'est ensuite en 1986, à travers la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, que l'OMS donne une nouvelle définition en ajoutant cette fois-ci une dimension matérielle d'une part mais également philosophique: « La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. {...} La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». (5)

D'autre part, la précarité a elle été définie dans le rapport de J.Wresinski « Grande Pauvreté et précarité économique et sociale » comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus

ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » (6)

La précarité peut donc toucher plusieurs domaines de l'existence, on peut citer par exemple la précarité financière, la précarité du logement, la précarité de l'emploi ou encore la précarité de la santé.

Les deux notions liées ensemble représentent donc un état d'insécurité dans lequel une personne ne peut plus avoir accès aux soins, pour des raisons qui peuvent être financières notamment. La précarité de la santé se traduit également par, sur le long terme, une exposition plus élevée aux risques de maladies et donc un état de santé qui se dégrade progressivement.

En France, la précarité de la santé peut être évaluée à partir du score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les centres d'examens de santé). Ce score a été établi suite à la publication de l'arrêté ministériel de 1992 (7) et à partir notamment de la définition de la précarité donnée par J. Wresinski. (6) Ce score est individuel et prend en compte toutes les dimensions de la précarité dans le but d'identifier plus facilement les personnes en situation de difficulté sociale ou matérielle.

Ce score a été réalisé en 1998 à l'aide d'un questionnaire socioéconomique administré dans un échantillon de 7208 personnes âgées de 16 à 59 ans et examinées dans 18 CES volontaires. En 2004, la pertinence de ce score a été démontrée pour détecter et quantifier la précarité. Ainsi, 11 questions de type binaires (réponse par oui ou par non), permettant de résumer à 90% la situation de précarité d'un sujet, ont été retenues :

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Score EPICES

<http://gemsto.free.fr/gemstoprecaire18dec07epicescalcul.pdf>

Concernant le calcul de ce score, chaque coefficient est ajouté à la constante initiale dès lors que la réponse est oui. Le score varie donc de 0 à 100 et plus le score est élevé, plus la personne est en situation de précarité. Le seuil de précarité est lui fixé à 30. (8)

L'aspect multidimensionnel de la précarité adopté pour ce score permet donc d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement.

1.1.2 Vulnérabilité physique et psychologique

En France, les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité. L'INSEE décompte ainsi 4,7 millions de femmes pauvres en 2015, soit 53% sur un total de 8,9 millions de personnes. Ceci est notamment dû à leurs conditions de travail et aux postes qu'elles occupent puisque 70% des travailleurs pauvres sont des femmes, ainsi que 82% des emplois à temps partiels et 62% des emplois non qualifiés. Cela s'explique par le fait que 85% des familles monoparentales en France sont gérées par des femmes et celles-ci ne peuvent se permettre d'avoir un travail à temps plein dès lors qu'elles doivent s'occuper d'enfants notamment en bas âge. (1)

De plus, il faut noter que de nombreuses femmes exercent des métiers les exposant à des risques de santé et de dégradation de leur état physique comme employée de maison, assistante maternelle ou encore aide à domicile. En effet, 90% des personnes exerçant ces professions sont des femmes. (9) Les femmes sont donc plus sujettes aux risques psychosociaux liés à l'intensité et la complexité du travail, la faible autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux ou encore des souffrances éthiques qui peuvent engendrer stress et violence et accroître le risque de maladies cardio-vasculaires, de dépression, d'anxiété, d'épuisement professionnel et même de suicide. (10)

Enfin, au cours de sa vie professionnelle, si une femme est enceinte, de fortes discriminations liées à sa grossesse peuvent émerger et constituer un facteur aggravant de précarité. La grossesse au travail est par ailleurs reconnue depuis la loi du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes (11) comme un motif de discrimination. La grossesse est en effet un obstacle majeur à l'accès à l'emploi mais peut également être pénalisante au moment de renouveler un contrat, le fait d'avoir des enfants étant perçu comme une limitation aux performances au travail et un facteur d'absentéisme. (1)

Concernant l'accès aux soins, selon une étude de juin 2016, les femmes représentent 64% des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. (12) Ce renoncement aux soins expose les femmes à un fort risque de dégradation de leur santé avec des effets cumulatifs au fil du temps, c'est notamment le cas pour les dépistages de cancer du sein et du col de l'utérus; 31% des femmes vivant dans un ménage aux revenus inférieurs à

2000€ par mois n'ont pas réalisé de frottis au cours des 3 dernières années contre 19% pour les femmes vivant dans un ménage aux revenus compris entre 2000 et 4000€ par mois. (13)

Ce moindre accès ou renoncement aux soins s'explique par plusieurs facteurs, le premier étant financier. Ce volet englobe plusieurs aspects avec notamment la notion de « bien-être » évoqué dans la définition de la santé. Pour prendre l'exemple d'une femme élevant seule ses enfants et en situation de précarité, celle-ci va placer le bonheur de son ou ses enfants à travers des activités ou bien leur alimentation avant le sien et donc se « sacrifier » en quelques sortes ce qui sur le long terme a des effets néfastes. De fait, on note une prévalence marquée chez les femmes pour les troubles psychiques ou dépressifs mais également en matière d'obésité. (14) Un autre facteur de difficulté d'accès aux soins sont les conditions de travail des femmes précaires avec des horaires qui ne leur permettent pas de trouver facilement des rendez-vous pour des consultations.

1.1.3 Le problème de la violence

Dans les années 1940, le psychologue Abraham Maslow a élaboré, à partir d'observations, une hiérarchie des différents besoins d'un être humain. Ainsi, il classe les besoins de cette façon (15) :

En premier lieu les besoins physiologiques, la survie: manger, boire, dormir, se vêtir, respirer

Ensuite on retrouve les besoins de sécurité: corporelle en lien avec la santé, sociale, mentale, financière également avec la recherche d'une certaine stabilité

Le troisième besoin est lui social: le fait d'appartenir à une groupe, d'obtenir un statut social, de pouvoir s'exprimer, partager, etc.

Ensuite vient le besoin d'estime de soi/de reconnaissance: le développement de son autonomie, le fait d'être reconnu et apprécié, etc.

Enfin tout en haut de cette hiérarchie se trouve le besoin d'accomplissement et de réalisation de soi: le fait de s'épanouir, d'approfondir sa culture, de se concentrer sur son développement personnel.



Pyramide des besoins selon Maslow

<https://my-psychologie.com>

Pour Maslow, l'être humain cherche à satisfaire d'abord les besoins situés tout en bas de cette hiérarchie et au fur et à mesure que ceux-ci vont être satisfaits, il va chercher à réaliser ceux du niveau immédiatement supérieur. De plus, si une grande partie de la population parvient ou du moins sait comment parvenir à réaliser jusqu'au troisième niveau de la hiérarchie, il n'existe pas de réelle pratique ou schéma type à suivre pour pouvoir satisfaire les besoins des deux derniers niveaux.

Néanmoins, certains individus peuvent être attirés par des besoins d'un niveau considéré comme supérieur avant de satisfaire ceux des niveaux inférieurs. Il n'y a donc pas d'universalité de l'échelle de Maslow mais on peut cependant s'accorder sur le fait que les besoins physiologiques, le premier niveau, sont essentiels et recherchés par tous puisqu'ils permettent la survie et donnent une base qui permet ensuite de progresser.

L'état de précarité, comme préalablement défini, met en péril la réalisation de ces besoins ce qui aboutit à une situation d'insécurité. Les besoins physiologiques n'étant pas satisfaits, il va de soit que ceux présents aux paliers supérieurs ne le sont pas également. Le bien-être, le plaisir, le confort sont alors relégués au second plan et ce d'autant plus chez les femmes mères de familles en situation de précarité qui vont souvent privilégier le bien-être de leurs enfants en sacrifiant le leur. (1) Par conséquent, si l'on se réfère à l'échelle de Maslow, la plupart de ces femmes souffrent d'un mal-être conséquent et d'une très faible estime d'elles-mêmes. Ces risques sont d'autant plus élevés chez les femmes car, comme vu précédemment, elles représentent la majeure partie des personnes dont les emplois favorisent ce sentiment d'exclusion de la société et de mauvaise image de soi au travers de conditions difficiles, de la faible autonomie qui leur est accordée et des rapports sociaux qui se dégradent progressivement.

La dégradation de ceux-ci se manifeste également par un phénomène plus grave: celui de la violence. Celle-ci est définie par l'OMS comme «La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations» et se décline sous plusieurs formes (16) :

- > Physique: coups, brûlures, séquestration...
- > Économique: confiscation de salaire, interdiction de compte bancaire...
- > Psychologique: mépris, harcèlement, emprise, menaces...
- > Verbale: insultes, chantage, dénigrement...
- > Sexuelle: viol, attouchements...

Par ailleurs, les violences physiques intentionnelles touchent d'autant plus les personnes qui sont, d'après leur score EPICES, en situation de précarité et parmi ces personnes, on retrouve en grande partie, aux côtés des enfants et personnes âgées, les femmes.

(17)

De plus, d'après l'INSEE, la part des victimes de violences physiques et sexuelles est plus élevée chez les femmes les plus démunies, représentant ainsi 8,2% des femmes issues des 25% des ménages les plus modestes contre 4,1% chez les femmes issues des 25% des ménages les plus aisés. (18) Néanmoins, même si les chiffres démontrent qu'un plus grand nombre de femmes en situation de précarité souffrent de violences que celles qui ne le sont pas, le chemin inverse est également possible et fréquent, à savoir le fait que la violence amène à la précarité. Ainsi, de nombreuses femmes ayant subi des violences, quelque soit leur type, vont subir d'importants bouleversements dans leur vie caractérisés par une mise à l'écart, un oubli de soi qui sur le long terme mènent à la précarité. En effet, chez de nombreuses personnes, après la violence apparaît le traumatisme qui lui-même engendre un stress post-traumatique. Il en existe deux types, le stress post-traumatique simple qui surgit suite à une violence ponctuelle comme un viol; et le stress post-traumatique complexe qui lui se développe lorsque la violence est répétitive, étalée sur une longue période ou même se produit lors de l'enfance. (19) Les réactions à ce stress post traumatique sont diverses et se traduisent généralement par un isolement social, une peur de l'autre, un fort sentiment d'exclusion et une perte de motivation entre autre conséquence.

Toujours en lien avec la précarité, une étude montre que 87% des femmes sans domicile fixe souffrant de troubles psychiques ont subi des violences physiques dans leur enfance et 65% ont été abusées sexuellement. (20)

Enfin, les violences et les traumatismes qui y sont liés jouent un rôle clé dans les grossesses des femmes pouvant les mener à une demande d'IVG, un quart des demandes ayant comme origine de décision la violence. (16)

Les femmes sont donc, tout au long de leur vie, plus facilement exposées à des facteurs favorisant la précarité que ce soit au travers des violences mais aussi des conditions de travail ou encore de la pression sociale qui peut peser sur elles. L'état de précarité de ces femmes les rend également plus sensibles aux maladies et troubles psychologiques par manque de soin, isolement social, perte d'estime de soi et de la notion de bien-être qui est reléguée au second plan, le premier étant la survie.

1.2 Précarité et contraception

1.2.1 Rapport à la contraception : état de la littérature

La Haute autorité de santé décrit la précarité comme étant une situation de grande difficulté sociale exposant les femmes au risque d'absence totale de contraception. (21)

L'existence de spécificités liées à la précarité implique un rapport à la contraception particulier, qui a été décrit dans la littérature.

Ainsi, il existe un nombre plus important d'IVG et d'accouchement sous X. D'après un mémoire d'une étudiante sage-femme réalisé en 2013, portant sur l'influence de la précarité en matière d'observance de la contraception, la précarité entraînait un recours plus important à l'IVG en cas d'échec de contraception. En effet, 62% des femmes en situation de précarité avaient un antécédent d'IVG contre 38% en milieu non précaire. Dans 40% des cas, la demande d'IVG a été faite suite à une absence ou un arrêt de contraception. (3)

De surcroît, une étude réalisée entre 2013 et 2014 portant sur les caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG, a montré que les femmes ayant des antécédents d'IVG étaient plus souvent isolées et en situation sociale précaire. (12)

D'après une thèse réalisée sur le thème de la contraception du post-partum et la précarité, les réponses aux questionnaires ont mis en évidence un défaut de connaissances sur le mode d'action, l'utilisation et l'efficacité des moyens contraceptifs, mais également sur la conduite à tenir en cas d'oubli et la contraception d'urgence. Ainsi, il existait une corrélation entre le niveau de précarité et le niveau de connaissance. (22)

Dans le mémoire cité précédemment portant sur l'influence de la précarité en matière d'observance de la contraception, 10 à 17% des femmes de l'échantillon choisi, avaient une connaissance insuffisante en matière de contraception. Ainsi, il existait une inadéquation de la méthode contraceptive choisie avec la capacité à l'utiliser de manière efficace par rapport au quotidien de ces femmes. Le caractère instable des relations de couples ainsi que le manque d'autonomie semblait expliquer en grande partie le manque d'observance. (3)

En 2013, une étude a mis en évidence le lien entre le niveau socio-économique et l'utilisation d'une méthode contraceptive chez les femmes migrantes, les migrantes de deuxième génération et les non migrantes. Ainsi, trois facteurs socio-économiques ayant une influence sur l'utilisation de la contraception ont été relevés : le niveau d'éducation, l'emploi et le revenu. (23)

D'après une étude entreprise par Médecins du Monde à propos de la contraception chez les femmes en situation de précarité en France, les principales raisons pour lesquelles elles ne disposent pas de contraception sont l'absence de partenaire ou le fait qu'elles ne se sentent pas préoccupées par ce sujet, plutôt que des difficultés financières. (24)

Par ailleurs les représentations de la contraception liées à la culture, ont un impact non négligeable dans son utilisation.

En outre, selon l'OMS, 214 millions de femmes n'utilisent aucun moyen de contraception mais souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses. Parmi les principales raisons, l'opposition culturelle ou religieuse est citée. (25)

C'est pourquoi, d'autres caractéristiques propres à l'identité de la patiente, à la culture et aux convictions personnelles s'ajoutent à la précarité. L'ensemble de ces éléments doit être pris en compte par les professionnels de santé pour le choix d'une contraception.

1.2.2 CPEF et prise en charge des femmes précaires

Les cinq missions, nécessaires à l'obtention de la dénomination de CPEF, sont définies dans le décret n°92-784 du 6 août 1992, article 1^{er} : (26)

1. Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité;
2. Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés;

3. Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial;
4. Entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse prévus par l'article L.162-4 du code de la santé publique;
5. Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

D'après la Haute autorité de santé, le CPEF représente une structure de prise en charge adaptée aux personnes en situation de précarité, de par des délais de rendez-vous plus courts que dans le secteur hospitalier ou libéral. De plus, il est également habilité à gérer les situations d'urgence spécifiques aux femmes précaires. (21)

Néanmoins, des limites subsistent dans l'accessibilité des CPEF :

Les centres sont en effet répartis de façon inégale sur le territoire avec, à population égale, des départements comme celui de Seine Saint-Denis doté de 132 CPEF, et celui des Hauts-de-Seine doté lui de 29 CPEF. (27) En outre, même si la répartition des centres tend à répondre à des dynamiques sociales particulières, les disparités sont encore plus marquées dans les zones rurales où de nombreuses personnes ne peuvent bénéficier de ce genre de structures.

Un deuxième problème survient alors, celui des horaires d'ouverture. Comme précédemment évoqué dans la première partie, il est assez difficile pour les femmes en situation de précarité, notamment les mères, de trouver le temps de prendre rendez-vous pour une consultation chez le médecin. En effet, nombre d'entre elles enchaînent la garde de leurs enfants après leur travail et sont donc trop occupées. De plus, ces femmes s'écoutent peu et privilégient le bien-être de leurs enfants avant le leur, rendant encore plus difficile la prise de rendez-vous.

En plus de ces difficultés d'accès propres aux CPEF, ils demeurent d'autres freins qui relèvent eux d'aspects plus personnels tels que les inégalités psychologiques et financières. Les premières se manifestent en cas d'implantation d'un CPEF au sein d'un centre hospitalier ou de PMI. Les secondes concernent la gratuité des prescriptions, effective pour les mineurs, mais qu'il serait possible et judicieux d'étendre afin de tenir compte des situations particulières mais sans formalisation systématique par les conseils généraux. (21)

Néanmoins, les CPEF répondent à de nombreux besoins et problématiques propres aux personnes en situation de précarité avec une prise en charge adaptée selon les différents cas. Tout d'abord, nous avons constaté qu'il y a chez ces personnes une véritable méconnaissance des méthodes contraceptives et notamment des droits qui sont liés à ce domaine. Beaucoup de femmes se considèrent comme prisonnières d'un choix imposé par la société, ne sont pas conscientes qu'il s'agit avant tout d'un choix personnel et adapté à son mode de vie. Les CPEF, en leur apportant les connaissances nécessaires sur ce sujet, participent à leur émancipation, et ce à travers une réappropriation de leur corps, sur différents domaines tels que ceux de la santé sexuelle et de la sexualité, de l'interruption volontaire de grossesse, de la prévention des infections sexuellement transmissibles et bien entendu de la contraception. En plus de délivrer ces connaissances, les CPEF délivrent également un soutien psychologique aux femmes en proie à divers troubles et difficultés tels que les situations de crise conjugale et/ou familiale, avec un accompagnement personnalisé tout au long de ces situations fragilisantes. Ce soutien psychologique se manifeste tout d'abord par une écoute attentive et compréhensive de ces femmes, suivi d'une importante prévention des risques liés à ces événements. De fait, comme précédemment vu, de nombreuses femmes en situation de précarité souffrent de violence que ce soit à leur domicile, sur leur lieu de travail ou dans bien d'autres contextes encore. Les CPEF mettent alors en place un soutien qui a pour but de ne pas laisser ces femmes tomber dans situations de dérives ou d'emprise mentale et ce en leur accordant au plus possible la parole et en instaurant une certaine confiance qui passe à travers le respect de leur intimité. (21)

Les CPEF ont donc plusieurs rôles, que ce soit sur les plans préventif ou curatif, ou encore celui de l'accompagnement et de l'écoute. Les centres ont pour but de promouvoir la liberté de choix des femmes en situation de précarité mais aussi l'amélioration de leur condition et ce en essayant d'apporter des solutions adaptées à chaque cas. Néanmoins des difficultés structurelles demeurent telles que le manque d'infrastructures et d'accessibilité. Un effort doit également être fourni dans la promotion des centres en eux-mêmes, trop méconnus de la population, une grande part ne se sentant pas concernée par ces derniers et méconnaissant les missions qui y sont menées.

2 Deuxième partie : Matériel et Méthode

2.1 Problématique, objectifs, hypothèses

2.1.1 Problématique

La population de femmes en situation de précarité est d'avantage sujette à des problèmes d'observance en matière de contraception, mais également à une connaissance insuffisante dans ce domaine. Il en ressort une augmentation du taux d'interruption volontaire de grossesse, ainsi que de grossesses non désirées et d'accouchement sous X. C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à la manière dont ces femmes retiennent et interprètent l'information qui leur est délivrée au cours de leur vie contraceptive. De fait, notre problématique était la suivante :

Comment les femmes en situation de précarité s'approprient-elles l'information délivrée en matière de contraception ?

2.1.2 Objectifs

2.1.2.1 Objectif principal

Lors de la réalisation de cette étude qualitative, notre objectif principal était d'évaluer la compréhension de l'information en matière de contraception des femmes en situation de précarité, pour lesquelles le score EPICES obtenu était > 30.

2.1.2.2 Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires étaient les suivants :

Dans un premier temps, nous avons souhaité comprendre quel était le parcours contraceptif des femmes en situation de précarité. Nous avons également voulu étudier les points

spécifiques à la précarité ayant un impact sur la compréhension de l'information, et, mettre en évidence les raisons pour lesquelles l'information délivrée n'était pas toujours respectée.

2.1.3 Hypothèses

Les hypothèses que nous avons émises dans le but de répondre à notre question de recherche sont les suivantes :

- La situation de précarité entraîne des difficultés en matière de compréhension de l'information.
- L'information délivrée en matière de contraception ne constitue pas une priorité pour ces patientes et n'est par conséquent pas retenue.
- Les CPEF sont adaptés à la prise en charge des femmes en situation de précarité.

2.2 Présentation de l'étude

2.2.1 Type d'étude

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative observationnelle bicentrique. Dans un premier temps, nous avons sélectionné un centre de planification et d'éducation familiale se situant dans le département de Paris (75), puis au fur et à mesure de l'étude, nous avons choisi de nous rendre dans un second centre de planification, également localisé à Paris (75).

2.2.2 Lieu d'étude

Nous avons choisi de réaliser notre étude en centre de planification et d'éducation familiale, par rapport aux objectifs de prise en charge de ce lieu et à la population fréquentant ce dernier. En effet, un nombre important de femmes viennent consulter en CPEF pour une contraception, l'accès à cette dernière étant simplifié et gratuit. De part ces aspects, une concentration importante de femmes en situation de précarité et de vulnérabilité se rendent sur ce lieu d'elles même ou en ayant été adressées par d'autres professionnels de santé rencontrés. En outre, les patientes en situation de précarité venaient consulter pour une contraception, par conséquent elle portait un intérêt à ce sujet, et étaient donc plus à même de nous communiquer des données essentielles lors des entretiens.

2.2.3 Outil méthodologique

Afin de réaliser notre étude et de répondre à notre question de recherche, nous avons choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs. La grille d'entretien a été construite à partir de la littérature existante sur le sujet et de manière à répondre à nos hypothèses. Peu d'études interrogeant les aspects qualitatifs ont été menées. C'est pourquoi il a été nécessaire d'identifier les facteurs liés à la situation de précarité entrant en compte dans la perception et l'interprétation de l'information reçue en matière de contraception.

De plus, l'utilisation de l'entretien semi-directif nous a permis d'interroger les femmes sur les aspects recherchés par le biais de questions ouvertes leur permettant de s'exprimer plus librement et largement. Il s'agissait également de recueillir des témoignages et vécus singuliers, ainsi que des éléments que nous n'avions pas envisagé initialement lors de la construction de l'outil de recherche.

Les thèmes abordés dans notre grille d'entretien (Annexe II), étaient les suivants :

- La première partie consistait en un recueil des informations sociodémographiques et économiques des femmes. Le but était d'identifier les difficultés liées au mode de vie.
- La seconde partie abordait l'histoire contraceptive.
- La troisième partie interrogeait la contraception actuelle, la confiance accordée à cette méthode, les difficultés rencontrées, l'information reçue et la connaissance de leur contraception.
- La quatrième partie nous permettait d'évaluer, en adoptant une vision globale, les connaissances en matière de contraception ainsi que les sources d'informations.
- La dernière partie s'intéressait à la connaissance de la structure de prise en charge, le CPEF, mais également aux motivations amenant les femmes à venir y consulter.

La grille d'entretien a été modifiée au fur et à mesure de l'étude, par la reformulation de certaines questions, de manière à les rendre plus accessibles et compréhensibles par les femmes, notamment lorsque nous abordions la contraception. Nous avons également étoffé notre grille par l'ajout de certaines questions dont les réponses nous semblaient pertinentes pour l'analyse. Enfin, nous avons réalisé un test de notre questionnaire. Ce dernier s'est révélé adapté lors de cet essai, ainsi, nous avons décidé d'inclure l'entretien avec cette femme, et de conserver la grille d'entretien en l'état.

2.2.4 Déroulement de l'étude et recrutement

Afin de débiter notre étude au sein du CPEF, nous avons, dans un premier temps, obtenu l'accord de Mme Ledour, chargée de la protection maternelle et de la planification familiale. Notre grille d'entretien a été évaluée par trois expertes : Mme Ledour elle-même, Mme Stanney, responsable d'un CPEF et Mme Carayol, sage-femme épidémiologiste. Notre étude s'est déroulée sur la période d'octobre 2018 à janvier 2019.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ayant été retenus sont cités ci-dessous :

2.2.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Femmes majeures
- Femmes en situation de précarité avec un score EPICES > 30
- Femmes résidant en France depuis au moins un an
- Femmes parlant le français, l'anglais ou l'arabe

Nous avons choisi d'interroger des femmes résidant depuis au moins un an en France, de façon à avoir un certain recul depuis leur arrivée et un matériel suffisant, en matière d'expérience de vie et de recours à une contraception, nous permettant d'alimenter les réponses obtenues lors de nos entretiens.

Critères d'exclusion :

- Femmes présentant une contre-indication aux contraceptifs
- Femmes refusant de participer à l'étude
- Femmes avec un score EPICES < 30

Le recrutement des femmes a été réalisé sur place, au CPEF, avec l'aide des secrétaires du centre. Nous leur avons communiqué les critères d'inclusion, de façon à ce qu'elles puissent repérer en amont les femmes que nous pouvions potentiellement inclure dans notre étude. Lorsqu'il était possible de nous déplacer au CPEF, nous appelions les secrétaires avant notre

venue, afin d'identifier si le profil de femme recherché était présent. Une fois le repérage et l'enregistrement effectué au secrétariat du service des consultations, nous nous présentions aux femmes en salle d'attente. Nous leur expliquions les objectifs et le déroulement de notre étude afin de recueillir leur consentement pour la participation à cette dernière. Lorsque la femme acceptait de prendre part à l'étude, nous lui posions les questions nécessaires au calcul du score EPICES. Si ce dernier était supérieur à 30, nous incluions la femme dans notre étude. Les entretiens étaient effectués après les consultations pour la plupart, et avant pour certains. Nous avons dû faire preuve d'une certaine souplesse pour interroger les femmes. En effet, cela dépendait de l'affluence en salle d'attente, du temps d'attente estimé pour la consultation, de la disponibilité des patientes mais également des professionnels de santé. Nous disposions de davantage de temps avant les consultations pour les patientes se présentant sans rendez-vous, qui n'étaient de ce fait pas prioritaires.

Les femmes recrutées en salle d'attente, avec un score EPICES > 30, étaient interrogées en entretien dans une salle isolée prévue à cet effet

Le consentement de ces femmes pour la participation à l'étude a été recueilli oralement, après présentation de l'étude et de ses objectifs, mais également après les avoir informées de l'enregistrement de l'entretien, de la conservation de l'anonymat et de la confidentialité des données.

Au fur et à mesure de l'étude, nous avons dû faire face à des difficultés de recrutement que nous aborderons par la suite dans la dernière partie. Par conséquent, nous avons choisi d'effectuer certains entretiens par téléphone. Nous recrutions les femmes au CPEF et nous effectuions le calcul du score EPICES. Leur accord était recueilli sur place après explication de l'étude et information de l'enregistrement de l'appel. Une fois ces modalités achevées, nous fixions une date de rendez-vous, de façon à ce que nous puissions les joindre et qu'elles soient davantage disponibles.

Néanmoins, certaines patientes, dont le profil correspondait à l'étude, n'étaient pas venues à leur rendez-vous au CPEF. Ainsi, les secrétaires du centre contactaient ces patientes afin de leur demander si éventuellement elles accepteraient de participer à notre étude. Si les

femmes étaient d'accord, elles me communiquaient leurs coordonnées. Par la suite, nous les contactions, puis, le score EPICES était effectué par téléphone et un rendez-vous était fixé à une date ultérieure si elles étaient indisponibles.

Les entretiens téléphoniques étaient réalisés dans un délai d'une semaine maximum après la consultation de contraception au CPEF, afin de minimiser les biais de mémorisation et de pertes de vue. Ces derniers correspondaient à 5 de nos entretiens parmi les 13 réalisés.

2.2.5 Analyse

Le nombre d'entretiens atteint s'élevait à 13. Nous n'avons pas pu atteindre le nombre de 15, du fait de la spécificité de la population d'étude. 3 patientes recrutées au CPEF, pour qui nous avons calculé le score EPICES et convenu d'un rendez-vous pour un entretien téléphonique, étaient injoignables après plusieurs tentatives et ont, de ce fait, été perdues de vue.

Cependant, nous pensons avoir obtenu un effet de saturation, notamment pour des femmes ayant un profil similaire.

La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes, 32 minutes pour l'entretien le plus court et 1 heure pour l'entretien le plus long.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone de notre téléphone, puis retranscrit intégralement.

1 entretien a été traduit de l'arabe par l'utilisation de ressources personnelles.

Les données recueillies ont par la suite été analysées par thématiques et nous avons mis en évidence des champs lexicaux.

2.2.6 Profil de la population d'étude

(Annexe I)

- Score EPICES : la moyenne des scores EPICES était de 74,24. Les scores EPICES calculés s'étendaient de 53,25 à 88,17.

- Âge : la moyenne d'âge des femmes de l'échantillon étudié est de 30,7 ans, elles étaient âgées de 23 ans à 38 ans. Les femmes les plus jeunes représentées par les étudiantes, ont un niveau socio-éducatif plus élevé et par conséquent une implication et des connaissances plus étendues vis à vis de la contraception.

- Origine ethnique : l'ensemble des femmes interrogées étaient originaires du continent Africain, 11 d'Afrique subsaharienne, 1 d'Afrique du Nord. 1 seule patiente, d'origine haïtienne sur les 13 possédait la nationalité française.

- Situation matrimoniale : au niveau de notre population d'étude, 4 femmes étaient célibataires, 5 en couple (dont 1 en procédure de divorce), 1 mariée, 1 en concubinage, 1 divorcée, 1 séparée. La plupart de ces femmes, notamment parmi les femmes en couple, étaient en situation de monoparentalité.

- Couverture maladie : l'existence et le type de couverture maladie était l'un des critères les plus pertinents, lors de l'identification des femmes que nous pouvions potentiellement inclure dans notre étude. Elle était le plus souvent corrélée et proportionnelle au score EPICES retrouvé. Ainsi, les femmes n'ayant pas de couverture sociale ou disposant de l'AME, de la CMU ou de la sécurité sociale sans mutuelle, avaient un score EPICES > 30.

- Contraception actuelle : 3 femmes sur les 13 ne disposaient pas d'un moyen de contraception au moment des entretiens.

3 Troisième partie : Résultats, Analyse et Discussion

3.1 Un parcours de vie marquant

Depuis une vingtaine d'années, la littérature a montré qu'une grande partie des personnes en situation de précarité ont été confrontées, au cours de leur vie, à des suites d'évènements traumatogènes, qui se sont déroulés avant la situation d'exclusion. Ces évènements ont été caractérisés comme étant les suivants : un environnement familial instable, un cours de vie irrégulier marqué par des ruptures, la maltraitance ou la négligence, la perte précoce de membres de la famille ou d'amis, le comportement imprévisible et discordant de l'un des parents résultant en un style d'attachement insécure ou désorganisé. Ainsi, ces évènements survenant plus ou moins précocement, pourraient être à l'origine d'une décompensation de la santé mentale par la suite. (20)

Dans notre étude, nous retrouvons les mêmes évènements, décrits lors des témoignages des femmes.

3.1.1 La violence

L'une des principales motivations poussant ces femmes à se rendre en France était la fuite de diverses situations de violence.

La violence faisait partie intégrante du quotidien de ces femmes. Lorsque nous leur demandions si elles avaient d'ores et déjà été victimes de violence, sachant qu'il en existe différentes formes, précédemment énumérées dans notre cadre conceptuel, la plupart d'entre elles évoquaient d'emblée les violences sexuelles ou le viol. La violence est considérée lorsque le corps est touché. La violence verbale par exemple, n'était souvent pas reconnue comme étant une agression :

« Des violences sexuelles ? (De tout, que ce soit des violences physiques, psychologiques, verbales) Euh mmm... physiques euh parce que mon oncle voulait forcément que j'épouse quelqu'un qui devait de l'argent. »

« Violé non, grâce à Dieu, j'ai jamais été violée. (Vous a-t-on déjà mal parlé ?) Oui ça c'est sûr, les lybiens quand on devait monter dans le bateau ah mais ils nous ont menacé un. »

« Oui oui en Afrique, j'ai déjà subi des situations de violence. La vie est dure, pleins de viols, beaucoup de trucs... On parle pas mais y a trop de trucs. Y a aussi des abus. En Afrique les hommes sont violents, parce qu'il y a pas de loi. Donc ils font ce qu'ils veulent. (Vous a-t-on déjà mal parlé ?) (rire), bah ça tous les jours dans la vie on entend des mauvaises paroles. »

« (Violence ?) Non non, pas sexuellement. »

« parce que moi étais excisée en Côte d'Ivoire. une femme quand elle est excisée, c'est pas la peine, parce que quand tu fais un rapport, tu ne sens pas. »

Les réponses à la question de la violence se limitaient souvent à une atteinte sexuelle. En dépit des questions de relance définissant la notion de violence, nous avons constaté que les femmes n'en connaissaient pas toutes les autres formes possibles.

3.1.2 Un voyage entre la vie et la mort

Lors de leurs voyages, ces femmes étaient souvent seules, sans ressources, à la merci de quiconque croisait leur chemin. Dans la plupart des cas, il s'agissait de fuir pour survivre, d'échapper quotidiennement à la mort, présente devant leurs yeux.

« (...) euh je suis partie en Lybie, y avait trop de racistes c'était difficile, vraiment difficile, voilà, et pff, les gens tuaient des gens, y avait pas de quoi manger, c'était difficile, et c'est comme ça euh, cette dernière qui m'avait là-bas, elle connaissait les gens là comment on les appelle, les sss, les..., elle connaissait des gens qui traversaient pour venir... (les passeurs c'est ça ?) voilà des passeurs, les gens et autre, et c'est comme ça qu'elle m'a proposé. Bon, vu que en Lybie, puisque en Lybie les gens ils sont beaucoup racistes, y avait pas mal de choses, traverser aussi c'est entre la vie et la mort, rester aussi en Lybie, on peut te

tuer d'un moment à l'autre, alors j'ai dit pourquoi pas. Et c'est comme ça que euh on s'est enfuie et voilà... »

« Parce que après ils nous ont mis quelque part, on était dans une chambre là-bas et après quand les gens parlent ils viennent avec les armes, celui qui parle il va tuer la personne et tout. Devant nous même ils ont pris même un jeune, ils ont pris un jeune et on s'est mises à pleurer, tu vois on s'est mises à pleurer, après ils sont partis, le jeune on l'a plus revu et on était là on entend les tirs aux alentours, les tirs, vraiment ça faisait peur. Même le jour de l'embarquement, la nuit comme ça on est arrivé au bord de la mer (rire nerveux), ça courrait partout, nous tous on avait, j'avais, franchement j'avais très très très peur, j'ai même pensé que c'était vraiment la fin de ma vie ce jour là. »

Ainsi, nous constatons que ces femmes, dans leur démarche de survie, sont confrontées à un risque majeur de mort. Elles fuient la mort mais encourent un risque important d'y être confrontées.

3.1.3 Une famille brisée

Deux des femmes interrogées nous ont parlé de la perte de leurs enfants, et nous ont décrit cet événement comme étant l'un des plus compliqué à surmonter :

« La chose la plus difficile pour moi, c'est quand ils ont récupéré mes enfants, je n'ai pas mes enfants que j'ai élevé pendant des années, que j'ai élevé pendant des années ! Parce que ma fille aînée, maintenant aujourd'hui elle a 15 ans, elle aura 16 ans en avril. Du coup la fille, l'enfant que j'ai élevé, mes enfants que j'ai mis au monde, moi même, que j'ai élevé, un jour ils me l'ont pris. Après j'ai su qu'ils sont avec leur grand-père. Donc ça me fait mal de vivre sans mes enfants. Ca me fait très mal, ça me choque, ça me donne euh... ça me traumatise la tête, donc euh je suis avec euh... Si je me rappelle de la scène je ne suis plus moi-même. Ca fait 4 ans que je n'ai pas revu mes enfants, que je n'ai pas revu mes enfants sans nouvelle, rien. »

« Oui j'en ai deux, j'ai ma première fille qui a 16ans et l'autre elle a 6 ans. (Elles sont en Côte d'Ivoire ?) Oui c'est ça (...) On se parle sur téléphone, donc voilà. (très émue, larmes aux yeux, pleure à l'évocation

des enfants, a besoin d'un moment, essaye de retenir ses larmes en cherchant un mouchoir) Ma fille je l'ai eu, la première je l'ai eu très jeune, je l'ai eu très jeune avec un jeune du quartier, voilà on était ensemble, c'est comme ça que j'ai eu ma fille. »

Comme évoqué précédemment, ces femmes sauvent leur vie au prix de souffrances terribles.

3.1.4 Des femmes abandonnées

Ces femmes, dans la majorité des cas, ne peuvent pas compter sur leur famille. En effet dans la plupart des témoignages, les situations de violence rencontrées étaient intra-familiales. Ainsi, elles ne disposaient d'aucun soutien, se retrouvaient seules, littéralement abandonnées, et exposées à une certaine vulnérabilité. Par conséquent, la seule solution était la fuite, et la recherche d'une autre vie, d'autres soutiens leur permettant de faire table rase du passé :

« (Avez-vous un contact avec votre famille ?) Je la vois euh en fait oui ils sont là mais je ne vois personne. Justement c'est par ma famille que je me suis fait violée... j'ai pas trop envie de les voir... et à l'extérieur aussi. »

« ma belle mère me maltraitait et ça n'allait pas (...) Bah c'est quand ma mère puis mon père s'est séparé, on était tout petit, c'est mon père qui m'a élevé. Donc la femme que mon père marié, quand je dors la nuit elle vient me réveiller pour que je puisse travailler. Elle me laisse pas reposer... Elle me frappe tout le temps. Souvent même je dors dehors, je mange pas. Mais elle donne la nourriture à ses enfants. Quand mon père vient je dis, il me dit que c'est pas vrai parce que c'est ce que sa femme dit, c'est ça il croit. A chaque fois mon père me frappe devant sa femme. Donc j'étais fatiguée, je sais pas ce qu'il veut. J'ai connu y a quelqu'un qui m'a montré ma mère, où ma mère habite, d'habitude je suis pas chez ma mère, mais ma mère aussi s'est mariée avec une autre homme. Tu sais que c'est pas facile de rester là-bas. Donc j'ai vu que ça n'allait pas, donc je me suis enfuie pour venir ici. »

« Oui, chez nous. C'est pas comme maintenant je vis en France, on met la tête dehors, ils m'ont mis la tête dehors avec des armes un, ils m'ont pris mes enfants avec des armes, c'est les hommes armés qui

ont pris mes enfants. Oui parce que mon mari avait des problèmes, avec mon mari, mon mari un jour il était quitté... il était quitté à la maison un jour sans me dire, donc euh il a disparu pendant des années, on s'est plus vu (...) Et là un jour, il a disparu, il m'a dit qu'il va dans une ville que je connais très bien. Du coup il n'est plus rentré pendant 4 à 5ans. Oui, pendant 4 à 5ans, donc de là ils m'ont dit, tant qu'ils ne voient pas les enfants, ils vont me tuer aussi, il faut que je retourne, j'ai dit non (...) Pendant des années, après ils ont récupéré mes enfants avec des armes, ils voulaient me tuer. C'est pourquoi j'ai quitté le pays. »

Des situations d'abandon et d'exclusion également vécues en France, lors de tentatives de reconstruction d'une vie familiale :

« Non, non, vous savez quand je suis arrivée en France j'étais très stressée avec des problèmes que j'ai du coup pour venir donc euh je n'avais rien calculé. J'étais traumatisée comme cet homme qui m'aidait, c'est lui que j'ai connu, je n'ai connu personne quand je suis rentrée ici euh j'avais des problèmes donc euh je ne connaissais personne. Donc je suis obligée de faire avec, je suis restée avec lui deux mois. Donc il faut que j'accepte tout ce qu'il dit (rire) parce que c'était le seul que je connais (...). Le jour que je lui ai annoncé que je suis tombée enceinte, c'est là qu'il m'a dit non, il a sa femme, il peut pas m'épouser et il est parti, je l'ai plus revu. »

« Et il est parti et il m'a laissé, je n'avais même pas de quoi payer l'électricité, ni rien du tout. »

La cohésion familiale ainsi que le soutien émotionnel au sein du groupe familial, correspondent à des facteurs protecteurs vis à vis de la régulation émotionnelle ainsi que l'adaptation flexible aux événements imprévus. (20)

3.1.5 Une expérience traumatisante

L'ensemble des situations de violence et de maltraitance rencontrées par ces femmes sont restées gravées dans leur esprit en tant qu'expériences traumatisantes. En effet, nous avons choisi d'inclure dans notre échantillon, des femmes résidant depuis plus d'un an en France, et, nous observons qu'elles évoquent leurs histoires, parfois plusieurs années après,

comme si ces dernières s'étaient déroulées depuis peu, comme si elles se répétaient la scène en continu. Des émotions diverses et variées ont surgi lors des entretiens, telles que la tristesse, la peur, la colère. Au moment de l'étude, elles évoquaient des sentiments, voir des symptômes qui s'apparentaient à un syndrome post traumatique :

« Euh, parfois quand quelqu'un rentre dans une maison sans que je sache qu'il y a quelqu'un qui arrive, après je m'effraie. Maintenant ça va un peu, mais dans le début j'avais très très très peur peur, mais quand j'entends les bruits, quand j'entends ce genre de truc ça me faisait, j'avais le cœur qui... (voix tremblotante) vraiment ça me faisait peur. Et j'étais pas bien, j'étais pas bien. Même parfois quand je suis dans la maison je m'y attend pas que y a quelqu'un qui doit venir et que la personne sonne, la personne sonne, j'ai le cœur qui... je m'effraie et tout. »

« Bon au fur et à mesure que le temps passe, on pense à autre chose mais ça tu n'oublies pas, c'est un truc qu'on oublie pas. »

« mais euh honnêtement depuis que je suis revenue ici, je fais des cauchemars de mon enfance et jusqu'à maintenant je les subi et je me sens très mal. »

« J'étais traumatisée... » « (...) je savais pas qui y avait des associations qui aident, comme je n'ai jamais voyagé dans ma vie, vous voyez donc euh, ça m'a trop traumatisé donc euh j'ai fait avec. »

L'ensemble de ces symptômes, sont restés enfouis, refoulés, et n'ont pas pu être entendus, pour la plupart d'entre elles. Ainsi, il en résulte une persistance à long terme du syndrome post traumatique. Les résultats d'une recherche menée par Zübeyit et Gün, montrent que la migration forcée influence de manière très négative la santé mentale des migrants, et ce, même après de nombreuses années. En effet, une grande partie de la population manifestait toujours des symptômes de stress post-traumatiques. (28)

D'après les résultats d'une étude longitudinale rétrospective menée par Bassuk et Rosenberg, Goodman et al. , 87% des femmes sans domicile fixe, souffrant de troubles

psychiques, ont subi des violences physiques dans leur enfance. 65% ont été abusées sexuellement. D'autres conclusions similaires ont été retrouvées dans la littérature. (20)

3.1.6 Un quotidien usant, une souffrance enfouie, qui cherche à être entendue

La plupart de ces femmes étaient souvent extrêmement fatiguées lors de nos entretiens, et nous expliquaient les difficultés liées à leur quotidien, mais nous décrivaient également un sommeil de mauvaise qualité, marqué par « *des cauchemars* ». Une étude réalisée en 2005 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, a permis de mettre en évidence l'association significative entre les troubles du sommeil et les situations de précarité ainsi que le vécu d'évènements de vie difficiles tels que les violences subies. (29)

« (vous avez l'air fatiguée, vous dormez bien ?) Non je dors bien, je suis fatiguée c'est tout. J'ai fait les courses, je suis montée, je suis descendue. Puisque je ne fais rien, je travaille pas... mais maintenant j'ai l'impression que du fait de ne rien faire fatigue aussi plus que quand tu travailles, je sais pas pourquoi. »

Ces femmes sont également épuisées par les trajets quotidiens pour se rendre au travail, ou pour effectuer des démarches administratives. Elles évoquent cette fatigue, comme une souffrance, un appel à l'aide :

« depuis que je suis dans le 95 maintenant euh je retourne toujours euh... je rentre chez moi et je repars, je fais presque plus que les transports, c'est pour ça ces derniers temps je suis fatiguée euh je fais plus de temps dans les transports que tout... et en plus parfois c'est pour arriver en retard parce que y a toujours des problèmes de transport donc euh... faut améliorer les choses... »

« Je crois pas que chez moi je souffrais comme je souffrais ici, et le fait est qu'aussi je souffrais là-bas mais ici je vois comme si on est opprimé, on souffre moralement et physiquement.

(qu'est-ce qui est difficile ?) A tout point, tout un ! »

« On m'a donné la maison très très loin, là je suis dans une maison de passage, c'est pas une maison définitive, elle est compliquée la vie ! Mais donc on m'avait donné très loin, je sais pas si c'est deux heures, j'ai dit mais je crois que je travaille à six heures trente, je pars d'ici à quelle heure pour arriver ! Pour moi le trajet du temps, il faut que ça dure moins d'une heure du temps. Je leur ai dit que c'était trop loin mais c'est comme si on m'a fait le chantage en fait, eh bah si on te laisse qu'est-ce que tu vas faire, donc je passe parce que je voulais accepter ça, j'ai accepté ça. On me poussait à me justifier par un moyen de pression. Jusqu'aujourd'hui je pleure mais je veux pas que les enfants voient ça, mais je pleure. Y a des larmes qui me sort, je me demande, je suis dans les normes quand même ! Pourquoi on voulait pas m'orienter... on impose aux gens, je fais trop d'heures donc on m'impose. Oui, dans tout, j'ai fait appel au 115. »

Les résultats d'une étude menée en 2010 dans 12 centres d'examen en santé, par B. Royer et G. Gusto, montrent également que les femmes précaires souffrent davantage de psychose, troubles du sommeil, d'état d'angoisse et d'anxiété. La prévalence de ces troubles était corrélée au niveau de précarité, évalué par le score EPICES. (1)

Par conséquent, la précarité constitue un facteur de risque non négligeable de la dégradation de l'état de santé mentale. Une attention particulière doit y être portée, ainsi qu'aux éléments venant s'y ajouter tels que la solitude, l'absence d'emploi, la situation de monoparentalité, qui exacerbent les affections psychologiques.

3.2 Difficultés d'insertion sociale

Nous avons également choisi d'inclure des femmes en situation de précarité résidant depuis plus d'un an en France, de manière à mettre en évidence leur parcours d'insertion sociale et avoir un certain recul sur les difficultés auxquelles elles étaient confrontées. Ainsi, nous avons abordé ce sujet dans la première partie de notre grille d'entretien, et recueilli de multiples témoignages de complications liées aux différents éléments entrant en jeu dans l'insertion sociale.

Dans un premier temps, la difficulté des démarches administratives afin de régulariser la situation de ces femmes, les amenait à l'abandon de ces dernières. Si l'on se réfère à la pyramide de Maslow, les patientes en situation de précarité vont chercher à subvenir dans un premier temps aux besoins physiologiques. Il s'agissait ainsi, de régulariser leur situation dans l'objectif de trouver un toit pour pouvoir dormir, et subvenir aux besoins essentiels comme se nourrir. Nous avons pu mettre en évidence que cette initiative représentait déjà un premier obstacle :

« Franchement j'ai pas d'assistante sociale, j'ai essayé de faire asile, mais quand je fais bon après ils m'ont dit, ils m'ont dit d'aller en Italie parce que j'ai commencé ça en Italie et voilà et je suis pas partie, je suis restée euh, normalement un an après je devais refaire la demande bon, j'ai préféré laissé comme ça, sinon vraiment je cherche l'assistante sociale. Si l'assistante sociale peut vraiment m'aider, ça peut m'arranger mais je sais pas où. Parce que voilà une fois j'ai été à la mairie de la commune où j'habite, j'ai essayé de demander l'assistante sociale mais j'ai pas eu accès, voilà. »

« Bon c'est comment, c'est c'est être dans une situation irrégulière quand même c'est c'est pas du tout facile, du tout. Parce que quand vous demandez un papier c'est d'abord ah donnez ceci, d'abord un non et ceci et cela... tout un tas de choses et c'est très compliqué desfois. Donc c'est ce qui fait que finalement tu ne sais même pas comment t'organiser, comment par où commencer. Parce que l'autre te dit ceci, l'autre te dit cela, donc après y en a certains qui te disent il faut avoir une assistante sociale, après... à partir de là tu sauras comment t'en sortir. »

« Surtout même au niveau administratif, si vous croisez quelqu'un que votre tête ne lui plaît pas, ils vous vous faire des choses, ils contrôlent tout, je sais pas, même aujourd'hui j'étais à la mairie j'ai beaucoup pleuré. »

« C'est compliqué la vie, c'est compliqué ! Ah ouai, je vous dit c'est compliqué, je mange que aux restos du cœurs et les aides à volonté. »

La régularisation de leur situation en France passait, en outre, par l'obtention d'une couverture maladie, où l'on observait un renoncement aux soins, caractéristique de la population précaire, qu'elles expliquent par la difficulté et la lenteur des modalités administratives :

« (...) mais ils prennent 10ans pour que ça puisse euh mettre à jour. Le renouvellement ça prend 10ans (...) mais c'est chiiiiant ! je dois tout payer de ma poche. Donc du coup euh... depuis que je suis revenue ici je sais que j'ai besoin d'aller à l'hôpital mais j'y vais pas parce que je me dis euh j'ai quoi. Déjà je paye juste mon loyer avec ce que je gagne et alors euh si je m'amuse à aller parce que j'ai besoin... si je m'amuse à aller euh... je suis pas sortie quoi (émue, larmes). »

« Là j'ai encore refait la demande, j'ai déposé le tout, j'attends. Donc euh je suis en attente pour voir, pour le moment j'ai pas. »

« Oui oui c'est très difficile franchement, juste quand je suis venue au début juste pour avoir une aide médicale... mais ils m'ont demandé des tas de choses que finalement je me suis dit j'espère ne pas tomber malade tout simplement donc ça vaut pas la peine. Je préfère rester comme ça, je suis malade je vais à l'hôpital j'achète les médicaments et puis ça va. Parce que desfois tu n'as même pas le courage de continuer, ils vous demandent trop de choses et des choses parfois que toi tu tu peux pas avoir facilement, donc c'est compliqué parfois. »

L'ensemble des besoins physiologiques n'étant pas satisfaits, ces femmes cherchent constamment à y subvenir, et sont à la recherche perpétuelle d'un équilibre. Cependant, ce

dernier n'étant pas atteint, elles se retrouvent dans une situation d'instabilité, caractérisée par un besoin de changement de lieu, qui se révèle inadapté :

« (...) parce que où je suis c'est vraiment, vraiment petit, vraiment petit. Même le lit de l'enfant c'est pas euh (rire), on est obligé de mettre des petits lits qui ne vont même pas à leur âge parce que euh, pfff, faut qu'ils aient au moins un truc pour dormir. Donc, ils ont dit qu'on va faire la demande, jusque là on attend... Mais c'est très très petit, franchement, parce que mon fils il a 4 ans et demi là et il bouge partout donc on a pas d'espace, donc du coup il s'ennuie, quand il sort il se défoule comme un prisonnier. »

« En fait moi je viens d'emménager depuis euh ça fait moins de six mois. J'étais à l'hôtel et j'avais l'assistante sociale, je suis salariée en CDI. J'étais avec le 115, j'avais une assistante sociale qui me suivait. Moi j'avais tous les conditions, je suis très très loin ici ! Elle voulait m'envoyer dans quelque chose à Paris, on appelle ça loyer solidaire, parce que je travaille à Paris, les enfants ont l'école à Paris. Mais j'ai parlé au mec, c'était un homme, mais il voulait pas ! Tout ce que je lui demande, il me dit non ! »

« Mais moi j'aime pas me dévoiler, là c'est quelque chose que je déteste de toutes mes forces. Là c'est pour l'assistante sociale, et l'assistante sociale, je paye le loyer très cher mais je veux pas, parce que là-bas vous êtes obligée de vous expliquer comme si vous êtes un enfant, vous parlez à vos parents, c'est quelque chose que j'aime pas. »

« (...) c'était dans un squat, Aubervilliers. Donc c'était là-bas j'étais. Et là-bas, nous on était... ils nous ont dit qu'ils vont casser le coin, que on avait cas sortir. Et moi quand je sortais j'étais enceinte de ma fille, donc je savais pas comment ça se fait. Y a des filles qui nous a dit que si vous allez rester dehors, appeler le 115. Donc on a appelé le 115... on a appelé le 115, le... c'était un 28 septembre 2018. Donc on a appelé le 115, 115, on nous a pris une fois pour aller dormir, pour une deuxième fois on nous a pris, la troisième fois on nous a laissé le lendemain à la rue. »

Par ailleurs, ces femmes qui cherchent avec difficulté à satisfaire des besoins primaires, sont également en quête de stabilité et de normalisation de leur quotidien. C'est-à-dire qu'elles sont à la recherche d'une certaine sécurité qu'un emploi pourrait leur accorder. De ce fait, nous

pouvons assimiler ce constat à l'ascension de la pyramide de Maslow, le second palier étant le besoin de sécurité. Cependant, nous avons dans notre échantillon des femmes qui ont reçu une éducation, et d'autres qui ont quitté l'école précocement, voire n'y ont jamais été. Qu'elles aient bénéficié d'une formation professionnelle ou non, elles convergent, une fois en France, vers une situation similaire (Annexe I). En effet, elles se retrouvent toutes sans emploi du fait de la non reconnaissance, en France, des formations suivies. Par conséquent, certaines se retrouvent sans profession, et d'autres décident de travailler « au noir », pour subvenir rapidement aux besoins physiologiques. En somme, nous en revenons à la base de la pyramide de Maslow, et à la persistance de la situation de précarité.

« Les études que j'ai fait, franchement ça sert à rien »

« Ici, non je travaille pas, parfois euh, si y a une dame soit je vais aller faire ses courses, soit le mercredi faut rester avec mon enfant, ou soit tu viens faire le ménage, mais sinon je travaille pas. (est-ce qu'elle vous paye ?) Euh... oui, ce qu'elle peut mais voilà. (c'est déclaré ?) Non c'est pas déclaré, en plus j'ai pas de papiers. »

« Bon c'est juste au noir, tu travailles on te paye tout de suite. Bon c'est dans un restaurant africain comme serveuse. J'ai l'impression que ici il faut refaire une formation pour trouver le travail que vous voulez donc j'attends juste de... l'avoir quand même pour le faire, comment... par où commencer sur ça parce que y a pleins de choses à faire. Il faut être d'abord dans une situation régulière après pour pouvoir faire tout ça.

Sinon si y a quelqu'un qui a envie de se coiffer aussi je sais le faire, oui donc je fais ça à domicile. »

« C'est pas évident c'est ça parce que sans ça tu peux rien faire ici. Je désire faire une formation, mais je sais pas comment je peux faire. Je sais pas si on peut me permettre de suivre une formation professionnelle et que... par là on me donne un titre de séjour qui me permet de faire cette formation... je sais pas si c'est possible ici. »

« Non j'ai fait tout mais ils m'ont dit sans papiers je ne peux rien faire. Donc depuis 4ans que je suis là, je n'ai rien fait. J'ai demandé, j'ai fait tout, ils ont refusé, donc du coup je n'ai personne qui peut me

donner son papier pour travailler. . Et en plus j'ai ma fille, ma fille qui était née ici, donc elle est très petite, je sais pas où, parce qu'ils ont refusé de la prendre à la crèche. Ils ont dit je n'ai pas de papiers, on peut pas la prendre à la crèche. On peut pas la prendre quelque part, donc elle peut pas commencer l'école, je suis obligée de la trimbaler partout, donc je peux rien faire. »

« On peut pas avoir un emploi ici comme on fait pas de formation. C'est des petits boulots à gauche à droite juste pour subvenir à ces besoins, mais rien d'intéressant. (vous arrivez à subvenir à vos besoins ?) Oui à peu près... un peu... pas tous... mais bon. Bon je sais pas trop, desfois quand on veut faire du shopping, s'acheter de beaux vêtements, des chaussures et tout, desfois on a pas les moyens de le faire. »

Cet échec professionnel surajouté aux conditions inégales d'existence vis à vis de ceux qui travaillent, mènent ces femmes à penser qu'elles sont, de par « leur nature et leur rang, inemployables, inutiles au monde ». (28) Par conséquent, elles ont une faible estime de leur propre personne et une diminution de leur confiance en soi, caractéristiques aggravantes de la précarité.

Certaines des femmes de notre étude, se retrouvant seules et sans emploi, cherchent à reconstruire une nouvelle vie, fonder une famille, de manière à lutter contre la solitude, et reconquérir une certaine estime d'elles-même (besoin social de la pyramide de Maslow) : « *Je vais revoir l'assistante pour qu'elle me trouve une maison, pour que je recommence une nouvelle vie, mais ce n'est pas facile. »*

3.3 Ambivalence vis à vis de la maternité

Nous retrouvons dans notre étude, des points similaires à ceux retrouvés dans le mémoire de Lolita Ogé intitulé : Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité. (30)

D'une part, la maternité va être considérée par ces femmes comme un nouveau départ et comme étant « réparatrice » des événements et situations complexes vécus. En effet, la maternité apparaît comme la construction d'une nouvelle famille. Pour d'autres, la maternité, possède un versant culturel. Il s'agit de la réalisation de la femme en tant que mère :

« Moi je voulais des enfants, vu que j'avais des difficultés même en Afrique... et ici... toutes les femmes ont des enfants ici, donc si tu n'as pas d'enfants t'es un peu seule... »

« Oui quand... et puis tu sais on a l'habitude de dire que il faut se faire des enfants »

Ayant fait face à de multiples échecs, dans l'objectif d'atteindre une certaine stabilité et normalisation de leur vie, la maternité va devenir pour ces femmes un vecteur d'insertion et de reconnaissance sociale. En effet, de par l'accès aux soins, ces femmes vont être prises en charge par le biais du domaine médical et vont pouvoir bénéficier d'une régularisation de leur situation.

De plus, le fait d'avoir des enfants représente une force leur permettant de faire face à la dureté du quotidien et de lutter contre la solitude :

« parce que c'est un pays quand tu n'as pas d'entourage, tu te renfermes chez toi, c'est les enfants qui me donnent la force d'avancer, de se battre (rire)... ouais de se battre. Parce que c'est tellement dur aussi ici. C'est comme en Afrique on dit aaah l'Europe, la France, mais c'est plus dur même qu'en Afrique. Y a que les enfants qui me donnent la force. Parce que une fois qu'on fait des enfants on cherche des forces pour pouvoir continuer. »

« C'est arrivé comme ça, sur le moment je devais le faire mais avec le stress tu viens ici, tu n'as pas de famille, tu connais personne, tu oublies tout ce que tu dois faire, y avait plein de choses dans ma tête. Le fait de bien s'installer ici là, je n'ai pas de parents, je n'ai personne, je n'ai que mon cousin, j'ai pas encore de travail. »

Néanmoins, l'ascension hâtive de la pyramide de Maslow fait que ce désir de grossesse se heurte à d'autres complications qui vont entraver la maternité :

La plupart de ces femmes font face à de nombreuses déceptions et désillusions vis à vis de la relation de couple leur permettant d'accéder à la maternité :

« En fait à cette époque, c'est lui qui ne voulait pas, il m'a dit bon il voulait que j'attends un peu, jusqu'à tel mois, à partir de tel mois euh y avait pas de soucis et tout et tout donc euh voilà. Il m'a raconté une histoire comme quoi il n'était pas encore prêt, je lui ai dit ok y a pas de soucis. »

« L'enfant est venu très tôt, il était pas prêt, il était marié et puis il n'a pas accepté l'enfant. Il a pas voulu s'engager sur l'avenir de l'enfant. »

« L'avocat s'en est occupé et peut être que ça va lui (père) mettre aussi la pression, pour fournir les documents qu'il faut à la préfecture, pour que je puisse être régularisée et normalement travailler pour m'occuper des enfants, pfff, de mes enfants. »

« Parce que il a sa femme, il m'avait pas dit donc euh du coup je suis pas mal découragée, donc on est plus ensemble. »

« Oui, non on est pas en couple, lui même il a... on est pas ensemble, il est... on est pas ensemble, parcequ'il est sans papiers, donc il est avec euh, il vit avec ses copains. »

Ces évènements conduisent ces femmes à se retrouver en situation de monoparentalité, ce qui accentue d'autant plus la précarité. En outre, elles doivent assumer seules les responsabilités familiales et subviennent aux besoins des enfants aux dépend des leurs :

« Pour l'alimentation, je lui donne le lait avec le sein, mixte. (vous achetez du lait ?) Non, moi je n'ai pas l'argent, je n'ai pas de revenus, je travaille même pas, je n'ai pas d'aides, je n'ai rien. Je vais aux restos du cœur pour prendre le lait. On donne pas tout un, on donne du lait, un paquet de lait, un paquet de couche. Par exemple cette semaine, vu que y a pas de lait, y a pas de couches, donc euh j'étais obligée de taper toutes les portes chez mes voisines pour me dépanner, pour m'aider donc euh la semaine dernière c'est à la PMI on m'a donné des couches, et s'ils n'ont pas je fais comment, je sais pas. »

Par ailleurs, cette ambivalence vis à vis de la maternité s'avérait être un important facteur d'échec de la contraception. De nombreux arrêts, ou pauses de la méthode contraceptive régit par le désir de grossesse, ont été mis en évidence. Mais encore la peur des effets indésirables, qui pourraient nuire à la capacité d'être mère :

« Après reprendre du coup parce que aussi par mesure de sécurité on peut pas se faire des enfants alors que les conditions ne sont pas réunies. Donc c'est ce qui fait que de temps en temps j'utilise. »

« Je l'ai retiré l'année passée. (Pourquoi ?) Parce que je voulais avoir un enfant. J'en ai envie. »

« Euh oui... Y a une chose bizarre, depuis que j'ai enlevé je n'ai pas encore pris de grossesse, depuis j'en ai plus jamais eu. »

3.4 Rapport à la contraception

3.4.1 Méconnaissance de la contraception

L'ensemble des femmes de notre population d'étude ont déjà utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie, qu'elle soit hormonale ou naturelle.

Nous avons pu mettre en évidence lors de nos entretiens, une méconnaissance de la contraception, de par le peu d'intérêt porté à celle-ci. Compte tenu de l'ensemble des difficultés auxquelles elles sont quotidiennement exposées, il en résulte que la contraception ne constitue pas une priorité pour ces femmes, car elle ne fait pas partie des besoins primordiaux. Cette connaissance insuffisante était également liée à une indisponibilité impliquant une incapacité à entendre et à retenir les informations délivrées en matière de contraception par les différents professionnels de santé rencontrés :

(Vous a-t-on parlé des effets indésirables ?)

« Euh... oui je crois. Mais j'ai tellement de choses en tête que parfois je retiens pas tout. Non mais elle me l'a dit mais moi parfois je retiens pas, voilà. Mais oui elle a parlé, elle m'a expliqué, elle a pris tout son temps pour m'expliquer et tout »

« Oui, elle m'avait donné rendez-vous mais je suis pas partie. Voilà je devais aller quand elle a mis, je sais pas combien de temps après je devais retourner là-bas, voilà, mais j'sais plus... Le papier est même à la maison mais j'sais plus... je sais plus franchement.

(rendez-vous pour le contrôle ?) Pour le contrôle c'est ça mais je suis plus partie, je suis pas partie parce que je trouvais le plus important c'est déjà fait c'est bon. Ils ont déjà mis donc voilà c'est bon. (Pourquoi vous n'êtes pas venue ?) Pour moi c'était pas important, pour moi le plus important était déjà fait donc je sais pas ce que j'allais faire. »

« Parce que même ce que vous allez me dire là euh après je sors quelque part, après je pense j'vais oublier. Je n'arrive pas à retenir, voilà. »

« (vous pensez avoir besoin de plus d'informations ?) Bon euh franchement à vrai dire ça ne me, ça ne me dit pas trop, ça m'intéresse pas trop, voilà. Mais après, si on peut m'aider y a pas de soucis, je suis là je vais écouter mais ça m'intéresse pas trop. »

« Ah j'ai oublié ça là ! Elle m'avait dit de ramener et j'ai oublié. Aaaaah le petit papier elle m'a dit de bien garder et de venir avec, j'ai oublié. Je sais même pas où il est.

J'ai oublié le nom même... En fait c'est un truc euh un tampon à l'intérieur... (stérilet ?) Oui le stérilet. »

« Peut-être ils m'ont expliqué mais je l'ai oublié. Oui, parfois, je ne retiens pas... parfois avec le stress là comme je vous ai expliqué là. En ce qui concerne les informations je les écris là, parfois je l'écris sur un papier pour ne pas oublier. »

« C'est là que j'ai dit que je veux faire implant, donc elle m'a donné rendez-vous, normalement je devais venir, j'ai oublié le rendez-vous, je suis pas venue. Elle m'a rien expliqué parcequ'elle m'avait donné rendez-vous. En fait quand je venais dans le rendez-vous peut-être elle allait m'expliquer, j'avais oublié. »

Pour préciser notre définition de connaissance suffisante de la contraception, il s'agit pour l'utilisatrice d'avoir une certaine compréhension des modalités d'usage. En d'autres termes, connaître les caractéristiques générales de sa contraception, savoir quand consulter, quelle conduite adopter en cas d'oubli afin de l'utiliser de manière optimale, mais également de choisir librement son moyen de contraception. La connaissance est essentielle au choix libre et éclairé, et évite les problèmes d'inadéquation, source d'échecs contraceptifs.

Ainsi, cette connaissance, que nous cherchions à évaluer, semblait être proportionnelle au niveau d'éducation. En effet, parmi les femmes interrogées lors de nos entretiens, 3 d'entre elles étaient étudiantes en France, et lors de notre analyse, nous avons remarqué que le thème de la méconnaissance et du peu d'intérêt porté à la contraception n'était pas présent pour ces femmes. Ces dernières possédaient les ressources nécessaires à un usage adapté de leur moyen contraceptif, et conservaient une attitude préventive, malgré la situation de précarité. Aussi,

le niveau d'éducation est un facteur non négligeable dans le recours et l'intérêt porté à la contraception.

Les femmes possédant un bas niveau socio-éducatif ne cherchaient pas à en savoir d'avantage sur la contraception, malgré une réelle méconnaissance :

Pensez-vous avoir bien compris la contraception ?

« Non. J'ai pas trop compris euh mais je sais juste que c'est m'éviter de concevoir c'est tout. »

« Je me pose même pas trop de questions par rapport à ça. Juste que y a le préservatif (rire) voilà, je me pose pas trop de questions. »

- Quels sont les moyens de contraception que vous connaissez ?

« Je connais rien au niveau de ça. (vous me l'avez dit) Mais non je connais rien au niveau de ça. (par exemple vous m'avez dit la pilule) Mais si je vous ai déjà dit pourquoi vous voulez que je le redise. Non mais en plus je ne connais même pas les noms. Je connais pas quels effets ça fait. Je connais rien au niveau de ça. »

- Allez vous chercher des réponses quand vous vous posez des questions ?

« Non, je sais même pas comment utiliser l'internet. »

- Quels sont les moyens de contraception que vous connaissez ?

« Mmmm je connais pas les noms moi. (rire) Je connais pas les noms bon comme... l'injection... après... la pilule... après les brins que vous mettez sur le bras, l'autre que vous mettez sur le corps je connais pas le nom (interruption par une entrée). Après... euh... ah sur sur... vous mettez ça dans l'utérus, oui bon après je connais pas les nom (rire)... les préservatifs aussi et puis bon les autres je connais pas le nom. »

- Où allez-vous chercher les réponses quand vous avez des questions ?

« Il m'est jamais pensé quand même de... d'aller chercher des informations. »

(comment vous calculiez ?) « Je faisais... l'ovulation... c'est-à dire trois mois avant les règles et trois mois... non trois jours avant les règles et trois jours après les règles moi je calculais ça comme ça. Nooon ! Excusez-moi je me suis trompée ! Quatorzième jour là, après les règles. Moi je calculais comme période d'ovulation 14 jours après les règles, du coup une fois les 14 jours passés ou avant les 14 jours j'avais des rapports sexuels. J'attendais une semaine, six à sept jours. »

(vous a-t-on expliqué ce qu'il faut faire en cas d'oubli ?) « Oui, elle a dit quand on oublie, je prends à midi, je n'ai pas pris à midi, je peux prendre à... oui c'est pas... (rire) j'ai oublié. »

- Quels sont les moyens de contraception que vous connaissez ?

« ... Ca veut dire quoi ?... Je comprends pas les autres comment ?... (vous en connaissez d'autres à part ceux que vous m'avez cités ?) Non. »

Certaines utilisaient l'IVG comme un moyen de contraception :

« Ah oui, j'en ai fait plein ! Oh je sais même plus, 4 ou 5 ou 6, mais j'en ai fait plein, beaucoup. Chez moi, en Côte d'Ivoire, j'ai fait un ici en France, j'ai fait en Italie, j'ai fait beaucoup. Je passais dans les cliniques pour faire curetage. Mais quand j'arrive je demande qu'on m'anesthésie pour ne pas voir, quand je me réveille tout est fait et je m'habille et je pars, voilà. Parce que je peux pas supporter de voir les ciseaux et autre et tout ça là, donc je préfère ne pas voir. »

« Oui, j'étais déjà enceinte, ici. Ca fait pas longtemps, c'était le mois d'octobre. J'ai fait un avortement. (difficile ?) Non, pas tellement (rire) »

Les femmes avec un bas niveau socio-économique, confrontées à des difficultés financières utilisaient moins souvent une contraception, ce qui se traduisait par un recours plus important et de manière répétée à l'IVG. (12)

Pour des raisons culturelles, l'avortement n'était parfois pas envisageable :

« Ah mais chez nous on avorte jamais, il faut pas avorter, si tu avortes on nous dit chez nous tu as tué un enfant, donc euh j'ai eu la grossesse, j'ai fait avec un. Et en plus la grossesse, c'était à cinq mois que j'ai su que j'étais enceinte, je l'ai pas su au début, donc je peux pas avorter une grossesse de cinq mois. »

« Non, les deux premières c'était un accident, la troisième l'accident aussi mais je l'ai accepté, y a pas de problème que je digère pas, oui je l'ai bien digéré.

(vous aviez oublié la contraception ?) Oui, oui c'était comme ça, un. La vie est pleine de surprises. Peut-être que c'était le moment, c'est le destin. »

D'autres, se retrouvant en situation de monoparentalité ne souhaitaient pas ou ne plus utiliser de moyen de contraception :

« Je même pense à enlever (implant), à rester toute seule comme ça, parce que je connais beaucoup de personnes qui n'aiment pas ces choses là. je veux pas renouveler ce que j'ai en fait. Je veux rester comme ça. J'en ai, mais quand je vais enlever ça je mettrais rien. »

« (comment vous faisiez pour pas tomber enceinte ?) Rien, j'ai un enfant de 41 jours, je n'ai même pas fait l'amour. J'ai fait l'amour pour tomber enceinte (rire)... Oui, il faut faire l'amour pour tomber enceinte, donc euh pour le moment ma tête n'est pas là. »

« C'est quoi la contra... ce que t'as dit ? (pour ne pas avoir d'enfants.) Aah, oui, on m'en a parlé, je lui ai dit ce n'est pas le moment, je ne vais rien faire. Elle m'a dit quand tu voudras, revient nous voir. Pour le moment je n'ai aucune relation avec personne pour prendre des médicaments ou autre chose. »

3.4.2 Une attitude inadaptée vis à vis de la contraception

De surcroît, ce manque d'intérêt et de connaissance conditionnait l'attitude des femmes en situation de précarité vis à vis de leur contraception. Il en découlait une inadéquation du moyen contraceptif, d'autant plus que la finalité de ce dernier n'était pas toujours respectée :

« Le préservatif on l'utilise pour éviter des grossesses ou la maladie. Maintenant si la personne a fait son bilan que j'ai vu et que moi aussi j'ai fait pour éviter la maladie, la grossesse, si c'est une grossesse on peut calculer, y a pas de soucis. Pour moi c'est côté maladie en fait, c'est côté maladie qui est mon problème, voilà, mais si c'est grossesse, je peux faire un curetage, y a pas de problème. »

« Pfff, y avait plus l'ignorance, on était ignorantes, on l'utilisait aussi parcequ'il fallait l'utiliser. Sauf que c'est quand on grandit qu'on comprend c'que c'est un préservatif. Mais, dans l'adolescence, on s'en rend pas vraiment compte, on l'utilise parcequ'il faut l'utiliser. Mais on sait pas des principes ou quoi, la nécessité d'utiliser, on sait pas trop. »

Les effets secondaires des contraceptifs, du fait de cette méconnaissance, étaient dans la plupart des cas tolérés sur une longue période. Les femmes ne consultaient pas d'emblée afin d'y remédier, c'est pourquoi il y avait également une inadéquation de la conduite à tenir vis à vis de leur contraception, en dépit de l'information reçue dont elles ne se remémoraient pas.

- Oublis ?

« Oui, bon j'ai oublié, quand je vais le lendemain, je prends deux. »

« euh j'avais tout le temps les règles, tout le temps les règles pendant deux mois alors que c'était un truc de trois mois »

« Ca veut dire que je me souviens, j'ai passé carrément un mois où je saignais tous les jours... donc voilà. Et aussi j'avais, fin je trouve que ça m'a... comment dire... j'avais moins d'appétit, je mangeais beaucoup moins j'avais perdu beaucoup de poids, bon j'avais perdu peut-être 5 kilos quelque chose comme ça, et voilà c'est tout. Je l'ai gardé les trois années.

(autre soucis ?) Non pas autre chose... fin peut-être... j'allais dire les migraines sauf que je pense pas que se soit du à l'implant. »

« Non pas de difficultés quand même, c'est juste que tu ne vois pas tes règles et puis tout simplement ça. »

(Ca vous gênait de ne pas avoir vos règles ?) « Si si quand même parce que j'ai envie de voir mes règles tout le temps mais puisqu'on me dit que c'est pas méchant donc euh ça va. »

(ça vous dérange ?) « Oui, ça me dérange vraiment, moi je n'ai jamais eu l'habitude de rester sans avoir mes règles, chaque mois je voyais mes règles. Mais une fois j'ai fait l'injection, je suis restée deux mois à ne pas avoir mes règles. »

« j'ai un peu maigri... le fait que j'ai maigri ça m'inquiète. (vous voulez continuer ?) Je vais essayer de voir dans les trois mois qui suit comment ça va me faire. »

« J'ai fait 7 mois mes règles ça se coupe pas. »

D'après le mémoire de Camille Randon, dans certaines cultures, les menstruations représentent un moyen de purification corporelle, ce qui peut expliquer la non compréhension de l'aménorrhée, effet secondaire de la contraception progestative. (24)

Souvent, elles décidaient seules d'arrêter leur contraception lorsque ces effets n'étaient plus supportables, cette attitude s'apparentant à de l'automédication :

« Mmmm, moins de 10ans quand même... oui c'est vrai que ça fait 10ans (rire), ça file vite quand même. Bon il m'arrive quand même desfois où j'arrêtais complètement, bon euh sans... c'était juste ma façon de voir les choses, laisser juste mon corps, voir mes règles, me reposer tranquillement après le refaire encore. Il m'arrivait desfois de m'arrêter, je pouvais rester six mois sans le faire. (combien de fois avez-vous arrêté ?) J'ai eu à le faire trois fois je crois. (Pourquoi ?) C'est moi qui m'était dit tout simplement je vais arrêter et voilà, voir mes règles normal. »

« J'ai dit je laisse mon corps respirer aussi. »

« Si j'attends et je renouvèle pas je vais utiliser le préservatif. Mais quand j'étais retournée dans la maison du père de mes enfants, j'avais pas utilisé le préservatif. » (E10)

« Au Sénégal, je me disais à un instant je vais arrêter pour ne pas bourrer mon corps de tous ces médicaments, je vais arrêter pour l'instant, donc c'est ce qui me poussait tout le temps à arrêter. »

Une étude menée par le Samu social en 2005, basée sur des entretiens avec des femmes rencontrées lors de consultations et dans des centres d'hébergement, a mis en évidence le fait que plus le processus de désocialisation est important, plus les soins se raréfient. En effet, il a été constaté que les femmes vivant dans la rue depuis peu conservent une attitude préventive et gardent un lien avec leur santé. En revanche, si cet état se prolonge, la rupture du lien social est importante et le recours aux soins est uniquement curatif. Enfin, survient une perte de conscience du corps et de sa valeur ainsi qu'une absence de réaction aux pathologies. (31)

Ainsi, nous pouvons assimiler cette attitude à un moindre recours aux soins, caractéristique des femmes en situation de précarité. En effet, l'absence de préoccupation immédiate au sujet des effets induits par le contraceptif, implique une consultation curative et non préventive, voire une absence de consultation. Ce phénomène s'apparente à la perte de la conscience corporelle et de l'estime de soi, en parallèle avec une dégradation de la situation sociale.

Ces résultats, en rapport avec l'inadéquation, l'inobservance et les échecs contraceptifs concordent avec ceux retrouvés dans d'autres études portant sur le même sujet, énoncées dans notre cadre conceptuel.

3.4.3 Choix de la contraception : influence culturelle

L'entourage devient une source d'information, et son influence conditionnait fortement le choix de la contraception. Elle était telle qu'elle surpassait le discours médical. Ainsi, un nombre important d'idées reçues et de fausses croyances se répandaient au sein de notre population d'étude :

« C'est une amie, c'est elle qui m'a dit. Elle m'a dit non faut pas trop abuser c'est pas bien et tout. »

« Ici et en Côte d'Ivoire. En Côte d'Ivoire euh c'est des grandes sœurs du quartier, ça sort le soir, ça discute et tout et puis tu es là tu entends aussi, voilà. »

« Et moi j'ai choisi implant, puisque j'attendais déjà implant, alors du coup moi j'ai choisi ça. J'ai pas posé de questions, qu'est-ce que ça fait ça... elle m'a seulement expliqué, mais moi j'avais déjà entendu parlé. Quand elle a fini d'expliqué je lui ai dit moi je prends ça, donc voilà. »

« Donc j'ai une copine qui avait utilisé l'implant et elle m'avait dit franchement j'utilise l'implant et c'est pas mal. Donc du coup moi en 2015 j'ai eu recours à l'implant. »

« Bon j'ai arrêté la pilule, le jour où on m'a dit... une fois on m'a dit ah il faut pas trop prendre la pilule parce que à un moment ça va te déranger, que ça peut m'empêcher de concevoir demain, donc c'est comme ça que j'ai arrêté. »

« J'entends les autres dire que c'est gênant, quand tu mets les doigts tu le touches, quand tu as des rapports aussi on peut le toucher, et ça ça me fait peur. »

« J'ai, tout le monde m'a dit que c'est bien quand tu fais les piqûres, donc ça m'a poussé moi aussi et dire que tu fais piqûre, mieux que tu fais rien. »

« Bon, après euh j'ai une copine qui m'a dit que implant n'est pas bon. En tout cas, elle elle a eu ce problème, parcequ'elle a mis implant depuis au pays qu'elle est revenue ici, en venant elle a enlevé mais j'ai compris ça, elle a pas encore eu enfant. Elle cherche l'enfant, elle a pas encore eu. Donc je me suis dit c'est mieux je continue la pilule, c'est là que j'ai demandé la pilule. On m'a donné ordonnance et je suis partie payer, on m'a dit c'est mieux même prends pas, j'ai acheté implant, mais je l'ai pas posé. »

« C'est pour ça je te demande si ça (DIU) donne une dépression parce que une femme que je connais l'a mis, et elle m'a dit que ça lui a donné une dépression, qu'elle était pas bien. »

L'influence culturelle était un autre facteur qui entrait en jeu dans ce choix mais également dans la confiance accordée au moyen contraceptif.

En effet, lorsque nous leur posions la question suivante : « Avez-vous confiance en votre moyen de contraception ? », une part importante des réponses avait trait au poids. Ce dernier était d'une importance telle qu'à partir du moment où l'effet recherché par rapport au poids n'était pas atteint, le moyen contraceptif était considéré comme non fiable, inefficace. Cela représentait un critère de choix essentiel :

« Oui j'étais en conquête de poids donc je pouvais pas (rire) pour rien au monde oublier de boire les pilules. Jamais je n'ai oublié. »

« Le poids ! Pour moi c'était bien (rire). »

« Moi mon soucis c'est de ne pas prendre du poids, tout simplement. »

« Oui, et ça me plaisait aussi parce que on m'a dit que ça peut te permettre de prendre du poids... j'étais maigrichonne, j'ai dit ok j'adopte ça. »

« Ca me fait pas grossir, ça me... ça me fait pas maigrir, bon je garde mes kilos normal. Je vois que ça me convient l'implant. »

Dans le mémoire de Cléo Blondeau portant sur la prescription de contraception en suite de couches chez les patientes en situation de précarité, il a également été observé un impact non négligeable de l'entourage sur leur vision de la contraception, avec de nombreuses idées négatives véhiculées vis à vis du DIU et de l'implant, et que ces femmes se concentraient sur les effets indésirables des contraceptifs. (32)

Par ailleurs, le préservatif n'était pas cité spontanément lorsque nous leur demandions si elles avaient déjà utilisé une contraception, mais après de multiples reformulations, nous nous sommes aperçus, qu'il était fréquemment utilisé lorsque ces femmes vivaient encore en Afrique :

« Les préservatifs si j'ai déjà utilisé mais j'aime pas, parce que euh quand j'étais en Afrique, j'ai déjà utilisé mais ça me donnait mal de ventre, après ça me donne des gaz. Après j'ai laissé et depuis là je n'utilise plus. »

« J'ai jamais fait de moyen de contraception, j'ai jamais pris des trucs pour prévenir des grossesses. (Utilisez vous des méthodes pour ne pas tomber enceinte ?) Non jamais. (Avez-vous déjà utilisé le préservatif ?) Ah si, préservatif (rire) depuis euh... à 18ans en Afrique. »

« A la télé ils font la publicité des préservatifs, ils ne parlent pas des maladies en Afrique mais ils font la publicité des préservatifs, vu que c'est un commerce (rire). »

La pilule était également utilisée dans le pays d'origine, mais de manière totalement inadaptée. Il était possible de s'en procurer en libre service :

« Euh... Avant au pays, Côte d'Ivoire j'ai essayé une fois, j'ai pris la pilule et j'ai jamais respecté et c'est pour ça même que j'ai pris une grossesse, après j'ai fait curetage, après j'ai dit mais ça sert à rien même de prendre ça. Parce que je suis pas du genre à respecter les médicaments, non c'est pas trop mon genre donc euh, voilà. J'ai du mal avec franchement. (On vous a prescrit la pilule ?) Non, j'allais à la pharmacie j'achetais comme ça. Tu arrives tu te présentes, je veux tant, on te sert puis c'est fait. »

Certaines des femmes interrogées utilisaient un moyen contraceptif sans pour autant être rassurées et convaincues par son utilisation. Néanmoins, elles en poursuivaient l'usage :

- Vous aviez confiance en les injections ?

« Ah non je n'ai plus confiance, parce que j'ai saigné pendant deux mois, j'ai saigné pendant deux mois. J'avais tout le temps les règles, les règles, les règles. »

- Avez-vous confiance ?

« Moi je sais pas un (rire). »

- Aviez-vous confiance ?

« C'est vrai que c'est pas très très... c'est pas trop fiable par rapport aux autres quand même, non c'est pas assez fiable moi je trouve. On l'utilisait parce qu'il faut l'utiliser. J'étais pas tellement convaincue

et quand j'étais en période d'ovulation je préférais même pas ne rien faire plutôt que d'aller prendre le préservatif. »

« Au cas où si ça se perce c'est là où c'est un problème. Ça me rassure pas complètement, bon au fait ça rassure au cas où si c'est pas percé. Mais si c'est percé bah ça rassure pas. (rire) Pour moi je pense comme ça en fait. Moi je l'utilisais pour éviter d'être enceinte c'est tout un (...) J'ai pas confiance (rire). (pourquoi l'avez-vous choisi ?) Ah parce que c'est un moyen pour se protéger. »

- Aviez-vous confiance en la piqure ?

« Pfff, non. (pourquoi ?) Je sais pas. Souvent je me demande et si c'est vrai ce qu'on dit, je peux pas tomber enceinte. Et si ça peut pas te créer un problème, donc souvent je pense à ça. »

Ainsi, l'ensemble de ces éléments montre une certaine incohérence entre le choix du contraceptif et la confiance qui lui est accordée, facteur mis en cause dans les échecs contraceptifs.

Contrairement aux témoignages des femmes cités ci-dessus, la confiance en sa contraception était définie par un pourcentage de réussite pour les femmes étudiantes en France de notre population :

« C'est un médicament et... donc voilà et je pensais que si c'était la pilule le pourcentage de de de réussite tout ça donc euh et puis c'est adapté par personne, c'est pas une pilule pour tout le monde. »

« Oui, j'avais confiance en l'implant. Euh je pense l'implant c'est sûr à 98% quelque chose comme ça et euh voilà c'était juste ça... pour moi c'était sûr. »

« Oui, euh c'est le niveau de sureté là. Je pense que la pilule c'est sûr à euh, je sais plus j'avais regardé sur internet mais euh... ça doit être sûr à 99% quelque chose comme ça... »

Le niveau d'éducation est encore inéluctablement une ressource essentielle au choix d'une contraception de façon éclairée, et permet une utilisation optimale de cette dernière, en minimisant le risque d'inadéquation, et par conséquent d'échec.

3.4.4 Le rapport à la contraception d'urgence

La contraception d'urgence, généralement non connue par cette dénomination, mais plutôt sous le nom de «pilule du lendemain», s'avérait être particulièrement adaptée au caractère instable et à l'urgence de la situation de précarité, cette dernière se distinguant par une impossibilité d'anticiper les événements :

« D'urgence ? (pilule du lendemain) Ah oui, ça aussi je prends ça, j'ai déjà pris plusieurs fois en France. »

« (...) mais je pense juste que voilà ça sauve quoi. Quand on est un peu dans, dans, fin voilà quoi quand on se retrouve dans des situations, bah la pilule du lendemain ça aide. »

Elle semblait être plus simple d'accès puisqu'il suffisait de se rendre en pharmacie pour se la procurer :

« Je vais à la pharmacie, j'achète, je dis je veux ça, elle me donne. Ça on a pas besoin d'aller voir le médecin donc euh, justement je vais direct à la pharmacie, j'achète. »

De part sa facilité d'accès, elle était très appréciée par les femmes en situation de précarité et, parfois utilisée comme un moyen de contraception permanent. Il semblait que ce moyen de contraception leur apportait une certaine sécurité, et leur semblait plus fiable que les autres méthodes :

« Alors euh c'est la meilleure méthode. Vraiment, moi je préfère ça, au lieu de prendre les autres qu'il faut prendre tout les jours et que parfois on peut oublier. Je préfère ça au préservatif, parce que bon... je peux pas dire ça... parce que le préservatif il prévient des grossesse et des maladies mais euh... je préfère

ça pour la prendre parce que... là là là, tu es rassurée parce que il n'y a rien qui est resté quoi. Je savais que là y aura pas de grossesse, oui. »

« La contraception d'urgence c'est vraiment bien, c'est vraiment bien... Desfois moi je prends les deux carrément quand j'oublie, les trois fois ou j'ai oublié, euh... pour être bien sûre que y est pas un problème, pour que je tombe pas enceinte. D'ailleurs je je prends la pilule d'urgence même si j'ai oublié de quelques heures parce que je suis tellement paniquée que voilà, je pense c'est un bon truc. »

« Ah oui moi je trouve que c'est bien, j'aime bien d'ailleurs (rire). Ah non mais j'aime bien parce que après si tu vois que tu n'es pas prêt euh voilà. Et même y a pour cinq jours après donc euh voilà. »

En 2013, la HAS recommandait d'envisager une prescription de la pilule d'urgence dans certains cas, notamment celui des femmes ayant des difficultés d'accès à cette contraception, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant le préservatif ou d'autres méthodes contraceptives moins efficaces. Cependant, elle n'en recommandait pas la délivrance systématique, les études ne permettant pas de démontrer une diminution du nombre de grossesses non prévues à l'échelle d'une population. (33)

3.5 Une information souhaitée

Lors de nos entretiens nous nous sommes interrogés sur l'information souhaitée en matière de contraception par les femmes précaires. Ainsi, nous avons mis en évidence un paradoxe entre une méconnaissance, un manque d'intérêt porté à ce sujet lié à l'ensemble des obstacles de leur parcours, et une demande de renseignement supplémentaire :

« Non mais moi je veux qu'on me donne comment ça s'appelle, je veux qu'on me dise comment ça se passe comme ça, je veux qu'on me donne les détails. (par exemple ?) Puisque je ne sais pas comment ça fonctionne, soit par exemple euh soit ça peut te donner infection, ça peut faire ça. Je veux qu'on m'explique, on m'a pas parlé de ça. »

« Euh oui si il y a... Bah si il y a d'autres choses à dire y a pas de souci, je suis là j'écoute, peut-être ça va m'aider on sait jamais un. Si moi j'écoute, peut-être que je peux aussi partager avec quelqu'un pour aider une autre personne aussi, voilà, donc euh y a pas de soucis. »

« Mais le problème c'est que j'ai du mal à retenir ce qu'on me dit, quand je vais quelque part j'ai du mal à retenir parce que j'ai tellement de choses dans la tête et du coup je retiens plus ce qu'on écrit. Quand c'est écrit, j'ai le temps de lire, j'ai le temps de regarder voilà, mais quand on me parle de façon orale, j'ai du mal à retenir. Je comprends mais j'ai du mal à le garder... parce que j'ai trop de choses dans la tête... souvent l'envie de voir ma fille et... (émue) elle avait un an quand j'ai quitté le pays, donc souvent l'envie de la revoir. »

La plupart des interrogations portaient sur les effets à long terme des moyens contraceptifs, et, nous retrouvions également des inquiétudes quant à la capacité à être enceinte :

« Après c'est sur la santé... par exemple comme quand tu prends la pilule en fait je me dis euh je me pose des questions par rapport au fait que, en fait si on prend ça tout le temps euh qu'est-ce que ça va vraiment nous engendrer par la suite et est-ce que ça serait moins efficace et est-ce qu'il y aurait des autres effets indésirables justement. »

« Est-ce que si à la longue ça ne peut pas poser un problème pour avoir un enfant et tout.

Si ça m'empêchera pas d'avoir un enfant, moi c'est seulement ce qui m'inquiète jusque là. Il faut arrêter ça. C'est mon seul soucis, je les ai demandé si ça m'empêche pas d'avoir des enfants. (autre chose ?) Non, seulement ça (rire) je veux savoir ça simplement parce que c'était ma première fois que je fais ça, ici je l'ai commencé à faire. »

Certaines questions n'étaient pas exprimées et restaient donc sans réponses. Parfois, les femmes n'osaient pas les poser du fait du sentiment de honte engendré :

« Mais je n'ai jamais eu quand même... la réponse à ça. Du coup on m'a jamais parlé dans ce sens oui. (avez-vous posé la question ?) Ah si je pose la question mais (rire) ici j'ai pas posé la question mais chez nous... après on te dit non c'est pas trop grave quand tu arrêtes tu sais si tu peux avoir une grossesse, oui c'est ce qu'on te dit. »

« Ca ne m'arrive pas de poser des questions parce que j'ai honte de poser les questions sur ça. Là-bas au Sénégal, on a pas l'habitude de parler de ça parce que nous au Sénégal on ne doit pas avoir de rapports tant qu'on est pas marié et c'est ici seulement que j'ai su que je ne devais pas faire... parce que je suis loin de mes parents. »

Parfois il existait des interrogations vis à vis de la contraception mais la situation actuelle ne permettait pas à ces femmes de se les poser :

« Si j'étais encore avec mon mari, je demanderai, mais maintenant... je ne suis pas en couple, donc je ne pense pas du tout à cela. »

« Jeeee....comme quoi ? S'il y a quelque chose que tu peux me dire, dis le moi, pour que je pose des questions, parce que je ne sais pas quelles questions poser. Euuh le truc qui se met à l'intérieur pour 3ans pour pas avoir d'enfant (le stérilet ?) Oui, est-ce qu'il peut donner une dépression ? (explication des deux types de stérilets) (c'est un moyen qui vous intéresse ?) Oui, si je suis en couple, je pourrais le mettre. »

3.6 Motivation pour consulter en CPEF

Dans notre étude, que nous avons choisi de réaliser en CPEF, nous avons pu mettre en évidence les principales motivations amenant ces femmes en situation de précarité à venir y consulter. L'objectif étant d'identifier si la structure était adaptée à la prise en charge de ces patientes. Ainsi, les principaux éléments poussant ces femmes à consulter au CPEF étaient les suivantes :

Dans un premier temps, la gratuité de l'accès à la contraception :

« Euh parce que euh c'est gratuit, voilà. Honnêtement c'est pour ça, parce que c'est gratuit. »

« (...) parce que là si je devais payer ou faire un test euh ça coûte et comme je vous ai dit je suis pas... financièrement je suis pas encore riche (rire) j'espère je le deviendrai (rire). »

Pour la plupart des femmes interrogées, le CPEF est une structure où elles bénéficient d'un certain suivi, et dans laquelle du temps leur était accordé :

« Et je trouve aussi que c'est, j'ai l'impression que c'est... bon après je sais pas si... y a un certain suivi en fait, donc euh c'est pas uniquement parce que c'est gratuit, mais parce que depuis que j'y vais voilà je trouve que c'est bien. J'ai déjà eu à faire, allée en hôpital et tout, et je trouve que c'est pas forcément euh, c'est pas forcément que à l'hôpital on paye ou bien je sais pas quoi que euh les soins sont meilleurs en fait. »

« En général c'est moi qui suis pressée, en général ils accordent du temps. »

« (...) ça m'a aidé, pour moi oui, elle m'a beaucoup aidé. Parce que je me voyais pas partir et vu que ça m'est arrivé, plusieurs trucs sont arrivés en même temps... je me voyais pas partir mais finalement j'ai eu le courage par rapport au fait de pouvoir en discuter et euh et les conseils qu'on m'a donné et le soutien que j'ai eu. »

« Euh bah parce que euh, honnêtement en tant normal je préfère aller consulter au planning familial parce que je pense, j'ai l'impression que les personnes ils sont un peu plus attentifs que... à l'hôpital parfois on prend je sais pas combien d'heures pour rester à peine trente secondes pour voir un médecin. »

« Et c'est la disponibilité aussi, du coup elles sont beaucoup plus disponibles que le médecin ou d'autres structures. »

« Moi je préfère aller au centre pour poser des questions, c'est pas très loin de moi, ou je prends le numéro de téléphone pour appeler là-bas. J'ai pas l'habitude de demander à d'autres personnes. »

La facilité d'accès de par la disponibilité des rendez-vous, et la possibilité de pouvoir s'y rendre sans prise de rendez-vous au préalable :

« Euh... pour moi je trouve que c'est plus facile parce que euh ça peut tomber à n'importe quelle heure, elle me dit vient, vient tu vas me donner un coup de main à faire ceci, mais tu vas aller ici et c'est ça, si ça se trouve y a un jour que je suis libre et je sais que c'est sans rendez-vous bah j'peux venir direct après voilà. Elle peut m'appeler ah s'il-te-plait, donc euh voilà. Et même j'aime bien, de nature j'aime bien les choses où c'est pas, c'est pas avec euh, sans rendez-vous, voilà j'aime... parce que souvent y a des jours on a pas envie de sortir et si y a un rendez-vous t'es obligée de sortir et y a des jours aussi si t'as envie de sortir et si c'est sans rendez-vous bah pourquoi pas... bah voilà. »

La plupart des femmes précaires étaient orientées par d'autres professionnels de santé :

« C'est l'assistante sociale qui m'a envoyé ici. Parce que je suis partie la voir, j'ai dit je vais prendre un rendez-vous à planning familial, elle m'a dit ok, donc elle a appelé ici pour prendre rendez-vous. »

« Euh la première fois c'était justement parce que j'étais un peu perdue et c'était ma première fois comme j'avais besoin comme pour me prescrire un truc j'ai pas de médecin traitant, j'étais euh étudiante encore à l'époque et donc euh ça s'est fait automatiquement en fait, j'ai tapé sur internet, j'ai vu qui y en avait dans le coin et jsuis venue en fait c'est ça.

(Comment connaissiez-vous les structures ?) Ah parce que j'ai une meilleure amie qui avait sa (rire) première fois et qui est allée au centre de plannif et je savais qu'au fait qu'on était bien reçue, qu'on était vite reçu, qu'on pouvait avoir des pilules gratuites donc euh ça s'est fait automatiquement. Et surtout qu'on allait m'expliquer plein de choses, des choses auxquelles je m'intéressais pas du tout avant mais dont j'ai besoin. Donc c'est pour ça au fait que je suis venue, pour avoir toutes ces réponses et aussi pour être suivie aussi, voilà. »

« C'est médecin du monde qui m'a envoyé ici. (Pourquoi vous ont-ils dit de venir consulter ici ?) Euh ils m'ont dit ici c'est gratuit puisque je n'ai pas l'AME, donc euh voilà, ils ont un peu regardé où je pouvais aller gratuitement et c'est comme ça qu'ils ont appelé ici et ils ont pris le rendez-vous et ils m'ont donné un plan là et une adresse et tout. Et c'est comme ça que je suis arrivée ici. »

Le CPEF reste une structure adaptée aux patientes en situation de précarité par sa facilité d'accès et une disponibilité du personnel. La présence de différents corps de métiers tels que médecins, sages-femmes, assistante sociale, psychologue, conseillère conjugale, permet une prise en charge pluri-disciplinaire des femmes en situation de précarité. Cependant, ces dernières ne sont pas toujours disposées à évoquer leurs difficultés, et ne disposent pas du temps nécessaire, du fait du caractère instable et urgent de leur situation.

4 Quatrième partie : Critique de l'étude

4.1 Population recrutée

En premier lieu, nous avons émis le souhait de recruter des patientes d'origine ethniques diverses, afin d'avoir des témoignages sur les parcours de vie assez hétérogènes et le plus varié possible. Cependant, les patientes recrutées sont très majoritairement originaire d'Afrique subsaharienne, et nous retrouvons plusieurs similitudes au niveau de leurs parcours de vie et des motivations qui ont poussé ces femmes à se rendre en France pour débiter une nouvelle vie. De même, elles ont souvent une vision commune de la maternité et de la contraception, liée à la culture. Cette caractéristique nous permet de montrer dans notre étude que la migration représente un vecteur non négligeable d'entrée dans le processus de précarité.

Un des principaux points qui permet de différencier ces femmes, vis à vis de leur compréhension et de l'information reçue en matière de contraception, est le niveau d'éducation reçu. Deux profils de patientes, ont été mis en évidence dans notre étude et les implications vis à vis de la contraception étaient différentes en fonction du niveau socio-éducatif.

4.2 Difficultés de recrutement

La méthode de recrutement choisie pour cette étude nécessitait des déplacements réguliers sur le lieu d'étude afin de nous entretenir avec les patientes. Néanmoins, nous nous sommes confrontés aux contraintes liées au temps, aux obligations scolaires et hospitalières, mais également à celles liées aux horaires et aux jours d'ouvertures du CPEF. En effet, les moments que nous avons choisi pour nous rendre sur le site ne coïncidaient pas toujours avec les disponibilités du centre. Par ailleurs, nous nous renseignions avant de venir sur le profil des patientes correspondant à nos critères d'inclusions. Ainsi, le profil recherché n'était pas toujours disponible au moment où nous pouvions nous déplacer, ce qui limitait notre force de

recrutement. Plusieurs fois, il nous est arrivé de nous déplacer plus d'une demi-journée entière, sans obtenir de réponses favorables à un entretien. Les patientes ne venaient pas toujours aux rendez-vous prévu ou alors refusaient parfois de participer à l'étude, par manque de temps ou par peur de ne pas comprendre les questions. Cette caractéristique représente une spécificité de la précarité, qui nécessite une disponibilité plus importante mais également une capacité d'adaptation à la situation et au caractère individuel de la patiente.

Notre étude était initialement unicentrique. Cependant, devant les difficultés de recrutement exposées ci-dessus, nous nous sommes rendus dans un deuxième CPEF, de manière à augmenter notre force de recrutement.

4.3 L'entretien avec la femme en situation de précarité

Les questions, telles qu'elles étaient écrites initialement, ont nécessité beaucoup de reformulation au cours de nos entretiens. Ces derniers ont donc été menés de façon assez décousue et désordonnée, essentiellement pour les patientes avec un bas-niveau socio-économique. La plupart d'entre elles ne comprenaient pas pourquoi nous leur posions ces questions, ou alors comment elles devaient répondre. Certaines pensaient que l'étude était un test et que nous attendions des réponses spécifiques, malgré les multiples explications sur nos attentes :

« Oui... Du fait que je la prenais tous les jours, j'avais cette assurance et je pouvais pas concevoir, si c'est la réponse que tu attends. (je n'attends pas de réponse particulière). »

D'autres encore ne comprenaient pas la notion de contraception initialement, même si en approfondissant, après de multiples reformulations et exemples, il s'avérait qu'elles l'utilisaient au quotidien. Bien souvent, elles nous assuraient qu'elles n'y connaissaient absolument rien et que ce sujet ne les concernait pas. Par ailleurs, nous avons beaucoup de réponses à type de « oui », « non » ou bien « je sais pas », « je connais pas », qui, ont nécessité beaucoup de questions de relance. Parfois, certaines réponses ne correspondaient pas à la question posée.

4.4 L'enregistrement audio, une limite au dévoilement ?

Dans la majorité de nos entretiens, cet enregistrement présentait une limite à la libération de la parole lors des premières minutes d'enregistrement. Nous essayions de dissimuler notre téléphone afin que les femmes oublient son existence. Ainsi, par la suite, elles se détachaient de cet objet, ne le cherchaient même plus du regard, et, envahies par les émotions provoquées à l'évocation de leurs histoires personnelles, elles se livraient à nous aisément. Pour cette raison, nous ne pensons pas que l'enregistrement audio était perçu comme une réelle limite à l'expression, d'autant plus que l'enregistrement audio n'étant pas le seul élément entrant en compte dans la libération de la parole. En effet, les femmes ne nous connaissaient pas, et il est par conséquent assez complexe de se livrer d'emblée à une personne étrangère.

4.5 Approche transculturelle

Bien que, dans un premier temps, les femmes interrogées avaient des difficultés à parler de leur histoire, le fait de leur poser la question était finalement perçu par ses femmes comme un intérêt porté à leur vie, à leurs difficultés.

L'approche transculturelle correspond à l'impact de la culture sur les représentations du soin et des traitements en général. Dans une étude qualitative réalisée en 2013, à propos de l'approche transculturelle de la rencontre soignant/soigné dans le cadre la migration et des soins périnataux, les femmes restaient souvent discrètes sur leur histoire et leur ressenti, et ne parlaient pas de cet aspect de manière spontanée lorsqu'elles n'étaient pas spécifiquement interrogées dessus. Il s'agit, pour le soignant, de se détacher des stéréotypes et préjugés véhiculés dans notre société, afin d'être apte à entendre les discours. En effet, « *La pauvreté des représentations de l'histoire des patientes dans le discours des soignants laisse un espace vacant qui se charge rapidement de stéréotypes autour de la culture d'origine de la patiente qui risque d'être stigmatisée* » (Goffman, 1975) (34)

Le fait d'y porter un intérêt, en posant ces questions, permet d'instaurer un climat de confiance et invite la femme à se dévoiler d'avantage. De ce fait, il est essentiel d'adopter une approche transculturelle afin de proposer une prise en charge singulière.

Une femme nous a par exemple expliqué pourquoi les enfants n'étaient pas toujours avec leur mère dans son pays :

« Chez moi en Afrique, quand une femme tombe enceinte à l'adolescence, c'est pas que les parents gardent l'enfant, les parents ne gardent pas. Ils ramènent l'enfant chez l'homme en fait. Même si vous avez 14ans, 15ans, on va aller vous déposer chez l'homme, on lui dit, qu'il va assumer ses responsabilités. Dès que la fille accouche, tu t'occupes pas de notre enfant, et nous on viendra récupérer notre enfant et toi tu garderas ton enfant. Je trouve que c'est un système trop dangereux parce que c'est comme si vous envoyez quelqu'un, un enfant dans le mariage, qu'est-ce qu'elle va faire. Du coup je pense que avoir un autre enfant c'est automatique, selon moi, c'est quelque chose que je disais à changer là-bas c'est ça en fait. Parce que on m'avait accompagné, j'ai eu le premier et puis j'ai eu le deuxième, c'est comme si j'étais dans un mariage. Euh j'avais que 16ans. Non, non j'étais pas mariée avec cet homme et lui il est resté. Je suis venue avec eux. »

Ayant pu s'exprimer et parler de leur parcours de vie, et des difficultés auxquelles elles été confrontées, l'entretien était souvent perçu comme une première consultation de psychologie. La plupart des femmes ont exprimés de multiples émotions au fur et à mesure de l'entretien, telles que la colère, la tristesse, l'épuisement. Le fait de pouvoir entendre ces témoignages sur une durée variant de 32 minutes à 1 heure leur a permis de « s'exprimer à cœur ouvert » :

« Parler ça m'a aidé, ça m'a fait dégager pas mal de choses aussi donc euh, ça va. »

Conclusion

Au regard de l'ensemble des difficultés auxquelles les femmes en situation de précarité sont confrontées, il en résulte une méconnaissance importante de la contraception, en raison de l'incapacité à entendre et à retenir les informations délivrées à ce sujet pour ces femmes venant consulter au CPEF.

Ainsi, il convient de répondre à leurs besoins essentiels, correspondant à la base de la pyramide de Maslow, avant d'envisager un dialogue en rapport avec la contraception. Un accès aux soins, mais également à une situation stable doit être garanti.

Une des améliorations possibles serait la mise en place d'un entretien préalable à la consultation de contraception, à l'image de l'entretien prénatal en début de grossesse. Le score EPICES pourrait être utilisé de manière récurrente afin de repérer les patientes en situation de précarité. Cet entretien serait basé sur l'instauration d'un climat de confiance avec l'interlocuteur afin que la femme en situation de précarité puisse s'exprimer librement. Il s'agirait ainsi de répondre à une nécessité, celle d'être écoutée, et de recueillir les divers traumatismes rencontrés, afin de proposer une prise en charge psycho-sociale, le temps accordé lors d'une consultation étant bien évidemment insuffisant pour traiter ces sujets.

Assurément, les professionnels en charge de cette population doivent être en capacité d'entendre ces témoignages et être formés sur les spécificités des femmes en situation de précarité, afin de proposer des solutions concrètes, ou les orienter de manière claire et précise vers des structures habilitées à répondre à leurs besoins.

Une approche transculturelle doit également être envisagée, la contraception étant un sujet inhérent à l'individu et fortement influencé par l'entourage, les croyances et la culture.

Le Centre de Planification et d'Education Familiale est une structure habilitée à proposer une prise en charge pluridisciplinaire. Les différents professionnels de santé y exerçant sont en mesure de proposer une prise en charge psycho-sociale pour ces femmes en situation de précarité. De fait, la mise en place de consultations spécifiques où les entretiens,

évoqués ci-dessus, pourraient être effectués, pourrait y être instaurée. Une formation sur le score EPICES à l'intention des personnes effectuant l'accueil au CPEF, permettrait une orientation spécifique pour ces femmes.

Néanmoins, il serait judicieux d'effectuer une étude qualitative à plus grande échelle, avec un échantillon plus important. Ainsi, il serait intéressant de recueillir d'autres témoignages de femmes en situation de précarité possédant des origines ethniques diverses. Cela nous apporterait des éléments nous permettant de proposer une prise en charge individualisée et ciblée, ainsi qu'un accompagnement plus adapté à la vie contraceptive de ces femmes.

Cette prise en charge spécialisée permettrait également à ces femmes, qui se considèrent elles-mêmes comme exclues de la société, de se sentir écoutées, favorisant ainsi une réinsertion progressive, rendue possible par un changement de leur propre perception et donc par le fait de regagner une certaine estime de soi. De plus, en en apprenant plus sur les différentes méthodes de contraception et en étant informées et conscientes de leur faculté à choisir ce qui leur convient au mieux, ces femmes en situation de précarité pourront regagner en autonomie, redevenir maître de leur propre corps à travers un choix libre, personnel et éclairé.

Bibliographie

1. BOUSQUET Danielle - 2017 - La santé et l'accès aux soins Une urgence pour l.pdf.
2. Blondel B, Supernant K. Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2003;112.
3. OSTER M-L. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception [Internet]. Paris Descartes; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00875327/document>
4. 1948 - Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.pdf.
5. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
6. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>
7. Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. Code de la sécurité sociale, SPSS9202367A.
8. l'Assurance Maladie. Le score EPICES: L'indicateur de précarité des Centres d'exams de santé financés par l'Assurance Maladie [Internet]. 2005 [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <http://gemsto.free.fr/gemstoprecarite18dec07epicescalcul.pdf>
9. VINQUANT - 2016 - Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.pdf.
10. Risques psychosociaux. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
11. LOI n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. 2006-340, MCPX0500038L mars 23, 2006.
12. analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf
13. GUTHMANN J-P, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, Rochereau T, et al. Socioeconomic inequalities to accessing vaccination against human papillomavirus in France: Results of the Health, Health Care and Insurance Survey, 2012. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. avr 2017;65(2):109-17.
14. PISARIK J, Rochereau T, Célant N. Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014.

2014;8.

15. BERGER J-F. Les Besoins de l'Homme. Essai d'après Abraham Maslow. 2008;21.
16. DELESPINE M. REPERAGE SYSTÉMATIQUE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN PERINATALITE : PISTES POUR LA PRATIQUE CLINIQUE. 2018;52.
17. precarite_et_violences_quels_liens.pdf.
18. Femmes et hommes face à la violence - Insee Première - 1473 [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
19. HASKELL L. Les femmes, la violence et le traitement des traumatismes: guide d'information. Place of publication not identified: Centre For Addiction And; 2006.
20. SCHILTZ L, Ciccarello A, Ricci-Boyer L, Schiltz J. Grande précarité, psycho-traumatisme, souffrance narcissique : résultats d'une recherche-action à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2014;172(7):513-8.
21. HAS - 2013 - Etat des lieux des pratiques contraceptives et des.pdf.
22. Kirushaanthi YOGESPARAN. Contraception du post-partum et précarité : impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive. Paris Diderot; 2016.
23. CELLIER A. Déterminant de recours ou de non-recours à la contraception chez les migrantes en situation de précarité sociale : étude qualitative en Loire Atlantique et Vendée. Nantes - Faculté de Médecine; 2018.
24. RANDON C. Suivi médical et préventif dans le post-partum des femmes en situation de précarité. Impact d'un partenariat ville-hôpital: Exemple de PRENAP 75. Paris Descartes; 2015.
25. OMS | Planification familiale/Contraception [Internet]. WHO. [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
26. Décret no 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. Code de la santé publique, SANP9201506D.
27. IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale-1288.html>
28. Frigul N. Parcours de précarité et couverture sociale. Santé Société Solidar. 2004;3(2):125-36.
29. BECK F, Guignard R, Léger D. Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact

fort de la précarité et des violences subies. *Médecine Sommeil*. oct 2010;7(4):146-55.

30. Ogé L. Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité. :28.

31. BILLON A, LABORDE F. Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui [Internet]. 2015 juill [cité 16 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r14-592/r14-592.html>

32. BLONDEAU C. Impact de la précarité sur la prescription de la contraception en suites de couches: étude qualitative dans une maternité de la petite couronne parisienne. Paris Descartes; 2018.

33. HAS - 2013 - Contraception d'urgence prescription et délivran.pdf.

34. GABAI N, Furtos, J, Maggi-Perpoint C, Gansel, Y, Danet F, Monloubou C, et al. Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. *Devenir*. 2013;25(4):285.

Annexes

Annexe I : Profil de la population d'étude

Score EPICES	Age	Origine Arrivée en France	Niveau socio-éducatif	Situation matrimoniale, SS	Gestité, Parité	Logement	IVG, Grossesse non désirée	Structures informatives rencontrées
Mme D 66,86	25 ans	Bénin à 17 ans	Etudiante en langue Hindi	Célibataire SS, sans mutuelle	G0P0	En collocation non déclarée	Non	Ecole CPEF (livrets)
Mme B 81,06	31 ans	Côte d'Ivoire 2016	Ecole primaire Sans emploi	En concubinage Aucune	G9P3 2 enfants au pays 1 décès néonatal	Hébergée chez un ami (partenaire actuel)	6 IVG	Médecins du monde, CPEF
Mme N 71,60	32 ans	Cameroun 2015	Collège Congé maternité, Agence de nettoyage	Célibataire CMU	G3P3 + 3FCS 1 enfant pays	Appartement association Cordia	Non	Maternité CPEF
Mme G 76,33	24 ans	Haïtienne,	BTS Manager	En couple	G1P0	Locataire	1 IVG	Ecole, CPEF

		Nationalité Française Arrivée à 9ans	(agent touristique)	Demande renouvellement CMU				
Mme K 84,62	32 ans	Côte d'Ivoire, 2010	Ecole primaire Sans emploi	En couple, AME	G2P2	Vit avec son partenaire	?	Hôpital (CI) Maternité CPEF
Mme M 53,25	23 ans	Cameroun Arrivée à 13ans	Master 2 communication et information économique	En couple, SS sans mutuelle	G0P0	Locataire	Non	Ecole CPEF
Mme N 73,96	35 ans	Sénégal 2018	Formation tourisme Serveuse non déclarée	Célibataire, Aucune	G0P0	Hébergée chez une connaissance	Non	CPEF
Mme P 83,43	35 ans	Cameroun 2018	Formation marketing Sans emploi	Procédure divorce (pays) En couple,	G?P0 (plusieurs FCS)	Hébergée chez une amie	Non	CPEF

				Aucune	adoption d'un enfant au pays			
Mme D 65,68	29 ans	Sénégal 2017	Formation logistique Sans emploi	En couple, AME	G1P0	Hébergée chez son cousin (partenaire)	1 IVG	Ecole, Hôpital, CPEF
Mme G 80,47	38 ans	Congo 2002	Collège Travaille en Crèche	Célibataire, CMU	G6P5	Maison de passage (non définitive)	1 IVG	Maternité, CPEF, Radio
Mme D 79,89	30 ans	Côte d'Ivoire	Pas d'école Sans emploi	Mariée, CMU	G2P2 1 enfant au pays	Squat	Non	Maternité, CPEF
Mme I 88,17	37 ans	Bénin 2015	Formation aide soignante non validée Sans emploi	Séparée, CMU	G5P5 3 enfants au pays	115	Non	Ecole, Maternité, CPEF
Mme B 59,76	29 ans	Maroc 2014	Lycée Coiffeuse non déclarée	Divorcée, CMU	G2P2	Hébergée chez sa belle- mère	Non	Ecole, Maternité, CPEF

Annexe II : Grille d'entretien

1) Inclusion des patientes avec un score EPICES \geq à 30

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
EPICES = 75,14 +10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

2) Informations administratives et sociodémographiques :

- Âge (Femmes majeures), Origine, Nationalité, Date d'arrivée en France (résident au France depuis au moins 1 an)

Comment s'est passée votre arrivée ? Pourquoi avez-vous quitté votre pays ?

- Niveau d'étude, travail, horaires de travail, aides sociales

- Etes-vous suivie par un travailleur social ?

- Logement, hébergée chez un proche ou logement institutionnel (115)
- Couverture maladie (CMU, AME, aucune)
- Situation matrimoniale, antécédents obstétricaux (FCS, IVG), existence de violences.
- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous ?

3) Information sur la contraception de la patiente

Histoire contraceptive :

- A quel âge avez-vous eu recours à votre premier moyen de contraception ?
- Quel était ce moyen de contraception ?
- Comment l'avez-vous choisi ?
 - *Avez-vous eu recours à un professionnel de santé pour le choix et la prescription de ce moyen de contraception ?*
 - *Si non, une personne autre qu'un professionnel de santé est-elle intervenue dans le choix de ce moyen de contraception ?*
- Où aviez-vous reçu l'information vis à vis de ce moyen de contraception ?
- Aviez-vous confiance en ce moyen de contraception ?
 - *Quelles étaient les caractéristiques qui vous rassuraient ?*
- Etait-il adapté à votre mode de vie ?
 - *Rencontriez vous des difficultés avec ce moyen de contraception ? Quels en étaient les inconvénients ?*
- Avez-vous changé de moyen de contraception par la suite ?
 - *Si oui, pourquoi ? Au bout de combien de temps l'avez-vous changé ?*
- Avez-vous déjà eu un échec contraceptif ?
 - *Oubli de votre moyen de contraception ? Être enceinte en étant sous contraceptif ?*

Contraception actuelle :

- Utilisez-vous une méthode pour ne pas être enceinte ou espacer les grossesses ?
- Quelle est cette méthode ou ce moyen de contraception ?
- Avez-vous choisi votre moyen de contraception ?
 - Si non, pour quelles raisons ? Quelqu'un est-il intervenu dans ce choix ? Vous a-t-on proposé d'autres alternatives ?
- Avez-vous confiance en votre moyen de contraception ?
 - Rencontrez-vous des difficultés dans son utilisation ? (à adapter au mode de contraception)

Si contraception Oestro-progestative :

- Vous arrive-t-il d'oublier votre moyen de contraception ou de décaler l'heure de prise / d'oublier de changer de patch ? A quelle fréquence ? Quelles sont les raisons de ces oublis ?
- Vous a-t-on expliqué la conduite à tenir en cas d'oubli ? Vous a-t-on parlé de la contraception d'urgence ? Qu'en pensez-vous ?

Si DIU ou implant :

- Savez-vous quand consulter ? Connaissez-vous la durée de vie de votre moyen de contraception ?

Si injections :

- Au bout de combien de temps devez-vous refaire une injection ? Vous arrive-t-il d'oublier des injections ?

Si préservatif :

- Vous arrive-t-il à vous ou à votre partenaire de l'oublier ? Avez-vous déjà eu un échec contraceptif avec ce moyen ? Contre quoi le préservatif vous protège ?

- Quelle information avez-vous eu à propos de votre contraception ?

- Vous a-t-on parlé d'autres moyens de contraception ? Sous quelle forme : explication orale, utilisation d'images, d'objets ? Vous a-t-on parlé des effets indésirables, quand consulter ? Vous a-t-on parlé de contraception d'urgence ? Si oui l'avez-vous déjà utilisé ? Combien de fois ? Qu'en pensez-vous ? Vous a-t-on parlé d'infections sexuellement transmissibles ?

- Quelles informations supplémentaires aimeriez-vous recevoir ?

- L'information que vous avez reçue est-elle adaptée à votre mode de vie ? Pensez-vous que votre mode de vie est suffisamment pris en compte ?

Connaissances en matière de contraception :

- Connaissez-vous d'autres méthodes contraceptives ? Quels sont les moyens de contraception que vous connaissez ?
- Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur la contraception ?
 - *Pensez-vous avoir besoin de plus d'informations ?*
- Où avez vous reçu l'information ?
- Cette information vous convient-elle ?
 - *Aimeriez vous obtenir des précisions ou d'autres informations ? Pensez-vous avoir bien compris la contraception ?*
- Lorsque vous avez des questions en matière de contraception où allez vous chercher des réponses ?
 - *Pourquoi préférez-vous cette source d'information ?*

CPEF

- Pourquoi venez-vous consulter au CPEF ?
 - *Combien de fois avez-vous consulté au CPEF ?*
 - *Est-il plus simple d'obtenir un rendez-vous ? Le fait de pouvoir venir sans rendez-vous est il un avantage ?*
 - *Est-ce par rapport à la gratuité et l'accès aux moyens de contraception sans couverture sociale ?*
 - *Vous accorde-t-on plus temps pour vous exprimer, pour vous expliquer la contraception, la sexualité, les IST, les IVG ?*
 - *Votre cadre de vie est-il mieux pris en compte ? Ainsi que les aspects familiaux et culturels ?*
 - *L'information que l'on vous délivre vous permet-elle de choisir librement en ayant bien compris votre méthode contraceptive ?*
 - *Considérez-vous que les CPEF sont des lieux de paroles ? (échange avec les professionnels de santé et les autres patients)*

- *Que pensez-vous des interventions collectives ?*

DROITS DE REPRODUCTION :

Les mémoires des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.

