



HAL
open science

État des lieux de la connaissance contraceptive chez les femmes migrantes en situation irrégulière ou demandeuses d'asile consultant en Centre de Planification et d'Éducation Familiale à Marseille

Célie Reynaud

► **To cite this version:**

Célie Reynaud. État des lieux de la connaissance contraceptive chez les femmes migrantes en situation irrégulière ou demandeuses d'asile consultant en Centre de Planification et d'Éducation Familiale à Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03627349

HAL Id: dumas-03627349

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03627349v1>

Submitted on 1 Apr 2022

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Etat des lieux de la connaissance contraceptive chez les femmes migrantes
en situation irrégulière ou demandeuses d'asile consultant en Centre de
Planification et d'Education Familiale à Marseille**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 31 Mars 2022

Par Madame Célie REYNAUD

Née le 20 février 1994 à Ecully (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Président

Madame le Docteur ZAAZOU Nadège

Directeur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc

UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Aubert AGOSTINI, Président du jury. Vous me faites l'honneur de présider le jury pour la soutenance de ma thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nadège ZAAZOU, Directrice de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton accompagnement pendant cette longue période. Merci pour ton aide et tes conseils au fil du projet et ta disponibilité. Merci de m'avoir fait découvrir ta discipline avec bienveillance lors de mon stage à la PMI. Tu as tout mon respect et ma gratitude.

A Madame le Docteur Maeva JEGO-SABLIER, membre du jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet de thèse. Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

Je tiens également à remercier grandement les soignantes de CPEF qui m'ont soutenue pendant la période de recueil.

Merci à Claire d'avoir pris tout ce temps pour m'aider, tu m'as permis d'ouvrir de nouvelles perspectives de réflexion autour de mon travail.

Merci à ma famille, à mes amis.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	4
1.1	Etat des lieux de la contraception en France.....	4
1.1.1	Historique de la contraception et de son accès en France.....	4
1.1.2	Enjeux de l'accès et du choix contraceptif pour toutes les femmes.....	5
1.1.3	Les moyens de contraception en France.....	5
1.1.4	Efficacité des moyens contraceptifs.....	18
1.2	Le phénomène migratoire en France.....	20
1.2.1	Définitions et chiffres.....	20
1.2.2	Le cadre législatif du séjour.....	20
1.2.3	L'accès à une couverture sociale pour les personnes étrangères.....	21
1.3	La santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en France.....	22
1.3.1	Grossesse et natalité.....	22
1.3.2	Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).....	23
1.3.3	L'Infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).....	23
1.3.4	La contraception.....	23
1.4	Les particularités de la ville de Marseille.....	24
1.4.1	Une population singulière.....	24
1.4.2	Les Centres de Planification et d'Education Familiale marseillais, lieux de rencontre des femmes migrantes.....	25
2	MATERIEL ET METHODES.....	27
2.1	Type d'étude.....	27
2.2	Objectifs.....	27
2.3	Population d'étude.....	27
2.4	Questionnaire (<i>Annexe 1</i>).....	28
2.5	Lieux d'étude.....	28
2.6	Période.....	29
2.7	Protocole.....	29
2.8	Conditions éthiques et règlementaires.....	29
2.9	Analyse statistique.....	30
2.9.1	Statistiques descriptives.....	30
2.9.2	Statistiques explicatives.....	30
3	RESULTATS.....	32
3.1	Recueil.....	32
3.2	Caractéristiques de la population étudiée.....	32
3.2.1	Caractéristiques générales.....	32
3.2.2	Région et pays de naissance.....	34

3.3	Proportion de la connaissance des différents moyens de contraception par les participantes	35
3.4	Facteurs liés à la connaissance des moyens de contraception en analyse multivariée	36
3.4.1	Parmi les contraceptions médicales réversibles les plus efficaces	36
3.4.2	En considérant le nombre total de moyens de contraception connus.....	38
3.4.3	Facteurs liés à la connaissance de certains moyens de contraception en analyse univariée.....	40
3.5	Proportion de l'utilisation au cours de la vie des différents moyens de contraception par les participantes	41
3.6	Préférences contraceptives des participantes.....	42
3.7	Les raisons d'une absence d'utilisation contraceptive actuelle par les participantes.....	43
4	DISCUSSION.....	45
4.1	Discussion de la méthode	45
4.1.1	Le manque de puissance	45
4.1.2	Les biais méthodologiques.....	46
4.1.3	Discussion du choix du questionnaire.....	47
4.2	Forces de notre étude.....	48
4.2.1	Une tentative de s'affranchir au mieux de la barrière de langue	48
4.2.2	Une valorisation égale de tous les moyens de contraception.....	49
4.2.3	Une fenêtre ouverte sur le parcours de vie	49
4.3	Une connaissance des contraceptifs diverse, conditionnée par la grossesse	50
4.3.1	Une connaissance qui semble globalement moindre qu'en population française.....	50
4.3.2	La gestité, facteur d'influence majeur sur la connaissance des contraceptifs	50
4.3.3	Une tendance à la méconnaissance des contraceptifs chez les femmes plus âgées ...	51
4.4	La couverture contraceptive au moment de l'étude qui semble coïncider avec les besoins de notre population.....	52
4.4.1	L'adhésion aux schémas contraceptifs proposés en France.....	52
4.4.2	Mais des choix qui sont les reflets possibles d'une orientation initiale	52
4.5	L'utilisation singulière de certains moyens de contraception	53
4.5.1	L'implant	53
4.5.2	Le DIU	54
4.5.3	La contraception d'urgence	55
4.5.4	La contraception définitive féminine.....	55
4.6	Améliorer l'accès à la contraception des femmes migrantes en situation de difficultés économiques.....	56
4.6.1	L'absence de couverture sociale, facteur de connaissance de la contraception.....	56
4.6.2	La complexité d'obtention d'une couverture sociale	57
4.6.3	S'affranchir de l'avance de frais.....	58

4.6.4	Au-delà de l'obtention d'une couverture sociale, l'obtention de conditions de vie favorisant l'accès à la contraception	59
4.7	Améliorer les compétences des femmes migrantes en matière de contraception	60
4.7.1	S'affranchir enfin de la barrière de la langue.....	60
4.7.2	Les étapes indispensables.....	61
4.7.3	Lutte contre les soins différenciés non justifiés et les préjugés	62
5	Conclusion.....	64
6	BIBLIOGRAPHIE	65
7	Annexes.....	70
8	Abréviations	91

1 INTRODUCTION

1.1 Etat des lieux de la contraception en France

1.1.1 Historique de la contraception et de son accès en France

C'est en 1956 qu'émerge l'Association « La Maternité Heureuse », précurseur du Mouvement Français pour le Planning Familial qui verra le jour en 1960. L'Association féministe milite pour un accès à l'éducation sexuelle, pour la lutte contre les violences et les infections sexuellement transmissibles ainsi que pour un accès à la contraception. L'émancipation des individus en ce qui concerne leur santé sexuelle est au cœur des valeurs de l'association. (1)

Ce n'est cependant qu'en décembre 1967 que la loi Neuwirth accorde aux femmes le droit à disposer d'une contraception. La pilule contraceptive devient légale, son obtention soumise à une prescription médicale. La pilule sera remboursée par la sécurité sociale à partir de 1974. Cette même année, sa délivrance aux mineures ne requerra plus d'autorisation parentale. (2)

S'organisent également les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), structures mises en place par les collectivités publiques, les associations et les établissements hospitaliers. Leurs missions telles que décrites en 1967 consistent en un accompagnement et une éducation à la santé sexuelle personnalisée en plus des consultations médico-sociales. La loi du 4 décembre 1974 y autorisera la délivrance anonyme et gratuite de la contraception pour les mineures. (2) Elles intégreront à partir de 1983 les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Aujourd'hui, les prestations des CPEF en termes de santé sexuelle sont très complètes, seuls les actes exclusivement hospitaliers comme l'IVG chirurgicale n'y sont pas pratiqués. La contraception y est délivrée gratuitement également pour les femmes n'ayant pas de couverture sociale. (3)

La contraception d'urgence sera quant à elle mise sur le marché en avril 1999. Elle sera délivrée sans ordonnance à partir de 2000 et de délivrance gratuite et anonyme pour les

mineures, dès 2001. Elle fait partie depuis 2013 de la liste des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé. (4)

Depuis le 1^{er} janvier 2022 sont remboursés tous les frais liés à la contraception pour toutes les femmes de moins de 25 ans. (2)

1.1.2 Enjeux de l'accès et du choix contraceptif pour toutes les femmes

On estime qu'à travers le monde, une grossesse sur cinq est interrompue volontairement. (5) La prévention et la planification par les femmes de leur grossesse permettraient de réduire les risques en lien avec l'avortement.

Il est aussi considéré qu'une couverture contraceptive adéquate pourrait réduire la mortalité maternelle mondiale de 30%, en diminuant les grossesses adolescentes mais aussi en permettant d'espacer les naissances.(6) Elle permettrait également de diminuer le taux de mortalité chez les nourrissons lorsque les naissances sont espacées de moins de 2 ans. En effet, ce taux est supérieur de 45% au taux de mortalité lorsque les naissances sont espacées de 2 à 3 ans, et supérieur de 60% au taux de mortalité qui concerne les naissances espacées d'au moins 4 ans.

Au-delà du bénéfice direct sur la santé maternelle, l'accès à la contraception à toutes les populations permet de renforcer l'autonomisation ainsi que le droit au travail et à l'éducation. Il offre un choix et de ce fait majore la liberté des individus. (7)

1.1.3 Les moyens de contraception en France

1.1.3.1 *La contraception hormonale*

La contraception oestroprogestative

Il s'agit de la pilule, du patch et de l'anneau vaginal.

Mécanismes d'action

Les oestroprogestatifs inhibent la croissance folliculaire ainsi que la survenue du pic d'hormone lutéinisante (LH) et de la Follicle Stimulating Hormone (FSH) hypophysaire, bloquant ainsi l'ovulation, sous action mixte oestrogénique et progestative.

Il existe une modification de la glaire cervicale qui s'épaissit et dont l'abondance s'amointrit sous dépendance du progestatif préférentiellement, ce qui permet un blocage des spermatozoïdes.

Enfin, leur utilisation crée une atrophie endométriale empêchant la nidation, sous action également du progestatif. (8)

Composition et modalités d'utilisation

Les pilules oestroprogestatives se déclinent en plusieurs générations de pilules en fonction du dosage et du type de progestatif :

- Les pilules de 1^{re} génération, dont les doses en éthinylestradiol étaient comprises entre 35 et 50 µg
- Les pilules de 2^e génération, contenant entre 20 et 50 µg d'éthinylestradiol et dont le progestatif est le lévonorgestrel ou norgestrel
- Les pilules de 3^e génération dont la dose d'éthinylestradiol est comprise entre 15 et 40 µg et dont le progestatif peut être soit du gestodène, soit du désogestrel, soit du norgestimate. Elles ne sont plus remboursées par la sécurité sociale depuis 2013.
- Les pilules de 4^e génération dont le composé estrogénique est le valérate d'estradiol ou l'estradiol associé avec des progestatifs comme la chlormadinone, la drospérindone, le diénogest ou le nomégestrol. Elles ne sont plus remboursées par la sécurité sociale depuis 2013.

Elles sont généralement introduites le premier jour des règles mais peuvent aussi être initiées à n'importe quel moment du cycle. Elles mettent 7 jours à agir.

Le patch est placé sur la peau et délivre de la norelgestromine et de l'éthinylestradiol pour une durée d'une semaine. Il nécessite donc d'être changé de façon hebdomadaire avant une pause la 4^e semaine avant de recommencer le cycle. Il met également 7 jours avant d'être efficace.

L'anneau vaginal mis en place au fond du vagin diffuse en continu de l'étonogestrel à 15 µg par 24 heures et de l'éthinylestradiol à 120 µg par 24 heures pour une durée de 3 semaines. Il est enlevé la 4^e semaine puis le cycle recommence à la 5^e semaine. (8)

Contre-indications absolues

Listons les contre-indications absolues à la prescription d'une contraception oestroprogestative :

- Grossesse en cours
- Post-partum : jusqu'à 6 mois après l'accouchement si allaitement et jusqu'à 42 jours après l'accouchement sinon.
- Antécédents thromboemboliques veineux personnels ou familiaux au premier degré (avant 50 ans)
- Antécédents thromboemboliques artériels personnels ou familiaux au premier degré (avant 55 ans chez un homme, avant 65 ans chez une femme)
- Dyslipidémie non contrôlée
- Maladies oncologiques oestro-dépendantes, notamment cancer du sein et de l'endomètre
- Insuffisance hépatique sévère
- Hypertension artérielle non contrôlée
- Diabète avec complications vasculaires
- Migraine avec aura
- Antécédents de cholestase intrahépatique gravidique

- Connectivites

Les contre-indications relatives comprennent :

- Tabagisme
- Age supérieur à 35 ans
- Surpoids ou obésité
- Migraine sans aura
- Diabète de type 2 non insulino-dépendant depuis moins de 20 ans, sans complication

Le cumul de seulement deux de ces facteurs de risque équivaut à une contre-indication absolue.

L'association à certains médicaments inducteurs enzymatiques hépatiques comme la Rifampicine, le Gardéna, le Tégrétol ou le millepertuis peut entraîner une baisse de l'efficacité contraceptive. Si ces médicaments sont indispensables sur une durée courte, on privilégiera l'ajout d'une contraception mécanique à la contraception oestroprogestative le temps du traitement. (8,9)

Effets indésirables graves

Leurs effets indésirables graves comprennent les complications cardiovasculaires avec notamment le risque thromboembolique veineux et artériel cérébral, coronarien, ainsi que l'hypertension.

En ce qui concerne le risque thromboembolique veineux, il est plus important la première année de prise puis se stabilise à un facteur 3 à 6 par rapport aux non-utilisatrices. Il est plus élevé en cas d'utilisation de gestodène, désogestrel, de la drospérinone ou de l'acétate de cyprotérone comme progestatif. Dans ce contexte il est recommandé de prescrire en première intention une pilule contenant du lévonorgestrel pour les femmes souhaitant une forme per os.

Les oestroprogestatifs entraînent également des complications hépatiques comme des lithiases biliaires, des cholestases et la survenue rare de tumeurs hépatiques bénignes. (8,9)

Effets indésirables fréquents

Les effets indésirables fréquents sous oestroprogestatifs comprennent l'acné ou encore une modification de la libido ou du poids.

Il est cependant indispensable d'explorer d'autres étiologies devant l'apparition de ces symptômes, notamment en cas de prise de poids puisque sa survenue en lien direct avec la prise d'une contraception oestroprogestative n'a pas été prouvée. (9)

Bénéfices au-delà de l'intérêt contraceptif

Il existe avec les contraceptifs oestroprogestatifs une diminution de risque d'être atteint du cancer de l'ovaire, de l'endomètre et du cancer colo-rectal, cette diminution du risque étant corrélée à la durée d'utilisation et se maintenant après l'arrêt de la contraception.

Par ailleurs, ils réduisent le volume des cycles et améliorent le syndrome prémenstruel.

Les contraceptifs oestroprogestatifs entraînent également une possible prévention de la déminéralisation osseuse ainsi qu'une atténuation des symptômes de carence oestrogénique pour les femmes en période de péri-ménopause. (9)

Prix, remboursement et délivrance

Le coût des pilules varie de 2 à 14 euros par mois. Certaines pilules sont remboursées à 65% par l'Assurance Maladie, notamment la plupart des pilules de 2^e génération. Depuis le 1^{er} janvier 2022 les pilules sont remboursées à 100% par l'Assurance Maladie pour les femmes de moins de 25 ans.

Le patch coûte environ quinze euros par mois pour 3 patchs et n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

L'anneau vaginal coûte environ seize euros par mois et n'est pas remboursé par l'assurance maladie. (10,11)

Ces contraceptions peuvent être délivrées gratuitement en CPEF.

La contraception progestative

Elle comprend la pilule, l'implant, le DIU au lévonorgestrel et la contraception injectable à l'acétate de médroxyprogestérone.

Mécanismes d'action

Les progestatifs ont une action antigonadotrope qui va permettre un blocage du pic hypophysaire de LH et donc une inhibition de l'ovulation.

Ils agissent également en modifiant la glaire cervicale, empêchant la progression des spermatozoïdes.

Enfin, ils entraînent une atrophie endométriale empêchant la nidation. L'effet systémique hormonal se couplant à l'action mécanique locale du DIU. (8,9)

Modalités d'utilisation

Les pilules progestatives contiennent du lévonorgestrel à 30 µg ou du désogestrel à 75 µg. La pilule au lévonorgestrel est considérée inefficace après un retard de prise de trois heures seulement, contre douze heures pour les autres pilules progestatives.

L'implant progestatif contient de l'étonogestrel à 68mg qu'il libère de façon prolongée pour une durée de trois ans. Il est mis en place en sous cutané au niveau du bras non-dominant, en dessous du sillon entre le biceps et le triceps.

Le DIU progestatif délivre du lévonorgestrel à une dose comprise entre 12 et 20 µg par jour. Il met sept jours à être efficace après sa pose. Efficace pour une durée de trois à cinq ans selon le modèle, il peut être laissé en place jusqu'à la ménopause à partir de 45 ans.

Le contraceptif injectable à l'acétate de médroxyprogestérone dosé à 152mg requiert une administration en intra-musculaire toutes les douze semaines. (8,11)

Contre-indications absolues

Les contre-indications absolues des contraceptifs progestatifs sont les suivantes :

- Grossesse en cours
- Maladie thromboembolique veineuse de moins de trois mois en cours de traitement
- Maladies oncologiques hormono-dépendante, notamment cancer du sein et de l'endomètre
- Insuffisance hépatique sévère et tumeurs hépatiques
- Antécédents thromboemboliques artériels personnels pour la contraception injectable.

De façon similaire aux contraceptifs oestroprogestatifs, l'association à certains médicaments inducteurs enzymatiques peut entraîner une baisse de l'efficacité contraceptive. L'ajout d'une contraception mécanique à la contraception progestative doit être mise en place si ces médicaments sont prescrits sur une durée courte et ne peuvent être substitués.

Les contre-indications communes aux DIU sont détaillées dans le chapitre sur le DIU au cuivre. (8,9)

Effets indésirables grave

Le DIU au lévonorgestrel peut majorer le risque d'infection génitale haute principalement dans les 21 jours après la pose de celui-ci.

Il existe par ailleurs un risque de perforation utérine principalement dans la période qui suit la pose du DIU.

Le contraceptif injectable diminue la densité minérale osseuse et ne doit donc pas être prescrit chez des femmes ayant des facteurs de risque d'ostéoporose. Il existe également une majoration du risque thromboembolique avec ce contraceptif. (9)

Effets indésirables fréquents

Les effets indésirables fréquents sous toutes les contraceptions progestatives sont les métrorragies ou spotting ainsi que les aménorrhées par atrophie endométriale. La majoration d'une acné, une mastodynie ainsi qu'une modification de la libido ou du poids sont possibles également.

De façon similaire avec les contraceptifs oestroprogestatifs, il est indispensable d'explorer d'autres étiologies à ces symptômes avant d'envisager un changement de contraception. (8,9)

En ce qui concerne le DIU au lévonorgestrel spécifiquement, il peut entraîner l'apparition de kystes ovariens fonctionnels dont la survenue, si elle est asymptomatique, ne doit pas forcément faire changer de contraceptif. (9)

Bénéfices au-delà de l'effet contraceptif

Le DIU au lévonorgestrel réduirait le risque de cancer de l'ovaire. Il a une efficacité sur la diminution des ménorragies et dysménorrhées. Il pourrait réduire la douleur chez les femmes souffrant d'endométriose. (9,12)

L'implant et la pilule au désogestrel en continu diminuent également les dysménorrhées. (9)

Prix, remboursement et délivrance

La pilule progestative coûte entre 2 et 15 euros par mois en fonction des pilules.

L'implant coûte environ 100 euros pour trois ans.

Le DIU progestatif coûte 100 euros pour trois à cinq ans.

Le contraceptif injectable coûte 3,50 euros pour douze semaines.

Tous ces contraceptifs sont remboursés à 65% par L'Assurance Maladie à l'exception de certaines pilules. Depuis le 1^{er} janvier 2022 ils sont remboursés à 100% par l'Assurance Maladie pour les femmes de moins de 25 ans.

Ces contraceptions peuvent être délivrées et posées gratuitement en CPEF. (11)

1.1.3.2 Le Dispositif Intra Utérin (DIU) au cuivre

Mécanismes d'action

L'effet gamétotoxique du cuivre délivré localement permet une altération des spermatozoïdes, de l'ovule et de l'embryon.

L'action mécanique locale propre aux DIU inhibe la nidation embryonnaire.

Modalités d'utilisation

Le DIU se pose à n'importe quel moment du cycle menstruel dès lors qu'une grossesse en cours est exclue. Par commodité la pose peut se faire au cours de la période menstruelle. La technique de pose diffère selon le modèle et les habitudes de l'opérateur. Les fils doivent être coupés à 2 ou 3 cm de l'orifice externe du canal cervical.

Le DIU au cuivre a l'avantage d'être efficace immédiatement après la pose ce qui en fait un contraceptif d'urgence, et ce jusqu'à 5 jours après le rapport à risque de grossesse. De plus, il peut être laissé en place jusqu'à la ménopause s'il est posé après 40 ans.

Contre-indications absolues

Les contre-indications communes aux DIU au cuivre et au lévonorgestrel sont les suivantes :

- Infection génitale haute ou basse de moins de trois mois
- Malformation utérine comme un utérus cloisonné, un fibrome volumineux ou un col béant ou infranchissable
- La période du post-partum pendant 21 jours

Effets indésirables graves

Le DIU au cuivre peut temporairement majorer le risque d'infection génitale haute, dans les suites de la pose et jusqu'à 21 jours après celle-ci.

Il existe également un risque mineur de perforation utérine en lien avec la pose du DIU. (9)

Effets indésirables fréquents

Les métrorragies et polyménorrhées sont fréquentes sous DIU au cuivre. Devant des métrorragies abondantes ou une anémie il est cependant recommandé d'éliminer une cause organique avant d'envisager un changement de contraception. (8)

Bénéfices au-delà de l'effet contraceptif

Le DIU au cuivre diminue le risque du cancer de l'endomètre ainsi que du cancer du col utérin. Il agirait directement sur le développement de lésions pré-cancéreuses induites par le papillomavirus. (9)

Prix, remboursement et délivrance

Le DIU au cuivre coûte 30 euros et est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie pour les plus de 25 ans et à 100% pour les moins de 25 ans depuis le 1^{er} janvier 2022. (10)

Il est délivré et posé en CPEF de façon gratuite.

1.1.3.3 Les méthodes barrières

Le préservatif masculin

Le préservatif masculin est composé de latex ou de polyuréthane et constitue une barrière mécanique aux spermatozoïdes ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles.

Le préservatif masculin est en vente libre à partir de soixante centimes l'unité, il peut également être remboursé par l'Assurance Maladie depuis décembre 2018.

On le délivre de manière gratuite en CPEF.

Le préservatif féminin

Il est composé de nitrile ou de polyuréthane. Il doit être placé au fond du vagin avant le rapport. Il protège des infections sexuellement transmissibles.

En vente libre son prix est de trois euros, il n'est pas remboursable par l'Assurance Maladie mais peut également être délivré gratuitement en CPEF.

Le diaphragme

Placé au fond du vagin avant et retiré huit heures après un rapport sexuel, il a un rôle de barrière mécanique aux spermatozoïdes mais ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. Il est classiquement recommandé de l'utiliser en association avec d'autres contraceptifs barrières comme les spermicides. Il peut être réutilisé.

Il coûte trente-trois euros en latex, quarante-deux euros en silicone. Il est remboursé à hauteur de 3,14 euros par l'Assurance Maladie. (8,10)

Il est disponible gratuitement en CPEF.

La cape cervicale

Similaire au diaphragme dans son mode d'utilisation, la cape cervicale en silicone joue un rôle mécanique mais ne protège pas des infections sexuellement transmissibles. Son efficacité est supérieure chez les femmes n'ayant jamais accouché par voie basse. Elle peut être réutilisée.

Son prix est de soixante euros et est également disponible gratuitement en CPEF. La cape n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie. (8,10)

Les spermicides

Sous forme de gel ou d'ovules placés au fond du vagin au moins 10 minutes avant le rapport, les spermicides inactivent ou détruisent les spermatozoïdes pour une durée de plusieurs heures. Il est recommandé de les utiliser en association avec une autre méthode barrière devant leur taux d'échec élevé.

Les spermicides contenant du 9-nonoxynol risquent de provoquer des lésions vaginales et majorent donc le risque de transmission du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

Un tube ou boîte de spermicide peut coûter jusqu'à vingt euros. Ils peuvent être délivrés gratuitement en CPEF mais ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. (8,9,11)

1.1.3.4 La contraception définitive

La ligature des trompes utérines

La ligature des trompes utérines peut se faire par voie abdominale, coelioscopique ou vaginale. Son efficacité est immédiate après l'intervention. Elle requiert une courte hospitalisation ainsi qu'une anesthésie générale. Irréversible, elle ne peut être pratiquée qu'après un délai de réflexion de 4 mois. La ligature des trompes est remboursée par l'Assurance Maladie à hauteur de 100%. (8)

La vasectomie

La vasectomie consiste en une interruption des canaux déférents. Elle est également soumise à un délai de réflexion de 4 mois pour la personne demandeuse. La loi prévoit également la possibilité de cryoconservation du sperme avant l'intervention. Réalisée sous anesthésie locale, elle ne nécessite pas d'hospitalisation. Elle n'est cependant pas effective immédiatement et nécessite donc l'utilisation d'une autre contraception efficace pendant au moins trois mois après l'intervention. A l'issue de ce délai, un spermogramme doit être effectué afin de confirmer l'azoospermie. La vasectomie est remboursée par l'Assurance Maladie à hauteur de 70%. (8)

1.1.3.5 La contraception d'urgence

La contraception d'urgence hormonale

La contraception d'urgence au lévonorgestrel

Le lévonorgestrel interfère avec l'ovulation en bloquant le pic de LH. Il doit être pris en dose unique le plus rapidement possible après le rapport à risque de grossesse, au maximum dans les trois jours suivant celui-ci. Elle diminue le risque de grossesse de 50% si elle est prise dans les 24 heures qui suivent le rapport à risque de grossesse, en revanche son efficacité diminue chez les femmes en surpoids. La prise doit être renouvelée en cas de vomissement dans les trois heures suivant la première prise.

Il n'existe pas de contre-indication absolue hormis une allergie à la substance.

Son prix est de 3,26 euros et elle est remboursée à 65% par l'Assurance Maladie. Sa délivrance sans ordonnance est gratuite et anonyme pour les mineures. Elle est également disponible gratuitement en CPEF. (8–10)

La contraception d'urgence à l'ulipristal acétate

L'ulipristal acétate est un modulateur des récepteurs à la progestérone qui bloque l'ovulation et empêche la nidation également par inhibition du pic de LH. Cette contraception d'urgence doit être prise en dose unique le plus rapidement possible après le rapport à risque, au maximum dans les cinq jours suivant celui-ci. Elle diminue le risque de grossesse de 50% si elle est prise dans les 24 heures qui suivent le rapport à risque de grossesse.

Elle n'est pas recommandée en cas de prise concomitante d'un contraceptif hormonal au long cours.

Son prix est de 13,23 euros, elle est remboursée à 65% par l'Assurance Maladie et soumise à prescription médicale. Sa délivrance sans ordonnance est gratuite et anonyme pour les mineures. Elle est disponible gratuitement en CPEF pour les femmes n'ayant pas de couverture sociale. (8–10)

La contraception d'urgence mécanique : le DIU au cuivre

Le DIU au cuivre est plus efficace que les contraceptifs d'urgence hormonaux. Il peut être posé jusqu'à cinq jours après le rapport à risque de grossesse et est recommandé en première intention puisqu'il confère une contraception durable. Son efficacité contraceptive ne décroît pas chez les femmes en surpoids ou obèses, contrairement aux contraceptifs d'urgence hormonaux. (9)

1.1.4 Efficacité des moyens contraceptifs

L'efficacité des contraceptifs est évaluée selon le nombre de grossesses par an pour 100 femmes utilisant la contraception, appelé indice de Pearl. Plus celui-ci est élevé, moins le contraceptif est efficace.

Les contraceptifs réversibles les plus efficaces en utilisation optimale sont les contraceptifs progestatifs (l'implant, le Dispositif Intra Utérin (DIU) au lévonorgestrel, la

contraception injectable et la pilule), oestroprogestatifs (la pilule, le patch et l'anneau vaginal), le DIU au cuivre ainsi que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Leurs indices de Pearl respectifs théoriques, c'est-à-dire en utilisation optimale, sont inférieurs à 0,9. L'implant est la méthode contraceptive la plus efficace, son indice de Pearl en optimisation optimale est de 0,05.

Parmi celles-ci, les contraceptifs requérant une observance régulière sont soumis à une diminution de leur efficacité en pratique. C'est le cas des pilules, du patch et de l'anneau vaginal dont l'indice de Pearl en utilisation courante est de 8, mais également de la contraception injectable et de la méthode MAMA dont l'indice de Pearl en utilisation courante est de 3. (9,11)

Les autres méthodes contraceptives réversibles ont des indices de Pearl théoriques et pratiques plutôt bas, les rendant intéressantes surtout en association. C'est le cas du préservatif masculin dont l'indice de Pearl en utilisation optimale est de 2 et en utilisation pratique de 15. L'emploi de spermicides en combinaison avec le diaphragme possède un indice de Pearl en utilisation optimale de 6 et de 2 en utilisation courante. Ces contraceptions, moins efficaces, ne doivent pas être recommandées en première intention.

Les méthodes contraceptives définitives ont quant à elles des indices de Pearl théoriques et en utilisation courante équivalents, de 0,1 pour la vasectomie et de 0,5 pour la stérilisation féminine. (11)

1.2 Le phénomène migratoire en France

1.2.1 Définitions et chiffres

Environ 272 000 personnes ont immigré en France en 2019. L'immigré(e), tel(le) que l'a défini en 1990 le Haut Conseil à l'Intégration (HCI), désigne l'individu né à l'étranger et résidant en France, nationalité française acquise ou non. Les immigrés représentent en 2020 10,2% de la population totale française d'après les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Parmi les immigrés, les femmes sont désormais majoritaires : 52% des personnes immigrant en France en 2020 étaient des femmes, contre 44% en 1975.

La population étrangère en France désigne l'ensemble des personnes résidant en France n'ayant pas la nationalité française, qu'elles soient nées en France ou non. Cette population est de 7,6 % de la population totale en 2020.

Le terme migrant est quant à lui plus souvent utilisé pour désigner des personnes nouvellement arrivées sur le territoire, ainsi que des personnes qui seraient en cours de déplacement géographique. Le migrant ou immigrant en France désigne d'une façon plus large l'individu né à l'étranger qui est de passage ou qui réside sur le territoire français sans y avoir acquis la nationalité française. Cette population se compose d'environ 4,3 millions d'immigrés en 2020. Ces chiffres de l'INSEE étant issus du recensement de la population, ils sont indicatifs mais non représentatifs de l'ensemble de la population migrante comprenant les personnes en situation irrégulière. (13,14)

1.2.2 Le cadre législatif du séjour

Pour séjourner sur le territoire français, un titre de séjour est nécessaire. L'obtention d'un titre de séjour en France quel qu'il soit nécessite la validation d'un dossier par une autorité administrative et de nombreuses démarches pour la personne souhaitant s'installer

sur le territoire français. Leurs conditions d'accès ainsi que les autorisations qu'elles accordent sont diverses. (15)

Le statut de réfugié ou "protégé subsidiaire" tout d'abord est défini depuis 1951 par la Convention de Genève. Il concerne une personne ayant quitté son pays d'origine pour cause d'insécurité au sein de ce pays. Il est accordé par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) ou par la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), reconnaît également ce statut et assure la protection internationale de l'individu réfugié. (15)

L'individu ayant fait la demande de statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951 obtient le statut de demandeur d'asile. Ce statut de demandeur d'asile place donc l'individu dans une situation « d'attente » sur le territoire français. Le demandeur d'asile n'a pas le droit de travailler mais peut demander une autorisation de travail après un an d'attente d'une réponse de l'OFPRA ou après une demande de recours auprès de la CNDA. (15)

Outre le statut de réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire, un individu peut résider sur le territoire français s'il est bénéficiaire du statut " étranger malade ", ou encore s'il est l'époux(se) d'un(e) français(e) par exemple. (3)

En cas de période d'attente d'un titre de séjour, d'expiration d'un titre de séjour ou bien d'un changement législatif faisant varier les droits des personnes migrantes, la personne est dite en situation d'irrégularité sur le territoire français. (14)

1.2.3 L'accès à une couverture sociale pour les personnes étrangères

Un étranger ayant un titre de séjour en France ou en situation de demande d'asile peut accéder à une couverture sociale pour la prise en charge de ses soins. La Protection Universelle Maladie (PUMa) accorde depuis 2016 la prise en charge des soins à hauteur de ce que rembourse l'Assurance Maladie à tout individu résidant de façon stable et régulière en France ayant ou non une activité professionnelle.

De plus, la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) est accordée aux personnes ayant des revenus modestes en complément de la PUMa. Elle permet d'obtenir une prise en charge à 100% de la plupart des soins. (16)

Dans le cas où le statut de réfugié n'est pas accordé par l'OFPRA au demandeur d'asile, ses droits à l'Assurance Maladie sont maintenus pendant six mois à compter de la date d'expiration de la demande d'asile. (17)

L'Aide Médicale D'Etat (AME) peut être accordée aux individus étrangers en France depuis au moins trois mois n'ayant pas de titre de séjour valide et donc considérés comme en situation d'irrégularité sur le territoire. D'une durée de validité limitée à un an, elle permet à la personne bénéficiaire une prise en charge à 100% de la plupart des soins sans avance de frais. Le niveau de ressources ne doit également pas dépasser un certain plafond. 382 899 personnes bénéficiaient de l'AME au 31 décembre 2020. (18)

Pour pallier le délai de carence avant l'obtention de l'AME, il existe un dispositif de Fonds pour les Soins Urgents et Vitaux (FSUV) à l'hôpital public. Il s'agit d'un système de recouvrement des soins fournis en urgence utilisé a posteriori d'une demande d'AME. (19)

1.3 La santé sexuelle et reproductive des femmes migrantes en France

1.3.1 Grossesse et natalité

Santé Publique France relevait dans un Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de 2017 un suivi prénatal des femmes migrantes en France insuffisant, ainsi qu'un risque accru de décès maternel chez ces femmes. Les femmes les plus touchées sont originaires d'Afrique subsaharienne. Ce sur-risque est encore accru en cas de situation irrégulière. (20) Le rapport du Comité pour la santé des Exilé.e.s (COMEDE) de 2019, qui concerne des femmes migrantes à haut risque de précarité, indique que parmi les 449 femmes enceintes accompagnées par l'association entre 2012 et 2017, le suivi de grossesse était incomplet pour la moitié d'entre

elles. Le rapport indique également que 14% des grossesses étaient consécutives à un viol. (21)

Sur le plan des naissances, la probabilité d'avoir un premier enfant au cours des deux années après l'arrivée en France des femmes migrantes est élevée. Les femmes issues de l'immigration ont également au cours de leur vie plus d'enfants que la population générale française. (22)

1.3.2 Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

L'étude Fécond menée en 2010 rapporte que 37,9 % des femmes d'origine subsaharienne ayant immigré en France déclarent avoir eu recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) au cours de leur vie contre 17,4 % des femmes en population générale. (23) Par ailleurs et pour les femmes arrivées récemment sur le territoire sans contraception efficace et sans accès à celle-ci, l'avortement peut temporairement apparaître comme un moyen de contrôle de la fécondité par manque d'alternative. (24)

1.3.3 L'Infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Concernant l'infection au VIH, il a été rapporté par le COMEDE comme étant le second motif de consultation des patients migrants en situation irrégulière en 2018 en région Provence Alpes Côte d'Azur, après les troubles psychologiques. (21) Une enquête de l'Inserm de 2014 met en évidence une incidence de l'infection au VIH en France 70 fois plus élevée chez les femmes d'origine subsaharienne que chez les femmes de la population générale. (25) Enfin, on considère qu'une infection sur trois au VIH aurait lieu en France, majoritairement au cours des premières années après l'arrivée. (26)

1.3.4 La contraception

D'après une revue de l'enquête Parcours menée en 2013 en Île-de-France, le phénomène migratoire semble globalement être un moteur de régulation de la fécondité. Il y aurait davantage d'utilisation contraceptive chez les femmes en situation de migration et

une forte adhésion des femmes originaires d’Afrique subsaharienne aux contraceptifs proposés en France à leur arrivée sur le territoire. (22)

Concernant en revanche l’utilisation contraceptive des femmes migrantes en situation irrégulière, elle semble être moindre et différente que celle des femmes françaises selon cette même enquête. Seules 44,7% des femmes en besoin de contraception en utilisaient une parmi les migrantes d’origine subsaharienne en situation d’hébergement temporaire. Les contraceptifs les plus utilisés étaient la pilule (37%) et l’implant (26 %) chez ces femmes. Le recours à l’implant était statistiquement plus fréquemment utilisé chez les femmes en situation de précarité économique et le DIU était nettement moins utilisé qu’en population française (11% versus 21% respectivement). (23,27)

1.4 Les particularités de la ville de Marseille

1.4.1 Une population singulière

Marseille est une ville d’immigration, fortement cosmopolite par rapport au reste du territoire français, avec en 2017 une population qui était issue à 15% de l’immigration. (28) Historiquement c’est la position centrale de la ville, à la fois proche du bassin méditerranéen et de l’Italie, qui lui confère un rôle d’accueil et de transit des populations depuis le XIXe siècle.

Concernant les pays d’origine des femmes issues de l’immigration à Marseille, plus de 5000 recensées viennent du Maghreb. Vient ensuite l’Afrique subsaharienne avec plus de 2000 immigrées recensées. La Turquie et l’Italie arrivent ensuite. Ces individus recensés correspondent comme évoqué ci-dessus à une population légale, indicative mais non exhaustive de la population en situation irrégulière. (28)

1.4.2 Les Centres de Planification et d'Education Familiale marseillais, lieux de rencontre des femmes migrantes

Il existe à Marseille huit CPEF répartis dans les différents arrondissements de la ville. L'un d'entre eux appartient au Mouvement Français pour le Planning Familial. Cinq d'entre eux sont gérés par le Conseil Départemental et sont associés aux services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) répartis dans la ville. Enfin, les deux autres sont gérés par l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM) au sein même de l'hôpital public. (29)

En 2019, sur 8441 femmes venues consulter en gynécologie en CPEF dans les Bouches-du-Rhône, on recense une proportion de 50% de femmes nées à l'étranger parmi les femmes dont on connaît le pays de naissance. Parmi ces femmes, presque 60% d'entre-elles sont nées en Afrique du Nord, 30% d'Afrique subsaharienne (Mayotte et La Réunion exclus), vient ensuite le Moyen Orient et l'Europe avec moins de 5% de femmes originaires de ces deux zones. Les femmes nées en Asie ou en Amérique représentent moins de 1% des consultations. Par ailleurs, 33% des femmes ayant consulté en 2019 pour le suivi de leur grossesse en PMI à Marseille n'avaient pas de droits ouverts à la sécurité sociale.

Les Centres de PMI à Marseille sont donc des lieux privilégiés de rencontre avec les femmes migrantes. La délivrance et la pose des contraceptifs de façon gratuite pour les femmes n'ayant pas de couverture sociale permettent à celles-ci d'accéder aux soins dont elles ont besoin. L'accessibilité et la pluridisciplinarité, de la consultation de gynécologie, sage-femme ou pédiatrie au conseil conjugal, la présence d'assistant(e)s sociaux(ales) et de traducteurs permet un accompagnement de toutes les femmes étrangères.

En 2007 puis 2013, les campagnes de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) revêtaient les slogans « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » et « La contraception qui vous convient existe ». Dans cet objectif d'autonomisation de toutes les femmes envers leur choix contraceptif et en regard d'apparentes difficultés d'accès à la contraception des femmes migrantes en situation irrégulière ou demandeuses d'asile mises en évidence dans plusieurs études (26,30), on peut s'interroger sur les connaissances qu'ont ces femmes des moyens contraceptifs disponibles en France. L'objectif

de cette étude est donc de faire un état des lieux des connaissances des contraceptifs des femmes étrangères en situation irrégulière ou en situation de demande d'asile consultant en CPEF à Marseille. Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux des contraceptifs déjà utilisés par ces femmes au cours de leur vie, de leurs souhaits en matière de contraception ainsi que les raisons d'une absence d'utilisation contraceptive.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale et observationnelle.

2.2 Objectifs

L'objectif principal est de faire un état des lieux des connaissances des contraceptifs des femmes étrangères en situation irrégulière ou en situation de demande d'asile sur le territoire. Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux des contraceptifs déjà utilisés par ces femmes, de leurs souhaits en matière de contraception ainsi que les raisons d'une absence d'utilisation contraceptive.

2.3 Population d'étude

Il s'agit des femmes venant consulter dans l'un des cinq CPEF de Marseille et qui répondaient aux critères suivants :

- Age entre 18 ans révolus et 49 ans inclus
- Consultation en gynécologie, auprès d'une sage-femme ou d'une conseillère conjugale pour tout motif hormis suivi de grossesse.
- Origine étrangère
- En situation d'irrégularité ou en situation de demande d'asile sur le territoire français.

Nous avons choisi d'inclure les femmes en situation de demande d'asile puisque leur accès à une couverture sociale est compromis avant l'obtention de l'attestation de demandeur d'asile qui est bien souvent différée par rapport au début de la procédure. En cas de rupture de droits et de difficultés financières elles sont également susceptibles de dépendre de structures de délivrance gratuite de soins.

Nous avons choisi d'exclure parmi ces femmes :

- Les femmes refusant de participer à l'étude
- Les femmes soumises à une mesure de protection de type tutelle
- Les femmes consultant pour un suivi de grossesse
- Les femmes ménopausées
- Les femmes ne comprenant ou ne lisant ni le français, ni l'arabe, ni l'anglais, ni le comorien, ni le turc, ni le portugais.

2.4 Questionnaire (*Annexe 1*)

Il s'agit d'un questionnaire quantitatif de 14 questions entièrement anonyme.

Il faut compter entre cinq et quinze minutes environ pour remplir un questionnaire.

Il se compose de deux parties. La première partie questionne le pays d'origine, l'âge, la couverture sociale, le lieu de résidence, le niveau d'éducation, le statut marital et les antécédents obstétricaux. La seconde partie concerne les connaissances, l'utilisation, le choix souhaité des moyens contraceptifs ainsi que le motif de non-utilisation contraceptif.

Le questionnaire a été traduit en anglais, arabe, portugais, comorien et turc par des personnes volontaires parlant et écrivant ces langues.

Il a été imprimé sous format papier en 250 questionnaires soit 50 par langue et réparti de façon équitable dans les cinq CPEF de Marseille.

Le questionnaire a été testé par des participantes volontaires avant d'être validé.

2.5 Lieux d'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique menée dans les cinq CPEF au sein des services de PMI de Marseille (*Annexe 2*) :

- CPEF La Joliette - 2e arr. 63, avenue R. Schuman
- CPEF Belle-de-Mai - 3e arr. 24, rue Jobin
- CPEF St Adrien - 8e arr. 12, rue St Adrien
- CPEF Les Flamants - 14e arr. 18, avenue Ansaldi
- CPEF Le Nautile - 13e arr. 29, avenue de Frais Vallon

2.6 Période

Le recueil s'est déroulé du lundi 3 mai 2021 au vendredi 5 novembre 2021.

2.7 Protocole

Les patientes répondant aux critères d'inclusion étaient questionnées de la façon suivante : « Nous proposons un questionnaire de recherche pour les femmes n'ayant pas de document attestant de leur séjour en France. Etes-vous intéressée ? ».

Si la patiente n'avait pas de titre de séjour ou bien une attestation de demande d'asile le questionnaire pouvait lui être proposé.

Si la patiente avait l'AME alors le questionnaire pouvait également lui être proposé d'emblée puisque cette couverture atteste d'une situation administrative irrégulière.

Une notice d'information et de non-opposition était remise à la patiente ainsi qu'une explication orale du questionnaire.

La participante choisissait de remplir le questionnaire en autonomie en salle d'attente ou bien de façon conjointe avec le soignant qui délivrait le questionnaire : l'infirmière lors de la pré-consultation, la sage-femme, la gynécologue ou la conseillère conjugale en début de consultation.

Un interprétariat téléphonique professionnel du CPEF était disponible en cas de besoin.

Les questionnaires remplis étaient rangés dans une boîte fermée dédiée.

2.8 Conditions éthiques et règlementaires

Le projet de recherche a été soumis au Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Méditerranée I, et approuvé par celui-ci le 22/03/2021 au numéro IDRCB 2021-A00273-38.

Il a été enregistré auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) comme suivant le protocole de référence MR03 le 05/02/2021 au numéro 2221055.

Toutes les données ont été anonymisées.

2.9 Analyse statistique

Si plus de trois questions étaient non remplies, le questionnaire était exclu du travail de recherche. La saisie des données a été réalisée grâce au logiciel Microsoft Excel. Les analyses ont été réalisées sous Excel, RStudio et SAS version 9.4.

2.9.1 Statistiques descriptives

La corrélation entre les variables représentant le nombre de contraceptions médicales réversibles hautement efficaces connues et le nombre total de contraceptions connues, a été testée alternativement avec l'ensemble des variables explicatives considérées par l'étude (t-test pour les variables quantitatives et anova pour les variables qualitatives).

2.9.2 Statistiques explicatives

Pour nos deux variables cibles, soit le nombre de contraceptions médicales réversibles hautement efficaces connues ainsi que le nombre total de contraceptions connues, nous avons modélisé chacune de ces variables à l'aide de modèles multivariés sous 3 formes :

- le format numérique à l'aide de la proc genmod avec une distribution présumée normale
- le format binaire, avec une proc logistic, pour différencier le groupe des participantes connaissant 0 à 1 contraception médicale réversible hautement efficace (seuil à 2 contraceptifs connus) et celles connaissant 0,1 ou 2 moyens de contraception (seuil à 3 contraceptifs connus).
- le format binaire, avec une proc logistic, pour différencier le groupe des participantes connaissant beaucoup plus de moyens de contraceptions médicales hautement efficaces que le reste du groupe (seuil à 4 contraceptifs connus) et celles connaissant beaucoup plus de moyens de contraceptions (seuil à 5 contraceptifs connus).

Les statistiques explicatives ont été effectuées avec le logiciel RStudio et le logiciel SAS (version 9.4). Nous avons utilisé pour l'analyse la méthode d'estimation avec le maximum de

vraisemblance. La p-value était considérée significative en analyse multivariée lorsque p était strictement inférieur à 0,1. En annexe, nous avons inclus les différents tableaux de données analytiques.

3 RESULTATS

3.1 Recueil

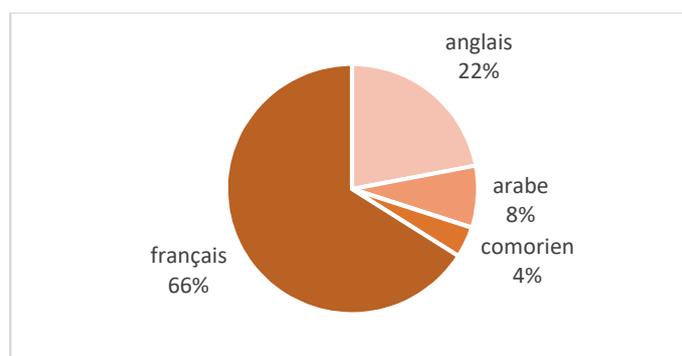
50 questionnaires remplis ont pu être exploités, dont 20 au CPEF de la Joliette, 15 au CPEF de la Belle de Mai, 7 au CPEF des Flamants, 7 au CPEF Saint Adrien et 1 au CPEF du Nautile.

Deux refus de participation ont été rapportés sur l'intégralité du projet de recherche.

Aucun questionnaire n'a été exclu par manque de réponse.

En ce qui concerne les langues utilisées pour remplir les questionnaires, la majorité était remplis en français, puis en anglais et de façon minoritaire en arabe ou en comorien. Aucun questionnaire en turc ou en portugais n'a été utilisé. (Figure 1)

Figure 1 – Proportion de l'utilisation des différentes traductions du questionnaire de recherche



3.2 Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1 Caractéristiques générales

L'âge moyen des participantes était de 29,6 ans.

Le nombre d'enfants moyen par femme était de 1,7 et le nombre de grossesses moyen par femme était de 2,5.

22% des femmes n'avaient pas de droits ouverts à la Sécurité Sociale.

La majorité des participantes ont déclaré être locataires ou propriétaires d'un logement. Un tiers ont déclaré être hébergées par une tierce personne. Les autres participantes ont déclaré vivre en dispositif d'asile, en foyer d'hébergement ou en squat.

Les participantes ont déclaré avoir été suivies en France pour au moins une grossesse pour 68% d'entre-elles. Un quart des participantes ont déclaré avoir été prises en charge pour une IVG en France au moins une fois. (Tableau 1)

Tableau 1 – Caractéristiques générales de la population

	Effectif (N=50)	Pourcentage (%)
<u>Age (années)</u>		
· 18-24	15	30
· 25-34	24	48
· 35-44	9	18
· 45-49	2	4
<u>Droits ouverts à la Sécurité Sociale</u>		
· Non	11	22
· Oui (CSS ou AME)	39	78
<u>Logement</u>		
· Personnel (locataire ou propriétaire)	20	40
· Hébergée par un tiers	16	32
· Dispositif d'asile	8	16
· Foyer d'hébergement pour femme	4	8
· Foyer d'hébergement d'urgence	1	2
· Squat	1	2
<u>Niveau scolaire</u>		
· N'est jamais allée à l'école	8	16
· Ecole	7	14
· Collège	14	28
· Lycée	8	16
· Etudes supérieures	12	24
· Inconnu	1	2

<u>Statut marital</u>		
· Célibataire	11	22
· En couple ou mariée	39	78
<u>Antécédents gynécologiques</u>		
Au moins un suivi de grossesse en France	34	68
Au moins un antécédent d'IVG en France	8	16

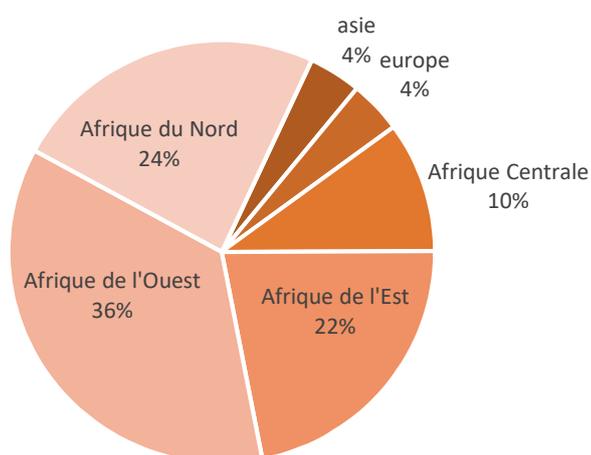
3.2.2 Région et pays de naissance

Les femmes étaient nées en Afrique subsaharienne pour 68% d'entre-elles, dont 36% en Afrique de l'Ouest (Nigeria et Guinée principalement), 22% en Afrique de l'Est (Comores principalement) et 10% en Afrique centrale.

24% des femmes étaient nées en Afrique du Nord (Algérie et Tunisie principalement).

8% des femmes étaient nées en Europe (Albanie) ou en Asie. (Figure 2, Annexe 3)

Figure 2 – Répartition de la population en fonction de la région de naissance



3.3 Proportion de la connaissance des différents moyens de contraception par les participantes

Les participantes connaissaient en moyenne 3,5 moyens de contraception au total. Une patiente ne connaissait aucun moyen de contraception et une patiente connaissait 12 moyens de contraception sur les 12 présentés sur le questionnaire.

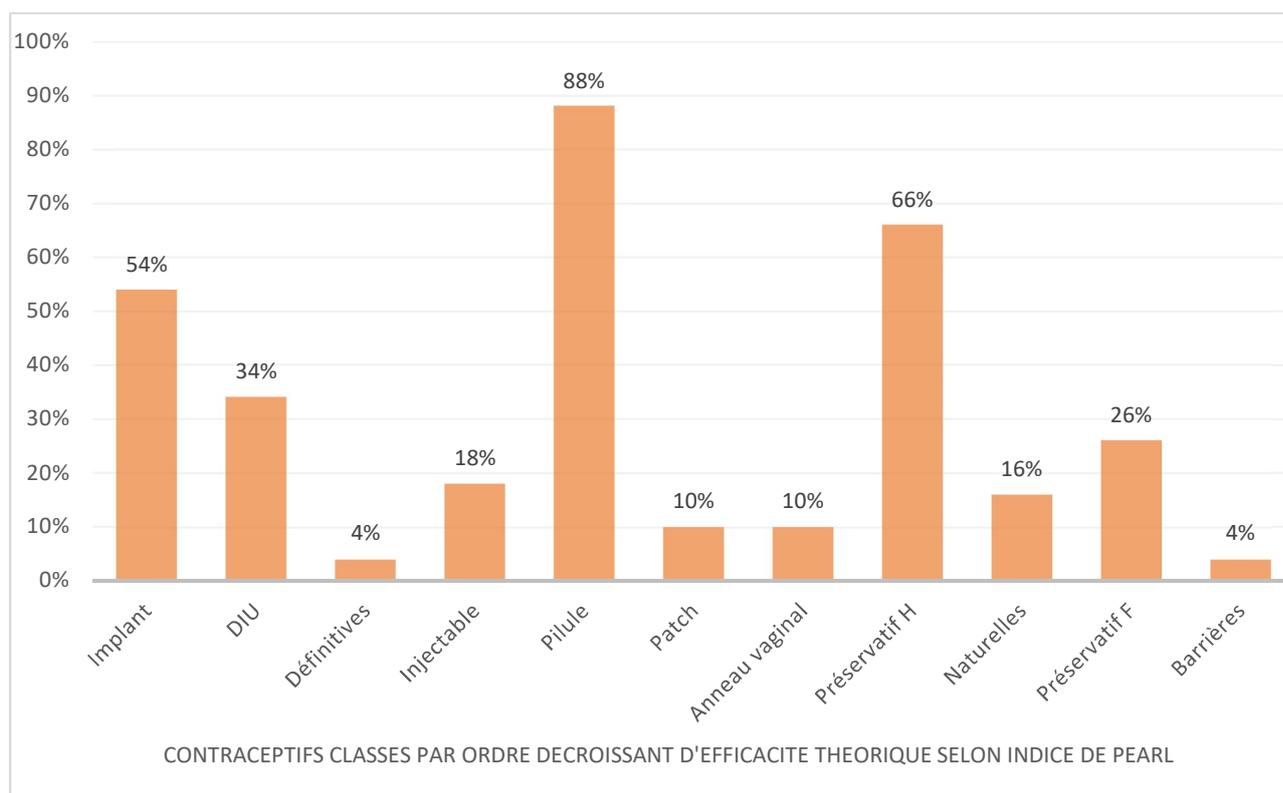
Nous avons considéré ensuite les contraceptifs réversibles médicaux les plus efficaces, soit ceux ayant un indice de Pearl inférieur à 0,9. Ils comprennent les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC) dont l'implant et le DIU, ainsi que les autres contraceptifs réversibles dont la contraception injectable, le patch, l'anneau et les pilules oestroprogestatives et progestatives. Les participantes en connaissaient en moyenne 2 parmi ceux-ci.

La pilule (progestative ou oestroprogestative) est le moyen de contraception le plus connu, 88% des participantes ont déclaré la connaître. Le préservatif masculin est également connu de façon majoritaire par les participantes, à 66%. L'implant était connu à 54% par les participantes, le DIU (au cuivre ou progestatif) à 34%. Le préservatif féminin était connu à 26% par les participantes, la contraception injectable à 18%. Viennent ensuite les contraceptions naturelles, dont la méthode MAMA, connus à 16% par les participantes. Le patch et l'anneau vaginal étaient connus par 10% des participantes, tandis que les méthodes barrières ainsi que les méthodes définitives étaient connues à 4% par les participantes.

(Figure 3)

La contraception d'urgence était quant à elle connue à 16% par les participantes.

Figure 3 – Proportion de la connaissance des différents moyens de contraception par les participantes



DIU comprenant le Dispositif Intra Utérin au Cuivre et le Dispositif Intra Utérin au lévonorgestrel ; Pilule comprenant les pilules oestroprogestatives et progestatives ; Préservatif H = Préservatif masculin ; Préservatif F = Préservatif féminin ; Contraceptions naturelles comprenant la méthode MAMA, l'abstinence périodique, le retrait, l'observation de la glaire, la méthode des températures ; Méthodes barrières comprenant le diaphragme, la cape ou les spermicides.

3.4 Facteurs liés à la connaissance des moyens de contraception en analyse multivariée

3.4.1 Parmi les contraceptions médicales réversibles les plus efficaces

Le nombre de contraceptions médicales réversibles hautement efficaces connues (indice de Pearl théorique inférieur à 0,9) n'était pas influencé par le pays de naissance, le niveau scolaire, le logement, le statut marital, le nombre d'enfant(s) ou l'antécédent de suivi de grossesse en France. (Tableau 2)

En revanche on observe un lien avec le nombre de grossesses par femme ($p=0,01$) et avec l'antécédent d'IVG en France ($p=0,01$). Le nombre de contraceptifs connus serait plus élevé avec l'augmentation du nombre de grossesses ou au moins un antécédent d'IVG en

France, ce lien se renforçant au-delà de quatre moyens de contraception médicale réversibles hautement efficaces connus. (Tableau 2, Annexes 4-7)

On retrouve également un lien avec l'âge ($p=0,04$), les femmes âgées de 25 à 32 ans connaissaient davantage de moyens de contraception médicale réversibles hautement efficaces que les femmes plus jeunes ou plus âgées. (Tableau 2, Annexes 4-7)

Enfin, l'absence de droits à l'Assurance Maladie semblerait également agir en faveur de la connaissance des contraceptions médicales réversibles hautement efficaces ($p=0,09$). (Tableau 2, Annexes 4-7)

Tableau 2 - Facteurs de connaissance d'un plus grand nombre de contraceptifs médicaux réversibles hautement efficaces, analyse multivariée, selon âge

Paramètre	RR	(IC 95%)	p-value
Intercept*	8.16	(0.85-77.87)	0.07
Age*	0.94	(0.89-1)	0.04
Née en Afrique subsaharienne non	1.56	(0.82-2.98)	0.2
Née en Afrique subsaharienne oui	ref		
Droits non*	2.1	(0.89-4.96)	0.09
Droits oui	ref		
Pas d'enfant	1.25	(0.26-5.97)	0.8
Au moins un enfant	ref		
Pas de suivi de grossesse en France	0.62	(0.17-2.24)	0.5
Au moins un suivi de grossesse en France	ref		
Pas d'IVG en France*	0.34	(0.14-0.79)	0.01
Au moins une IVG en France	ref		
Célibataire	0.93	(0.4-2.15)	0.9
En couple	ref		
Pas d'études secondaires	1.01	(0.47-2.16)	1
Etudes secondaires et plus	ref		
Logement stable non	0.62	(0.26-1.44)	0.3
Logement stable oui	ref		
Nombre de grossesse*	1.33	(1.06-1.67)	0.01

*p-value<0,1

3.4.2 En considérant le nombre total de moyens de contraception connus

Le nombre total de contraceptions connues des participantes n'était pas non plus influencé par le pays de naissance, le niveau scolaire, le logement, le statut marital, le nombre d'enfants ou l'antécédent de suivi de grossesse en France. (*Tableau 3*)

On retrouve également un lien fort avec le nombre de grossesses ($p=0,02$) ainsi que l'antécédent d'IVG en France ($p=0,01$). L'âge était aussi un paramètre faisant varier le nombre de contraceptions connues, avec une connaissance plus pauvre des contraceptions chez les participantes les plus âgées et les plus jeunes ($p=0,06$). (*Tableau 3, Annexes 8-11*)

De plus, les participantes qui n'avaient pas de droits ouverts à l'Assurance Maladie au moment de l'enquête avaient une probabilité plus forte de connaître au moins cinq moyens de contraception. (OR 42, $p=0,04$) (*Annexes 8-11*)

Tableau 3 – Facteurs de connaissance d'un plus grand nombre de contraceptifs, analyse quantitative multivariée, selon âge

Paramètre	RR	(IC 95%)	p-value
Intercept	141.54	(2.13-9419.65)	0.02
Age*	0.9	(0.81-1.01)	0.06
Née en Afrique subsaharienne non	2.21	(0.67-7.32)	0.2
Née en Afrique subsaharienne oui	ref		
Droits non	3.7	(0.75-18.20)	0.1
Droits oui	ref		
Pas d'enfant	2.68	(0.15-49.19)	0.5
Au moins un enfant	ref		
Pas de suivi de grossesse en France	0.36	(0.03-3.96)	0.4
Au moins un suivi de grossesse en France	ref		
Pas d'IVG en France*	0.12	(0.03-0.60)	0.01
Au moins une IVG en France	ref		
Célibataire	1.38	(0.29-6.62)	0.7
En couple	ref		
Pas d'études secondaires	0.76	(0.18-3.13)	0.7
Etudes secondaires et plus	ref		
Logement stable non	0.5	(0.1-2.4)	0.4
Logement stable oui	ref		
Nombre de grossesse*	1.68	(1.1-2.57)	0.02

*p-value<0,1

3.4.3 Facteurs liés à la connaissance de certains moyens de contraception en analyse univariée

Nous avons pu observer des tendances concernant la connaissance des moyens de contraception réversibles hautement efficaces. Nous interpréterons ces tendances prudemment en regard de la faible puissance de notre enquête.

3.4.3.1 La pilule

Les participantes qui connaissaient mieux la pilule avaient en général des droits ouverts à l'Assurance Maladie ($p=0,05$) ou étaient en moyenne plus jeunes ($p=0,03$). (*Annexes 12, 13*)

3.4.3.2 Le DIU

Les participantes qui connaissaient davantage le DIU n'étaient plutôt pas originaires d'Afrique subsaharienne ($p=0,08$), avaient plus de 33 ans ($p=0,001$) ou avaient déjà été prises en charge pour une IVG en France ($p=0,06$). Elles avaient également eu plus de grossesses ($p=0,01$) que les femmes ne connaissant pas cette contraception. (*Annexes 14-16*)

3.4.3.3 L'implant

L'implant était davantage connu par les femmes ayant déjà eu un enfant ($p=0,007$) ou ayant eu un nombre important de grossesses, en moyenne 3 ($p=0,05$). (*Annexes 17,18*)

3.4.3.4 Le patch

Le patch n'était connu que par la catégorie des femmes âgées de 25 à 32 ans ($p=0,04$) et majoritairement par celles ayant déjà eu une IVG en France ($p=0,05$). (*Annexe 19*)

3.4.3.5 La contraception injectable

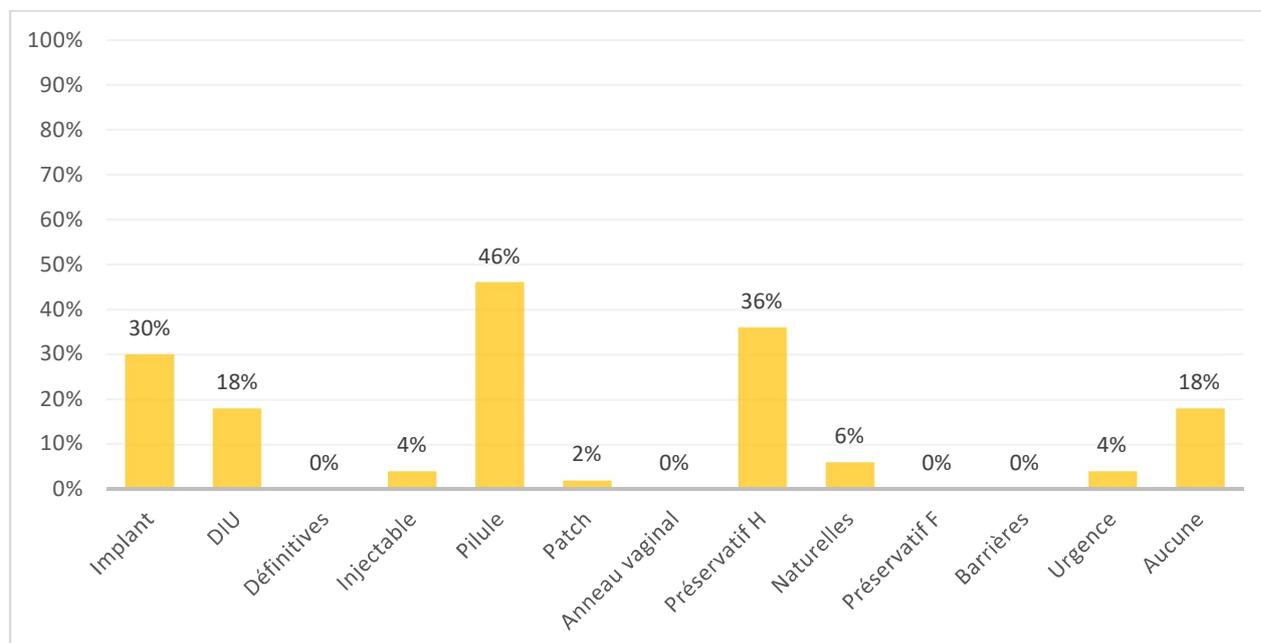
La contraception injectable semblait être davantage connue par les femmes n'ayant jamais eu d'enfant ($p=0,07$), ainsi que par les femmes qui n'étaient pas en couple au moment de l'enquête ($p=0,07$). L'âge semblait également être un facteur d'influence avec une connaissance supérieure de ce moyen de contraception par les femmes plus jeunes ($p=0,04$). (Annexes 20,21)

3.5 Proportion de l'utilisation au cours de la vie des différents moyens de contraception par les participantes

Les participantes ont déclaré avoir utilisé en moyenne 1,5 contraception au cours de leur vie. La médiane du nombre de contraceptifs utilisés au cours de la vie était de 1. Les participantes ont déclaré à 44% n'avoir utilisé qu'un seul moyen de contraception au cours de leur vie. L'utilisation de 2 à 3 moyens de contraception au cours de la vie concernait 34% des femmes. Au maximum les femmes ont déclaré avoir utilisé 4 moyens de contraception différents au cours de leur vie pour 4% d'entre-elles. 18% des femmes n'avaient jamais utilisé de moyen de contraception.

La pilule est le moyen de contraception le plus utilisé, à 46%. Le préservatif masculin est le second moyen contraceptif qu'utilisent ou ont utilisé les femmes, pour 36% d'entre-elles. L'implant a déjà été utilisé par 30% des femmes, le DIU par 18% des femmes. 6% des participantes ont déclaré avoir utilisé les contraceptions naturelles. 4% ont déjà utilisé le contraceptif injectable. 2% des femmes ont déjà utilisé le patch. Aucune femme n'a déclaré utiliser ou avoir utilisé la contraception définitive féminine, l'anneau vaginal, le préservatif féminin ou les méthodes barrières. (Figure 4)

Figure 4 – Proportion de l'utilisation des différents moyens de contraception par les participantes au cours de leur vie



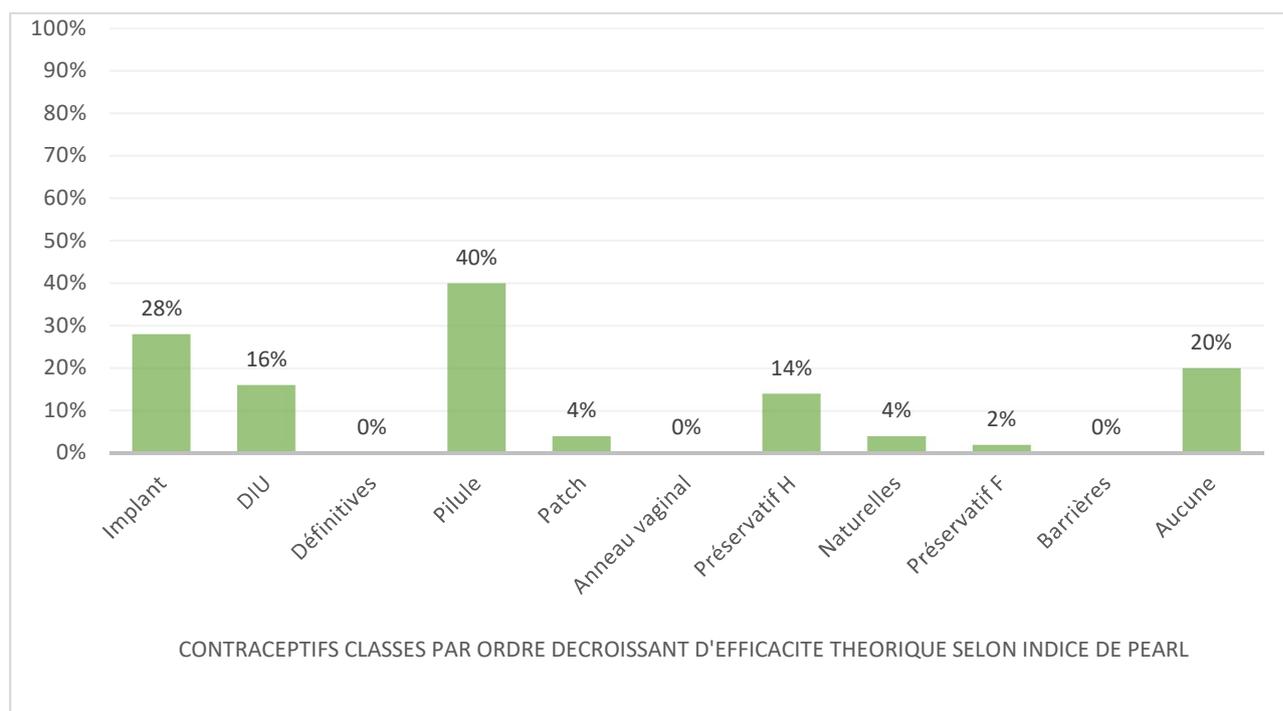
DIU comprenant le Dispositif Intra Utérin au Cuivre et le Dispositif Intra Utérin au lévonorgestrel ; Pilule comprenant les pilules oestroprogestatives et progestatives ; Préservatif H = Préservatif masculin ; Préservatif F = Préservatif féminin ; Contraceptions naturelles comprenant la méthode MAMA, l'abstinence périodique, le retrait, l'observation de la glaire, la méthode des températures ; Méthodes barrières comprenant le diaphragme, la cape ou les spermicides.

3.6 Préférences contraceptives des participantes

La médiane du nombre de contraceptions souhaitées par les participantes était de 1. Une seule contraception était souhaitée par 56% des femmes. 2% des femmes souhaitaient 3 à 4 contraceptions.

Parmi les méthodes souhaitées par les participantes, la pilule reste majoritaire à 40%, suivie par l'implant (28%), puis le DIU (16%) et enfin le préservatif masculin (14%). Le patch et les contraceptions naturelles étaient préférés à 4% par les participantes. 2% des femmes ont déclaré souhaiter le préservatif féminin. 20% des participantes ont déclaré ne pas souhaiter utiliser de contraception. (Figure 5)

Figure 5 – Proportion des préférences et souhaits contraceptifs des participantes



DIU comprenant le Dispositif Intra Utérin au Cuivre et le Dispositif Intra Utérin au lévonorgestrel ; Pilule comprenant les pilules oestroprogestatives et progestatives ; Préservatif H = Préservatif masculin ; Préservatif F = Préservatif féminin ; Contraceptions naturelles comprenant la méthode MAMA, l'abstinence périodique, le retrait, l'observation de la glaire, la méthode des températures ; Méthodes barrières comprenant le diaphragme, la cape ou les spermicides.

3.7 Les raisons d'une absence d'utilisation contraceptive actuelle par les participantes

Les participantes ont déclaré à 44% ne pas utiliser de contraceptif au moment de l'enquête.

La première raison d'une absence d'utilisation contraceptive déclarée au moment de l'enquête était le projet de grossesse, qui concernait 43% des femmes n'utilisant pas de contraception.

25% ont déclaré ne pas utiliser de contraception car elles n'avaient pas de risque de grossesse, soit parce qu'elles n'avaient pas de partenaire, soit parce qu'elles n'avaient pas de rapport sexuel.

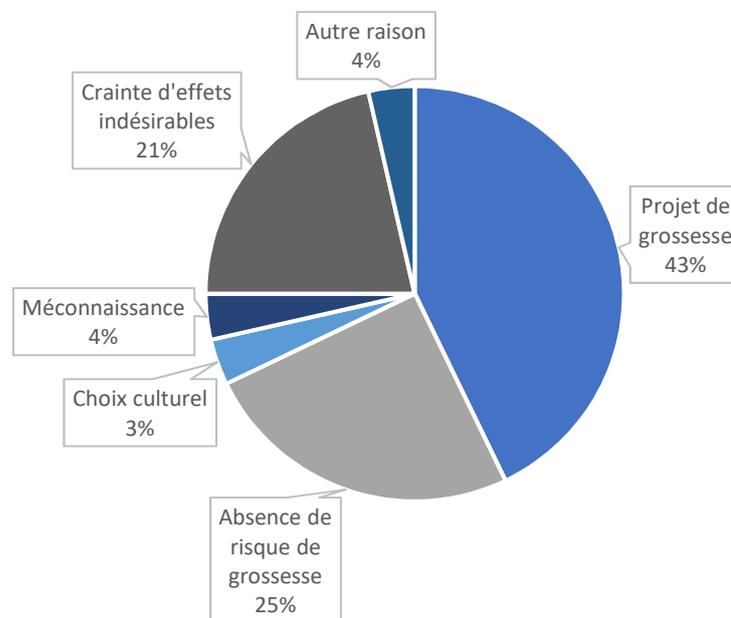
Les participantes ont déclaré pour 21% d'entre elles ne pas utiliser de contraception au moment de l'enquête par crainte des effets secondaires, d'une prise d'hormone, d'une stérilité ou d'une visibilité du contraceptif sur leur corps.

Les participantes ont déclaré à 4% méconnaître la contraception ou ne jamais avoir consulté pour une contraception. Elles ont également déclaré à 3% ne pas utiliser de contraception pour des raisons culturelles ou religieuses.

Dans « autre raison », il a été spécifié que la patiente ne savait pas qu'elle pouvait tomber enceinte en post-partum et que c'est pour cette raison qu'elle n'avait pas repris de contraception.

Aucune femme n'a déclaré ne pas utiliser de contraception au moment de l'enquête en raison d'un refus de l'entourage, pour des raisons financières ou par crainte d'un mésusage ou d'une inobservance. (Figure 6)

Figure 6 – Répartition des raisons d'une absence d'utilisation contraceptive au moment de l'enquête



4 DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Le manque de puissance

4.1.1.1 *Une population d'étude singulière*

A l'issue de notre enquête nous n'avons pu recueillir qu'un nombre limité de questionnaires. Nous avons choisi de cibler de façon précise une population minoritaire avec des critères précis ce qui engendre forcément une diminution d'effectif. Par ailleurs, nous ne pouvions connaître l'effectif de notre population cible en CPEF puisque le statut sur le territoire des patientes n'y est pas répertorié, en accord avec l'universalité de l'accès aux soins proposé.

De surcroit les femmes de notre population cible, dont le statut juridique sur le territoire est incertain, peuvent prioriser la réponse aux besoins fondamentaux ainsi que les démarches d'obtention d'un titre de séjour plutôt que leur santé. La planification familiale par un recueil d'information sur la contraception ou la santé sexuelle peut sembler dérisoire par rapport à l'obtention d'un logement stable, par exemple. (23,31)

4.1.1.2 *Les difficultés logistiques rencontrées pour procéder au recueil*

Une enquête dont la population d'étude était proche de la nôtre fut menée en parallèle à partir du mois de septembre 2021 dans les CPEF de Marseille, ce qui a pu engendrer de la confusion sur le recrutement de participantes.

Par ailleurs, la CPEF le Nautile dans le 13^e arrondissement de Marseille a dû fermer durant cinq mois en raison de travaux à partir du mois de juin.

4.1.1.3 *Les difficultés rencontrées par les soignantes lors du recueil*

Les soignantes ont exprimé avoir du mal à inclure des participantes en raison d'une méconnaissance de la différence entre le statut sur le territoire français et le fait d'avoir ou non des droits à l'Assurance Maladie. Au début de l'étude, elles considéraient les femmes bénéficiaires de l'AME comme en situation régulière puisque bénéficiaires d'un accès à des soins sans avance de frais. Dans plusieurs centres nous avons donc dû expliquer ces notions, peu connues du personnel de CPEF. En effet, l'absence de droits à l'Assurance Maladie ne ferme pas l'accès aux soins en CPEF et la patiente sera réorientée vers l'assistante sociale afin d'explorer les possibilités de prise en charge de façon quasi-systématique. Quant au statut sur le territoire, il n'est jamais questionné en CPEF puisque ces structures accueillent toutes les femmes, étrangères ou non, sans préjuger de l'aspect juridique de leur séjour en France.

Par ailleurs, les soignantes ont rapporté une crainte de perte de l'alliance créée avec leur patiente si leur statut sur le territoire était exploré. Elles avaient l'impression que les participantes pouvaient devenir suspicieuses, se refermer et que notre enquête porterait préjudice à la consultation à venir.

Parfois, elles trouvaient inapproprié de proposer notre questionnaire notamment en contexte de demande d'IVG, lorsque la patiente semblait bouleversée par la consultation.

4.1.2 Les biais méthodologiques

Il existait dans notre enquête un biais de recrutement puisque presque 70% des participantes avaient déjà été suivies pour une grossesse en France. Ces femmes-là sont donc plus à même d'avoir eu des consultations dédiées à la contraception, notamment en post-partum. Le suivi de grossesse en France favorise par ailleurs l'accès à des droits à la Sécurité Sociale, les femmes enceintes en CPEF n'ayant pas de droits ouverts étant fréquemment orientées vers une Assistante Sociale.

Ainsi, la population de notre enquête n'est pas forcément représentative de celle de la population migrante marseillaise. Il existe néanmoins une diversité en regard du pays de

naissance dans notre échantillon puisque dix-huit pays différents sont représentés. Par ailleurs, l'inclusion de femmes comprenant ou lisant d'autres langues que le français nous a permis de diminuer ce biais de recrutement.

Il existait un possible biais de confusion puisque nous n'avons pas recueilli la durée de séjour en France, facteur d'influence possible d'une adhésion aux moyens de contraception disponibles sur le territoire ainsi que la connaissance de ceux-ci. Par ailleurs, les participantes de notre étude appartiennent à une population migrante qui n'a pas quitté la France et qui n'a pas subi d'expulsion du territoire. On peut alors se demander si l'adoption des contraceptions proposées en France n'aurait pas pu être favorisée dans cette population. (22)

De façon similaire nous avons choisi de ne pas explorer les antécédents médicaux des participantes comme l'infection VIH, l'obésité ou la consommation tabagique. Ces modalités peuvent en effet orienter une prescription contraceptive mais ne doivent cependant pas influencer sur l'explication des différentes méthodes non contre-indiquées lors d'une consultation dédiée à la contraception, selon les recommandations. (32)

4.1.3 Discussion du choix du questionnaire

4.1.3.1 *Compréhension globale et abord du questionnaire*

Il nous a été rapporté que plusieurs participantes étaient découragées par la longueur du questionnaire ce qui motivait les soignantes à leur lire le questionnaire et à le remplir avec elles lorsque la barrière de langue pouvait être contournée.

Nous avons pris le parti de ne pas détailler de manière précise le type de pilule ou de dispositif intra-utérin utilisé par souci de simplification du questionnaire et de gain de temps pour les participantes et les soignants lors du remplissage de celui-ci.

4.1.3.2 *Recueil des antécédents contraceptifs*

Le recueil des antécédents contraceptifs peut s'avérer complexe du fait d'une part, d'un biais de mémoire des femmes mais d'autre part d'un souci de compréhension du terme de contraception. Ce dernier pouvant en effet être interprété comme uniquement "contraception médicale" soit principalement le dispositif intra utérin, la pilule ou l'implant. Ceci pouvant entraîner une sous-estimation de l'utilisation des méthodes naturelles ou des méthodes barrières. Cette problématique se retrouve dans les résultats de certains questionnaires : l'une des participantes n'avait pas coché avoir utilisé la méthode de l'allaitement comme moyen contraceptif, pourtant elle a pu déclarer en discutant avec la soignante qu'elle pensait qu'il était impossible de tomber enceinte en suite d'accouchement.

Il avait effectivement été mis en évidence dans l'étude Parcours de la nécessité d'utiliser un mode de questionnement ouvert sur la contraception afin de ne pas limiter les réponses aux méthodes contraceptives médicales. (22) Le questionnaire quantitatif contenant des questions fermées a donc pu constituer une limite de recueil en ce sens, même si nous proposons un choix ouvert avec l'item « autre(s) méthode(s) ». Pour pallier ce type de biais nous avons donc employé des tournures de questions autorisant des réponses plus larges de type "Utilisez-vous avec votre partenaire une méthode pour éviter de tomber enceinte ?". Cette formulation a été retranscrite dans les traductions.

4.2 Forces de notre étude

4.2.1 Une tentative de s'affranchir au mieux de la barrière de langue

Dans notre enquête, nous avons tenté de proposer des questionnaires en plusieurs langues afin d'augmenter la compétence des participantes à remplir celui-ci en autonomie. La possibilité de faire appel à un interprète téléphonique, de recours courant en CPEF, a pu également renforcer la justesse de l'échange entre les participantes et les soignantes présentant le questionnaire.

Finalement, les questionnaires ont été remplis assez exhaustivement puisque nous n'avions quasiment aucune donnée manquante, ce qui montre une bonne collaboration des soignantes qui ont pris soin de revoir le questionnaire avec la participante si celle-ci ne pouvait le remplir seule ou ne comprenait pas certaines questions.

4.2.2 Une valorisation égale de tous les moyens de contraception

Nous avons présenté sur le questionnaire la liste des moyens de contraception classés par ordre alphabétique, sans préjuger de leur efficacité ou les hiérarchiser. Nous avons également tenté d'illustrer les différents moyens de contraception existants et leur diversité à la fin du questionnaire.

Le questionnaire était présenté en amont de la consultation afin que les patientes puissent exposer les contraceptifs dont elles avaient entendu parler sans influence de la part du soignant. L'objectif était d'amener la participante à constater les différentes options contraceptives possibles et à se questionner ou à questionner la soignante lors de la consultation à venir sur ces possibilités.

Ainsi, en cas de remplissage conjoint du questionnaire entre la soignante et la participante, on constate que des moyens de contraception ont été ajoutés à leurs souhaits alors qu'elles avaient coché antérieurement ne pas les connaître.

Ceci met en lumière l'opportunité saisie par le soignant de présenter les moyens de contraception à la participante sans forcément orienter son choix. Le questionnaire avait donc également pour vertu d'ouvrir le dialogue sur les différents moyens de contraception disponibles.

4.2.3 Une fenêtre ouverte sur le parcours de vie

Lorsque les participantes choisissaient de remplir le questionnaire conjointement avec la soignante, il nous a été rapporté que le temps dédié au questionnaire permettait un échange, au-delà du motif de consultation initial. Les participantes pouvaient revenir sur leur itinéraire migratoire, par exemple, ou bien raconter des épisodes de vie en lien avec leur

famille ou leur santé sexuelle. Cette possibilité d'échange, enrichissante du point de vue de la soignante pour permettre une prise en charge globale, pouvait majorer la confiance de la participante lors de la consultation à venir.

4.3 Une connaissance des contraceptifs diverse, conditionnée par la grossesse

4.3.1 Une connaissance qui semble globalement moindre qu'en population française

Dans une enquête de l'INPES datant de 2007 sur la connaissance des moyens de contraception dans la population française, la pilule, le préservatif masculin et le DIU étaient les moyens de contraception majoritairement connus, à plus de 90%. Les méthodes barrières dont le préservatif féminin et le diaphragme étaient connues par 75% de la population, les spermicides par 52% de la population. Le patch était connu à 48% par la population, l'implant et l'anneau à 44%. (33) Bien que la pilule et le préservatif masculin étaient majoritairement connus dans notre population, nous constatons des tendances différentes, avec une connaissance plutôt faible du DIU à 34% tandis que l'implant était connu à 54%. La connaissance des autres contraceptifs était faible notamment pour les contraceptions définitives, l'anneau et le patch, malgré une connaissance non négligeable du contraceptif injectable par 18% des femmes. Leurs connaissances des moyens de contraception étaient donc très variables mais globalement plus faibles qu'en population générale.

4.3.2 La gestité, facteur d'influence majeur sur la connaissance des contraceptifs

Dans notre étude, le fait d'avoir déjà été enceinte ainsi que le contact avec le système de soins français via une demande d'IVG majorait fortement la probabilité de connaître plus de 4 moyens de contraception médicaux réversibles hautement efficaces parmi lesquels le DIU et l'implant sont très représentés. Ces facteurs nous indiquent qu'en France, pour ces femmes, l'apprentissage des moyens de contraception soumis à prescription se fait pendant ou après une grossesse, que celle-ci soit interrompue ou non. Ces éléments ont également été retrouvés dans l'étude Parcours (22). Le premier contact avec des soins en matière de santé sexuelle a donc pu se faire dans un contexte d'urgence ou de prévention secondaire

chez les femmes de notre population. Une promotion de la contraception en amont aurait pu augmenter leur emprise sur la planification de leurs grossesses.

De plus, les recommandations nationales prônent une promotion de la contraception et une information autour de celle-ci avant l'accouchement ainsi qu'en post-partum. (34) Dans notre enquête, le fait d'avoir été suivie pour une grossesse en France ne semblait cependant pas majorer le nombre de contraceptifs médicaux réversibles efficaces connus. Une enquête qualitative menée en 2018 dans une maternité de Paris avait relevé que dans la grande majorité des consultations de post-partum en suite de couche, la pilule et l'implant étaient majoritairement présentés. Le DIU n'était pas systématiquement présenté aux femmes. Les autres méthodes réversibles médicales ainsi que le préservatif masculin et la méthode MAMA n'étaient quasiment jamais évoquées. (35) Ceci nous indique peut-être une orientation préférentielle de ces femmes vers certains moyens de contraception en post-partum en dépit d'une information sur les autres moyens existants, ou un manque d'information globale sur l'existence de moyens de contraception.

4.3.3 Une tendance à la méconnaissance des contraceptifs chez les femmes plus âgées

Les femmes les plus âgées connaissaient moins de contraceptions médicales réversibles efficaces et globalement moins de moyens de contraception que les femmes âgées de 25 à 32 ans. En regard des politiques en matière de santé sexuelle en France et dans le monde, on constate depuis 2000 une majoration importante de la couverture contraceptive, de plus en plus diversifiée. (36) C'est en Afrique subsaharienne que les Nations Unies relèvent en 2019 les plus grandes progressions en termes de besoin contraceptif satisfait et de planification familiale. (*Annexe 22*) A titre d'exemple, l'augmentation de la couverture contraceptive chez les femmes en besoin de contraception a été de 30% ces dernières années pour le Sierra Leone, le Sénégal, Madagascar et la République du Congo. (37) Les femmes issues des générations suivantes auraient alors bénéficié d'un meilleur accès aux moyens de contraception, plus diversifié.

4.4 La couverture contraceptive au moment de l'étude qui semble coïncider avec les besoins de notre population.

4.4.1 L'adhésion aux schémas contraceptifs proposés en France

Au moment de l'enquête, 24% de participantes avaient un projet de grossesse et 14% n'avaient pas de rapport sexuel dans la période. Ainsi, nous avons considéré que 62% des femmes de notre enquête étaient concernées par la contraception. Parmi ces femmes, 11% ont déclaré ne pas utiliser de contraception, ce qui indique une couverture contraceptive de 89% dans notre population.

En observant les données recueillies en 2016 par Santé Publique France chez des femmes françaises en âge de procréer, on retrouve de façon assez similaire une couverture contraceptive à hauteur de 92% de la population de femmes concernées par la contraception. (38) Ceci rejoint également les résultats de l'étude Parcours qui avait estimé la couverture contraceptive globale chez des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne concernées par la contraception à 88%. (22)

Ainsi, l'adhésion des femmes aux contraceptifs proposés en France dans notre enquête semblait adaptée puisque presque aussi importante qu'en population générale. Pour une seule participante de notre enquête, le refus contraceptif était relié à un choix culturel. Les autres participantes ont essentiellement déclaré méconnaître la contraception ou en craindre les effets indésirables. Ce qui nous amène à considérer qu'une amélioration de l'information concernant l'utilisation pratique et les effets secondaires attendus des moyens existants auprès de ces femmes pourrait leur permettre de mieux se saisir du moyen qu'elles auront choisi.

4.4.2 Mais des choix qui sont les reflets possibles d'une orientation initiale

La pilule et l'implant contraceptif étaient les contraceptifs les plus souhaités ou appréciés des participantes. Le DIU et le préservatif masculin venaient ensuite. Les autres contraceptifs étaient très peu souhaités par les participantes. Si les méthodes souhaitées par les participantes étaient donc étroitement liées à leurs connaissances et expérience de celles-

ci dans notre enquête, nous pouvons nous demander, en regard de la faible diversité des moyens connus et choisis, si la prescription contraceptive n'aurait pas pu être orientée en dépit d'autres moyens de contraception. L'HAS recommandait dès 2005 la nécessité d'une exhaustivité de présentation des différents moyens de contraception disponibles en prenant en compte l'acceptabilité du moyen ainsi que ses contre-indications médicales. (32) Les femmes en besoin de contraception au moment de l'enquête ne semblaient cependant pas avoir reçu cette information complète. Pouvons-nous évoquer ici un soin différencié ?

4.5 L'utilisation singulière de certains moyens de contraception

4.5.1 L'implant

L'implant avait déjà été utilisé par 30% des femmes de notre population par rapport à la population française qui ne l'utilise qu'à 4%. (38) Il était connu par plus de la moitié de notre population, possiblement par des femmes ayant eu plus de grossesses et plus d'enfants que les femmes ne connaissant pas ce moyen de contraception. La prescription orientée de l'implant en dépit d'une information sur les autres moyens existants à des femmes étrangères en situation de précarité juridique sur le territoire, si elle ne répond pas à une exigence médicale, correspond à du soin différencié. Ces résultats s'accordent avec une étude comparative entre des femmes étrangères en situation de précarité et des femmes n'ayant pas de critère de précarité, dans laquelle l'implant était prescrit de façon préférentielle en post-partum dans le premier groupe. (35) L'étude Parcours suggérait également une prescription orientée de l'implant, avec une utilisation de l'implant à 17% dans la population africaine contre 3% dans la population française au moment de l'étude. Cette prescription différenciée n'était pas non plus justifiable par des critères médicaux. (22)

Les recommandations nationales de 2015 spécifiaient, dans le cas du post-partum, qu'une prescription de contraceptif de longue durée comme le DIU ou d'implant est à préférer chez des patientes à risque d'être perdues de vues (39). Des études seraient nécessaires pour savoir dans quelle mesure est évalué ce risque en maternité.

L'orientation différenciée vers l'implant des femmes, si elle n'est pas médicalement justifiée, nuit à l'autonomie de celles-ci en les privant d'un choix contraceptif éclairé et contribue à alimenter les inégalités sociales de santé. (22,40) Ceci tandis que l'HAS rappelait que le choix de sa contraception par la patiente parmi tous les moyens non contre-indiqués était associé à une meilleure utilisation de celle-ci. (32)

4.5.2 Le DIU

La connaissance relativement faible du DIU par les participantes originaires d'Afrique subsaharienne évoque son utilisation marginale dans cette région du monde, estimée à 2% par une enquête des Nations Unies en 2019. A l'inverse, ce moyen de contraception est nettement plus populaire en Afrique du Nord, son utilisation avoisinant les 30% dans cette région. (36) Lorsqu'on observe son utilisation dans notre population, elle semble également faible en regard de l'utilisation par les femmes françaises, estimée à 26% en 2016. Comme en France cependant, le DIU semble réservé aux femmes de plus de 30 ans (38), tandis que les recommandations nationales et internationales rappellent l'absence de contre-indication aux femmes nullipares, quel que soit leur âge. (9,41) L'OMS indiquait également en 2017 la possibilité de pose du DIU au cuivre ou au lévonorgestrel dans les quarante-huit heures suivant un accouchement mais ces recommandations ne sont pas applicables en France. (39)

Ainsi, il semblerait dans notre population que la connaissance du DIU ne soit pas liée au suivi de grossesse mais au fait d'avoir eu une IVG sur le territoire. Notre enquête soulevait alors la possibilité d'une connaissance préférentielle du DIU par rapport aux autres moyens de contraception par les femmes ayant eu une IVG en France, suggérant à nouveau une information orientée. Les recommandations stipulent que le DIU et l'implant seraient les contraceptifs de choix en post-IVG pour éviter leur répétition, alors qu'on estime à 65% le pourcentage de grossesses non désirées survenues chez des femmes ayant déclaré utiliser une contraception. (42,43,44). Cependant, la délivrance d'une information autour des autres moyens de contraception pourrait permettre un choix éclairé des femmes puisqu'aucun contraceptif n'est contre-indiqué dans les suites d'une IVG. (32)

4.5.3 La contraception d'urgence

En ce qui concerne la contraception d'urgence par pilule, le Baromètre Santé de 2016 relevait qu'elle était connue d'au moins 95% des femmes françaises de moins de 30 ans. (38) Dans notre population, seulement 16% des femmes la connaissaient et seulement 4% l'avaient déjà utilisée. Si la prescription systématique de la contraception d'urgence ne semble pas faire diminuer le risque de grossesses non prévues (44), il est cependant recommandé d'apporter une information sur l'existence de la contraception d'urgence, son utilisation ainsi que sur son accès dès lors qu'une contraception est initiée. (9) Ceci vaut également pour le DIU au cuivre, peu connu de notre population. La faible délivrance d'une information autour de l'existence d'une contraception d'urgence était retrouvée dans une étude en maternité parisienne. Il avait été relevé en suite de couche que moins de la moitié des femmes bénéficiaient d'une information sur la contraception d'urgence lors d'une prescription de pilule. De même, aucune femme sortant de la maternité sans prescription de moyen de contraception n'avait reçu d'information sur la contraception d'urgence. (35) Pourtant, la connaissance plus large de la contraception d'urgence pourrait permettre de limiter la survenue de grossesses non désirées, alors que 16% des femmes de notre population avaient déjà eu au moins une IVG ne serait-ce qu'en France.

4.5.4 La contraception définitive féminine

On retrouve comme en France une utilisation quasi nulle de la contraception définitive par ligature des trompes, méthode pourtant majoritaire à l'échelle mondiale, utilisée par 30% de la population féminine mondiale en besoin de contraception en 2015 selon le rapport du COMEDE (31). Ce moyen de contraception était en 2019 majoritairement utilisé par les populations d'Asie centrale et d'Asie du Sud, mais minoritaire en Afrique soit environ 7% d'utilisation en Afrique du Nord et environ 3% d'utilisation en Afrique subsaharienne. (*Annexe 23*) (36) Ici encore la méconnaissance par les participantes peut être le fait d'une faible utilisation dans la région d'origine majoritaire de notre population, mais également d'un défaut d'information sur le territoire français. L'absence de disponibilité en CPEF et la nécessité d'avance de frais si la patiente n'a pas de droits ouverts à l'Assurance Maladie, pourraient expliquer qu'elle ne soit que peu présentée aux femmes de notre population. Le

guide de l'HAS et la législation évoquent plutôt l'abord de ce moyen de contraception à la suite d'une demande de la patiente ou du couple et non comme une option présentée par le soignant.(45) Ceci impliquant une connaissance de ce moyen de contraception en amont par la patiente. Les recommandations nationales soulignent l'intérêt de la contraception définitive après l'âge de 40 ans pour les femmes ne souhaitant plus avoir d'enfant, bien que la contraception définitive soit autorisée dès l'âge 18 ans en France. (9)

4.6 Améliorer l'accès à la contraception des femmes migrantes en situation de difficultés économiques

4.6.1 L'absence de couverture sociale, facteur de connaissance de la contraception

Dans notre population, les femmes n'ayant pas de couverture sociale connaissent probablement plus de contraceptions réversibles médicales hautement efficaces que les autres, ces dernières étant soumises à une prescription médicale. Nous pourrions tenter d'expliquer ces effets du fait d'une délivrance sans avance de frais de tous les moyens de contraception réversibles en CPEF, pour les femmes n'ayant pas de couverture sociale. La facilitation de l'accès à des moyens efficaces pour les femmes n'ayant pas de droits ouverts à l'Assurance Maladie leur permettrait donc d'établir leur choix au même titre que les autres.

Par ailleurs, les femmes n'ayant pas de couverture sociale connaissent également davantage de contraceptions de moindre efficacité ou naturelles. On peut également supposer que ces dernières peuvent tendre à satisfaire leurs besoins contraceptifs par des moyens accessibles sans prescription. Le préservatif ou les méthodes naturelles par exemple sont moins coûteuses et disponibles sans nécessité de passage par une consultation médicale. Ces résultats mériteraient d'être vérifiés en incluant une évaluation de la durée de séjour, facteur influant l'appropriation des moyens de contraception proposés sur le territoire. (22)

4.6.2 La complexité d'obtention d'une couverture sociale

On peut s'interroger, alors que l'accompagnement aux démarches d'ouverture des droits est coutumier en CPEF, sur les raisons d'une absence de couverture sociale chez 22% des femmes de notre population. Rappelons tout d'abord que la durée actuelle estimée des démarches est de l'ordre de quatre à six mois au minimum avant l'obtention de la PUMa ou la CSS pour un individu en situation de demande d'asile. (46) En cas d'irrégularité de séjour pouvant survenir à l'occasion d'un déménagement par exemple, les droits seraient caducs et l'individu se verrait dans l'obligation de faire une demande d'AME, soumise également à un délai. (21) Ces droits doivent être renouvelés tous les ans pour la CSS et l'AME, au moins deux mois avant l'échéance au risque d'une fermeture de ces droits. (18)

Le rapport de la COMEDE de 2019 indiquait que 82% des femmes consultant en Centre de Santé n'avait aucune couverture sociale. (21) En 2020 l'enquête Premier Pas menée à Bordeaux et Paris, indiquait que la moitié des personnes migrantes éligibles à l'AME n'était pas couverte par celle-ci. Parmi ces personnes, 47% n'avaient pas eu de réponse, 41% n'avaient jamais entrepris de démarches, 8% avaient abandonné les démarches et 1% s'en était vu refuser l'accès. Là encore l'absence de connaissance sur la procédure d'obtention de l'AME est relevée comme la première cause d'absence de démarche. Les femmes de notre population semblaient donc plus souvent être couvertes par l'Assurance Maladie, ce qui peut être le reflet d'un accompagnement social effectif des CPEF. Il pourrait également s'agir de la conséquence d'une durée de séjour plus longue, améliorant la probabilité d'obtention de droits. (47)

De plus, les personnes ayant déclaré un moins bon état de santé étaient paradoxalement moins souvent couvertes par l'AME que les personnes se déclarant en bonne santé. (47) L'absence de droits ouverts serait donc en elle-même le reflet d'une situation de santé globalement instable.

Ainsi, le maintien des femmes migrantes en situation de vulnérabilité économique en lien avec la complexité de la démarche d'accès à une couverture sociale rend peu propice la demande de soins de prévention. L'obtention d'une couverture sociale ne peut être la mission des assistants sociaux seuls rappelle le rapport du COMEDE, tout soignant de premier recours

devant également connaître et être en mesure d'informer sur les possibilités d'accès aux droits. La permanence téléphonique socio-juridique du COMEDE est un outil supplémentaire possible pour accompagner une personne migrante dans ses démarches. (31)

4.6.3 S'affranchir de l'avance de frais

L'accès à des consultations dédiées à la contraception ainsi que la délivrance de celle-ci sans avance de frais pour les femmes sans couverture sociale est possible en CPEF ou au Planning Familial comme vu précédemment. Créées en 1998, le rôle des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est également à soulever. Il s'agit de structures de prise en charge transitoire de personnes précaires afin de les réintégrer ou de les intégrer dans un parcours de soins commun. Les PASS permettent un accompagnement médical, paramédical et social. Comme pour les CPEF, un accompagnement administratif pour les démarches de demande de droits à l'Assurance Maladie peut être entrepris. Elles sont généralement géographiquement proches des services d'urgences à activité importante. A Marseille les PASS se situent à l'Hôpital Nord, à l'Hôpital de la Conception et à l'Hôpital de La Timone. (48)

Il existe dans la ville de Marseille d'autres structures pouvant délivrer des soins sans avance de frais ainsi que certains contraceptifs aux personnes migrantes en difficultés financières avec un accompagnement aux démarches d'obtention des droits à l'Assurance Maladie. Citons par exemple le Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de l'association Médecins du Monde (49) et le Centre de Santé du Comité pour la Santé des Exilé(e)s (COMEDE), accueillant spécifiquement des personnes étrangères. (21) Enfin, la PASS de ville de Médecins du Monde créée en 2019 offre un large panel de soins ambulatoires sans avance de frais pour les personnes n'ayant pas de couverture sociale. (50)

4.6.4 Au-delà de l'obtention d'une couverture sociale, l'obtention de conditions de vie favorisant l'accès à la contraception

Dans notre enquête nous avons pu constater une méconnaissance et une mise à l'écart des moyens non remboursés comme le patch ou l'anneau par les femmes ayant des droits ouverts à l'Assurance maladie. Ceci va dans le sens d'un risque de couverture contraceptive faible chez les femmes en situation de précarité socio-économique, comme en avaient témoigné les résultats des enquêtes Fécond (30) et Parcours (26). A nouveau ce fait sous-tend à la fois une possibilité d'orientation contraceptive différenciée des professionnels de santé envers les femmes précaires économiquement (35), mais également un remboursement encore trop insuffisant de certains moyens de contraception au risque d'une utilisation de contraceptifs d'efficacité moindre (30). Dans les deux cas, les leviers d'amélioration appartiennent au pays d'accueil, via les politiques de santé et acteurs de premier recours. La prise en charge intégrale des frais en lien avec la contraception depuis janvier 2022 pour les femmes jusqu'à 25 ans va dans ce sens, bien qu'elle ne concerne pas tous les moyens de contraception. (51)

D'autre part, la difficulté d'accès aux soins de prévention par les personnes migrantes en situation irrégulière ou de demande d'asile est conditionnée par des conditions de vie souvent précaires sur le territoire. Le bilan de Santé Publique France concernant la santé des personnes migrantes en situation vulnérable, publié en 2021, montrait que la politique d'accueil restrictive menée en France ainsi que la difficulté de régularisation majorait le non-recours aux soins et la mortalité. (47) En région Provence Alpes Côte d'Azur en 2019 par exemple, seules 30% des 300 femmes migrantes suivies par le COMEDE avaient pu mener les étapes administratives pour faire une demande d'asile. (21) En ce qui concerne le taux d'admission au statut de réfugié, seulement 34,5% d'admissions ont été émises en 2020 par l'OFPRA et la CNDA sur 93 426 demandes d'asile enregistrées. Ce taux d'admissions avait diminué de 33,5% par rapport à 2019 en partie à cause de la crise sanitaire. (52)

En outre, l'accès à un logement peut également s'avérer complexe malgré la prise en charge théorique par l'état français des frais de logement et de déplacement des personnes

demandeuses d'asile. (53) En effet, la moitié des demandeurs d'asile en situation de précarité n'avaient ainsi pas pu obtenir de place en Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) en 2018 et étaient à la rue, selon un rapport de Médecins du Monde. (54) Cette précarité de logement était présente dans notre population puisque deux tiers des femmes vivaient en hébergement temporaire, en squat ou étaient hébergées par un tiers.

Ainsi, les résultats de l'enquête Parcours estimaient à six ans la durée médiane avant l'obtention à la fois d'un logement stable, d'un titre de séjour et d'un travail rémunéré pour une femme en situation de migration en France. (55) Au total ce sont bien les conditions d'accueil que nous devons améliorer puisqu'elles semblent actuellement pérenniser les difficultés d'accès aux soins et la non-priorisation de ceux-ci. La dégradation de l'état de santé des personnes migrantes après leur arrivée sur le territoire d'accueil, résultante de difficultés à répondre à leurs besoins fondamentaux, en est le témoin. (47)

4.7 Améliorer les compétences des femmes migrantes en matière de contraception

4.7.1 S'affranchir enfin de la barrière de la langue

Dès 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit une déclaration afin de promouvoir les droits des patients en Europe. L'interprétariat professionnel était déjà valorisé dès lors que le patient ne maîtrise pas la langue courante. (56) Le COMEDE rappelait en 2016 que la barrière de langue et l'incompréhension mutuelle, du fait d'une absence d'interprétariat, constituent une exclusion du patient étranger. En franchissant la barrière de la langue, l'instauration d'un rapport égalitaire permet de majorer la confiance du patient envers le soignant et ainsi de favoriser la communication. En situation de prévention en santé sexuelle notamment, l'acquisition par la patiente de compétences en matière de contraception ne peut se passer de sa bonne compréhension de certains termes techniques, par exemple. (31) La Haute Autorité de Santé (HAS) a ainsi rappelé en 2017 que l'interprétariat professionnel est le seul moyen de communication permettant l'accès égal aux soins et à l'information des patients étrangers. Les autres recours pouvant améliorer la communication

ne peuvent s'y substituer mais peuvent être des outils en cas d'impossibilité de traduction professionnelle. (57)

Actuellement les services d'interprétariat sont d'utilisation plus courante en milieu hospitalier ainsi que dans les structures de ville habituées à l'accueil des migrants, comme en CPEF. A Marseille l'Association Inter Service Migrants (ISM) Méditerranée propose des services d'interprétariat professionnel accessibles aux médecins libéraux.

En ce qui concerne le langage écrit, nous pouvons citer l'élaboration conjointe par Santé Publique France et le COMEDE du livret de Santé bilingue, guide d'aide à la compréhension du parcours de soin français, actuellement édité en quinze langues différentes. (58)

4.7.2 Les étapes indispensables

Enfin, la méthode BERCER : « Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour » recommandée par l'OMS peut être appliquée à toutes les femmes. L'acronyme BERCER dessine les six étapes nécessaires lors d'une consultation abordant la contraception. Elle est universelle et destinée à amener les individus vers un choix éclairé et en accord avec leurs représentations. (59)

En premier lieu, l'accueil, au cours duquel la question d'une nécessité de traduction doit se poser. Les règles de confidentialité ainsi que l'annonce d'un moment dédié avec la patiente seule, si elle est accompagnée, doivent être énoncés. (31) Le temps dédié à la consultation peut également être repensé. A titre d'exemple la place laissée à l'échange en CPEF motive des durées de consultation de gynécologie ou auprès des sages-femmes d'une trentaine de minutes.

L'entretien consiste en l'exploration initiale de la demande de la patiente à travers des questions ouvertes. Il permet au soignant d'observer pour mieux ajuster ses propres représentations. Expliciter une demande de contraception parfois sous-entendue par les

femmes et valoriser les expériences contraceptives de celles-ci personnalisent la consultation et favorisent l'établissement d'un lien de confiance. (31,60)

L'information autour des moyens de contraception réversibles doit être la plus exhaustive possible, leurs bénéfices respectifs valorisés, leur efficacité théorique et pratique expliquées. (9,59). L'utilisation de kits ou d'illustrations est recommandée pour expliquer les moyens de contraception.(59)

Le choix revient ensuite à la patiente. Le professionnel de santé doit s'assurer de la bonne compréhension du moyen de contraception en demandant à la patiente de reformuler la conduite à tenir en cas d'oubli, par exemple. Informer sur les moyens de se procurer la contraception d'urgence ainsi que les modalités d'utilisation de celle-ci est recommandé. (9,59)

La réévaluation de la satisfaction contraceptive doit être répétée, au moins à trois mois de la première prescription. L'utilisation effective de la contraception doit être explorée systématiquement. Enfin, la balance bénéfice-risque doit être réinterrogée en fonction de l'âge de la patiente, tout au long de sa vie.(9)

4.7.3 Lutte contre les soins différenciés non justifiés et les préjugés

L'hypothèse de la délivrance d'information ou de prescription contraceptive différenciée a pu être soulevée devant les résultats de notre enquête, notamment en regard de la connaissance préférentielle de certains moyens de contraception par notre population. Si le soin est différencié au sens qu'il consiste en une prise en compte singulière du patient et de ses caractéristiques individuelles, alors il est légitime et bénéfique. En revanche, lorsque ce soin ne peut s'expliquer par des facteurs propres au patient, il peut être la conséquence de préjugés et contribue à perpétuer des inégalités de santé, comme nous l'avons évoqué plus haut. [cf 4.5.1] (40)

Ces soins différenciés non médicalement justifiés peuvent prendre de nombreux autres aspects pour des femmes étrangères en situation irrégulière ou demandeuses d'asile en situation de précarité économique. Il est ainsi estimé que 78% des femmes étrangères contre 57% chez les femmes françaises recevraient des soins dits « sous-optimaux ». Santé Publique France définit ces derniers comme des soins écartés des soins de référence en accord avec les recommandations de bonne pratique, des sociétés savantes, des groupes professionnels et des agences comme la HAS. (20) C'est-à-dire qu'à nombre de consultations égal, un individu est plus ou moins bien soigné selon son origine. Le soin délivré peut également varier en fonction du statut économique du patient. (61) Le refus de soin lié au type de couverture sociale en est l'exemple le plus parlant. Selon une enquête du SAMU social parisien de 2013, l'AME ou la Couverture Maladie Universelle (CMU, ex-CSS) étaient des motifs de refus de soins à Paris pour 22% des femmes sans domicile fixe interrogées. L'origine étrangère était un facteur de risque supplémentaire de se voir refuser une consultation. (62) De même dans l'étude Parcours, 6% des immigrés déclaraient s'être fait refuser des soins dont 35% des femmes pour le motif qu'elles avaient l'AME ou la CMU. (22)

La représentation inconsciente que peut avoir le soignant envers la patiente en situation de migration, la culture ou le statut socio-économique de celle-ci, pérennise la croyance d'un profil de migrant « type », niant la personnalité et le vécu de chacun. (47) La volonté de bien faire du soignant envers les femmes en situation de migration pourrait être repensée dans le but d'améliorer la réflexion sur des automatismes qui peuvent orienter l'information contraceptive et plus généralement le soin.

5 CONCLUSION

En somme, il semblerait que les femmes migrantes traversant une situation d'irrégularité ou en demande d'asile sur le territoire, parviennent à se saisir des contraceptifs efficaces disponibles en France. En revanche, la connaissance limitée de la diversité des moyens de contraception nous évoque un manque d'information reçue autour de celle-ci. Cette délivrance d'information pourrait être améliorée afin de promouvoir l'appropriation et la maîtrise par les femmes de leur contraception, ainsi que les questionnements autour de leur santé sexuelle et reproductive.

L'expérience de l'IVG semblant conditionner les connaissances contraceptives des femmes, il semblerait adapté de proposer des campagnes de prévention autour de la contraception pour ces populations en amont des grossesses non désirées. Les acteurs locaux dont les associations, les CPEF mais également les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans ce domaine.

Malgré notre effectif limité nous avons pu mettre en évidence que le choix contraceptif des femmes migrantes n'est peut-être pas laissé aussi large qu'en population générale. Des études comparatives pourraient être envisagées afin d'affiner si ces orientations contraceptives sont justifiées médicalement ou non.

L'accès et la qualité des soins en matière de contraception délivrés aux femmes migrantes constituent ainsi des facteurs intermédiaires améliorables, à plusieurs niveaux. Rendre aux femmes le pouvoir de contrôler leur reproduction impacte de façon positive leur santé, le bien-être familial et professionnel ainsi que l'issue de chaque grossesse.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Planning familial [Internet]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/>
2. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 8 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/pied-de-page/ressources/reperes-chronologiques/?filter=65>
3. Ledour V. Les Centres de planification et d'éducation familiale : cinquante ans d'évolution, de la contraception des mères à la santé sexuelle des jeunes. *Enfances Psy*. 4 juill 2018;N° 77(1):66-73.
4. Décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence - Légifrance [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000593371/>
5. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 16 juill 2016;388(10041):258-67.
6. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 14 juill 2012;380(9837):111-25.
7. Planification familiale/Contraception [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
8. Gynécologie Obstétrique - CNGOF 2015 ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>
9. [cngof-2018-contraception.pdf](#) [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2018-contraception/>
10. VIDAL, L'intelligence médicale au service du soin [Internet]. VIDAL. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
11. [synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf](#) [Internet]. [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
12. Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines – Short version. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 1 sept 2018;47(7):265-74.
13. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
14. Migration irrégulière [Internet]. Portail sur les données migratoires. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <http://migrationdataportal.org/fr/themes/migration-irreguliere>
15. Titres, carte de séjour et documents de circulation pour étranger en France [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N110>

16. Complémentaire santé solidaire : qui peut en bénéficier et comment ? [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment>
17. Demandeur d'asile [Internet]. [cité 24 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/droits-demarches/europe-international/protection-sociale-france/demandeur-dasile>
18. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
19. https://www.budget.gouv.fr/files/uploads/extract/2022/PLF/BG/PGM/183/FR_2022_PLF_BG_PGM_183_JPE.html [Internet]. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: https://www.budget.gouv.fr/files/uploads/extract/2022/PLF/BG/PGM/183/FR_2022_PLF_BG_PGM_183_JPE.html
20. Sauvegrain P. ACCÈS AUX SOINS PRÉNATALS ET SANTÉ MATERNELLE DES FEMMES IMMIGRÉES / ACCESS TO PRENATAL CARE AND MATERNAL HEALTH OF IMMIGRANT WOMEN IN FRANCE. :7.
21. Rapport d'activité et d'observation 2019 | Comede [Internet]. 2019 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>
22. Maraux B. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France. :211.
23. Bretin H, Kotobi L. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. Agone. 29 juin 2016;n° 58(1):123-34.
24. Pilecco FB, Guillaume A. Recours à l'avortement : changements autour de la migration [Internet]. Parcours. La Découverte; 2017 [cité 25 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453-page-314.html>
25. Cazein F, Couturier S, Benyelles L, Brunet S, Thierry D, Barin F, et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2007. :28.
26. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude ANRS-PARCOURS. 2015;7.
27. Nos enquêtes | Samusocial de Paris [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/nos-enquetes>
28. Maintenance - INSEE [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
29. Planification et contraception [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.departement13.fr/nos-actions/sante/les-dispositifs/planification-et-contraception/>
30. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population Societes. 2014;N° 511(5):1-4.

31. Guide Comede | Comede [Internet]. 2016 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.comede.org/guide-comede/>
32. 2013 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
33. Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf
34. Eric - 2013 - Contraception chez la femme en post-partum.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
35. Blondeau C. Impact de la précarité sur la prescription de la contraception en suites de couches : étude qualitative dans une maternité de la petite couronne parisienne. 21 juin 2018 [cité 7 déc 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01872931>
36. United Nations Department of Economic and Social Affairs - 2020 - World Family Planning 2020 Highlights Accelerati.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf
37. 2019 - Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainabl.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf
38. Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: </etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016>
39. Organisation mondiale de la Santé - 2017 - Une sélection de recommandations pratiques relatif.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf?sequence=1>
40. Azria É. Biais implicites et soins différenciés dans l'étude des inégalités sociales de santé entre migrants et non-migrants. *Revue française d'éthique appliquée*. 2019;N° 8(2):8-11.
41. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives [Internet]. 3e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 [cité 26 janv 2022]. 69 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259677>
42. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 févr 2005;34(1):53-61.
43. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circumstances inducing contraceptive failures and post-abortion prescriptions; analysing the contraceptive trajectories of women who abort. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2011;(1):148-61.

44. contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
45. Eric - 2013 - Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme e.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-sterilisation.pdf>
46. André J-M, Azzedine F. 6. Les migrants bénéficient-ils (vraiment) d'un accès facile aux soins ? [Internet]. Presses de l'EHESP; 2019 [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-sante-des-migrants-en-questions--9782810908103-page-75.htm>
47. SPF. La Santé en action, Mars 2021, n°455 Migrants en situation de vulnérabilité et santé [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-en-action-mars-2021-n-455-migrants-en-situation-de-vulnerabilite-et-sante>
48. Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-pass>
49. Les CASO : centres d'accès aux soins et d'orientation [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/pays/france/centres-accueil-soins-orientation-caso>
50. Ils se soignent grâce à la PASS de ville [Internet]. [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2020/01/22/ils-se-soignent-grace-la-pass-de-ville>
51. Snapshot [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
52. l'Intérieur M de. Derniers chiffres clés [Internet]. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Derniers-chiffres-cles>. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Derniers-chiffres-cles>
53. Admin F. Les "frais cachés" des migrants, ce que coûte l'asile aux demandeurs en France [Internet]. France terre d'asile. [cité 6 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.france-terre-asile.org/actualites/actualites-choisies/les-frais-caches-des-migrants-ce-que-coute-l-asile-aux-demandeurs-en-france>
54. Information [Internet]. [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/info?clef=379>
55. Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N, et al. Understanding Settlement Pathways of African Immigrants in France Through a Capability Approach: Do Pre-migratory Characteristics Matter? *European Journal of Population*. déc 2018;34(5):849-71.
56. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. *Eur J Health Law*. 1994;1(3):279-91.

57. 2017 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compétences....pdf
58. Nouveaux livrets de santé bilingues en 15 langues [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/nouveaux-livrets-de-sante-bilingues-en-15-langues>
59. rapport_elaboration.pdf [Internet]. [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport_elaboration.pdf
60. Ogé L. Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité. 29 mars 2016;27.
61. Gelly M, Pitti L. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. Agone. 29 juin 2016;n° 58(1):7-18.
62. SPF. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-refus-de-soins-a-cause-de-la-cmu-ou-de-l-ame-rapportes-par-les-femmes-en-famille-sans-domicile-hebergees-en-ile-de-france>

7 ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire de recherche en langue française

Madame,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale je réalise une étude sur le choix contraceptif des femmes migrantes à Marseille. Il est entièrement anonyme et ne durera que quelques minutes. Si vous ne comprenez pas une question ou souhaitez des renseignements sur ce questionnaire, adressez-vous à l'infirmier(ère), la sage-femme ou la gynécologue. Merci de votre aide et de votre participation.

Célie REYNAUD

Première partie : Informations générales

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Dans quel pays êtes-vous née ?.....
- 3) Avez-vous des droits à la sécurité sociale en France ?
 - Oui (Aide Médicale d'Etat (AME), Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou Couverture Maladie Universelle (CMUc), Protection Universelle Maladie (PUMa)
 - Je n'ai fait aucune démarche pour avoir une couverture sociale en France
- 4) Quel est votre logement ?
 - Aucun logement
 - Squat ou bidonville
 - Foyer d'hébergement d'urgence : Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU), Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)
 - Foyer d'hébergement pour femmes et / ou famille
 - Dispositif d'asile : Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA), Centre d'Accueil et d'Examen de la Situation (CAES)
 - Logé par un tiers
 - Logement personnel (propriétaire ou locataire)
- 5) Jusqu'à quelle classe êtes-vous allée à l'école ?
 - Jamais
 - Ecole primaire
 - Collège
 - Lycée
 - Etudes supérieures
- 6) Quelle est votre statut conjugal ?
 - Je suis en couple
 - Je suis célibataire
- 7) Combien avez-vous d'enfants ? __
- 8) Combien de fois avez-vous déjà été enceinte ? __
- 9) Avez-vous déjà été suivie pour votre grossesse ou avez-vous déjà accouché en France ?
 - Oui
 - Non
- 10) Avez-vous déjà eu recours à un avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse (IVG) en France ?
 - Oui
 - Non

Deuxième partie : Contraception

Ci-dessous sont listés différents moyens de ne pas tomber enceinte (ou méthodes contraceptives). Si vous ne connaissez pas les noms des contraceptions écrites, une illustration vous permet de visualiser chacune d'entre-elles à la dernière page du questionnaire.

1) Quels moyens de ne pas tomber enceinte connaissez-vous parmi les suivants ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Anneau vaginal *(Image 1)*
- Contraceptif injectable en intra-musculaire ou NORISTERAT® ou DEPO-PROVERA® *(Image 2)*
- Dispositif Intra-utérin (DIU) ou stérilet *(Image 3)*
- Implant contraceptif *(Image 4)*
- Méthodes barrières : diaphragme *(Image 5)* ou cape cervicale *(Image 6)* ou spermicides *(Image 7)*
- Méthodes définitives féminines : ligature des trompes utérines
- Méthodes naturelles comme par exemple l'abstinence périodique, la méthode des températures, l'observation de la glaire cervicale, le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (Méthode MAMA) ou une autre méthode naturelle *(Image 8)*
- Patch contraceptif *(Image 9)*
- Pilule *(Image 10)*
- Préservatif féminin *(Image 11)*
- Préservatif masculin ou "capote" *(Image 12)*
- Contraception d'urgence ou "pilule du lendemain" ou NORLEVO® ou ELLAONE®

2) Quels moyens de ne pas tomber enceinte utilisez-vous actuellement ou avez-vous déjà utilisé au cours de votre vie ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Anneau vaginal
- Contraceptif injectable en intra-musculaire ou NORISTERAT® ou DEPO-PROVERA®
- Dispositif Intra-utérin (DIU) ou stérilet
- Implant contraceptif
- Méthodes barrières : diaphragme ou cape cervicale ou spermicides
- Méthodes définitives féminines : ligature des trompes utérines
- Méthodes naturelles comme par exemple l'abstinence périodique, la méthode des températures, l'observation de la glaire cervicale, le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (Méthode MAMA) ou une autre méthode naturelle
- Patch contraceptif
- Pilule
- Préservatif féminin
- Préservatif masculin ou "capote"
- Contraception d'urgence ou "pilule du lendemain" ou NORLEVO® ou ELLAONE®
- Autre méthode :
- Aucun

3) Quels moyens de ne pas tomber enceinte souhaiteriez-vous utiliser ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Anneau vaginal
- Dispositif Intra-utérin (DIU) ou stérilet
- Implant contraceptif
- Méthodes barrières : diaphragme ou cape cervicale ou spermicides
- Méthodes définitives féminines : ligature des trompes utérines
- Méthodes naturelles comme par exemple l'abstinence périodique, la méthode des températures, l'observation de la glaire cervicale, le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (Méthode MAMA) ou une autre méthode naturelle
- Patch contraceptif
- Pilule
- Préservatif féminin
- Préservatif masculin ou "capote"
- Autre méthode :
- Aucun

4) Si vous n'utilisez pas ou ne souhaitez pas de moyen de ne pas tomber enceinte actuellement : Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- Je souhaite être enceinte
- Je n'ai pas de partenaire sexuel régulier
- Je n'ai pas de rapport sexuel en ce moment
- Je n'ai jamais eu de rapport sexuel
- C'est contre ma culture ou ma religion
- Je n'ai jamais consulté de médecin, de gynécologue ou de sage-femme
- Je ne connais pas de moyen de ne pas tomber enceinte
- Mon partenaire refuse que nous utilisions un moyen de ne pas tomber enceinte
- Mon entourage refuse que j'utilise un moyen de ne pas tomber enceinte
- J'ai peur des effets secondaires (prendre du poids, perdre du poids, infection, problèmes de peau, douleurs, maladies, cicatrices, que cela abîme mon corps, ...)
- J'ai peur de devenir stérile
- Je ne veux pas prendre d'hormones
- J'ai peur d'avoir mal lors de la pose du Dispositif Intra Utérin (DIU ou stérilet) ou de l'implant
- J'ai peur que ma contraception puisse se voir sur mon corps
- J'ai peur d'oublier de prendre ma contraception ou de mal l'utiliser
- J'ai peur que le prix de la contraception soit trop élevé
- Autre raison :
- Je ne sais pas

Image 1 : Anneau vaginal

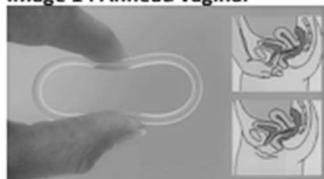


Image 2 : Contraceptif injectable



Image 3 : DIU ou stérilet

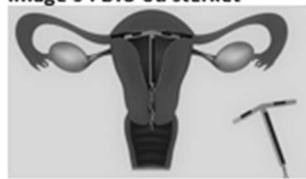


Image 4 : Implant



Image 5 : Diaphragme

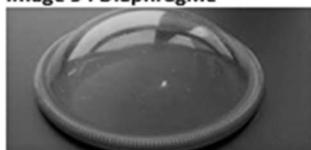


Image 6 : Cape cervicale

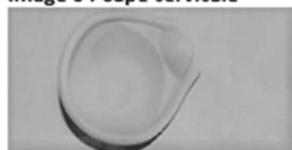


Image 7 : Spermicides



Image 8 : Méthodes naturelles

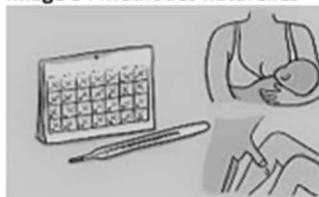


Image 9 : Patch



Image 10 : Pilule



Image 11 : Préservatif féminin

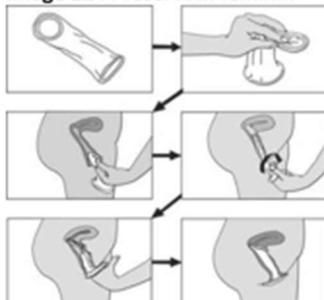


Image 12 : Préservatif masculin



Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire.

Si vous avez des questions relatives à la santé sexuelle, les méthodes de contraception, la grossesse, l'accouchement et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) mais aussi des difficultés familiales et conjugales, vous pouvez consulter l'un des différents Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) existant sur Marseille listés ci-dessous.

Les CPEF sont des lieux de soin ouverts à toutes les femmes et aux mineures sans autorisation de leurs parents. L'anonymat et le secret médical y sont respectés. Les consultations, les examens et les contraceptifs y sont délivrés gratuitement pour les mineures et les adultes sans couverture sociale.

- CPEF La Joliette - 2^e arr.

63, avenue R. Schuman

Tél. : 04 13 31 69 44

- CPEF Belle-de-Mai - 3^e arr.

24, rue Jobin

Tél. : 04 13 31 65 40

- CPEF St Adrien - 8^e arr.

12, rue St Adrien

Tél. : 04 13 31 56 01

- CPEF

Les Flamants - 14^e arr.

18, avenue Ansaldi

Tél. : 04 13 31 61 14

- CPEF Le Nautile - 13^e arr.

29, avenue de Frais Vallon

Tél. : 04 13 31 57 45

- Hôpital de la Conception
Maternité - 5^e arr.

147, Boulevard Baille

Tél. : 04 91 38 37 40

- Hôpital Nord

Maternité - 15^e arr.

Chemin des Bourrellys

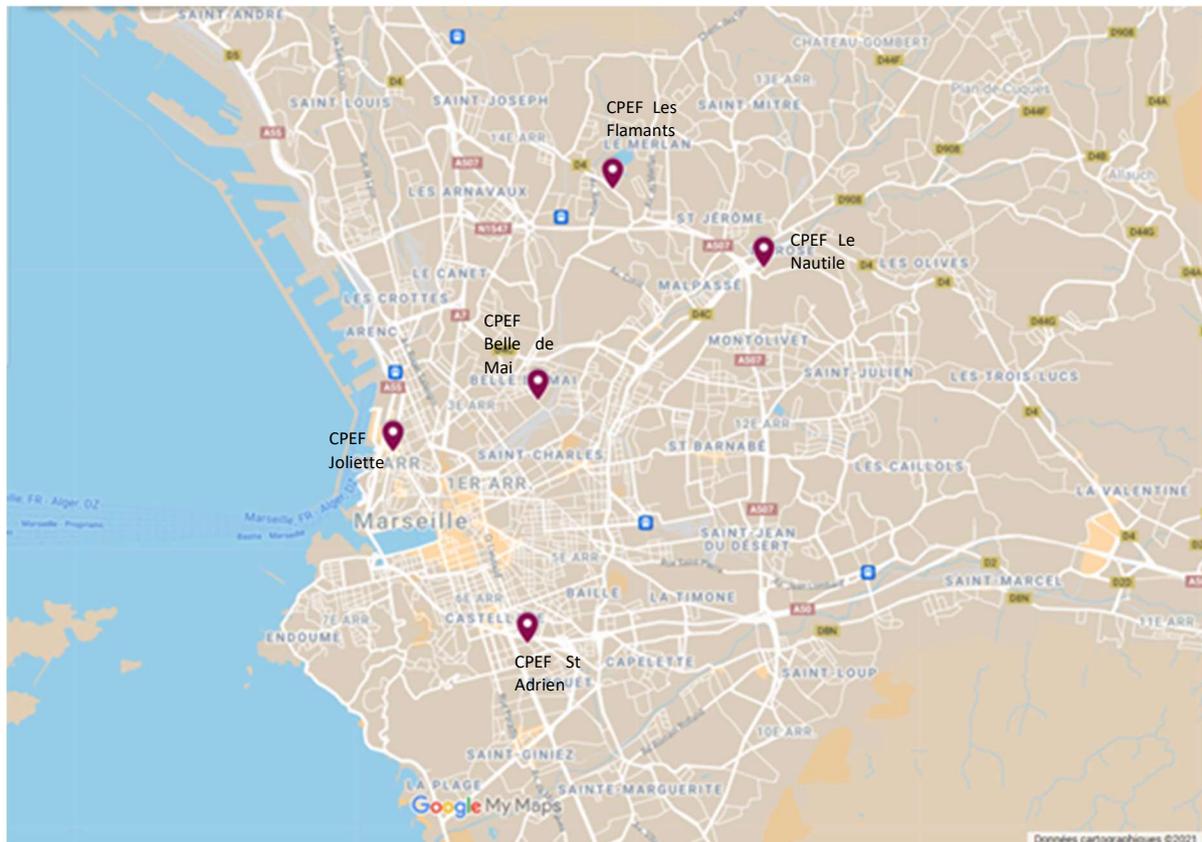
Tél. : 04 91 96 46 78

- Mouvement Français
pour le Planning
Familial - 3^e arr.

106, bd National

Tél. : 04 91 91 09 39

Annexe 2 – Localisation des 5 CPEF de Marseille



Annexe 3 – Répartition de la population en fonction du pays de naissance

Région et pays de naissance	Effectif (N=50)	Pourcentage (%)
<u>Afrique de l'Ouest</u>	18	36
· Nigeria	7	14
· Guinée	6	12
· Sierra-Leone	2	4
· Sénégal	1	2
· Côte d'Ivoire	1	2
· Mauritanie	1	2
<u>Afrique du Nord</u>	12	24
· Algérie	7	14
· Tunisie	4	8
· Maroc	1	2
<u>Afrique de l'Est</u>	11	22
· Comores	10	20
· Madagascar	1	2
<u>Afrique centrale</u>	5	10
· République du Congo	2	4
· Cameroun	1	2
· République Démocratique du Congo	1	2
· Gabon	1	2
<u>Asie</u>	2	4
· Philippines	1	2
· Géorgie	1	2
<u>Europe</u>	2	4
· Albanie	2	4

Annexe 4 – Nombre de contraceptifs médicaux réversibles hautement efficaces connus, analyse univariée

Variable à expliquer	Variabiles explicatives binaires	Moyenne groupe « oui »	Ecart-type groupe « oui »	Moyenne groupe « non »	Ecart-type groupe « non »	p-value*
Nombre de contraceptifs médicaux réversibles hautement efficaces connus	Née en Afrique subsaharienne	1,97	(1,12)	2,38	(1,47)	0,26
	Au moins un enfant	2,2	(1,24)	1,9	(1,45)	0,5
	Au moins un suivi de grossesse en France	2,26	(1,29)	1,88	(1,26)	0,32
	Au moins une IVG en France	3	(1,6)	1,98	(1,16)	0,03
	En couple	2,15	(1,2)	2,09	(1,58)	0,89
	Etudes secondaires et plus	1,86	(0,92)	2,26	(1,4)	0,33
	Logement personnel	2,19	(1,37)	2	(1,04)	0,63
	Variable explicative nominale	Moyenne [18-24]	Moyenne [25-32]	Moyenne [33-55]	p-value*	
	Age	1,67	2,57	1,92	0,08	
	Variabiles quantitatives	Sens de l'association				p-value**
	Age	Non significatif				0,59
	Nombre de grossesse	Positive				0,09

*test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

**t-test réalisé par une régression linéaire. (Proc reg sur SAS 9.4)

Annexe 5 – Facteurs de connaissance d'un plus grand nombre de contraceptifs médicaux réversibles hautement efficaces, analyse multivariée, selon générations

Paramètre	RR	(IC 95%)	p-value
Intercept	0,63	(0.05-7.87)	0.7
Génération 18-24 ans	1,59	(0.56-4.55)	0.4
Génération 25-32 ans*	2,37	(0.96-5.87)	0.06
Génération 33-50 ans	ref		
Née en Afrique subsaharienne non	1,57	(0.82-3.01)	0.2
Née en Afrique subsaharienne oui	ref		
Droits non	1,87	(0.80-4.36)	0.2
Droits oui	ref		
Pas d'enfant	1,44	(0.31-6.75)	0.6
Au moins un enfant	ref		
Pas de suivi de grossesse en France	0,60	(0.17-2.17)	0.4
Au moins un suivi de grossesse en France	ref		
Pas d'IVG en France*	0,44	(0.18-1.10)	0.08
Au moins une IVG en France	1,00	1.00000	
Célibataire	0,92	(0.39-2.16)	0.9
En couple	ref		
Pas d'études secondaires	1,15	(0.53-2.48)	0.7
Etudes secondaires et plus	ref		
Logement stable non	0,73	(0.32-1.70)	0.5
Logement stable oui	ref		
Nombre de grossesse*	1,25	(0.99-1.57)	0.06

*p-value<0,1

Annexe 6 – Facteurs de connaissance d’au moins deux contraceptifs réversibles hautement efficaces, analyse multivariée, selon âge

Paramètre	Rapport de cote	(IC 95%)	p-value
Intercept	-	-	0,93
Age*	1,23	(1.01-1.49)	0,03
Origine Af_subs non	0,36	(0.06-2.11)	0,26
Origine Af_subs oui	Ref	-	-
Droits non	0,91	(0.10-7.96)	0,94
Droits oui	Ref	-	-
Déjà un enfant non	0,62	(0.03-123.02)	0,76
Déjà un enfant oui	Ref	-	-
Suivi de grossesse F non	3	(0.06-29.04)	0,88
Suivi de grossesse F oui	Ref	-	-
IVG en France non	>999.999	(<0,001->999,99)	0,95
IVG en France oui	Ref	-	-
Célibataire	3,059	(0.24-34.44)	0,4
En couple	Ref	-	-
Etudes secondaires non	0.833	(0.14-6.73)	0,98
Etudes secondaires oui	Ref	-	-
Logement stable non	0,689	(0.15-14.2)	0,75
Logement stable oui	Ref	-	-
Nombre de grossesse*	0,6	(0.26 0.97)	0,04

*p-value<0,1

Annexe 7 – Facteurs de connaissance d’au moins quatre contraceptifs réversibles hautement efficaces, analyse multivariée

Paramètre	Rapport de cote	(IC 95%)	p-value
Intercept	-	-	0,83
Age	0,03	(<0,001-2,34)	0.11
Origine Af_subs non	1.623	-	0.94
Origine Af_subs oui	Ref	-	-
Droits non	-	(0.03->999,9)	0.18
Droits oui	Ref	-	-
Déjà un enfant non	0,62	-	0.98
Déjà un enfant oui	Ref	-	-
Suivi de grossesse F non	-	-	0.91
Suivi de grossesse F oui	Ref	-	-
IVG en France non	<0,001	(<0,001->229.75)	0.09
IVG en France oui	Ref	-	-
Célibataire	3,059	-	0.47
En couple	Ref	-	-
Etudes secondaires non	-	-	0.28
Etudes secondaires oui	Ref	-	-
Logement stable non	0,689	(<0,001-58.3)	0.13
Logement stable oui	Ref	-	-
Nombre de grossesse*	-	(0.26->999,9)	0.09

*p-value<0,1

Annexe 8 – Nombre total de contraceptifs connus, analyse univariée

Variable à expliquer	Variabiles explicatives binaires	Moyenne groupe « oui »	Ecart-type groupe « oui »	Moyenne groupe « non »	Ecart-type groupe « non »	p-value*
Nombre total de contraceptifs connus	Née en Afrique subsaharienne	3,14	(1,94)	3,9	(2,8)	0,23
	Au moins un enfant	3,44	(2,19)	3,55	(2,98)	0,89
	Au moins un suivi de grossesse en France	3,5	(2,23)	3,38	(2,66)	0,86
	Au moins une IVG en France	5,38	(2,50)	3,10	(2,16)	0,01
	En couple	3,33	(2,05)	3,9	(3,27)	0,48
	Etudes secondaires et plus	3,26	(1,75)	3,54	(2,58)	0,7
	Logement personnel	3,44	(2,51)	3,5	(1,95)	0,94
	Variable explicative nominale	Moyenne [18-24]	Moyenne [25-32]	Moyenne [33-55]	p-value*	
	Age	2,53	4,48	2,67	0,02	
	Variabiles quantitatives	Sens de l'association				p-value**
	Age	Non significatif				0,5
	Nombre de grossesse	Non significatif				0,13

*test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

**t-test réalisé par une régression linéaire. (Proc reg sur SAS 9.4)

Annexe 9 – Facteurs de connaissance d'un plus grand nombre de contraceptifs, analyse quantitative multivariée, selon générations

Paramètre	RR	(IC 95%)	p-value
Intercept	0.79	(0.01-73.18)	0.9
Génération 18-24 ans	2.51	(0.38-16.65)	0.3
Génération 25-32 ans*	7.53	(1.47-38.48)	0.02
Génération 33-50 ans	Ref		
Née en Afrique subsaharienne non	2.24	(0.69-7.2)	0.2
Née en Afrique subsaharienne oui	Ref		
Droits non	3.17	(0.69-14.62)	0.1
Droits oui	Ref		
Pas d'enfant	2.81	(0.17-45.58)	0.5
Au moins un enfant	Ref		
Pas de suivi de grossesse en France	0.46	(0.05-4.69)	0.5
Au moins un suivi de grossesse en France	Ref		
Pas d'IVG en France*	0.24	(0.05-1.24)	0.09
Au moins une IVG en France	Ref		
Célibataire	1.32	(0.28-6.08)	0.7
En couple	Ref		
Pas d'études secondaires	1	(0.25-3.99)	1
Etudes secondaires et plus	Ref		
Logement stable non	0.65	(0.14-2.97)	0.6
Logement stable oui	Ref		
Nombre de grossesse*	1.51	(0.99-2.28)	0.05

*p-value<0,1

Annexe 10 - Facteurs de connaissance d'au moins trois contraceptifs, analyse qualitative multivariée, selon âge

Paramètre	Rapport de cote	(IC 95%)	p-value
Age*	1.15	(0.98-1.34)	0.09
Origine Af_subs non	0.76	(0.16-0.55)	0.73
Origine Af_subs oui	Ref	-	
Droits non	0.95	(0.11-8.07)	0.96
Droits oui	Ref	-	
Déjà un enfant non	0.13	(0.002 8.4)	0.33
Déjà un enfant oui	Ref	-	
Suivi de grossesse F non	4.69	(0.19-117.59)	0.35
Suivi de grossesse F oui	Ref	-	
IVG en France non	>999.9	-	0.94
IVG en France oui	Ref	-	
Célibataire	2.03	(0.21-19.4)	0.54
En couple	Ref	-	
Etudes secondaires non	1.34	(0.22-8.0)	0.75
Etudes secondaires oui	Ref	-	
Logement stable non	1.3	(0.15-10.95)	0.81
Logement stable oui	Ref	-	
Nombre de grossesse*	0.58	(0.32-1.07)	0.08

*p-value<0,1

Annexe 11 - Facteurs de connaissance d'au moins cinq contraceptifs, analyse qualitative multivariée, selon âge

Paramètre	Rapport de cote	(IC 95%)	p-value
Intercept	3.63	-	0.18
Age*	0.778	(0.61-0.99)	0.04
Née en Afrique subsaharienne non	2.33	(0.38-14.4)	0.36
Née en Afrique subsaharienne oui	Ref	Ref	
Droits non*	41.79	(1.26->999.9)	0.04
Droits oui	Ref	Ref	
Pas d'enfant	0.43	(<0.001-205.2)	0.79
Au moins un enfant	Ref	Ref	
Pas de suivi de grossesse en France	0.19	(<0.001-62.43)	0.57
Au moins un suivi de grossesse en France	Ref	Ref	
Pas d'IVG en France*	0.09	(0.006-1.24)	0.07
Au moins une IVG en France	Ref	Ref	
Célibataire	1.06	(0.09-12.02)	0.96
En couple	Ref	Ref	
Pas d'études secondaires	1.76	(0.091-34.13)	0.70
Etudes secondaires et plus	Ref	Ref	
Logement stable non	0.65	(0.06-6.82)	0.72
Logement stable oui	Ref	Ref	
Nombre de grossesse*	2.02	(0.89-4.61)	0.09

*p-value<0,1

Annexe 12 - Facteurs de connaissance de la pilule, analyse univariée

Variable à expliquer	Variables explicatives binaires	Proportion groupe « oui » (%)	Proportion groupe « non » (%)		p-value*
Connaissance de la pilule n=44	Née en Afrique subsaharienne	86	90		0.64
	Au moins un enfant	90	87		0.73
	Présence de droits***	95	64		0.005
	Au moins une IVG en France	100	86		0.25
	En couple	90	82		0.48
	Etudes secondaires et plus	93	86		0.45
	Logement stable	89	86		0.76
	Variable explicative nominale	Proportion [18-24] (%)	Proportion [25-32] (%)	Proportion [33-55] (%)	p-value*
	Age	93	91	75	0.28
	Variables quantitatives	Sens de l'association			p-value**
Age en classe***	Négative			0.03	
Nombre de grossesse	Non significatif			0.64	

*test du Khi-2 (Proc FREQ sous SAS 9.4)

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

***p-value<0,1

Annexe 13 – Moyenne d'âge des patientes connaissant la pilule, analyse univariée

Connaissance pilule	Moyenne (âge)	Ec-type	p-value**
non	35.33	7.71	0.03
oui	28.78	6.52	

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

Annexe 14 - Facteurs de connaissance du DIU, analyse univariée

Variable à expliquer	Variables explicatives binaires	Proportion groupe « oui » (%)		Proportion groupe « non » (%)	p-value*
Connaissance du DIU n=17	Née en Afrique subsaharienne***	24		48	0.08
	Au moins un enfant	38		18	0.2
	Présence de droits	28		55	0.1
	Au moins une IVG en France***	63		29	0.06
	En couple	33		36	0.85
	Etudes secondaires et plus	27		37	0.47
	Logement stable	39		21	0.24
	Variable explicative nominale	Proportion [18-24] (%)	Proportion [25-32] (%)	Proportion [33-55] (%)	p-value*
	Age en classe***	0	39	67	0.001
	Variables quantitatives	Sens de l'association			p-value**
	Age***	Positive			0.002
	Nombre de grossesse***	Positive			0.01

*test du Khi-2 (Proc FREQ sous SAS 9.4)

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

***p-value<0,1

Annexe 15 – Moyenne d'âge des patientes connaissant le DIU, analyse univariée

Connaissance DIU	Moyenne (âge)	Ec-type	p-value**
non	27.48	6.39	0.002
oui	33.59	6.25	

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

Annexe 16 – Moyenne du nombre de grossesse des patientes connaissant le DIU, analyse univariée

Connaissance DIU	Moyenne (grossesse)	Ec-type	p-value**
non	2.1	1.61	0.01
oui	3.4	1.73	

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

Annexe 17 - Facteurs de connaissance de l'implant, analyse univariée

Variable à expliquer	Variables explicatives binaires	Proportion groupe « oui » (%)	Proportion groupe « non » (%)		p-value*
Connaissance de l'implant n=27	Née en Afrique subsaharienne	55	52		0.84
	Au moins un enfant***	64	18		0.007
	Présence de droits	54	55		0.97
	Au moins une IVG en France	63	52		0.6
	En couple	59	36		0.18
	Etudes secondaires et plus	40	60		0.19
	Logement stable	56	50		0.72
	Variable explicative nominale	Proportion [18-24] (%)	Proportion [25-32] (%)	Proportion [33-55] (%)	p-value*
	Age en classe	40	65	50	0.3
	Variables quantitatives	Sens de l'association			p-value**
	Age	Non significatif			0.65
Nombre de grossesse***	Positive			0.05	

*test du Khi-2 (Proc FREQ sous SAS 9.4)

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

***p-value<0,1

Annexe 18 – Moyenne du nombre de grossesse des patientes connaissant l'implant, analyse univariée

Connaissance implant	Moyenne (grossesse)	Ec-type	p-value**
non	2	1.6	0.05
oui	3	1.76	

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

Annexe 19 - Facteurs de connaissance du patch, analyse univariée

Variable à expliquer	Variables explicatives binaires	Proportion groupe « oui » (%)	Proportion groupe « non » (%)		p-value*
Connaissance du patch n=27	Née en Afrique subsaharienne	7	14		0.39
	Au moins un enfant	8	18		0.3
	Présence de droits	10	9		0.9
	Au moins une IVG en France***	38	5		0.05
	En couple	10	9		0.9
	Etudes secondaires et plus	6	11		0.6
	Logement stable	11	7		0.67
	Variable explicative nominale	Proportion [18-24] (%)	Proportion [25-32] (%)	Proportion [33-55] (%)	p-value*
	Age en classe***	0	22	0	0.04
	Variables quantitatives	Sens de l'association			p-value**
	Age	Non significatif			0.64
Nombre de grossesse	Non significatif			0.9	

*test du Khi-2 (Proc FREQ sous SAS 9.4)

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

***p-value<0,1

Annexe 20 - Facteurs de connaissance de la contraception injectable, analyse univariée

Variable à expliquer	Variables explicatives binaires	Proportion groupe « oui » (%)		Proportion groupe « non » (%)	p-value*
Connaissance de la contraception injectable n=9	Née en Afrique subsaharienne	17		19	0.87
	Au moins un enfant***	13		36	0.07
	Présence de droits	18		18	0.99
	Au moins une IVG en France	25		16	0.57
	En couple***	13		36	0.07
	Etudes secondaires et plus	13		20	0.57
	Logement stable	14		29	0.23
	Variable explicative nominale	Proportion [18-24] (%)	Proportion [25-32] (%)	Proportion [33-55] (%)	p-value*
	Age	27	22	0	0.16
	Variables quantitatives	Sens de l'association			p-value**
Age en classe***	Négative			0.04	
Nombre de grossesse	Non significatif			0.95	

*test du Khi-2 (Proc FREQ sous SAS 9.4)

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

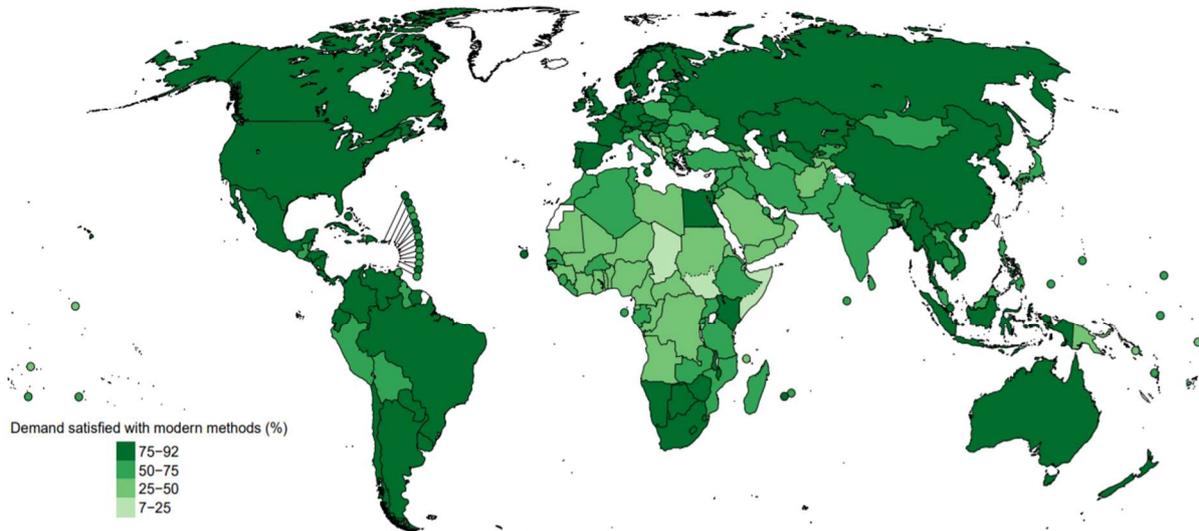
***p-value<0,1

Annexe 21 – Moyenne d'âge des patientes connaissant le contraceptif injectable, analyse univariée

Connaissance contraception injectable	Moyenne (âge)	Ec-type	p-value**
non	30.49	7.16	0.04
oui	25.33	3.61	

**test réalisé par analyse de la variance (Proc anova sous SAS 9.4)

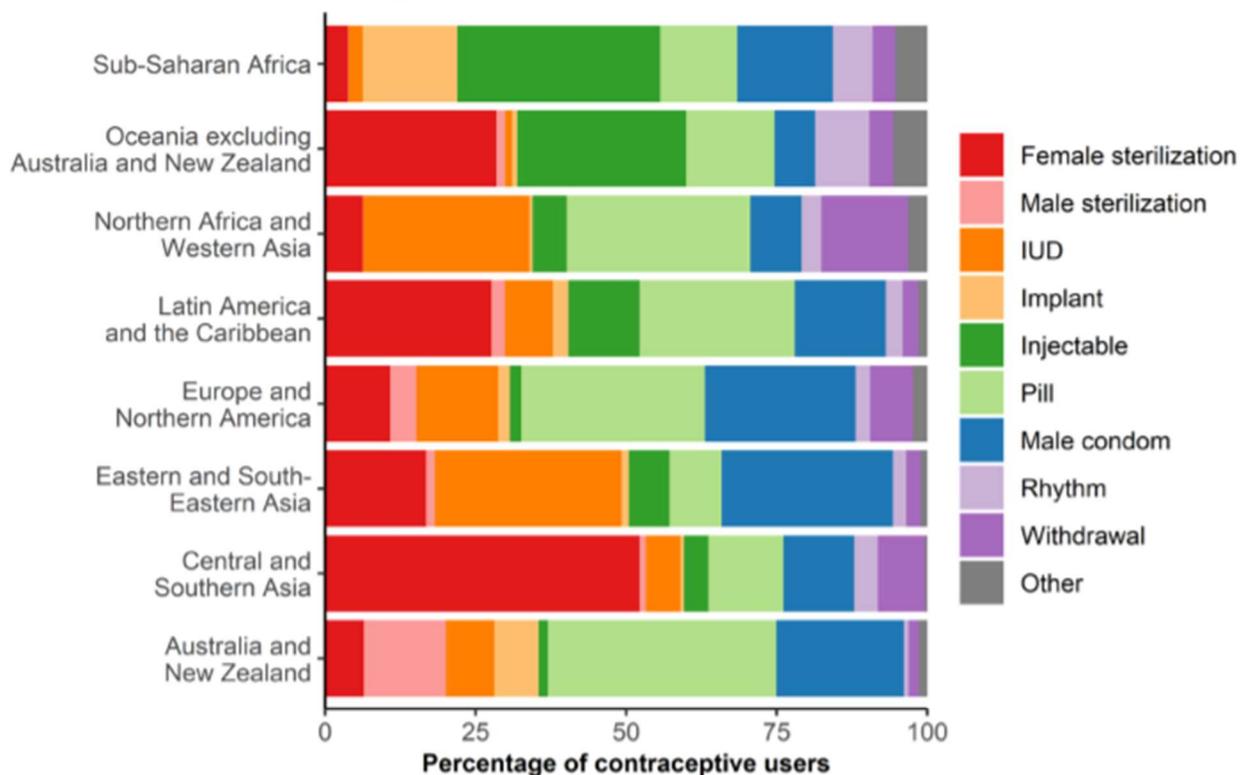
Figure 2. Estimates of the demand for family planning satisfied by modern contraceptive methods among women aged 15-49 years, 2019



2019 - Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. [cité 9 janv 2022]. Disponible sur: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf

Annexe 23 - Distribution de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les différentes régions du Monde en 2019

Distributions of contraceptive users by method, by region, 2019



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *Contraceptive Use by Method 2019*.

Note: "Other" includes less used modern methods, such as lactational amenorrhea method (LAM), vaginal barrier methods, emergency contraception, patches and vaginal rings as well as traditional methods, including douching, prolonged abstinence, gris-gris, incantation, medicinal plants, abdominal massage and other local methods.

United Nations Department of Economic and Social Affairs - 2020 - World Family Planning 2020 Highlights Accelerati.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2022]. Disponible sur:

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf

8 ABREVIATIONS

AME	Aide Médicale de l'Etat
AT-SA	Accueils Temporaire - Service de l'Asile
CADA	Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CASO	Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
COMEDE	Comité pour la santé des Exilé(e)s
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
FSH	Follicle Stimulating Hormone
HAS	Haute Autorité de Santé
HCI	Haut Conseil à l'Intégration
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HUDA	Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LARC	Contraceptions Réversibles de Longue durée d'Action
LH	Hormone Lutéinisante
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PUMa	Protection Universelle Maladie
SPF	Santé Publique France

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction

L'enjeu principal d'un accès contraceptif facilité pour toutes les femmes est de majorer leur autonomie en matière de santé sexuelle et reproductive. En France, les campagnes de promotion des multiples moyens de contraception existants et le remboursement de ceux-ci permettent une importante accessibilité pour toutes les femmes. Malgré la facilitation de cet accès notamment en centres de planification et d'éducation familiale, on observerait chez les femmes en situation irrégulière ou demandeuse d'asile une utilisation moindre des moyens contraceptifs. Nous nous interrogeons donc sur la diversité des moyens de contraception connus par ces femmes, impactant leur choix de ceux-ci. Nous observerons les raisons d'une absence d'utilisation contraceptive chez ces femmes.

Matériel et Méthodes

Un questionnaire, traduit en plusieurs langues, a été distribué aux femmes migrantes en situation irrégulière ou demandeuses d'asile consultant dans les centres de planification et d'éducation familiale marseillais. Nous avons établi après 6 mois de recueil une analyse quantitative des résultats en analysant les éventuels facteurs d'influence d'une meilleure connaissance des moyens de contraception disponibles sur le territoire français.

Résultats

Les cinquante participantes de notre enquête connaissaient en moyenne 3,5 moyens de contraception. Le fait de connaître davantage de moyens de contraception était influencé par le nombre de grossesse et le fait d'avoir eu une interruption volontaire de grossesse en France. Les femmes d'âge moyen (25-32 ans) connaissaient davantage de moyens de contraception. Le fait de ne pas avoir de couverture sociale majorait la probabilité de connaître les moyens de contraception accessibles sans prescription. La pilule était le moyen de contraception le plus connu. La connaissance et l'utilisation de l'implant et du dispositif intra utérin semblaient être différentes de celles la population française.

Conclusion

Les participantes semblaient s'être saisies des schémas contraceptifs français en fonction de leurs besoins et souhaits, bien que la connaissance globale des moyens de contraception reste moindre et son utilisation possiblement différente de la population générale. L'information délivrée à ces femmes, si elle est orientée vers un moyen de contraception, réduit les choix de celles-ci. Des études qualitatives pourraient être menées afin d'explorer la façon dont sont présentés les contraceptifs à ces femmes.

Mots clés : Immigration, Demande d'asile, Contraception, Centre de Planification et d'Education Familiale