UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2020 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

PAR

KOUEZO Meghann

Née le 17.12.1991 à Aubervilliers

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 Décembre 2020

« DETERMINANTS DU CHOIX DE CONTRACEPTION DES PATIENTES D'AFRQUE SUBSAHARIENNE CONSULTANT A LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE VERNON »

Président de Jury :	Monsieur le Professeur Hermil
Directrice de thèse :	Madame le Professeur Mauviard
Jury :	Monsieur le Professeur Nguyen-Thanh
	Madame le Professeur Merle
	Monsieur le Docteur Schuers

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie

Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique

Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel **MOUHAJIR**	Parasitologie
M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation in improbations.

REMERCIEMENTS

A mes parents, qui sont mes premiers supporters et qui ont su me révéler la meilleure version de moi-même et ce, depuis ma toute petite enfance.

Maman… ma sœur, mon amie, mon soutien, merci de cet amour qui endure tout que tu as toujours su me montrer.

Papa… toi la force tranquille que je sais si sensible. Merci Papounet d'être si compréhensif, et de respecter mes choix et merci pour l'apport de ta plume dans ces travaux.

Reggio, mon grand frère, protecteur sur qui je peux compter à tout instant ; merci de ton soutien et surtout merci de ton amour illimité.

Je vous remercie Professeur Hermil de me faire l'honneur de présider mon jury, merci de votre disponibilité et de votre rigueur, qui m'a permis de redresser ce côté un peu étourdi de ma personnalité, surtout sur les derniers mètres avant la ligne d'arrivée.

Merci Elisabeth, de m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de thèse, de ta patience, et de m'avoir accompagnée pendant ces travaux ; ce travail que je voyais comme titanesque initialement ; s'est avéré un voyage passionnant bien que laborieux parfois.

Merci Pr Nguyen Thanh, Pr Merle et Dr Schuers d'avoir accepté de faire partie de mon jury, chacun d'entre vous du fait de votre expérience était un élément clé pour juger ce travail.

Merci Carine, toi qui as été mon mentor dès mon début d'internat.

Merci à mes copines de fac : Renée, Crickette et Zaza qui avez éclairé mes stages et ces années de médecine.

Merci à l'équipe de la PASS de Vernon : Aurélie, Virginie, Adeline, et Caroline pour votre soutien et vos remarques pertinentes.

A cette famille que j'ai et qui m'a adoptée M-E-R-C-I :

A mes sœurs d'une autre mère : Zuzu, Dinedy, Becky, Teter, Nana, Mimi, Phenou, Laety, Isa, Tete « Manu », Kelly, Glawdys, Mae-chan aka Elo, Neusa, Athénaïs, Lisa, Jadou.

E i miei fratelli : Joel, Ben, Migui-Migui, Yahya, Bovalis.

A mes parents adoptifs : Marie et Bruno, Thierry et Marylène.

Tours & Mantes

Mes tantes : Tatie Franciane, Tatie Carolle, Tatie Marie Paule, Tatie Fran.

Merci à Micha, Sarah, Audric et Stéphanie, Fabien et Emeraude, Priscille et Manu, Sandrine et Joël, Isabelle, Gladicita, Nicolette, Mai, Yaya Claude et bien d'autres.

Merci à vous qui êtes devenus ma famille et m'avez aidé à traverser ces années.

Et je ne peux que penser à ceux partis trop tôt qui m'ont témoignée du soutien pendant ces années.

A יהוה parce que de la force, de l'endurance, de l'amour j'en ai eu besoin et tu m'as fourni bien plus que ce que je t'ai donné. Merci !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS…… p.1

TABLE DES MATIERES…… p.3

TABLES DES MATIERES DES TABLEAUX ET DES FIGURES…… p.5

INDEX…… p.6

PREAMBULE……p. 7

1. INTRODUCTION…… p.8
   1.1. DE LA CONTRACEPTION…… p. 8
      1.1.1. CONTRACEPTION EN FRANCE…… p.8
      1.1.2. CONTRACEPTION DANS LE MONDE …… p.9
   1.2. DE LA PASS…… p.11
      1.2.1. CADRE LEGAL …… p.11
      1.2.2. PARTICULARITES VERNONAISES…… p.12
2. OBJECTIF DE L'ETUDE …… p.15
3. DANS LA LITTERATURE …… p.15
4. MATERIELS ET METHODES…… p.17
   4.1. JUSTIFICATION DE LA METHODE…… p.17
   4.2. ECHANTILLON…… p.18
      4.2.1. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION …… p. 18
      4.2.2. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON…… p. 18
   4.3. ENTRETIEN…… p. 19
      4.3.1. GUIDE D'ENTRETIEN…… p. 19
      4.3.2. DEROULEMENT DES ENTRETIENS…… p. 20
      4.3.3. DUREE DES ENTRETIENS…… p. 20
      4.3.4. ENREGISTREMENT, RETRANSCRIPTION ET METHODE D'ANALYSE…… p. 21
      4.3.5. SATURATION DES DONNEES…… p. 21
   4.4. DEMARCHES ETHIQUES…… p. 21
   4.5. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES…… p. 21
5. RESULTATS…… p. 22
   5.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE…… p. 22
      5.1.1. ORIGINE…… p. 22
      5.1.2. DATE D'ARRIVEE EN FRANCE…… p. 23
      5.1.3. LOGEMENT……p. 23
      5.1.4. SITUATION ECONOMIQUE……p. 23
      5.1.5. NIVEAU DE SCOLARISATION …… p. 23
      5.1.6. STATUT MEDICAL……p. 23
      5.1.7. VIOLENCES……p. 24
      5.1.8. STATUT FAMILIAL……p. 24
      5.1.9. VISION DE LEUR SITUATION …… p. 24
   5.2. FACTEURS POUVANT INFLUENCER LES PRATIQUES……p. 24
      5.2.1. ACCES A LA CONTRACEPTION……p. 24
         5.2.1.1. EN FRANCE……p. 24

5.2.1.2. PAYS D'ORIGINE…… p. 25
5.2.2. CONNAISSANCES SUR LA CONTRACEPTION…… p. 25
5.2.3. PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION…… p. 26
5.2.4. CULTURE ET CONTRACEPTION …… p. 27
5.2.5. COUT DE LA CONTRACEPTION…….. p. 27
5.2.6. INTERET POUR LA CONTRACEPTION …… p. 28
5.2.7. TOLERANCE DE LA CONTRACEPTION …… p. 28
5.2.8. CONTRACEPTION PARTAGEE…… p. 29
5.2.9. DESIR DE GROSSESSE…… p. 29
5.2.10. HABITUDE DE CONTRACEPTION ……..p. 29
5.2.10.1. INITIALE…… p. 29
5.2.10.2. ACTUELLE …… p. 30
6. DISCUSSION…… p. 31
6.1. IMPRESSION GENERALES …… p. 31
6.2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE…… p. 31
6.2.1. LIMITES DE L'ETUDE…… p. 31
6.2.1.1. BIAIS DE NOVICITE …… p. 31
6.2.1.1.1. BIAIS D'INFLUENCE …… p. 31
6.2.1.1.2. BIAIS D'INTERPRETATION…… p. 32
6.2.1.2. BIAIS DE SELECTION …… p. 32
6.2.1.3. BIAIS DE DESIRABILITE SOCIALE…… p. 32
6.2.1.4. BIAIS QUANT AU SUJET…… p. 32
6.2.1.5. BIAIS LINGUISTIQUE …… p. 32
6.2.1.5.1. BIAIS DE TRADUCTION …… p. 32
6.2.1.5.2. BIAIS DE COMPREHENSION…… p. 33
6.2.2. FORCES DE L'ETUDE…… p. 33
6.2.2.1. SUJET…… p. 33
6.2.2.2. ECHANTILLON VARIE…… p. 33
6.2.2.3. RESULTATS ORIGINAUX…….. p. 34
6.2.2.4. METHODE QUALITATIVE……..…… p.34
6.3. RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE…… p. 34
6.3.1. ACCES …… p. 34
6.3.2. CONNAISSANCES …… p. 35
6.3.3. PERCEPTION ET OBSERVANCE …… p. 35
6.3.4. CULTURE …… p. 35
6.3.5. COUT …… p. 36
6.3.6. INTERET ET DESIR DE GROSSESSE…… ….. p. 36
6.3.7. TOLERANCE ET EFFETS SECONDAIRES …… p. 37
6.3.8. CONTRACEPTION PARTAGEE …… p. 37
6.3.9. HABITUDES DE CONTRACEPTION INITIALE ET ACTUELLE… p. 37
6.3.10. NIVEAU D'ETUDE …… p. 38
7. CONCLUSION…… p. 39

BIBLIOGRAPHIE…… p. 41

ANNEXES …… p. 46

RESUME……

TABLE DES MATIERES DES FIGURES

Figure 1 : *Prévalence des méthodes de contraception parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) par région, en 2019…… p. 10*

Figure 2 : *Diagramme de flux…….. p. 19*

Figure 3 : *Echantillon des patientes consultant à la PASS de Vernon…… p. 22*

INDEX

AME : Aide Médicale d'Etat

AMGRV : Association des Médecins Généralistes de Vernon

ARS : Agence Régionale de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé

CH : Centre Hospitalier

CIPD : Conférence internationale pour la population et le développement (en 1994 au Caire)

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DEMTREND : Demographic trends

DIU : Dispositif Intra-utérin

E : Entretien

E1 : Entretien 1, E2 : entretien 2 ainsi de suite

P : Participante

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès Aux Soins

PED : Pays En voie de Développement

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique

PREAMBULE

L'idée de ce travail de thèse m'est venue lors de mon stage dans le service de gynécologie de Vernon.

J'ai eu l'occasion de participer aux consultations que deux sages-femmes du service effectuaient au sein de la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) de Vernon.

Les patientes, qui pour beaucoup étaient en situation irrégulière, étaient enceintes pour la plupart.

Une patiente en particulier m'a marquée, une jeune femme d'une trentaine d'années, venant d'accoucher, et se retrouvant sans domicile à la sortie de la maternité.

Cela m'a suscité une interrogation : pourquoi n'avait-elle pas eu recours à une contraception en amont, au vu de sa situation économique précaire ?

Après discussion avec les sages-femmes, le personnel de la PASS ainsi qu'avec ma directrice de thèse, il me semblait important de déterminer ce qui poussait ces patientes à choisir ou non un type de contraception donnée.

En maîtrisant sa contraception, on peut maîtriser en partie les aspects économique, social et médical de notre vie.

1. INTRODUCTION

1.1. DE LA CONTRACEPTION

La contraception est selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « l'utilisation d'agents de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. » [1].

Il existe différents moyens contraceptifs que nous classerons en deux grandes catégories :

- **Méthodes hormonales**
  - Pilules
  - Dispositifs intra-utérins hormonaux
  - Implants
  - Injection de progestatifs
  - Patchs contraceptifs

- **Méthodes non hormonales (comprenant les méthodes « traditionnelles »)**
  - Dispositif intra-utérin au cuivre
  - Stérilisation féminine ou masculine
  - Diaphragme
  - Cape cervicale
  - Préservatif féminin ou masculin
  - Spermicides
  - Méthodes traditionnelles : retrait, abstinence périodique (méthode de la température, calendriers, l'allaitement, observation de la glaire cervicale)

1.1.1. Contraception en France

Légalisée depuis la loi du 28 décembre 1967 de Lucien Neuwirth [2], la couverture contraceptive en France est élevée. Seules 3 % des femmes de 15 -49 ans ne souhaitant pas être enceintes n'ont pas recours à un moyen de contraception [3].

Le moyen le plus utilisé chez les 15 – 24 ans reste la pilule : 60,4% chez les 15-19 ans et 59,5% chez les 20-24 ans en 2016, bien qu'elle soit controversée depuis 2012 – 2013 du fait de plaintes secondaires à des accidents thrombo-emboliques. [4]

La norme contraceptive après 35 ans tend vers l'utilisation du dispositif intra-utérin (DIU) : 34,6 % chez les 34 39 ans. [4]

Malgré cette forte couverture contraceptive, 2/3 des grossesses non prévues, surviennent sous contraceptif.

Il persiste un nombre important mais stable d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) : environ 216 700 IVG en 2017.

Ce chiffre est expliqué dans un article publié en 2011 par un échec d'utilisation de la méthode contraceptive (mauvaise observance de la pilule). [5]

Un rapport publié le 15 Mai 2013 sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS), identifiait plusieurs freins à l'accès à une contraception tels que : la formation médicale du médecin, la méconnaissance de la contraception, les effets secondaires, la volonté de limiter les médicaments, les difficultés économiques, l'accès géographique [6].

L'un des leviers d'action est l'information diffusée au grand public au moyen de sites internet comme : *https://www.choisirsacontraception.fr/* ou encore l'information dans les centres de planification familiale.

1.1.2. Contraception dans le monde :

Dans le monde, 48,5% des femmes de 15 – 49 ans ont recours à un moyen de contraception mais il existe une disparité au niveau de la répartition de la couverture contraceptive selon les pays [7] ;

Par exemple, l'Afrique sub-saharienne compte 28,5% de femmes ayant recours à une contraception moderne ou traditionnelle, tandis qu'en Europe et Amérique du Nord, elles sont 58,2%. [7]

Il existe des méthodes contraceptives dominantes selon la région [7] :

- En Asie du Sud-Est et Asie de l'Est : 18,6% DIU
- En Europe et Amérique du Nord : 17,4% pilule
- En Amérique latine et dans les Caraïbes : 16% stérilisation féminine

- En Afrique du Nord et en Asie de l'Ouest : 10,5% pilule
- En Océanie : 16,9% pilule
- En Sud de l'Asie : 21,8% stérilisation féminine
- En Afrique Sub-Saharienne : 9,6% progestatifs injectables

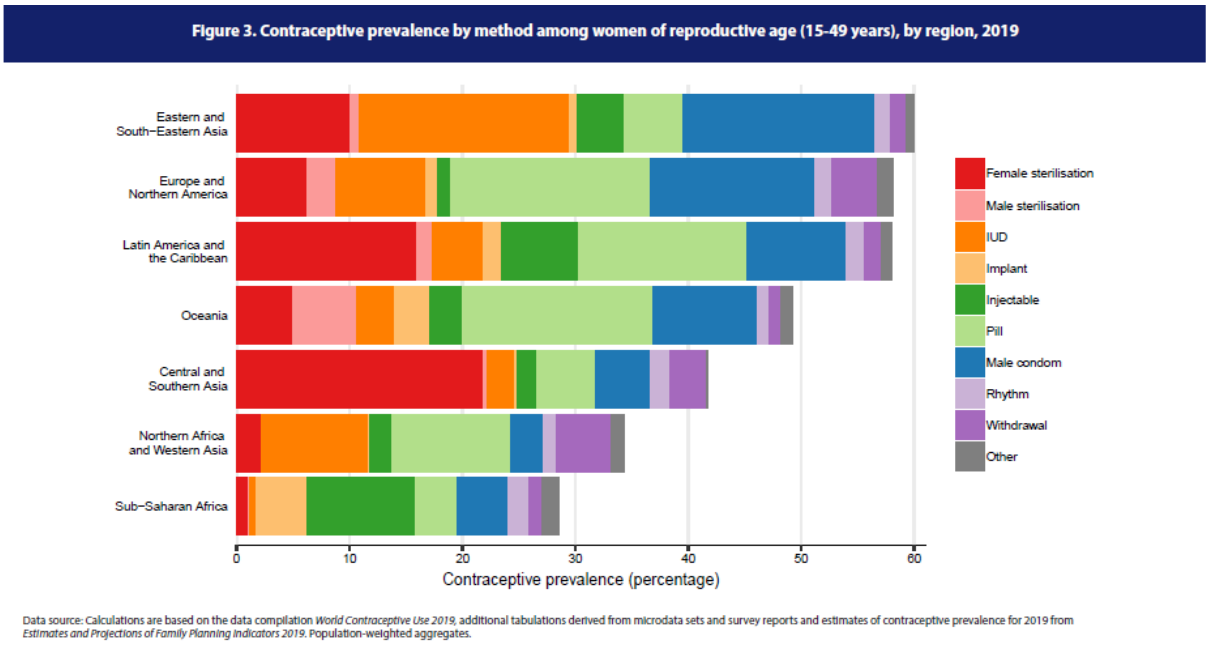


Figure 1 : Prévalence des méthodes de contraception parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) par région, en 2019

Les pays en voie de développement (PED) ont fait de la planification familiale un moyen de « développement économique » et un moyen de réduire la morbi-mortalité maternelle. [8]

Il existe des programmes établis entre plusieurs pays en voie de développement afin de promouvoir la planification familiale.

En 1994, lors de la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD), un programme d'action a été décidé entre 179 gouvernements afin d'assurer l'accès à tous à des soins complets de santé reproductive, une planification familiale volontaire, et favoriser des grossesses sans risque, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). [9]

Le programme Demographic Trends (DEMTREND), mis en place entre 2010 et 2013 avait pour but d'évaluer les besoins non satisfaits des jeunes d'Afrique Centrale en santé reproductive. Les pays concernés étaient les suivants : Cameroun, Congo

Brazzaville, Gabon, Guinée équatoriale, République Centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad. [10]

Ces programmes favorisent l'accès à la contraception ; la conférence Family Planning, montrait que 314 millions de femmes et de filles dans le monde utilisent la contraception moderne avec 53 millions d'utilisatrices supplémentaires au cours des sept dernières années. [11]

En dépit des progrès en matière de couverture contraceptive dans le monde (2011 : 63 % d'utilisatrices de moyens contraceptifs et 76% en 2019) [12], moins de la moitié des besoins contraceptifs sont satisfaits en Afrique [8].

La France est une terre d'accueil pour de nombreux migrants, parfois en situation de précarité (réfugiés politiques, …) et elle prévoit un dispositif d'accès aux soins pour les plus démunis [13].

Les femmes migrantes, peuvent bénéficier de consultations gynécologiques au cours desquelles la question de la contraception peut être abordée.

1.2. DE LA PASS

1.2.1. CADRE LEGAL

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), trouvent leur fondement légal dans l'article L6112-6 du code de santé publique et dans la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Ce sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. [14]

Ce dispositif s'adresse aux personnes qui n'ont pas de couverture sociale ou une couverture sociale partielle et qui nécessitent un accompagnement personnalisé.

Du fait de leur proximité avec une structure hospitalière ainsi que de la présence d'un ou de plusieurs travailleurs sociaux dans leurs locaux, ces dispositifs vont accompagner les personnes en situation de précarité dans leurs démarches sociales.

Sur le plan médical, ces dispositifs favorisent l'intégration des personnes au système de santé commun par l'accès à des consultations de médecine générale, ainsi qu'à un plateau technique hospitalier.

Les PASS entretiennent aussi un lien étroit avec un vaste réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, Samu Social, centres de santé, centres de vaccination, services municipaux de santé, centres spécialisé, services de protection maternelle et infantile, planning familial, centres médico-psychologiques, laboratoires, associations humanitaires, etc…

Les PASS reçoivent une dotation du directeur de l'établissement de santé auxquelles elles sont rattachées sous contrôle de l'agence régionale de santé (ARS).

La PASS est une structure complexe et nécessaire à la construction d'un lien entre une partie de la population et le système de santé commun.

1.2.2. PARTICULARITES VERNONAISES

La PASS de Vernon a été créée en 1994, par suite d'un appel d'offre national, afin de mettre en place une prise en charge des populations sans couverture sociale et sans accès aux soins. [15]

Par la suite, un partenariat a été établi entre l'association des médecins généralistes de Vernon (AMGRV) et le Centre Hospitalier de Vernon (CH Vernon). [15]

Organisation :

Jusqu'en mars 2018, la PASS de Vernon était une unité fonctionnelle du Pôle de Médecine du Centre Hospitalier Eure Seine d'Evreux et de Vernon.

Depuis mars 2018, la PASS de Vernon a intégré le département de santé publique du centre hospitalier qui regroupe les unités suivantes :

- Centre de Lutte Anti Tuberculeux (CLAT) ;
- Centre Gratuit d'Information, de Dépistage, et de Diagnostic des Maladies Sexuellement transmissibles (CEGGID) ;
- Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEP) ;
- Vaccinations.

Ainsi, les consultations liées à la PASS, au CEGGID et certaines liées au CLAT/vaccination, ont lieu dans les locaux de la PASS en face du bâtiment des urgences.

L'équipe est composée de différents professionnels :

- Une secrétaire (PASS/CEGGID) ;
  Elle accueille les patients, se charge de la prise des rendez-vous médicaux et sociaux ;
- Une infirmière ;
- Une psychologue ;
- Une assistante de service social, qui assure aussi la coordination du dispositif et qui peut intervenir à la demande sur le service des urgences ;
- Un médecin coordinateur ;
- Plusieurs médecins de Saint Marcel et de Vernon qui viennent faire des consultations.

Deux sages-femmes interviennent deux après-midis par semaine dans les locaux de la PASS dans le cadre d'un partenariat entre la maternité du CH de Vernon et la PASS/CEGGID. [15]

Elles assurent ainsi, des consultations de suivi de grossesse et des consultations de suivi gynécologique (frottis, offre de contraception, …).

Elles font de la prévention ainsi que du dépistage des infections sexuellement transmissibles.

La PASS de Vernon propose :

- Un accueil ;
- Espace d'hygiène (accès douche) ;
- Espace café ;
- Une prise en charge médico psycho sociale.

La prise en charge des consultations se fait sur le mode de la gratuité pour les patients en attendant le retour au droit commun en termes de couverture sociale complète.

Population de la PASS de Vernon :

La population accueillie au sein de la PASS est très hétérogène [15] :

- Personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière ou régulière ;
- Personnes sans domicile fixe ;
- Résidents du Foyer Jeunes travailleurs ;
- Personnes du foyer d'hébergement ADOMA ;
- Personnes salariées mais n'ayant pas suffisamment de ressources pour souscrire une mutuelle ;
- Enfants placés par l'Aide sociale à l'enfance.

Au cours de l'année 2019, 49% des personnes ayant consulté à la PASS étaient des femmes. [15]

Sur les 398 personnes ayant consulté à la PASS au cours de l'année 2019, 357 étaient de nouveaux patients. [15]

La majorité des personnes consultant à la PASS est originaire d'Afrique de l'Ouest ; sur les 398 personnes suivies sur l'année 2019, 174 en étaient originaires soit 43,7% de la population de la PASS en 2019 [15].

72% des personnes ayant consulté à la PASS au cours de l'année 2019 n'étaient affiliées à aucun régime d'assurance maladie de base.

Les raisons sont variables :

- Impossibilité de justifier de 3 mois de présence en France pour une prise en charge des frais de santé ;
- Usager de la CMU-C ou AME, n'ayant pas renouvelé leurs droits.

Parmi les motifs de consultations en 2019, on retrouve plus fréquemment dans l'ordre décroissant : [15]

- Motifs gynécologiques : 114
- Troubles psychosomatiques : 98
- Motifs cardiovasculaires : 38

L'activité gynécologique, représente une part importante des motifs de consultations au sein de la PASS, ce chiffre restant stable d'une année à l'autre (116 consultations en 2018).

Sachant que la plupart des patientes qui consultent à la PASS de Vernon pour le suivi de leur grossesse ou pour d'autres actes gynécologiques sont le plus souvent en situation économique et sociale précaire, on peut se poser la question de savoir pourquoi n'ont-elles pas eu recours à une contraception en amont ?

Ceci revient en fait à rechercher les déterminants qui pousseraient ces patientes à choisir telle ou telle autre contraception.

2. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude était de comprendre quels facteurs déterminent le choix de contraception des patientes précaires originaires pour la majorité d'Afrique Subsaharienne et consultant à la Permanence d'accès aux soins de Vernon.

Plus spécifiquement, quels sont les facteurs qui influencent le choix de recourir ou non à un type de contraception ?

Après une revue succincte de la littérature dans la section 3, suivie de la présentation de la méthodologie dans la section 4, nous présenterons et analyserons les résultats dans la section 5 pour terminer par une conclusion dans la section 6.

3. DANS LA LITTERATURE :

Il existe un certain nombre de travaux réalisés sur la contraception et la précarité chez les migrants en France et dans le monde.

En France, une étude épidémiologique de Maraux de 2018 montrait que les femmes immigrées d'Afrique sub-saharienne ont un haut niveau de contraception médicale efficace, car elles profitent pleinement du système de santé français promouvant la contraception [17].

A noter dans cette étude, une partie des participantes étaient séropositives au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et avaient donc un suivi médical régulier.

Une étude menée en 2018 par Anne Cellier, et traitant d'une question très similaire à mon travail sur une population avec des caractéristiques différentes montrait qu'il existe de multiples facteurs aux déterminants de contraception chez les femmes migrantes : la culture, la religion, la norme contraceptive, l'entourage et le statut de migrante en situation de précarité [18].

Dans le monde, une étude qualitative de 2016 de Kumiyo et al. au Japon, montrait que les japonaises immigrées en Australie adoptaient les mêmes habitudes de contraception que dans leur pays d'origine. [19].

Une étude qualitative, menée en Tanzanie en 2013 par Laili et al.. montrait que le manque de connaissance, la crainte des effets secondaires, ainsi que le manque de communication avec le conjoint pouvaient être un frein à l'utilisation de moyens contraceptifs. La norme contraceptive, dépendait aussi du statut marital. [20]

Ces différentes études confirment que le choix d'un contraceptif est complexe et multifactoriel.

Il peut être influencé par l'entourage, les représentations personnelles, les normes contraceptives connues, la connaissance d'un contraceptif donné.

4. MATERIELS ET METHODES

4.1. JUSTIFICATION DE LA METHODE

L'objectif principal de l'étude était de déterminer les facteurs influençant le choix de contraception des patientes consultant à la Permanence d'accès aux soins de Vernon.

Nous avions dans l'idée que : la précarité, la culture, la famille, les violences subies par le passé et la perception des effets secondaires liées à la prise d'une contraception hormonale pouvaient influencer le recours ou non recours à une contraception donnée.

Pourquoi une étude qualitative ?

Pour mémoire, l'étude qualitative est définie comme une « méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupes, des faits ou des sujets ».

Le sujet principal de cette thèse ayant une portée médico-sociale, c'est naturellement que le choix s'est porté sur cette méthode.

En outre, nous avions quelques facteurs que nous pensions avoir identifiés.

Il nous fallait donc les confirmer mais aussi en faire émerger de nouveaux au cours des entretiens.

Pourquoi des entretiens semi dirigés ?

Les entretiens individuels ont été préférés par rapport à des séances en « focus-group », afin de favoriser une proximité et d'établir un lien avec les patientes sélectionnées.

Nous voulions qu'elles se sentent à l'aise, afin d'être libres de se livrer si besoin.

L'entretien semi directif a été choisi afin de pouvoir vérifier les hypothèses énoncées initialement tout en laissant une certaine liberté aux patientes afin que d'autres hypothèses soient rajoutées.

Un guide d'entretien a été bâti afin de s'entretenir avec toutes ces femmes, tout en suivant un fil conducteur.

La construction de ce guide et de son contenu sont décrits plus loin.

4.2. ECHANTILLON

4.2.1. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion étaient :

- Femmes ;
- 18-50 ans ;
- Consultant dans les locaux de la PASS pour tout motif de consultation : suivi gynécologique, suivi grossesse, frottis, pose de dispositif intra utérin ;
- Non opposition à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne parlant ni français, ni anglais.

4.2.2. RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON

Avec l'aide de la secrétaire de la PASS, une sélection des dossiers des patientes répondant aux critères d'inclusion a été réalisée.

Ainsi, 68 dossiers avaient initialement été retenus.

Parmi ces dossiers, seuls 55 répondaient aux critères d'inclusions.

Par la suite il a fallu contacter les patientes par téléphone pour la plupart, sinon pour celles qui avaient une consultation prévue à la PASS, les demandes pouvaient se faire en direct.

Parmi ces 55 patientes :

- 4 n'avaient pas de numéro attribué ;
- 11 n'ont pas répondu aux appels de la secrétaire ;
- 13 ne vivaient plus dans la région ;
- 15 ne parlaient ni français ni anglais.

Finalement, 12 entretiens ont été réalisés.

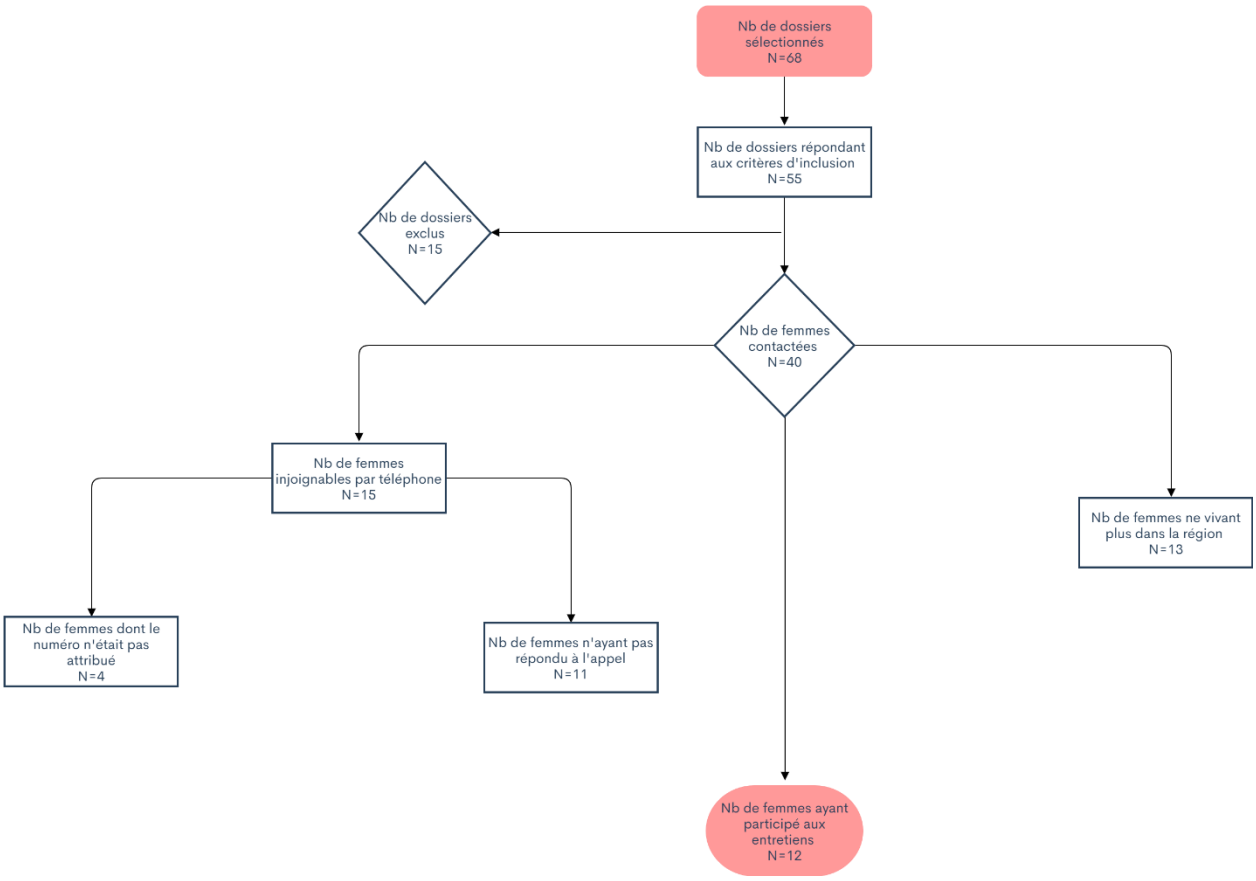


Figure 2. Diagramme de flux

4.3. ENTRETIEN

4.3.1. GUIDE D'ENTRETIEN

Avant de commencer les entretiens individuels, nous avons établi un guide d'entretien. (cf. annexe).

Ce guide contient quatre rubriques :

- Présentation générale, but du travail de recherche, recueil de la non-opposition des patientes, réassurance quant à l'anonymisation des données traitées, prise de nouvelles (non enregistré)
- Informations générales sur le parcours et la vie au quotidien afin de placer les participantes dans leur contexte
- Thématique de la contraception abordée dans le passé et actuellement
    - Recours ? non recours ?

    - Raisons justifiant le choix
- Recherche des connaissances de la contraception en France

Ce guide a été constitué suite, à plusieurs discussions avec ma directrice de thèse et à partir de la littérature, ainsi que des remarques du personnel de la PASS.

Quelques modifications ont été faites dans la formulation de certaines questions, suites aux suggestions de la secrétaire afin de ne pas choquer les patientes en étant trop directe dans ma façon de les aborder.

Et sur les derniers entretiens, la question du logement a été supprimée car jugée non pertinente.

4.3.2. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés pour la majorité entre octobre 2018 et décembre 2018 ; 3 autres entretiens ont pu être réalisés entre décembre 2019 et janvier 2020 et les 2 derniers entretiens ont été réalisés courant juillet 2020.

Les entretiens ont eu lieu dans les locaux de la PASS ; ils se sont déroulés dans le bureau de la secrétaire ou dans celui de l'assistance sociale.

Les patientes avaient eu un contact avec la secrétaire qui leur expliquait ma démarche.

Par la suite, le jour prévu pour l'entretien, je leur expliquais de nouveau en quoi il consistait et à ce moment-là je m'assurais de leur non-opposition à mon étude.

4.3.3. DUREE DES ENTRETIENS

La durée s'étalait entre 2 min 09 secondes et 11 min 04 secondes.

4.3.4. ENREGISTREMENT, RETRANSCRIPTION ET METHODE D'ANALYSE

L'enregistrement des entretiens s'est fait via une application mobile « Voice Recorder » sur Android puis les entretiens étaient retranscrits sur ordinateur au moyen du logiciel de traitement de texte Word.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot pour le plus d'objectivité possible ; et les temps de pause, le langage non verbal ont aussi été retranscrits.

Par la suite, des verbatims ont été isolés et codés à l'aide du logiciel Excel sous la supervision de ma directrice de thèse, qui elle-même a codé trois entretiens afin d'ensuite comparer nos codages et réduire le biais d'interprétation.

Les verbatims, ont été ordonnés en « catégories » afin de conceptualiser les idées ; et ces catégories ont pu elles-mêmes être organisées en « thèmes. »

4.3.5. SATURATION DES DONNEES

Quand il n'y a plus eu de nouveaux codes émergeants, la saturation des données a été considérée comme étant atteinte et ce au bout de 11 entretiens.

4.4. DEMARCHES ETHIQUES

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite, mais n'entrant pas dans le cadre de la loi Jardé, il n'y a pas eu de déclaration au comité de protection des personnes.

Des précautions, ont été prises afin de protéger les données personnelles : sauvegarde des entretiens sur le serveur de l'Université et suppression des enregistrements après retranscription.

4.5. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

La recherche bibliographique s'est faite tout le long du travail de thèse.

Les moteurs de recherches utilisés étaient les suivants : Google ®, Google Scholar ®, PubMed ®, Doc CisMef ®, Sudoc ®, Cairn ®.

Les mots-clés utilisés étaient : « contraception », « contraception + précarité » ; « thèse qualitative + contraception », « contraception dans le monde », « birth control ».

Par ailleurs, pour les thèses que j'ai lues, j'ai aussi considéré les sources bibliographiques utilisées afin de continuer mes recherches.

5. RESULTATS

5.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Sur les 12 entretiens réalisés, seuls 11 ont été retenus car le 6ème entretien était difficilement exploitable. L'axe de l'entretien n'a pas été respecté et le sujet finalement pas réellement traité.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2018 et décembre 2018 ; et quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés entre décembre 2019 et juillet 2020. L'échantillon comprenait des femmes de 19 à 40 ans.

5.1.1. Origine

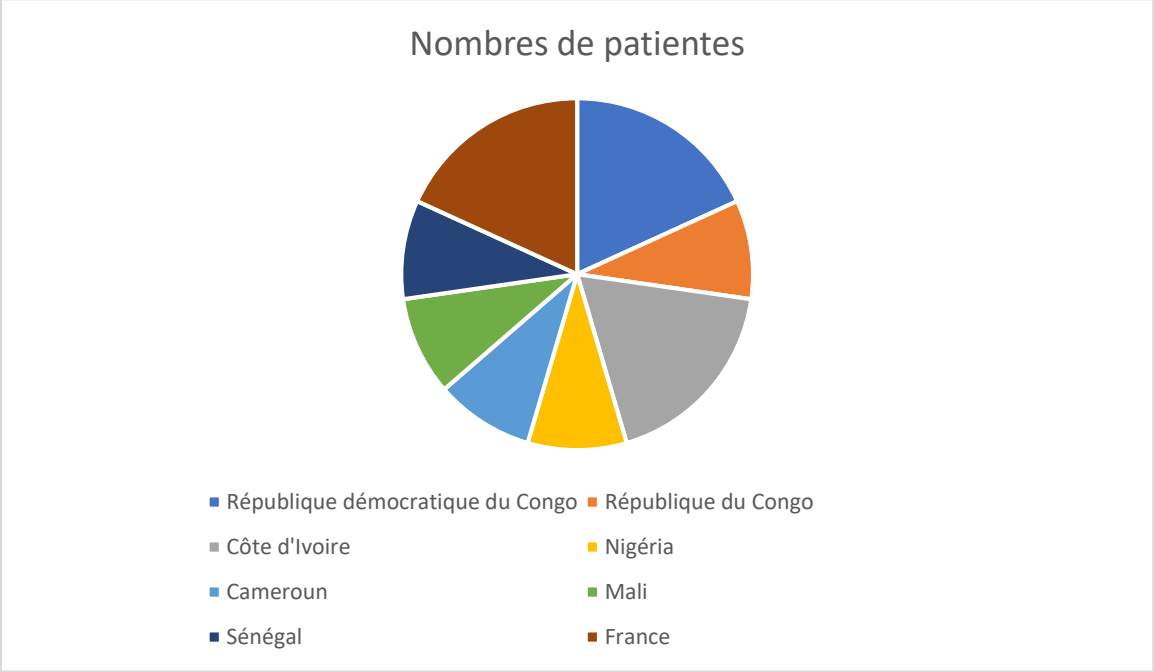


Figure 3. Echantillon des patientes consultant à la PASS de Vernon

- 2 patientes étaient originaires de le République démocratique du Congo (Kinshasa) ;
- 1 patiente était originaire de la République du Congo (Brazzaville) ;
- 2 patientes étaient originaires de la Côte d'Ivoire ;
- 1 patiente était originaire du Nigeria ;

- 1 patiente était originaire du Cameroun ;
- 1 patiente était originaire du Mali ;
- 1 patiente était originaire du Sénégal ;
- 2 patientes venaient de Vernon.

5.1.2. Date d'arrivée en France :

Sept des patientes interrogées étaient arrivées en France depuis moins d'un an au moment des entretiens.

5.1.3. Logement :

Toutes ces patientes étaient logées :

- 3 des patientes vivaient encore chez leurs parents ;
- 1 avait son propre logement ;
- 7 des patientes bénéficiaient d'un hébergement social.

5.1.4. Situation économique

8 patientes sur 11 étaient au chômage au moment de l'entretien, et l'une était toujours au lycée.

5.1.5. Niveau de scolarisation

Sur les onze patientes retenues :

- Une seule n'avait jamais été scolarisée ;
- Une avait été scolarisée jusqu'au lycée ;
- Une était toujours scolarisée, passant en terminale à la rentrée 2020 ;
- Huit avaient obtenu leur bac et sur les sept :
    - Quatre avaient poursuivi des études supérieures (Bac+3, Bac+2, Bac+5)

5.1.6. Statut médical

Cinq des patientes étaient enceintes au moment de l'entretien ; pour toutes ces patientes les grossesses étaient désirées.

Cinq autres avaient recours à une contraception, et l'une des patientes enceinte a manifesté son désir d'avoir recours à une contraception, dès la fin de cette grossesse.

5.1.7. Violences

Cinq des patientes interrogées ont rapporté qu'elles avaient été victimes de violences avant leur arrivée en France.

La nature des violences n'a pas été précisée au cours des entretiens, car il n'interrogeait pas plus profondément sur les violences et aucune des femmes interrogées ne s'est étendu spontanément sur le sujet.

5.1.8. Statut familial

Sept des patientes retenues étaient dans une relation de couple stable au moment de l'entretien et pour les quatre autres, le statut marital était inconnu.

5.1.9. Vision de leur situation

Six des patientes interrogées ont fait face à la déception quant à leurs expectatives sur leur vie en France ; alliant sentiment de solitude, coût des communications élevées pour joindre le pays d'origine, travail difficile à trouver compte tenu de leur statut social et pour l'une d'entre elle, un sentiment de manque de liberté.

Et de l'échantillon restant, une des patientes a tout de même décrit un sentiment de sécurité par rapport à son vécu dans son pays d'origine.

5.2. FACTEURS POUVANT INFLUENCER LES PRATIQUES

5.2.1. ACCES A LA CONTRACEPTION

Le choix d'une contraception peut être déterminé par la facilité d'accès à une contraception ; en France ou dans le pays d'origine on a constaté quelques variations.

5.2.1.1. EN FRANCE

Dans l'ensemble, les retours sur l'accès à la contraception en France étaient plutôt positifs et une des patientes interrogées, l'a même vécu comme une obligation.

E9	*« Non je n'ai pas vu que c'était compliqué »*

E10	*« Non pas du tout, y'a plein de planning familial dans toutes les villes et tout qui aide les gens… Y'a des gens qui ont pas de moyens… non y'a beaucoup d'aides, y'a beaucoup d'aides en France »*
E12	*« Ben non, c'est facile. »*
E12	*« Ce que je peux dire, c'est qu'ici dès que t'as des rapports on t'oblige à avoir des implants pour éviter les grossesses »*

5.2.1.2. PAYS D'ORIGINE

L'accès dans le pays d'origine est varié ; d'ailleurs au sein d'un même pays, l'accès à la contraception peut être perçu totalement différemment. Les deux patientes originaires de Côte d'Ivoire avaient deux perceptions différentes de l'accès à la contraception.

E3	*« Est-ce que vous pensez que c'est facile d'avoir accès à la contraception ? » « Non*. »
E7	*« Oui c'est usuel, ce n'est pas cher. Il y a les piqûres, les implants, le stérilet »*
E11	*« Je crois que c'est accessible parce que des fois j'entendais des pubs à la télé incitant les femmes mariées à faire l'espacement des naissances ; ça on a droit tout le temps, parce qu'il y a beaucoup de naissances »*
E12	*« Vous pouvez vous rendre dans une clinique privée et si ça vient de toi-même la jeune fille, tu peux aller dans une maternité tu vois le médecin tu lui expliques et en fonction de ce que tu as à dire et en fonction de la contraception que tu as choisi, il te donne la contraception »*

5.2.2. CONNAISSANCES SUR LA CONTRACEPTION

Le choix d'une contraception peut être déterminé par la connaissance qu'on en a. Les connaissances des moyens de contraception modernes étaient assez variées.

E1	*« Les pilules, les implants, c'est ce que je connais »*
E4	*« C'est plutôt bien expliqué ? »* *« Oui »*
E5	*« Je connais pas, j'ai pas fait ça »*

E7	*« Est-ce courant de prendre des pilules au Nigeria ? » « Oui »*
E11	*« On voit les gens qui ont des trucs (elle montre la face interne de son bras » « elles ont des implants » « oui »* *« C'est les deux que je connaisse »*
E12	*« Par le passé je prenais les pilules du lendemain (…) mais je n'avais pas de contraception »* *« Oui, l'implant, la pilule »*

5.2.3. PERCEPTION DE LA CONTRACEPTION

Le choix d'une contraception peut être déterminé par la perception qu'on en a. On retrouve une conception plutôt négative de la contraception quand elle est porte l'idée d'« abriter » un corps étranger dans son corps ou qu'elle est synonyme de prise de poids.

La contraception dans certains contextes peut être considérée comme taboue mais aussi, elle peut être vécue comme une obligation.

E7	*« Son estomac a gonflé et du coup elle est allée à l'hôpital pour retirer l'implant » « son ventre est gros » « beaucoup de gens ont peur des implants »*
E10	*« Mais je ne sais pas, le stérilet c'est gênant et tout… j'ai pas envie qu'on me rentre un truc… je préfère avaler un médicament ».*
E11	*« Est-ce qu'au Sénégal c'est habituel d'avoir recours à une contraception ? » « Oui mais c'est un peu tabou pour les jeunes filles »*
E12	*« (…) ici dès que t'as des rapports on t'oblige à avoir des implants pour éviter les grossesses »*

Quand l'observance d'un contraceptif est contraignante, il rend difficile son usage.

E7	*« C'était difficile, parce qu'il fallait prendre à la même heure tous les jours, mais parfois on oublie on doit se dépêcher pour aller au travail donc c'était difficile le problème c'est le timing »*
E7	*« Mais beaucoup préfère la pilule mais le problème c'est toujours le temps. J'ai une amie qui a pris l'implant car elle oubliait la pilule ».*

Le choix d'une contraception peut être déterminé par le « manque d'efficacité » ressenti d'un autre moyen de contraception.

E4	*« J'ai un stérilet, en ce moment parce que j'ai essayé beaucoup de pilules qui n'ont pas fonctionné, donc j'ai décidé de mettre un stérilet ».*

5.2.4. CULTURE ET CONTRACEPTION

La contraception peut être influencée par une norme culturelle qui peut prendre la forme de la religion, de la « mentalité » mais aussi par un modèle culturel de la famille, une des patientes a mentionné : la religion musulmane ainsi que la polygamie comme facteur influençant le choix de recours ou non recours à une contraception.

E11	*« Oui mais c'est un peu tabou pour les jeunes filles parce que, avec la religion musulmane c'est interdit de faire des rapports avant un mariage du coup pour les filles non mariées c'est un peu tabou mais y'en a qui le font parce que parfois on voit les gens qui ont des trucs (elle montre la face interne de son bras) »*
E11	*« Peut-être qu'elles ont la même mentalité qu'elles avaient au Sénégal »*
E11	*« La plupart des familles sont polygames donc les femmes pensent à l'héritage et donc quand t'as plus d'enfants, quand le mari meurt par exemple vous aurez plus de parts que les autres »*

5.2.5. COÛT DE LA CONTRACEPTION

Le choix d'une contraception peut être déterminé par le coût de celle-ci. Le coût apparaît plutôt comme un facteur négatif dans le pays d'origine, car élevé pour la République du Congo, mais en Côte d'Ivoire pour l'une des patientes, le coût n'est pas un obstacle à l'utilisation d'une contraception ; car il existe des solutions selon le niveau de vie.

E2	*« C'est cher »*
E5	*« C'était cher »*

E12	*« Et au niveau du coût c'était plutôt accessible ? » « Oui »*
E12	*« Ça dépend…. Si tes parents ont plus d'argent vous pouvez vous rendre dans une clinique privée et si ça vient de toi-même la jeune fille tu peux aller dans une maternité, tu vois le médecin tu lui expliques et en fonction de ce que tu as à dire en fonction de la contraception que tu as choisie, il te donne la contraception*

5.2.6. INTERET POUR LA CONTRACEPTION

Le choix d'une contraception peut être déterminé, par l'intérêt porté à la question en elle-même.

Une des patientes a clairement montré qu'elle ne s'y intéressait pas, tandis qu'une autre enceinte au moment de l'entretien a précisé qu'elle souhaitait avoir recours à une contraception après cette grossesse.

E5	*« Y'a des gens qui font ça mais ça ne m'intéressait pas ».*
E11	*« C'est pas ce que je veux moi… moi après j'aimerais bien faire une contraception minimum trois ans jusqu'à ce que mon fils puisse se débrouiller tout seul et que je puisse penser un peu à moi »*

5.2.7. TOLERANCE DE LA CONTRACEPTION

Le choix d'une contraception peut être influencé par la tolérance et les effets secondaires.

Les effets biologiques décrits sont très variables dans l'échantillon étudié :

- ⇨ Prise de poids sous pilule orale

E4	*« Y'en a une qui m'a fait prendre 15 kg mais ça ne se voyait pas (…) donc j'ai décidé d'arrêter ».*
E6	*« J'ai une amie, qui a pris l'implant car elle oubliait la pilule, mais après quelques mois elle n'avait plus ses règles, son estomac a gonflé et du coup elle est allée à l'hôpital pour retirer l'implant, elle n'a toujours pas ses règles »*

E11	*« Oui parce que d'habitude, j'entendais dire que les pilules ça fait grossir c'est ce qu'ils disent là-bas »*

⇨ Aménorrhée sous progestatif injecté

E9	*« C'est ce que je connais, je pouvais faire 3 mois sans être réglée ».*

Et dans deux cas, aucun effet négatif n'était décrit sous DIU ou pilule, mais l'utilisation de ces moyens contraceptifs était récente.

5.2.8. CONTRACEPTION PARTAGEE

Dans l'échantillon interrogé, l'opinion de la famille ou du conjoint ne semble pas intervenir dans le choix d'une contraception.

E2	*« Et au niveau de la contraception est-ce que la famille se mêle de la contraception ou bien c'est votre problème ? »* *« C'est votre problème »*
E3	*« Il ne gérait pas »*
E12	*« Et à l'époque ça se passait comme ça est-ce que votre compagnon était au courant et d'accord » « oui »*

5.2.9. DESIR DE GROSSESSE

Le choix de non-recours à une contraception peut tout simplement être déterminé par un désir de grossesse.

E1	*« Grossesse désirée » « oui »*

5.2.10. HABITUDES DE CONTRACEPTION

5.2.10.1. INITIALE

Quatre des patientes n'avaient recours à aucun moyen de contraception initialement.

Au niveau des habitudes de contraception initiale, il existe aussi une très grande variabilité.

Les moyens de contraception retrouvés sont : injection de progestatifs, pilule

Injection de progestatif	*E3*	*« Après j'accouche, je faisais piqûre »* *« Je faisais piqûre »*
	E9	*« Oui quand j'étais au Cameroun, j'avais ça en tête, j'ai fait des injections tous les 3 mois »*
Contraceptif oral	*E7*	*« Je prenais des médicaments ; it was pills ».*
	E4	*« J'ai essayé beaucoup de pilules qui n'ont pas fonctionné donc j'ai décidé de mettre un stérilet »*
Contraceptif d'urgence	*E2*	*J'ai pris des pilules du lendemain juste après un rapport à risque mais je n'ai pas pris de pilules à répétition.*
	E12	*« Par le passé, je prenais les pilules du lendemain c'est-à-dire quand j'ai un rapport tout à l'heure je prenais les pilules mais je n'avais pas de contraception »*

5.2.10.2. ACTUELLE

Cinq femmes étaient enceintes au moment de l'entretien, et pour deux d'entre elles c'étaient des grossesses désirées

Sur les six dernières patientes :

- Deux d'entre elles étaient sous pilules
    - Une depuis une semaine sur les conseils de la sage-femme ;
    - Une autre depuis son accouchement prenait quotidiennement Optimizette ®, selon le protocole du service de gynéco ;
- Deux d'entre elles venaient de se faire poser un DIU ;
- Les deux dernières n'avaient pas de contraception.

6. DISCUSSION

6.1. IMPRESSIONS GENERALES

Ce qui ressort principalement de cette enquête, c'est que le choix de l'usage d'un contraceptif parmi les patientes originaire d'Afrique Sub-Saharienne et consultant dans les locaux de la PASS, repose sur un facteur principal : la norme contraceptive du pays dans lequel elles résident.
Une fois qu'elles arrivent sur le territoire français et qu'elles sont intégrées à notre système de santé elles sont amenées à réviser leur position et adopter le schéma contraceptif dominant.
Elles évoquent toutes des réticences à recourir à certains moyens de contraception comme le DIU ou la pilule bien que l'exprimant de façon simple et imagée et toutes reconnaissaient un accès facilité à la contraception en France métropolitaine.

6.2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

6.2.1. LIMITES DE L'ETUDE

6.2.1.1. BIAIS DE NOVICITE DE L'ENQUETEUR

6.2.1.1.1. BIAIS D'INFLUENCE

L'entretien en lui-même pouvait être un facteur de biais. Bien que travaillé au préalable, il a fallu gérer l'enregistrement, et les bugs potentiels liés à la technologie, surveiller les tics de langage, respecter le semi-directif.

Il a fallu faire attention à ne pas se laisser envahir par les réponses des patientes pour garder le fil directeur ; ça a été le cas une fois. Un des entretiens a été supprimé car le plan n'ayant pas été respecté il était difficile de l'exploiter.

6.2.1.1.2. BIAIS D'INTERPRETATION

Initialement il a été difficile de faire des corrections du guide, je n'osais pas trop le modifier mais cette non-modification initiale a pu empêcher de dépister des idées nouvelles.

6.2.1.2. BIAIS DE SELECTION

Exclusion des 15-18 ans qui ont une vie sexuelle même étant mineures, le recrutement n'était pas facile pour des majeures, rechercher une autorisation parentale pour les mineures rajoutait à la difficulté du recrutement.
Du fait de nos critères d'exclusion (ne parlant pas français, ni anglais) une partie de la population de la PASS sélectionnée au moment du recrutement comprenant des patientes d'origine turque ou arabe n'a pas été sélectionnée.

6.2.1.3. BIAIS DE DESIRABILITE SOCIALE

Pour rappel, la désirabilité sociale désigne l'adéquation de pensée (exemple : opinions, croyances, jugements) ou de comportements avec les normes sociales en vigueur dans un contexte social et culturel donné [21].
La situation d'enquêtrice, avec des connaissances médicales, pouvait favoriser ce biais avec une volonté de la part des participantes d'être appréciées.

6.2.1.4. BIAIS QUANT AU SUJET

Le sujet était axé sur la contraception médicalisée et je n'ai pas mentionné l'utilisation de contraceptifs mécaniques, ni d'emploi de méthodes traditionnelles contraceptives.

6.2.1.5. BIAIS LINGUISTIQUE

6.2.1.5.1. BIAIS DE TRADUCTION

Pour l'entretien en anglais, n'étant pas ma langue maternelle j'ai traduit les parties en anglais donc il y a pu y avoir un biais lors de la traduction.

6.2.1.5.2. BIAIS DE COMPREHENSION

Bien que pour la plupart nous étions francophones, il m'a paru difficile à certains moments de comprendre mon interlocutrice ou d'être comprise par celle-ci. En l'occurrence la participante n°3, sur la question de l'accès à la contraception je ne suis pas certaine qu'elle ait compris. Ce qui peut fausser la réponse obtenue.

6.2.2. FORCES DE L'ETUDE

6.2.2.1. SUJET

La contraception est un sujet assez commun.
Il a été traité à de nombreuses reprises mais l'originalité du sujet se trouve dans l'association à la précarité et surtout au système de la PASS, qui est une cellule médicosociale de passage ne concernant pas uniquement les patientes migrantes, bien que ces dernières représentent une forte proportion dans les PASS en général.

La position géographique était idéale puisque la PASS étant située à Vernon, qui est aussi mon lieu de travail.
J'ai eu la possibilité de mettre en pratique immédiatement les résultats de mon enquête.
En enrichissant mes connaissances sur les facteurs déterminants le choix d'une contraception chez une patiente en situation de précarité à Vernon, j'ai des connaissances supplémentaires afin de m'adapter au mieux aux besoins des patientes que je serai amenée à voir.

6.2.2.2. ECHANTILLON VARIE

L'échantillon était composé de femmes venant majoritairement d'Afrique Subsaharienne ; mais de pays différents : anglophone ou francophone ; elles avaient des parcours variés ainsi qu'un bagage éducatif différent.
Il y avait aussi une variabilité quant à l'âge : la plus jeune avait 19 ans tandis que la plus âgée en avait 40.

6.2.2.3. RESULTATS ORIGINAUX

Dans les études que j'ai pu lire, la polygamie n'avait jamais été évoquée comme un facteur pouvant influencer le choix de recours ou non recours à un moyen contraceptif. Et on comprend donc, que l'environnement culturel peut influencer la non-contraception.

6.2.2.4. METHODE QUALITATIVE

L'emploi de la méthode qualitative a permis de faire émerger de nouveaux facteurs influençant la contraception.
Du fait de son organisation elle a favorisé une certaine proximité avec certaines participantes, qui lorsqu'elles se sont senties en confiance ont pu se confier.
La méthode est intéressante, pour la médecine générale, car en tant que médecin généraliste on est amené à travailler à la fois sur l'aspect médical et l'aspect social.

6.3. RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE

Dans l'ensemble, les résultats que nous avons obtenus dans ce travail étaient plutôt en accord avec ceux décrits dans la littérature, bien qu'il existe des discordances que l'on va tenter d'expliquer.

6.3.1. ACCES

Nous avons observé que les femmes consultant à la PASS de Vernon ont un accès facilité à la contraception ; ce qui peut en favoriser l'utilisation.

En effet, à leur arrivée dans la région, elles sont prises en charge par des travailleurs sociaux qui les orientent vers la consultation de médecine générale de la PASS et des rendez-vous sont planifiés avec les sages-femmes pour faire un point en gynécologie.

Une mauvaise répartition de l'offre de soin sur le territoire peut être un frein à la prescription d'un nouveau produit contraceptif, mais ce n'est pas le cas ici. [22] et [6].

6.3.2. CONNAISSANCES

Nous avons constaté dans ces travaux que lorsque la compréhension réelle de l'usage contraceptif n'est pas acquise, elle constitue un frein à son utilisation.

Des résultats similaires ont été observés dans une étude menée sur la politique de planification familiale au Cameroun chez les jeunes [23].

Une diffusion insuffisante d'informations sur la contraception peut être la cause de cette connaissance superficielle.

6.3.3. PERCEPTIONS ET OBSERVANCE

Nous avons constaté la vision négative que certains contraceptifs renvoient : « intrusifs » pour le DIU ou « contraignant » pour la pilule.

Cette image négative est un frein à l'usage de contraceptifs et ces mêmes constats avaient été faits dans un rapport intitulé « Etat des lieux de pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » et publié le 15 Avril 2013 sur le site de la HAS. [6]

6.3.4. CULTURE

Nous avons constaté que la culture incluant : la religion mais aussi les normes culturelles de façon plus générale, qualifiées d'« état d'esprit » influencent le choix de recours ou non recours à une contraception.

Une étude menée sur les femmes migrantes en Andalousie par Alvarez-Nieto et al.. en 2015 confirmait ce constat.

L'article mettait en évidence : « les croyances, opinions, attitudes et comportements face à la sexualité, la contraception, ce qui est « correct » et ce qui ne l'est pas, est influencé par des règles du pays d'origine et une fois dans le pays d'hôte, il existe un temps d'adaptation pour s'ajuster aux normes uniques du pays d'accueil. » [24]

La religion a été mentionnée une fois dans les entretiens et la participante a évoqué un « tabou » lié à l'interdiction d'avoir des relations sexuelles en dehors du mariage.

Dans d'autres études récentes, la religion constituait un frein selon « l'intensité de la pratique religieuse ». [18] et [25]

La culture, la religion influencent le recours ou non à une contraception, selon l'adhésion et l'implication de l'individu.

6.3.5. COUT

Le coût d'une contraception a été mentionné comme frein à son usage et le rapport établi par l'HAS abondait dans ce sens. [6]

Certaines méthodes, impliquent d'« avancer les frais dans le secteur libéral en l'absence de tiers payant ».

Dans ces travaux, les patientes n'avaient pas de frais à avancer car prises en charge à 100% sur le budget alloué à la PASS de Vernon, ce qui n'était pas le cas dans le pays d'origine.

Du fait de l'organisation de notre système de santé, le coût d'une contraception moderne et médicalisée ne se pose pas pour ces patientes en situation de précarité.

6.3.6. INTERET ET DESIR DE GROSSESSE

Dans ces travaux, nous avons vu que le manque d'intérêt suscité par la question peut être un frein à l'usage d'une contraception, et un mémoire soutenu par une sage-femme sur la question de la contraception chez les femmes en situation de précarité expliquait ce désintérêt par une priorité axée sur des questions d'ordre socio administratives. [25]

Le sentiment de sécurité suscité par l'arrivée en France, peut expliquer qu'elles soient prêtes à s'établir et ne souhaitent pas avoir recours à une contraception.

6.3.7. TOLERANCE ET EFFETS SECONDAIRES

Nos travaux sur la survenue d'effets secondaires telle qu'une prise de poids et l'aménorrhée, qui entraînent un arrêt de la contraception sont confirmés par le rapport de la HAS de 2013 et par le rapport sur la « Stratégie d'actions en matière de contraception » publié en Janvier 2007. [6] et [26]

La modification non maîtrisée de l'image corporelle pour une femme pourrait expliquer ce rejet des contraceptifs en cause.

6.3.8. CONTRACEPTION PARTAGEE

Les femmes interrogées ne mentionnent jamais la participation d'un partenaire dans le choix d'un contraceptif.

Ce résultat n'apparaît donc pas dans cette enquête comme un déterminant du choix de contraception des femmes consultant à la PASS de Vernon.

En revanche, dans le rapport de l'HAS de 2013, l'absence de participation du partenaire, impliquant une absence d'aide au suivi régulier de la contraception constituait un frein. [6]

Dans la thèse rédigée par Anne Sophie Cellier intitulé « déterminant de recours ou non recours à la contraception » le mari avait un rôle décisionnaire. [18]

Une étude réalisée au Congo montrait que l'opposition du conjoint était un frein.[27]

Je n'ai pas trouvé d'hypothèse expliquant cette différence entre l'échantillon interrogé dans l'enquête et les données de la littérature.

6.3.9. HABITUDE DE CONTRACEPTION INITIALE ET ACTUELLE

Nous avons constaté l'emploi fréquent de progestatifs injectables dans les habitudes initiales alors que cette norme change quand elles arrivent en France, pour se tourner plutôt vers la pilule, l'implant, ou la pilule (notamment en sortie d'hospitalisation post

accouchement).
Et ce modèle est confirmé par un rapport publié en 2019 sur le site des Nations Unies : l'usage de progestatifs injectables est la méthode la plus populaire en Afrique Sub-Saharienne et Afrique de l'Est (9,6% parmi les femmes en âge de procréer) [7] et un rapport de 2013 faisait état que l'usage de contraceptifs injectables représentait 40% des méthodes utilisées. [28]

On comprend donc que l'usage d'un contraceptif est déterminé par la norme contraceptive régnant dans le pays où l'on habite.

6.3.10. NIVEAU D'ETUDE

Cette enquête confirme que le choix de contraception n'est pas « socialement » déterminé.

La formation scolaire n'expliquait pas le choix ou non choix d'une contraception.

Par exemple, les participantes diplômées avec un BAC + 3 (P2) ou un BAC + 5 (P11) n'avaient pas eu recours à la contraception tandis que la participante P1 qui n'avait jamais reçu de formation scolaire avait eu recours de façon régulière à un progestatif injectable.

On observe ce même phénomène dans l'article intitulé « les inégalités sociales d'accès à la contraception en France ». [22]

7. CONCLUSION

L'objectif de ces travaux étaient de trouver les facteurs déterminant le choix de contraception des patientes consultant à la Permanence d'accès aux soins de l'hôpital de Vernon.

Les facteurs retrouvés étaient : la norme contraceptive dominante dans le pays, dans lequel résident ces patientes, un accès facilité à des structures de planification familiale, les connaissances de la contraception, le désir de grossesse ainsi que les représentations personnelles que chacune de ces femmes avaient sur la contraception.

C'est important de connaître ces représentations afin que l'offre de soin soit adaptée à chacune de ces femmes.

Le médecin généraliste est en première ligne pour s'assurer des connaissances que les femmes en situation de précarité ont.

C'est un acteur pivot lorsque les patientes passent dans le système de droit commun.

La PASS de Vernon apparaît comme indispensable car elle remplit un rôle important.

Au carrefour de l'ambulatoire et de l'hospitalier, elle permet d'établir un pont entre les médecins généralistes de la ville et l'hôpital.

Elle offre une structure privilégiée d'écoute pour ces femmes, qui ont parfois des parcours de vie marquée par la violence.

Après que, les patientes soient sorties de cette « passerelle » et qu'elles passent dans un système classique, il faudrait envisager une consultation spécifique, pouvant jouir d'une cotation particulière comme pour les 15-18 ans, au cours de laquelle un point pourrait être fait sur l'histoire de la patiente afin de l'accompagner dans son choix de recours ou non à la contraception.

Une autre interrogation est à soulever : les patientes se conforment facilement à nos habitudes de prescription qui s'inscrit dans une forme d'« intégration ».

Néanmoins, elles manifestent une certaine méfiance vis-à-vis de certains moyens de contraception comme la pilule.

Les récents rapport de l'ANSM sur le risque de méningiomes liés à la prise de Luteran/Lutenyl ® [29] ainsi que la crise de la pilule de 2012-2013 [3], alimentent cette méfiance et il serait intéressant d'explorer le point de vue de ces patientes quant à leur rapport aux médecins et leurs prescriptions.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Contraception [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/topics/contraception/fr/

2. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/

3. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés. 2014; N°511(5):1

4. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception

5. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue francaise des affaires sociales. 22 juin 2011;(1):148-61.

6. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee

7. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.un-ilibrary.org/population-and-demography/contraceptive-use-by-method-2019_1bd58a10-en

8. Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale/Contraception [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

9. Fonds des Nations Unies pour la population. Conférence internationale sur la population et le développement [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.unfpa.org/fr/conf%C3%A9rence-internationale-sur-la-population-et-le-d%C3%A9veloppement

10. Mission Equipop [Internet] [cité le 28 sept 2020]. Demographic Trends, Conférence de clôture du programme 28-30 octobre 2013 Ouagadougou ; http://equipop.org/publications/rapport_DEMTREND_Fr.pdf

11. Family Planning 2020. Plus de 2 millions de femmes et de filles utilisent des méthodes modernes de contraception en République Démocratique du Congo, à la suite de la promulgation de la nouvelle loi sur la planification familiale [Internet]. 2019 [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.familyplanning2020.org/fr/news/plus-de-2-millions-de-femmes-et-de-filles-utilisent-des-methodes-modernes-de-contraception

12. Institut national d'études démographiques. La contraception dans le monde (2011) [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/

13. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Légifrance [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000206894/

14. Agence Régionale de Santé. Les permanences d'accès aux soins de santé [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0

15. Rapport d'activité année 2019 Centre Hospitalier Eure seine Site de Vernon Permanence d'Accès aux Soins. 2019

16. Rapport d'activité année 2018 Centre Hospitalier Eure seine Site de Vernon Permanence d'Accès aux Soins. 2018

17. Maraux B. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France. [Internet] Thèse de doctorat de santé publique - épidémiologie. Université Paris-Saclay (ComUE) ; 2018 [cité 30 sept 2020] Disponible sur : http://www.theses.fr/2018SACLS534

18. Cellier A. Déterminants de recours ou de non-recours à la contraception chez les migrantes en situation de précarité sociale: étude qualitative en Loire Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2018.

19. Inoue K, Kelly M, Bateson D, Rutherford A, Stewart M, Richters J. Contraceptive choices and sexual health of Japanese women living in Australia: A brief report from a qualitative study - PubMed [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27610438/

20. Irani L, Speizer I, Barrigton C. Attitudes, beliefs and norms relating to contraceptive use among young migrant and non-migrant adults in urban Dar es Salaam, Tanzania: Global Public Health: Vol 8, No 9 [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2013.838598

21. Dompnier B. DÉSIRABILITÉ SOCIALE - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/encyclopedie/desirabilite-sociale/

22. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population. 2004;Vol. 59(3):479-502.

23. Mayack JN. Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ? Autrepart. 2014;N° 70(2):57-71.

24. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. Reprod Health. déc 2015;12(1):79.

25. Basrire L. La contraception chez les femmes en situation de précarité. 12 sept 2019; 87. [Mémoire pour obtenir le diplôme d'état de sage femme] Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

26. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf

27. Ntambue AM, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST, et al. Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. Pan Afr Med J [Internet]. 13 avr 2017 [cité 30 sept 2020];26. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5483347/

28. United Nations Population Division | Department of Economic and Social Affairs [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.asp

29. Lutényl/Lutéran et génériques : recommandations préliminaires suite à la confirmation du sur-risque de méningiome - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Lutenyl-Luteran-et-generiques-recommandations-preliminaires-suite-a-la-confirmation-du-sur-risque-de-meningiome-Point-d-Information

ANNEXE 1. GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation (hors enregistrement)
Bonjour je me présente : je suis Meghann ; je vais bientôt être diplômée pour être docteur, mais avant je dois finir ma formation avec un petit travail.
C'est la raison pour laquelle je discute avec des dames qui viennent à la PASS.
On parle de la contraception.
Vous pouvez me parler en tout liberté parce que votre nom ne sera pas cité, c'est surtout l'entretien qui m'intéresse et je supprime les enregistrements aussi, êtes-vous d'accord ?

Questions :
Comment allez-vous ?
Et la famille ?

Depuis combien de temps êtes-vous en France ?
Comment ça se passe ici pour vous ?
Est-ce que vous avez des enfants ?

- Où êtes-vous née ? depuis quand êtes-vous en France ?
- Êtes-vous allée à l'école
    - Si oui jusqu'à quelle classe ?
- Depuis quand êtes-vous en France, êtes-vous arrivée seule ou avec tous vos enfants et avec leur père ?
    - Combien d'enfants avez-vous ?
    - Est-ce qu'ils sont tous avec vous ?
    - Est-ce que vous tous vos enfants ont le même papa ?
    - Avez-vous subi des violences ?
- Décrivez-moi votre vie
    - Est -ce que cela correspond à ce que vous auriez aimé avoir ?
    - Est-ce que vous avez un logement correct ?
    - Est-ce que vous travaillez ? est-ce que vous voulez travailler

- Faites-vous ou avez-vous fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfants
    - Est-ce que c'est habituel dans votre pays d'origine d'avoir recours à la contraception ? et Pourquoi ?
    - Si enceinte : avait-elle un moyen de contraception
    - Si oui : quelles contraceptions ? avez-vous eu du mal à l'avoir ? est-ce que votre compagnon était au courant ? était d'accord ? est-ce que ça s'est bien passé ?
        - Si pilule : est-ce que vous arrivez à la prendre tous les jours ? Pourquoi avoir choisi la pilule ? à votre avis qu'est-ce qu'il y a dans une pilule
        - Si stérilet : pourquoi avoir choisi le stérilet ? et est-ce que vous arrivez à le supporter ?
        - Si implant : pourquoi avoir choisi l'implant et est-ce que vous le supporter ? à votre avis qu'est-ce qu'il y a dans l'implant ?
    - Si non : pourquoi. Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous en empêche ?
        - Le prix
        - Disponibilité ?
        - Familiale culturelle ?
- Pensez-vous que c'est compliqué d'avoir accès à une contraception pour des femmes migrantes ?

ANNEXES 2. LES ENTRETIENS

ENTRETIEN 1

Enquêtrice : C'est bon, on va démarrer… Où est ce que vous êtes née ?
P1 : Au Mali
Enquêtrice : Ça fait combien de temps que vous êtes en France ?
P1 :1 an et demi.
Enquêtrice : Vous êtes arrivée directement à Vernon ?
P1 : Non, j'habite Gaillon.
Enquêtrice : D'accord, donc c'est à Gaillon que vous êtes arrivée ?
P1 : Oui.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez été à l'école ?
P1 : Oui, au Mali.
Enquêtrice : Jusqu'en quelle classe ?
P1 : Jusqu'au baccalauréat.
Enquêtrice : Et quand vous êtes arrivée en France vous étiez toute seule ou bien vous étiez déjà avec votre mari ?
P1 : J'étais déjà avec mon mari.
Enquêtrice : Donc vous êtes arrivés tous les deux en France.
P1 : Non il était ici, il est né ici.
Enquêtrice : Ok, (pause) donc combien d'enfants avez-vous ?
P1 : Un seul.
Enquêtrice : Est-ce que vous travaillez ?
P1 : Non ; j'ai travaillé quatre mois mais j'ai arrêté et maintenant je suis à la maison, je ne travaille pas.
Enquêtrice : Avant de quitter le Mali et de venir en France…. Est-ce que la vie que vous avez ici correspond à ce que vous vouliez ?
P1 : Oui ça va je ne me plains pas.
Enquêtrice : Au niveau logement, vous habitez où ?
P1 : Dans un appartement.
Enquêtrice : Donc vous y êtes bien ?
P1 : Oui.
Enquêtrice : Est-ce qu'avant la naissance de votre fille vous avez fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfants ?
P1 : Non.
Enquêtrice : C'était une grossesse désirée ?
P1 : Oui.
Enquêtrice : D'accord… est ce qu'au Mali en général, les femmes ont recours à une contraception ?
P1 : Oui.
Enquêtrice : Et qu'est-ce qu'elles utilisent en général ?
P1 : Les implants, les pilules c'est ça que je connais.
Enquêtrice : En général c'est parce qu'elles veulent contrôler ?
P1 : Oui.
Enquêtrice : Avant la petite est ce que vous aviez un moyen de contraception ?
P1 : Non.
Enquêtrice : Ok on a tout.

ENTRETIEN 2

Enquêtrice : Où est-ce que vous êtes née ?
P2 : Je suis née à Brazzaville, Congo ?
Enquêtrice : Cela fait combien de temps que vous êtes en France ?
P2 : Cela fait trois semaines que je suis là.
Enquêtrice : Quand vous étiez au Congo Brazzaville vous avez été à l'école ?
P2 : Oui.
Enquêtrice : Jusqu'en quelle classe à peu près ?
P2 : J'ai eu le bac ; jusqu'au concours…. Je suis infirmière.
Enquêtrice : Ok du coup vous êtes arrivée avec votre fille ? (*Je désigne la petite fille qui l'accompagne).*
P2 : Ce n'est pas ma fille.
Enquêtrice : Ah ok… combien d'enfants avez-vous en tout ?
P2 : Je n'ai pas d'enfants.
Enquêtrice : Donc c'est votre première grossesse ?
P2 : Oui.
Enquêtrice : Donc, vous êtes arrivée toute seule ? Le papa est au Congo ?
P2 : Non le papa, est ici ?
Enquêtrice : Ok il était déjà ici et vous l'avez rejoint ?
P2 : Oui.
Enquêtrice : Ok… est ce que quand vous étiez au Congo Brazzaville ou même ici vous avez eu à subir des violences ?
P2 : Violences sexuelles ou.. ;?
Enquêtrice : Violences sexuelles ou autre type de violences physiques ?
P2 : Non.
Enquêtrice : Par rapport à votre vie maintenant, ici… est ce que cela correspond à ce que vous auriez aimé avoir, ce à quoi vous rêviez ?
P2 : Non c'est un peu différent.
Enquêtrice : Vous pensiez à quoi ? qu'est-ce qui change ?
P2 : Je me disais que, quand tu arrives c'est facile de s'installer, de trouver le boulot et tout ; ben après quand je suis arrivée sur le terrain ce n'est pas facile, c'est toute une procédure.
Enquêtrice : En effet… au niveau du logement actuellement est ce qu'il est correct ?
P2 : Oui, oui ça va.
Enquêtrice : Ok… donc là en ce moment, vous ne travaillez pas ?
P2 : Non.
Enquêtrice : Mais si vous aviez la possibilité, vous aimeriez travailler ?
P2 : Oui… je travaillerai.
Enquêtrice : Alors, avant cette grossesse est ce que vous aviez fait pour avoir ou pour ne pas avoir d'enfants ? par exemple une contraception ?
P2 : Non, non je n'ai pas fait de contraception mais j'ai fait des IVG.
Enquêtrice : Ok… mais du coup, vous n'avez jamais eu de pilules, implants, stérilets ou autre ?
P2 : J'ai pris des pilules du lendemain juste après un rapport à risque mais je n'ai pas pris de pilules à répétition.
Enquêtrice : Et au niveau des pilules ou des autres moyens de contraception, est ce que c'est difficile d'accès au niveau du prix, de la disponibilité de l'accès ?
P2 : C'est cher.
Enquêtrice : Et au niveau familial et culturel est ce que la famille se mêle de la contraception, ou c'est votre problème ?

P2 : C'est votre problème.
Enquêtrice : Et par rapport à ici, est ce que vous avez l'impression que l'accès à la contraception est compliqué pour les femmes qui viennent d'ailleurs ?
P2 : Je ne me suis pas trop renseignée.
Enquêtrice : Ok… super merci.

ENTRETIEN 3

Enquêtrice : Ou est-ce que vous êtes née ?
P3 : Abidjan.
Enquêtrice : Depuis quand êtes-vous en France ?
P3 : Depuis 1er jour de carême. (Mai 2018)
Enquêtrice : Est-ce que vous êtes allée à l'école quand vous étiez à Abidjan ?
P3 : Non
Enquêtrice : Est-ce que vous êtes arrivée toute seule en France ?
P3 : Oui
Enquêtrice : Est-ce que vous avez des enfants ?
P3 : Oui
Enquêtrice : Est-ce que tous vos enfants sont avec vous ?
P3 : Non
Enquêtrice : Ils sont à Abidjan ?
P3: (hochement de tête)
Enquêtrice : Vous avez combien d'enfants en tout ?
P3: 4.
Enquêtrice : Est-ce que vous enfants ont le même papa ?
P3 : pas de réponse.
Enquêtrice : Ici en France pouvez me décrire comment se passe la vie de tous les jours ? ce que vous faites ?
P3 : Pas de réponse
Enquêtrice : Est-ce que cela correspond à ce que vous vouliez avoir ? est-ce que c'est différent d'Abidjan ?
P3 : C'est très différent. A Abidjan tu vas chez ta sœur, chez ton frère… ici ce, n'est pas facile
Enquêtrice : Toute votre famille est à Abidjan ?
P3 : Oui.
Enquêtrice : Et ici ? Le papa des enfants est toujours à Abidjan ?
P3 : Oui.
Enquêtrice : Là où vous habitez… vous habitez où ?
P3 : Gaillon
Enquêtrice : Le logement est-il correct ?
P3 : Oui c'est correct. Là j'ai de la place.
Enquêtrice : Là actuellement est ce que vous travaillez ?
P3 : Non
Enquêtrice : Est-ce qu'après la grossesse vous voudriez travailler ?
P3 : Si y'a travail, je travaille.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfant ? la pilule, préservatif ?
P3 : Oui ; les piqûres … après j'accouche, je fais piqûre.
Enquêtrice : Quel âge ont vos enfants ?
P3 : 10 ans, 7 ans et 3 ans.

Enquêtrice : Entre eux que faisiez-vous pour ne pas avoir d'enfants
P3 : Je faisais piqûre.
Enquêtrice : Est-ce que à Abidjan c'est habituel de faire les piqures pour ne pas avoir d'enfant ?
P3 : Là-bas, moi en tout cas pour moi je connais.
Enquêtrice : Le papa des enfants savait que vous preniez les piqures ?
P3 : Il ne gérait pas.
Enquêtrice : Est-ce que vous pensez… est ce que vous avez déjà entendu le mot contraception ?
P3 : Non.
Enquêtrice : La contraception ... c'est quand une femme elle fait attention à avoir ou ne pas avoir d'enfants … donc elle peut prendre la pilule, elle peut utiliser le préservatif… ça lui permet de se dire si je veux un enfant dans l'année j'arrête la pilule ou si je ne veux pas avoir d'enfant je prends la pilule.
P3 : Ok.
Enquêtrice : Est-ce que c'est facile d'avoir accès à la contraception ?
P3 : Non.
Enquêtrice : Ok merci.

ENTRETIEN 4

Enquêtrice : Où êtes-vous née ? depuis quand êtes-vous en France ?
P4 : A Vernon ici même
Enquêtrice : Avez-vous été à l'école ?
P4 : Oui
Enquêtrice : Jusqu'à quelle classe ?
P4 : Jusqu'en BTS.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez des enfants ?
P4 : Non.
Enquêtrice : Est-ce que vous pouvez le décrire votre vie votre quotidien.
P4 : La semaine je bosse à Intermarché, et le week-end je sors avec des copines restau, boites.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez déjà fait quelque chose ou vous faites quelque chose pour ne pas avoir d'enfants ?
P4 : J'ai un stérilet, en ce moment parce que j'ai essayé beaucoup de pilule qui n'ont pas fonctionné donc j'ai décidé de mettre un stérilet.
Enquêtrice : Vous avez essayé quoi comme pilules ?
P4 : J'en ai essayé tellement : Leeloo ® gé, une autre jaune.
Enquêtrice : Qu'est- ce qui ne se passait pas bien avec la pilule ?
P4 : Y'en a une qui m'a fait prendre 15 k mais ça ne se voyait pas. Et c'est après avoir vu la gynéco que j'ai vu que j'avais pris 15 kg donc j'ai décidé d'arrêter.
Enquêtrice : Donc c'est quoi comme stérilet hormonal ou au cuivre ?
P4 : Hormonal.
Enquêtrice : Ça se passe bien ?
P4 : Oui ça se passe plutôt bien.
Enquêtrice : Avez-vous l'impression que c'est compliqué d'avoir accès à la contraception en France ?
P4 : Non.
Enquêtrice : C'est plutôt bien expliqué ?
P4 : Oui
Enquêtrice : C'est parfait merci.

ENTRETIEN 5

Enquêtrice : Où êtes- vous née ?
P5 : Congo - Kinshasa
Enquêtrice : Avez-vous été à l'école ?
P5 : Oui
Enquêtrice : Jusqu'à quelle classe ?
P5 : 3ème des humanités.
Enquêtrice : Cela correspond à quel âge à peu près ?
P5 : 15-16 ans. Le secondaire.
Enquêtrice : Depuis quand êtes-vous en France
P5 : Depuis septembre
Enquêtrice : Est-ce que vous êtes arrivées toute seule
P5 : J'étais avant en Italie. Et je suis arrivée toute seule ici
Enquêtrice : Combien d'enfants avez-vous ?
P5 : J'ai 2 enfants. Lui c'est le 2ème. Et j'ai une petite fille
Enquêtrice : Elle est ici votre fille ?
P5 : Non elle est au Congo.
Enquêtrice : Est-ce que vous tous vos enfants ont le même papa ?
P5 : Non
Enquêtrice : Avez-vous subi des violences, en Italie ou au Congo ?
P5 : En Italie non…
Enquêtrice : Au Congo ?
P5 : Oui.
Enquêtrice : Décrivez-moi votre vie, votre quotidien qu'est-ce que vous faites ?
P5 : Je ne fais rien.
Enquêtrice : Est-ce que le logement vous convient ?
P5 : Oui.
Enquêtrice : Est-ce que la vie en France correspond à ce que vous vouliez ?
P5 : C'est un peu difficile.
Enquêtrice : Pour l'instant vous ne travaillez pas…
P5 : Quand j'étais en Italie j'avais les papiers donc j'ai pu travailler
Enquêtrice : Donc si vous avez les papiers et la possibilité de travailler vous…
P5 : Oui je travaillerai
Enquêtrice : Faites-vous ou avez-vous fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfants ?
P5 : Non, jamais.
Enquêtrice : Pour quelle raison, parce que vous vouliez avoir des enfants ? Parce que c'était cher ? ou autre ?
P5 : C'était cher.
Enquêtrice : Et au pays est ce que les femmes ont beaucoup recours à la contraception ? comment ça se passe ?
P5 : Ça dépend je connais pas, moi j'ai pas fait ça.
Enquêtrice : Vous on vous en avait parlé ?
P5 : Y'a des gens qui font ça mais ça ne m'intéressait pas.
Enquêtrice : Ici est ce que vous pensez que c'est difficile d'avoir accès à la contraception ?
P5 : Je ne sais pas.

ENTRETIEN 7

Enquêtrice : Donc ou est tu es née ? Where were you born ?
P7 : In Nigeria
Enquêtrice : Depuis quand es-tu en France ?
P7 : Janvier 2016
Enquêtrice : Est-ce que tu as été à l'école ?
P7 : Oui
Enquêtrice : Jusqu'à quelle classe ?
P7 : Au diplôme
Enquêtrice : A quel âge ?
P7 : J'ai fini le diplôme, à 23 ans.
Enquêtrice : C'était quoi le diplôme ?
P7 : C'est accounting.
Enquêtrice : Quand tu es arrivée en France est ce que tu étais toute seule ou bien avec les enfants et le papa ?
P7 : Avec les enfants. 2 enfants.
Enquêtrice : Donc en tout tu as combien d'enfants ? J'ai accouché de lui quand je suis arrivée en France (*elle me montre le dernier sur ses genoux*).
P7 : 3. Le grand le petit et un autre.
Enquêtrice : Et tous les enfants sont avec toi ici ?
P7 : Oui.
Enquêtrice : Et tous les enfants tu les as eu avec le même homme ? They have the same dad ?
P7 : Le petit non.
Enquêtrice : Est-ce que tu as eu à subir des violences ?
P7 : Avant… (pause) Oui avant avec mon mari, ma famille.
Enquêtrice : Maintenant si tu dois me parler de ta vie, est ce que tu peux me décrire ta vie ici ? If you have to describe your life, how do you view your life here ?
P7 : It is more calm..
Enquêtrice : Est-ce que ça correspond à ce que tu voulais ? Is it what you dreamed about your life here or is it different ?
P7 :Here it is very difficult, but in Nigeria it was more difficult.
Enquêtrice : Est-ce qu'au niveau de ton logement c'est correct ?
P7 : Ça va mieux, c'est correct.
Enquêtrice : Est-ce qu'actuellement tu travailles ?
P7 : Non. J'attends pour travailler.
Enquêtrice : So now about the birth control ? As-tu fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfant ?
P7 : Avant pour the control. Je prenais les médicaments. It was pills.
Enquêtrice : It was when you were in Nigeria ?
P7 : *hochement de tête.*
Enquêtrice : Est-ce que c'est courant de prendre des pilules au Nigeria ?
P7 : Oui.
Enquêtrice : Ok. C'était surtout la pilule tu n'as pas eu d'injection ?
P7 : No (*fait signe que non*)
Enquêtrice : Est-ce que le père savait que tu prenais les pilules ?
P7 : Oui
Enquêtrice : Est-ce que c'était ok pour lui ?
P7 : Oui
Enquêtrice : Est-ce que c'était facile de la prendre tous les jours ? Was it easy to take

it every day ?
P7 : C'était difficile, parce qu'il fallait prendre à la même heure tous les jours, mais parfois on oublie on doit se dépêcher pour aller au travail donc c'était difficile le problème c'est le timing.
Enquêtrice : Et maintenant ?
P7 : I don't take any pills now. Je ne prends pas de pilules pour le moment.
Enquêtrice : Est-ce que tu penses que toutes les dames qui arrivent en France, penses-tu que c'est difficile d'avoir accès à la contraception ?
P7 : Non… mais c'est difficile parce que beaucoup préfèrent les pills mais c'est difficile to regulate ; but the problem is the timing…. I was talking to a friend and she took the implant and a few month later she didn't have her period anymore and after had stommach pain so she went to the hospital to complain ? And in the service and they said it can happen… 3 years without period she had to remove it and her period did not come, her stomach got big (*elle montre son ventre*) and everything change so she went to the gynecologist. Most people are afraid of the implant. I think it would have been better if they checked which one was the best for the body.

(*addendum traduction* : *beaucoup préfèrent les pilules mais c'est difficile de réguler ; le problème c'est le temps. Je discutais avec une amie et elle a eu un implant… quelques mois plus tard, elle n'a plus eu ses règles, et après elle a commencé à avoir des douleurs u ventre donc elle est allée à l'hôpital pour s'en plaindre. Et dans le service ils ont dit que ça pouvait arriver… 3 ans sans règles, donc elle a dû le retirer et ses règles ne sont pas revenues ; son ventre est devenu gros, et tout change donc elle a été chez le gynécologue. Beaucoup de personnes ont peur des implants… je pense que ça aurait été mieux s'ils avaient regardé lequel était le mieux pour son corps*).

ENTRETIEN 8

Enquêtrice : Où êtes-vous née ?
P8 : Moi je suis née au Congo. Congo-Kinshasa.
Enquêtrice : Depuis quand êtes-vous en France ?
P8 : depuis septembre 2018
Enquêtrice : Avez-vous été à l'école ?
P8 : Oui.
Enquêtrice : Jusqu'à quelle classe ?
P8 : J'ai eu le diplôme d'état en coupe et couture.
Enquêtrice : Donc c'était pour le bac ?
P8 : Oui vers 18 ans.
Enquêtrice : Quand vous êtes arrivés en France vous êtes arrivée avec vos enfants ?
P8 : Moi j'ai un enfant, j'ai laissé les autres.
Enquêtrice : En tout vous avez combien d'enfants ?
P8 : 6 enfants, 5 au Congo et 1 ici.
Enquêtrice : Le papa est au Congo ?
P8 : Non il vit ici… on vit tous les 3.
Enquêtrice : Quand vous étiez au Congo est ce que vous avez eu à subir des violences ?
P8 : Oui c'est ce qui a fait qu'on vienne ici.
Enquêtrice : Et là actuellement la vie que vous avez en France (pause) vous habitez où ?

P8 : Sur Gaillon.
Enquêtrice : Est-ce que ça correspond à l'idée que vous vous faisiez ou est-ce que c'est différent
P8 : C'est différent
Enquêtrice : C'est différent en quoi ?
P8 : Parce qu'ici je ne vois pas mes enfants, par rapport aux choses que j'ai vécu, j'ai tendance à pleurer.
Enquêtrice : Vous arrivez à avoir vos enfants au téléphone.
P8 : Pas trop c'est cher. Ce n'est pas évident.
Enquêtrice : Là où vous habitez le logement est correct ?
P8 : Oui ça va
Enquêtrice : En ce moment vous ne travaillez pas du coup ?
Non
Enquêtrice : Si vous aviez la possibilité vous travailleriez ?
P8 : Oui j'ai même envie de demander si je peux faire la couture, il faut que je demande à l'assistance sociale.
Enquêtrice :Est-ce que au Congo-Kinshasa c'est habituel d'avoir recours à la contraception
Oui c'est usuel… ; c'est pas cher. Il y a les pilules les piqures les implants le stérilet.
Enquêtrice : Donc c'est facile l'accès…. Et vous étiez à Kinshasa même ?
P8 : Oui
Enquêtrice : Et vous avez-vous eu recours à un de ces moyens ?
P8 : Non jamais
Enquêtrice : Ça ne vous disait pas ?
P8 : Non
Enquêtrice : De ce que vous avez vu est ce que vous trouvez que c'est compliqué pour les femmes qui arrivent en France d'avoir accès à une contraception
P8 : Je ne sais pas
Enquêtrice : Merci c'est fini.

ENTRETIEN 9

Enquêtrice : Où êtes-vous née ?
P9 : Je suis née à Yaoundé, au Cameroun ?
Enquêtrice : Depuis quand êtes-vous en France ?
P9 : Je suis en France depuis le 18/12/2019.
Enquêtrice : Quand vous étiez à Yaoundé, avez-vous été à l'école ?
P9 : Oui, j'ai été à l'école.
Enquêtrice : Si oui jusqu'à quelle classe ?
P9 : Jusqu'en première.
Enquêtrice : Quand vous êtes arrivés en France vous êtes arrivée seule ?
P9 : Je suis arrivée avec mon chéri, avec mon mari.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez des enfants ?
P9 : Oui j'ai deux enfants qui sont au Cameroun
Enquêtrice : Est-ce que tous vos enfants ont le même papa ?
P9 : Oui.
Enquêtrice : Est-ce qu'à un moment donné dans votre parcours vous avez eu à subir des violences ?
P9 : Oui, oui beaucoup…
Enquêtrice : Quand vous étiez au Cameroun ?

P9 : Non, quand j'étais au Tchad, ça a commencé au Tchad puis en Libye.
Enquêtrice : Est-ce que vous pouvez me décrire votre vie ici ? ce que vous faites ?
P9 : Ma vie ou mon parcours ?
Enquêtrice : Non, votre vie ici en France.
P9 : Ici moi, je ne fais rien, on nous a laissé où nous sommes… je suis à la maison, à l'hôpital et parfois on va à la préfecture.
Enquêtrice : Est-ce que cela correspond à l'idée que vous vous faisiez de la France ? Est-ce que vous êtes « contente » d'être ici ?
P9 : Oui moi ce qui me plait ici… bref ce n'est pas la qualité ou de rester bien… ce qui me plait c'est que je me dis que je suis en sécurité par rapport à ce que j'ai vécu dans le passé.
Enquêtrice : Et au niveau du logement que vous avez est ce que vous trouvez que le logement est correct ?
P9 : Moi je peux dire il est correct, parce que je ne sais pas comment ça se passe ailleurs.
Enquêtrice : Donc, est-ce que pour l'instant vous travaillez ?
P9 : Non je ne travaille pas.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez fait quelque chose actuellement ou auparavant pour ne pas avoir d'enfants ?
P9 : Oui quand j'étais au Cameroun, j'avais ça en tête, j'ai fait des injections tous les 3 mois ?
Enquêtrice : Est-ce que c'est fréquent au Cameroun d'avoir recours à la contraception ?
P9 : Oui c'est courant.
Enquêtrice : Et est-ce que c'est facile d'accès ?
P9 : Oui c'est facile… ; il faut juste aller à l'hôpital dans un centre de santé quoi.
Enquêtrice : Et votre mari était au courant ?
P9 : Mon mari avec qui j'ai eu les enfants il est décédé et celui avec qui je suis là, ça c'est connu.
Enquêtrice : Au niveau des injections comment ça se passait ?
P9 : Ce que je connais c'est que je pouvais faire 3 mois sans être réglée.
Enquêtrice : Est-ce qu'il y a eu d'autres effets secondaires comme prise de poids ?
P9 : Non pas trop.
Enquêtrice : Est-ce que quand vous êtes arrivées en France vous avez eu l'impression que c'est compliqué d'avoir accès à la contraception ?
P9 : Non je n'ai pas vu que c'était compliqué.

ENTRETIEN 10

Enquêtrice : Où êtes-vous née ?
P10 : A Vernon.
Enquêtrice : Vous avez été à l'école ?
P10 : Oui.
Enquêtrice : Jusqu'en qu'elle classe ?
P10 : J'ai eu mon BTS banque.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez des enfants ?
P10 : Non.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez déjà subi des violences ?
P10 : Non.
Enquêtrice : Décrivez-moi un peu votre vie au quotidien.

P10 : Je travaille, j'ai un copain, je vois mes amis et ma famille voilà
Enquêtrice : Au niveau du logement c'est correct ?
P10 : Oui.
Enquêtrice : Est-ce que vous faites ou avez fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfants ?
P10 : Non.
Enquêtrice : Du coup pas de contraception actuellement ?
P10 : Ben je l'ai commencée il y a 7 jours.
Enquêtrice : Est-ce qu'il y a des soucis est ce que vous arrivez à la prendre tous les jours ?
P10 : Oui pour l'instant ça va.
Enquêtrice : Ok, pourquoi avoir choisi la pilule et non pas un stérilet ou un implant ?
P10 : Parce que déjà je ne prenais pas du tout du tout de contraception mais je ne sais pas, le stérilet c'est gênant et tout… j'ai pas envie qu'on me rentre un truc… je préfère avaler un médicament.
Enquêtrice : Et pour l'instant au niveau effets secondaires et tolérance ça va ?
P10 : Oui pour l'instant a va en même temps ça fait que 7 jours.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez l'impression que c'est compliqué d'avoir accès à la contraception en France de façon générale ?
P10 : Non pas du tout, y'a plein de planning familial dans toutes les villes et tout qui aide les gens… Y'a des gens qui ont pas de moyens… non y'a beaucoup d'aides, y'a beaucoup d'aides en France.
Enquêtrice : Oui malgré le fait qu'on n'ait pas beaucoup de moyens on peut toujours avoir accès à une contraception.
P10 : Oui toujours.
Enquêtrice : Ok. Je vérifie qu'on a tout… c'est bon.

ENTRETIEN 11

Enquêtrice : C'est parti donc où êtes-vous née ?
P11 : A Dakar.
Enquêtrice : Ça fait combien de temps que vous êtes en France ?
P11 : Ça va faire 9 mois.
Enquêtrice : Depuis 9 mois d'accord… Ça a été le voyage pour arriver ?
P11 : Oui.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez été à l'école ?
P11 : Oui.
Enquêtrice : Jusqu'à quelle classe ?
P11 : J'ai commencé mon master 1.
Enquêtrice : En quoi du coup ?
P11 : En anglais et science civilisation des pays anglophones. J'ai aussi fait de la comptabilité, j'ai une licence en comptabilité.
Enquêtrice : Ah super et tout ça vous l'avez fait à Dakar du coup ?
P11 : Oui.
Enquêtrice : Ça ok. Vous m'avez dit que vous étiez là depuis neuf mois pour la France… et quand vous êtes arrivée à Dakar, vous étiez toute seule ou avec de la famille, le papa de votre bébé ?
P11 : Ici en France ?
Enquêtrice : Oui.
P11 : Oui avec mon mari.
Enquêtrice : Ok vous êtes arrivée avec votre mari et c'est votre premier enfant ?

P11 : Oui.
Enquêtrice : Première grossesse d'accord… ; est ce qu'à un moment donné dans votre vie vous avez eu à subir des violences ?
P11 : Non jamais.
Enquêtrice : Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre vie, ce que vous faites ?
P11 : En ce moment ? Rien du tout *(elle désigne son ventre.*
Enquêtrice : Sur les conditions dans lesquelles vous vivez : est-ce que cela correspond à ce à quoi vous vous attendiez en arrivant ?
P11 : Non.
Enquêtrice : En quoi ça change ?
P11 : Quand je suis arrivée je pensais continuer mes études après je suis tombée enceinte et je n'ai pas pu terminer ça. Au début je cherchais une université qui pourrait m'accueillir je suis sans papier aussi j'avais trouvé mais après avec la grossesse c'était compliqué.
Enquêtrice : On va parler un peu plus de contraception, est ce que vous avez fait par le passé quelque chose pour ne pas avoir d'enfants ?
P11 : Non.
Enquêtrice : Est-ce qu'au Sénégal c'est habituel d'avoir recours à la contraception ?
P11 : Oui mais c'est un peu tabou pour les jeunes filles parce que, avec la religion musulmane c'est interdit de faire des rapports avant un mariage du coup pour les filles non mariées c'est un peu tabou mais y'en a qui le font parce que parfois on voit les gens qui ont des trucs (*elle montre la face interne de son bras)*
Enquêtrice : Elles ont des implants ?
P11 : Oui.
Enquêtrice : C'est-à-dire qu'on n'en parle pas parce qu'elles ont l'implant alors qu'elles ne sont pas censées l'avoir ?
P11 : Oui.
Enquêtrice : Et c'est plutôt l'implant qui est plus connu au Sénégal ?
P11 : Oui parce que d'habitude, j'entendais dire que les pilules ça faisait grossir c'est ce qu'ils disent là-bas.
Enquêtrice : D'accord donc les pilules ça fait grossir… donc… (pause) principalement pilules, implants et pas spécialement d'autres moyens de contraception qui sont plébiscités ?
P11 : Non c'est les deux que je connaisse.
Enquêtrice : Est-ce qu'il y a des campagnes de contraception du coup ?
P11 : Non.
Enquêtrice : Donc avant votre grossesse vous n'aviez pas de moyen de contraception ?
P11 : Non.
Enquêtrice : C'était une grossesse qui était désirée ?
P11 : Oui.
Enquêtrice : Ensuite au niveau de l'accessibilité de la contraception au Sénégal c'est comment ?
P11 : Je crois que c'est accessible parce que des fois j'entendais des pubs à la télé incitant les femmes mariées à faire l'espacement des naissances ; ça on a droit tout le temps, parce qu'il y a beaucoup de naissances.
Enquêtrice : Ok et puis dernière chose au niveau de la contraception ici est ce que vous pensez que pour les femmes qui immigrent c'est difficile d'avoir accès à la contraception ?

P11 : Moi ce que j'ai remarqué depuis que je suis venue c'est que les femmes africaines elles ont beaucoup d'enfants et c'est pas ce que je veux moi…. Moi après j'aimerais bien faire une contraception minimum trois ans jusqu'à ce que mon fils puisse se débrouiller tout seul et que je puisse penser un peu à moi mais pour ce que je vois ici…
Enquêtrice : Et vous avez l'impression que c'est quelque chose qu'elles ont voulu ? Qu'elles ne pensent pas à la contraception ou qu'elles ne se rendent pas compte que c'est accessible ?
P11 : Je ne sais pas peut être qu'elles ont la même mentalité qu'elles avaient au Sénégal ou en Afrique peut-être.
Enquêtrice : Et donc c'est quoi cette mentalité ? ça se traduit par quoi le fait d'avoir plein d'enfants ? c'est normal ?
P11 : Oui c'est normal.
Enquêtrice : C'est par rapport à la religion ?
P11 : Non la plupart des familles sont polygames donc les femmes pensent à l'héritage et donc quand t'as plus d'enfants quand le mari meurt par exemple vous aurez plus de parts que les autres.
Enquêtrice : Ok donc c'est plus par rapport à ça… ok l'entretien est terminé. Merci.

ENTRETIEN 12

Enquêtrice : Donc où êtes-vous née ?
P12 : Euh … En Côte d'Ivoire.
Enquêtrice : Ça fait combien de temps que vous êtes en France ?
P12 : Un an.
Enquêtrice : Et du coup est ce que vous avez été à l'école ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Jusqu'à quelle classe ?
P12 : Ben, je vais en terminale.
Enquêtrice : Là vous en passe en terminale ok. Quand vous êtes arrivée en France est ce que vous êtes arrivée toute seule ou … vous êtes arrivée avec qui ?
P12 : Avec mes parents.
Enquêtrice : Est-ce que vous avez des enfants ?
P12 : Non.
Enquêtrice : Avant de venir en France, vous étiez en Côte d'Ivoire c'est ça ?
P12 : C'est ça.
Enquêtrice : Est-ce qu'en Côte d'Ivoire à un moment donné vous avez eu à subir des violences ?
P12 : Non.
Enquêtrice : Si je vous demandais de me décrire votre vie, au quotidien ? vous faites quoi, tout ça ?
P12 : Ben c'est une vie normale comme toute jeune fille je sors j'ai des potes bah tranquille je suis chez moi quand j'ai rien à faire je lis des livres ; je fais la vaisselle c'est un peu ça.
Enquêtrice : Oui tranquille… *(pause)* Est-ce que cela correspond à la vie que vous imaginiez ?
P12 : Non.
Enquêtrice : Du tout ? vous pensiez à quoi avant de venir ?
P12 : Je me suis dit que ce serait pareil qu'en côte d'Ivoire bon…. Pas totalement pareil parce que ce n'est pas le même pays ; mais je m'disais que ce serait pareil mais en

mode je pourrais sortir comme en Côte d'Ivoire avoir plusieurs potes comme en Côte d'Ivoire mais c'est pas du tout pareil.
Enquêtrice : Quand vous dites avoir plusieurs potes, vous voulez dire que c'était plus restreint ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Y'a moins de libertés que quand vous étiez en Côte d'Ivoire ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Ok… (courte pause) Mais c'est plus par rapport au pays au fait d'être en France que vous avez moins de liberté ou pas forcément ?
P12 : Non je ne pense pas.
Enquêtrice : Ok … là On va parler un peu plus de contraception est ce que vous faites ou avez fait quelque chose pour ne pas avoir d'enfants ?
P12 : Par le passé je prenais les pilules du lendemain c'est-à-dire quand j'ai un rapport tout à l'heure je prenais les pilules mais je n'avais pas de contraception ...
Enquêtrice : En Côte d'Ivoire est-ce habituel d'avoir recours à la contraception ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Donc c'était plutôt la pilule du lendemain Et a l'époque ou ça se passait comme ça est ce que votre compagnon était au courant et d'accord ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Ok. Dans le pays d'origine en Côte d'Ivoire est ce qu'il y a d'autres moyens de contraception très connus de ce que vous connaissez ?
P12 : Oui, L'implant la pilule.
Enquêtrice : Et au niveau du coût c'était plutôt accessible ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Et c'était plutôt accessible ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Actuellement qu'est-ce que vous avez comme contraception ?
P12 : Oui.
Enquêtrice : Vous avez quoi comme contraception ?
P12 : L'implant.
Enquêtrice : Ça se passe bien… ça fait combien de temps que vous l'avez ?
P12 : Une semaine.
Enquêtrice : D'accord …donc ça se passe bien ? c'est vrai que C'est peut-être un peu short pour pouvoir évaluer. Est-ce que c'est compliqué pour une femme migrante d'avoir accès à une contraception ?
P12 : Ben non ; c'est facile.
Enquêtrice : Est-ce que vous diriez que C'est plus facile ici, en Côte d'Ivoire ou c'est pareil ?
P12 : Ce que je peux dire c'est qu'Ici dès que t'as des rapports on t'oblige à avoir des implants pour éviter les grossesses mais en Côte d'ivoire on t'oblige pas, hein si tu veux c'est pas une obligation ça dépend de toi ….
Enquêtrice : Ici on va plus insister sur le fait de prendre alors qu'en Côte d'ivoire non Comment ça se passe quand une jeune fille veut avoir une contraception ? c'est où que ça se passe ?
P12 : Ben Ça dépend … si tes parents ont plus d'argent vous pouvez vous rendez dans une clinique privée et si ça vient de toi même la jeune fille tu peux aller dans une maternité tu vois le médecin tu lui expliques et en fonction de ce que tu as à dire en fonction de la contraception que tu as choisi il te donne la contraception
Enquêtrice : Ok donc soit en clinique privé soit en maternité, avec un médecin en individuel. Merci

RESUME

Déterminants du choix de contraception des patientes d'Afrique Subsaharienne consultant à la Permanence d'Accès aux soins de Vernon

Les Permanences d'accès aux soins (PASS) permettent un accès au système de santé de droit commun à des patientes en situation de précarité.

Les populations y consultant, étant très diversifiées, leurs représentations personnelles du soin et notamment de la contraception peuvent influencer leurs décisions en matière de santé.

L'objectif de l'étude était de déterminer les facteurs influençant le choix de contraception des patientes d'Afrique subsaharienne consultant à la PASS de Vernon pour leur proposer une contraception adaptée à leurs besoins et désirs.

Nous avons utilisé la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés de 11 patientes, de 19 à 40 ans consultant à la PASS de Vernon.

La méthode qualitative convient pour appréhender ce sujet à portée médico-sociale.

Il résulte que les déterminants du choix d'une contraception chez ces patientes sont : la norme contraceptive en cours dans le pays dans lequel elles vivent, l'accès à la contraception, les connaissances d'une contraception donnée, la perception de la contraception, l'intérêt pour la contraception, le désir de grossesse, les effets secondaires et la tolérance de la contraception.

En définitive, il est fondamental pour les praticiens de connaître ces déterminants pour adapter l'offre de soin.

Leur connaissance peut les aider à mieux insérer dans notre système de santé, ces patientes consultant à la PASS, qui apparaît comme une structure capitale.

MOTS CLES :

Contraception ; PASS ; Précarité ; Choix contraceptif ; Migrants ; Qualitatif