



HAL
open science

Évaluation des ateliers en Santé de la Femme ayant place à l'unité de gynécologie-obstétricale médico psycho sociale au CHU de Nantes : étude mixte qualitative et quantitative réalisées auprès des patientes de l'UGOMPS

Justine Decroo

► **To cite this version:**

Justine Decroo. Évaluation des ateliers en Santé de la Femme ayant place à l'unité de gynécologie-obstétricale médico psycho sociale au CHU de Nantes : étude mixte qualitative et quantitative réalisées auprès des patientes de l'UGOMPS. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04186666

HAL Id: dumas-04186666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04186666>

Submitted on 24 Aug 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Madame Justine DECROO

Présentée et soutenue publiquement le 30 mai 2023

**EVALUATION DES ATELIERS EN SANTE DE LA FEMME AYANT PLACE A
L'UNITE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRICALE MEDICO PSYCHO SOCIALE AU
CHU DE NANTES**

Étude mixte qualitative et quantitative réalisées auprès des patientes de l'UGOMPS

Président : Monsieur le Professeur Thibaut THUBERT

Directeur de thèse : Docteur Maud POIRIER

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Thibaut Thubert,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail de thèse. Je vous en remercie. Veuillez recevoir ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame le Docteur Rosalie Rousseau,

Merci d'avoir montré un intérêt sincère pour ce passionnant sujet de thèse plein d'humanité, vous êtes un exemple pour tous les futurs médecins qui croiseront votre chemin, par votre dévouement, votre engagement et votre bienveillance.

A Madame le Docteur Sandrine HILD,

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre intérêt de participer à ce jury. Merci pour votre engagement auprès des publics en situation de précarité et votre temps consacré au DMG, permettant d'entraîner et de former plein de chouettes médecins, sensibilisés à la communication et à la vulnérabilité des patients.

A Madame le Docteur Anne le Rhun,

Merci pour les formations réalisées dans la douceur et la bienveillance. Votre participation à la mise en place de ces ateliers à été très précieuse.

A Madame le Docteur Maud Poirier,

Merci de m'avoir proposé ce magnifique projet, de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagné au milieu de tous tes engagements et de ta petite tribu. Ton écoute, ta profonde gentillesse et ton dévouement sont un modèle pour moi. Sincèrement, Merci.

A toutes les participantes, je ne peux lever votre anonymat à mon grand regret car j'aimerais vous citer, vous honorer et vous remercier une à une, vous êtes des exemples de **femmes fortes et puissantes**, vous nous avez transmis de belles leçons d'humilité et de courage ! Comme vous le dites, vous vous aimez, vous êtes fières de vous et vous êtes belles ! Merci pour ces partages, pour votre soif de vivre et de prendre soin de vous.

A Mame, notre fidèle médiatrice et interprète, sans qui les choses auraient eu un goût différent. Merci pour ton dévouement, pour ta soif de partage et de découverte, pour tes attentions envers toutes ces femmes que tu aides et que tu portes. Merci de leur donner l'espoir et de leur montrer l'exemple. Tu es un modèle pour beaucoup d'entre nous.

A toutes les intervenantes de l'Atelier :

Merci à Maud Boudaud, Marie Gérard, Ludivine Le Guevello, Melica Nestor et à Juliette Geffriaud-Gendron pour votre énergie, votre envie de bien faire et de partage.

Merci à Gynécologie sans frontière, au planning familiale, à la belle-soeur du Dr Petry-Mazel journaliste chez ELLE, pour les packs cadeaux et toutes les surprises faites aux femmes des ateliers qui sont reparties grâce à vous, protégées, la peau hydratée, les yeux soulignés et les cheveux soyeux.

Et enfin, Merci à Aude, merci d'avoir été là, d'avoir participé à la création de ces supers ateliers et de les avoir fait perdurer. Merci pour ton temps, ton dynamisme et ta volonté ! Tu es pour nous un sacré modèle d'engagement, de bienveillance et d'amour de nos prochains. Merci pour tes talents d'animatrice, pour ta capacité à trouver la juste place et pour l'accompagnement que tu offres aux gens autour de toi. Tu es ma très belle dernière rencontre de Nantes, j'ai eu beaucoup de chance.

A mes parents, merci pour les valeurs de respect, de fidélité, de fraternité et de travail que vous nous avez transmises et pour la marge de manœuvre qu'on peut y apporter. Merci de nous avoir appris aussi à profiter de chaque instant ! Et pour la curiosité que vous nous avez apportée, ce qui nous amène aujourd'hui dans de supers projets. Et merci à Maman pour ton amour, ton écoute et ton soutien inconditionnel. Tu nous as appris à prendre soin des autres et de tout vivant, pour 3 enfants médecins, ça n'a pas de prix.

A Margaux, ma sœur d'amour et ma confidente, avec qui je partage tant, pourtant de si loin. Merci pour ta volonté de vouloir toujours bien faire, pour ta grande bienveillance et ta porte toujours ouverte. On a tellement de chance de t'avoir avec Hélo et Guigui (et le ptit chat).

A Héloïse, la princesse rose paillette brillante qui a tant grandi. Ton dynamisme et ta joie de vivre emplissent de bonheur les moments ensemble. Merci pour ta grande gentillesse, ta sensibilité et ton sourire.

A Eliane, notre grand-mère d'amour. Des p'tits cavaliers, aux heures de route enfilées à tes côtés, à toutes les rigolades et aux restos régalades, Merci. On aurait pas pu avoir une grand-mère près de nous plus attentionnée.

A Papi et Mamie, pour toutes ces balades à vos côtés et aux vacances d'enfance ensoleillées, pour ces délicieux jus d'ananas et ces parties de bowling enflammées, merci.

A Pascool et Jean-Claude, membres à part entière de notre famille. Par où commencer ? Vous nous avez accompagnés depuis tant d'années, aimés, régalés, aidés et protégés. Vous nous avez montré le chemin de la simplicité, empli d'un amour pur et bienveillant. Pour tous ces gratins de chou-fleurs, ces attentions chocolatés, pour le bouquet de votre mariage et pour votre présence inconditionnelle, Merci.

Aux Decroos, A Séverine, Fabrice, Zoé, Bertille, Marcel et Léonie, A Thibault, Cécile, Juliette et Loulou, A Véro, Bernard, à tous ces moments passés ensemble, les goûters et les apéros, les vacances et Noël, Merci. Et aussi pour être venu me chercher au lycée et m'avoir accueilli quand il le fallait.

Aux Rougets, A Gigi et Lolo, Eva ma filleule adorée, Marie et Tom, A Stéphanie et Phiphi, Aurore, Julie et Léa, pour tous ces gâteaux aux chocolats et ces Merveilleux déjà entamés (...), pour votre amour et pour toutes vos attentions qui nous suivent depuis l'enfance, Merci. Ma filleule d'amour que j'ai trop de chance d'avoir, prends soin de toi <3.

A ma Belle Famille, Chrichri, Dedel, Nico (allias Kiks) et Domi, qui m'a ouvert grand sa porte et qui m'accueille à bras ouverts à chaque fois, pour votre amour, votre écoute et votre compréhension, Merci. Et aussi pour les bières - ah ça c'est bien tous les 4 !! **Et à toute la grande famille, Papi, Mamie, Jean-Marc, Christine, les cousines et les deux plus belles**, merci pour tous ces moments de famille passés ensemble.

A notre famille d'adoption, les poisch', vous êtes notre merveille de voyage, notre cadeau de la vie. Qui aurait cru, dans ce coin de forêt tropicale, que les imitations de Phiphi, les grimaces de Samichou, la douceur de Malika et la tendresse de Caro nous amèneraient ici aujourd'hui ? Merci pour vos valeurs, pour votre générosité, votre joie de vivre dans le respect du vivant et surtout pour vos bonnes blagues ! Vous êtes un modèle pour nous. Longue vie à nous tous !

A ma crevette cahulette, *“si à chaque fois que je pensais à toi, une fleur poussait, la terre ne serait qu’un immense jardin”* où nous vivrions d’amour et d’eau fraîche (en courant tout nu dans la forêt enchantée). A ta bonne humeur infaillible et à ton déhanché légendaire qui égaye la vie. Ton épaule solide et ta grande fidélité m'apportent la sécurité dont j'ai tant besoin. Même si parfois ça m'embête, merci de raisonner quelques projets pour ne garder que le meilleur. Vive la vie ensemble ! On a trop d'la chance.

A mes copines de parcours et de toujours, Cam et Daph, vous m'avez permis de ne pas quitter le droit chemin, aidez à surmonter tous ces examens et je vous en suis éternellement reconnaissante. Si on a passé tant de temps collé c'est que l'amour des gens et prendre soin des autres nous rallie. A condition qu'il y est une bonne bière ou un verre de vin à l'arrivée. Et de ne pas trop trop travailler, afin de pouvoir prendre aussi soin de ceux qu'on aime autour de nous. Dans les Alpes ou à La Réunion, à Lille ou en randonnée, je ne suis pas prête de vous lâcher. Vous êtes mes inconditionnelles, mes piliers depuis tant d'années. Merci d'être toujours là. J'ai tant de chance de vous avoir.

A ma Dame Zezette, éternelle cavalière de son preux pastis, tu m'emmènes tous les jours à travers de folles chevauchées, riant à grandes dents et bouclette dans le vent, l'épaule solide et l'oreille attentive, Merci de m'avoir suivi à Nantes pour galoper à mes côtés. J'aimerais que la vie ensemble, collées, ne s'arrête jamais. Ça tombe bien y aura une super cabane dans les bois chez nous. Chebachien prend en bien soin, t'es un sacré veinard (et elle aussi !).

A ma plus vieille copine, Ma Rox, qui, depuis la petite maternelle partage ma vie, avec qui j'ai grandi ces trente premières années et avec qui je compte bien passer les trente prochaines et plus encore. Pour tout délicieux caractère, ton amitié sans faille, tes grandes rigolades et ta sensibilité, merci.

Merci de t'être entourée d'un Max si merveilleux qui sait te comprendre et t'aimer comme il se doit. Tu es la Femme la plus forte que je connaisse et je suis fière d'être à tes côtés.

A mes Nantais chéris, vous êtes ma famille d'adoption, vous m'avez accompagné toutes ces années, dans les bars, les services à l'odeur de pieds, voir les fleurs et faire du canoë. Merci d'avoir partagé les sourires et les fous-rires, de m'avoir soutenu dans les difficultés, dans mes doutes et dans mes changements de direction.

A Stanley mon bougre, toujours près à rigoler autour d'une bière et d'une pétanque, tu rayannes de ta bonne humeur et de ta simplicité ! Merci d'être toujours là, de faire si bien le ménage, de parfois me laisser un peu gagner et de supporter mes frustrations.

A ma Oranette, qui n'a pas fini de m'épater, avec ta répartie à toutes épreuves et tes milles idées ! Merci de m'avoir embarquée dans toutes ces bonnes virées, d'avoir accepté le canoë même s'il est aujourd'hui tout dégonflé et pour ta grande sensibilité. J'ai hâte de voir le jour où tu seras toute pleine de fierté de la femme que tu es.

A ma Anouck. En un mot c'est ton entièreté qui nous fait totalement chavirer. Tu as un cœur énorme, toujours prêt à donner. Merci pour ta fidélité et ta profonde amitié. **A mon Lucas** toujours là pour toi et pour les amis, tu es un pilier et une sécurité pour ceux qui t'entourent. Merci pour votre porte toujours ouverte, tous les services, les tichats et les plantes, prêt à déboucher une bonne bouteille et à se déchaîner aux jeux de société. Avec vous c'est rigolades et régalades. Je vous aime fort.

A ma Cécilou, qui égaye la vie de son petit rire de fouinette et de ses blagues toujours bien placées, merci d'avoir partagé ces années nantaises.

A Driss, Bapt et Guichou pour votre gaieté de colocataire, pour les pizzas 3 fromages et 3 viandes, pour les cubis du baron, pour les côtes à l'os grillés, les mario kart enflammés et la tête de cochon. **A Raphou et Malo** pour nous avoir rejoints et ouvert votre amitié.

A Alice, avec qui tout a commencé, merci pour ton soutien lors des premières frayeurs, des premiers doutes, mais aussi pour avoir partagé nos réussites et nos projets. Merci de m'avoir comprise dans ma réorientation et de m'avoir soutenue. Les patients auront bien de la chance de t'avoir, tu seras une sacrée réanimatrice.

A tous les copains de rire et de galère, à **Mathieu, Flo, Yacinthe, Inès, Julien, Anto, Charles, Vincent**, à **mes co-internes des urgences de LRSY**, à **Leïla, Robert, Guillaume, Hugo et Nico**, à **toutes les équipes fabuleuses** qui nous ont accueillis, à tous les soignants dévoués et les paramed déjantés, qui nous ont aidé à passer les longues nuits d'obscurité.

A AnneSo et Mathou qui pleine de sensibilités et de gaieté, toujours partantes pour une bonne bière et pour débriefer, merci de votre amitié.

A mes supers praticiens, **AnnSo, Jérôme et Sylvain**, merci d'avoir accompagné mes débuts balbutiants et incertains, de m'avoir encouragé à me faire confiance, dans la

bienveillance et la douceur. **A Maelenn, Anne et Guillaume**, pour m'avoir fait confiance, pour m'avoir corrigé et formé avec votre cœur, de la même manière dont vous prenez soin de vos patients. Vous êtes des exemples d'engagement. J'aurai aimé rester travailler pour vous.

Et merci à **Monsieur Reignier**, de m'avoir écouté et accompagné dans ma réorientation. Merci pour votre humanité et votre bienveillance.

Aux lillois,

Au trio infernal, **Maux, Gradou et Christopher** avec qui j'ai partagé les poêles et les bols de chocapic avec paille intégrée, les cuites et les lendemains difficiles, à qui j'ai lavé les caleçons et les vomis, vous êtes mes piliers de bar préférés, aujourd'hui assagis avec vos petites femmes adorées, mais toujours prêt à chavirer. J'ai hâte des prochaines vacances à vos côtés.

A ma Félou, avec qui je partage les mêmes convictions et les mêmes passions – pour la bière et les gens, merci de m'avoir ouvert ton énorme cœur. Tu es un peu ma voix de la raison, j'ai tant d'admiration. A Suzanne et Thierry, avec qui vous faites une si belle famille.

Au Kat (allias le ptit rat), Agui et Edgar, A Arthur, Marie et Ambre et le petit prochain, À Nico et Guigui, à Julio, à Martin's et Agathe merci pour ces franches marrades, pour les beaux exemples que vous m'apportez et pour votre amitié à travers toutes ces années.

A Cap, qui partage ma vie depuis si petite, merci pour ces journées de playmobiles dans la piscine, pour ces balades avec Jeff, pour m'avoir fait changé autant de fois l'eau des tortues, et pour la femme que tu es devenue. Vous êtes une si belle famille ! Longue vie à vous.

A ma Cam, pour avoir partagé autant de bières et de saucissons, pour ces parties de bonne paye du dimanche soir, pour m'avoir épaulé et soutenue tant de fois, m'avoir si bien nourrie, et avoir passé tant de fois l'aspirateur alors que je croyais qu'on avait un appartement auto-lavant. Tu es un exemple d'engagement et de courage pour moi. Merci à Nathan de prendre si soin de toi.

A ma Guim, ma fidèle copinette, merci de m'avoir entraîné au milieu des champs sur ton scooter et maintenant au fond des montagnes à ski, c'est plus suant mais toujours aussi grisant. Pour ton courage, ta force et ton dévouement, merci. On a hâte de vous avoir près de nous dans les Alpes.

A mes copains du Nord,

A Toto, ma chamelle préférée, ton bougre de caractère et ton cœur en or m'ont accompagné aux quatre coins du monde durant tant d'années. J'espère qu'on sera bientôt réuni pour de nouvelles aventures toujours plus folles, même si je suis aujourd'hui ta baboss adorée.

A Momo, ton grand sourire et ta joie de vivre, ta sincérité et ton grand cœur, tu es un ami en or. Merci d'être venu nous voir à la Réunion.

A Mimi, Pierre et Ambre, une si chouette famille, pleine de blagues et de bons vins.

& à tous les cochons, merci pour tous ces moments d'amitié passés ensemble.

A Momo, Max, Noé et Malo, A Cassou, Greg, Adèle et vot' tit dernier, même si la distance et nos vies bien remplies nous laissent peu de temps pour les retrouvailles, vous êtes dans mon cœur des copines d'amour et des familles exemplaires.

A Antoine, Doudou, et tous les copains du collège que j'adore et avec qui j'aimerais trinquer pendant encore plein d'années. **Martin, Flo, Pierre, les Hugos et la troupe des glisseurs**, avec qui j'ai toujours autant de plaisir à partager une bonne bière et une moule frite.

Les copains médecins, aux 3 fous, A Félix sans qui j'aurais raté bien des examens, à **Stéphanie** et à tous mes supers co-externes avec qui j'ai partagé cette période de vie, Merci.

Aux copains de la Réunion,

A So et Guitchou avec votre sacrebleu petite bombinette **Maho**, mi aim a zot !

A Daph et Vincent pour votre duo infernal, vos doigts côtes insupportables et votre sourire à toute épreuve. Vive kiki !

A Albane, Zouzou et Paco, A Clem, Adri et Victoire, à Adri, à Arnaud, à Anaïs et Paul, à Claire, à Sarouch, à Axel, merci de m'avoir accueillie « à la créole » en ouvrant vot' grand cœur et vos caz, de m'avoir embrigadés dans vos randonnées, à la découvertes des orchidées sauvages et dans vos dîners rigolades. Spéciale dédicace à Adri, nouveau beau-père de la Thal et grâce à qui nous partons sereinement vers d'autres océans.

Et enfin, à tous les patients, qui nous font grandir, tant sur un plan humain que médical, et qui font preuve d'un courage admirable, **Merci**.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES :

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASAMLA : Association SANTé Migrants Loire Atlantique

BEP : Bilan Éducatif Partagé

C2S ou CSS : Couverture Santé Solidaire

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

CAF : Caisse d'allocation familiale

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CMP : Centre Médico Psychiatrique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COMEDE : Comité pour la santé des Exilés

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

DSAFIHR : Droits, Santé et Accès aux soins des Femmes Hébergées, Isolées, Réfugiées

DSS : Déterminants Sociaux en Santé

ETP : Éducation Thérapeutique Patient

FDTA : France Terre D'Asile

IDE : Infirmière diplômée d'état

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

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

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

MSF : Mutilation Sexuelle Féminine

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PH : Praticien Hospitalier

PMI : Protection Materno Infantile

PromES : Promotion Éducation Santé

RSA : Revenu Social d'Activité

SF : Sage-Femme

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

TABLE DES MATIÈRES

1.INTRODUCTION - GÉNÉRALITÉS	15
1.1UGOMPS & Santé de la Femme	15
1.1.1 UGOMPS	15
1.1.2 Santé de la femme et diagnostic de situation	16
1.1.2.1 Accès à l'information et aux soins	17
1.1.2.2 Connaissances, représentations et croyances	17
1.1.2.3 La vie de la femme au sein de la société	18
1.1.2.4 Rapport à soi et au monde	18
1.1.2.5 Besoin en santé	19
1.1.3 Santé et Déterminants	20
1.1.3.1 Santé holistique et bio-psycho-sociale	20
1.1.3.2 Déterminants sociaux en santé	21
1.1.3.3 Précarité, pauvreté, vulnérabilité	24
1.1.3.4 Santé et inégalités sociales	25
1.1.3.5 Creusement des inégalités en santé	26
1.1.3.6 L'éducation en santé comme outil de lutte contre les inégalités en santé	26
1.2 Atelier en santé	27
1.2.1 Santé publique et promotion de la santé	27
1.2.2.3 Education en santé	28
1.2.2.4 Education en santé comme outil de lutte contre les ISS	28
1.2.3 Santé communautaire	29
1.2.4 Empowerment individuel et collectif	30
1.2.5 Atelier en santé	31
1.2.6 Objectifs des ateliers en santé	32
1.3 Evaluation	32
1.3.1 Evaluation des ateliers en santé	32
1.3.2 Les 4 paradigmes de J.Fortin	34
1.3.4 Méthodes d'évaluation : le choix d'une méthode mixte	35
1.3.5 Objectifs de l'évaluation	36
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	36
2.1 Présentation de la démarche	36
2.1.1 Population incluse	37
2.1.2 Description des ateliers et entretiens	38
2.1.2.1 Entretien individuel pré-atelier	38
2.1.2.2 Atelier en santé	39
2.1.2.3 Entretien individuel post atelier	39
2.1.3 Cadre logique	40
2.1.4 Méthodes d'évaluation mixte : qualitative et quantitative	40
2.2 Confection des grilles séances et questionnaires	40
2.2.1 Questionnaire AVANT / APRÈS (participantes)	41
2.2.2 Questionnaire participante	41
2.2.5 Verbatims	42
2.3 Méthodes d'analyse de données	43
2.4 Les règles éthiques et juridiques des enquêtes	44
2.5 Calendrier	44
3. RÉSULTATS	45

3.1 Population	45
3.2 Evaluation du diagnostic de situation	47
3.3 Evaluation du processus	48
3.3.1 Les ressources humaines	48
3.3.1.1 Place de l'animatrice	49
3.3.1.2 Place de la médiatrice & interprète	50
3.3.1.3 Place des intervenants	51
3.3.2 Logistique	51
3.3.2.1 Formation	51
3.3.2.2 Préparation	51
3.3.2.3 Financement des professionnels	52
3.3.2.4 Frais des ateliers	52
3.3.2.5 Recrutement des participantes	53
3.3.2.6 Organisation des ateliers	53
3.3.2.7 Communication des ateliers	53
3.3.2.8 Présence et absence aux ateliers	54
3.3.2.9 Transport	55
3.3.3.1 Entretien individuel	55
3.3.3.2 Préparation	56
3.3.3.3 Arrivée dans la salle.	56
3.3.3.4 Brise-glace et présentation	57
3.3.3.5 Utilisation d'outils et débouchés	57
3.3.3.6 Langage	64
3.3.3.7 Répartition de la parole	65
3.3.3.8 Les enfants	65
3.3.3.9 Conformité aux conducteurs de séance	65
3.4 Evaluation du résultat	65
3.4.1 Attentes des ateliers	66
3.4.1.1 Attentes des participantes et des professionnels	66
3.4.1.2 Thèmes choisies et séances	69
3.4.2 Ressentis	70
3.4.2.1 Ressentis des participantes	70
3.4.2.2 Ressentis des intervenants spécifiques, de l'animatrice et de la médiatrice	71
3.4.2.3 Attentes de la posture des intervenants	73
3.4.2.4 Diffusion des ateliers	75
3.4.3 Le groupe	75
3.4.3.1 Fonction groupale	75
3.4.3.2 Lien créé	76
3.4.3.3 Valorisation & liberté d'expression	77
3.4.3.4 Santé communautaire	78
3.4.4 Connaissances & Empowerment	79
3.4.4.1 Savoir	79
3.4.4.3 Empowerment & changements	86
3.4.5.1 Points forts et points faibles des ateliers	88
3.4.5.2 Faits et phrases relevées	89
3.4.5.3 Pistes d'amélioration	92
4. DISCUSSION	93
4.1 Les forces et limites de l'évaluation des ateliers en santé	93
4.2 Discussion des résultats : évaluation du processus	95
4.2.1 Les ressources humaines et leurs places	95

4.2.2 Logistique	98
4.2.2.1 Formation	98
4.2.2.2 Frais et financement	99
4.2.2.2.1 Outils	99
4.2.2.2.2 Les collations	99
4.2.2.2.3 Les professionnels de santé	99
4.2.2.2.4 Transport	101
4.2.2.2.5 Proposition de devis	101
4.2.2.3 La salle	103
4.2.2.4 Les enfants	103
4.2.2.5 Participation et absence	104
4.2.2.6 Critères d'inclusion	105
4.2.2.7 Taille du groupe	106
4.2.2.8 Déroulement des ateliers	106
4.2.2.8.1 Préparation	106
4.2.2.8.2 Arrivée dans la salle	107
4.2.2.8.3 Utilisation d'outils et débouchés	107
4.2.2.8.4 Paroles, attention et conducteurs de séances	108
4.2.3 Evaluation des ateliers en santé	108
4.3 Discussion des résultats : évaluation du résultat selon les paradigmes de J. FORTIN	113
4.3.1 Le paradigme rationnel	114
4.3.2 Le paradigme humaniste	116
4.3.2.1 Analyse des besoins	116
4.3.2.2 Spécificités	117
4.3.2.3.1 Écoute	117
4.3.2.3.2 Reconnaissance et valorisation	117
4.3.2.3.3 Renforcement des savoirs, savoir-faire, savoir-être et compétences psychosociales	118
4.3.2.3.4 Adaptabilité	118
4.3.2.3.5 Qualité nécessaire des professionnels selon les participantes	119
4.3.2.3.6 Humour	119
4.3.2.3.7 Bien-être des participantes	119
4.3.2.3.8 Ethique	120
4.3.3 Le paradigme de la dialecte sociale	121
4.3.3.1 Liens créés	121
4.3.3.2 Empowerment	123
4.3.4 Le paradigme environnemental	125
4.4 L'apport des ateliers pour les soignants	127
5. PROPOSITIONS	129
5.1 Les choses qui fonctionnent	129
5.2 Les pistes d'améliorations	129
6. CONCLUSION & OUVERTURES	132
7. ANNEXES	134
8 BIBLIOGRAPHIE	144

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure numéro 1 : design de l'étude	43
Figure numéro 2 : calendrier des ateliers en santé de la femme à l'UGOMPS	45
Figure numéro 3 : diagramme des attentes des participants concernant les ateliers	69
Figure numéro 4 : diagramme des attentes de la posture des intervenants	75
Figure numéro 5 : le paradigme rationnel et les ateliers	117
Figure numéro 7 : le paradigme humaniste et les ateliers	122
Figure numéro 8 : le paradigme de la dialecte sociale et les ateliers	126
Figure numéro 9 : le paradigme environnemental et les ateliers	128
Figure numéro 10 : proposition d'amélioration des ateliers en santé de la Femme ayant place à l'UGOMPS	132

Tableau numéro 1 : caractéristiques de la population incluse	47
Tableau numéro 2 : attentes des participants concernant les ateliers	68
Tableau numéro 3 : attente de la posture des intervenants	74
Tableau numéro 4 : résultats du questionnaire AVANT / APRÈS	81-84
Tableau numéro 5 : propos recueillis par les intervenants concernant les participants	91
Tableau numéro 6 : faits et phrases marquantes relevés sur les grilles séances, par observation.	91-93
Tableau numéro 7 : proposition de devis des ateliers en santé	103-104

Préambule

Ce projet de thèse s'inscrit dans la continuité du travail réalisé à l'automne 2021 par Aude Toulemonde et Cécilia Dambrune, qui consistait à la création des ateliers en santé de la Femme à l'UGOMPS au CHU de Nantes (1). La construction des ateliers en santé s'est faite naturellement suite au constat par les professionnels de santé de la nécessité de créer un espace de liens et de paroles, différent de celui proposé en consultation. En effet, les consultations ont un cadre avec un temps imparti et souvent des objectifs en santé prédéfinis, ne laissant parfois que peu d'espace aux représentations, aux croyances et à la réalité de la vie de ces femmes en situation de précarité.

Les parcours de vie de ces femmes sont souvent éprouvants voire traumatisants. Leur problématique quotidienne est de répondre à leurs besoins primaires. Cela ne leur laisse souvent que peu de place pour prendre soin de leur santé notamment de leur santé en tant que femme. Comme le soulignaient les deux thésardes, "leurs connaissances et leurs ressources en matière d'accès à l'information en santé sont insuffisantes pour les rendre autonomes et actrices de leur santé. La création de ces ateliers s'inscrit dans la volonté d'accompagner les patientes dans un processus de reconstruction, passant par la réappropriation de leur santé et de leur corps".

Ces ateliers en santé ont pour principaux buts de renforcer l'estime de soi, de développer des compétences, des savoirs, des savoir-faires et des savoir-être, auprès de public en situation de précarité. La résultante sera de mieux protéger leur santé et de se l'approprier (2). Ils favorisent également le lien et la confiance envers les professionnels de santé et entre les participants eux-mêmes. Ce lien précieux s'inscrit dans une dimension contextuelle et dynamique et souligne l'importance des interrelations entre les personnes et leur environnement (3). Les ateliers permettent donc l'expression collective et individuelle ainsi que le développement de la capacité à communiquer (4). Tout cela entraîne une réduction des inégalités sociales en santé et une amélioration de la santé (5).

Aujourd'hui nous voulons évaluer ces ateliers pour mesurer leur efficacité, les améliorer dès à présent et de manière pérenne, afin de les faire perdurer. Nous souhaitons ainsi justifier leur nécessité auprès des décideurs et des financeurs (6). L'évaluation d'atelier en santé est un exercice complexe et multimodal. En effet, nous ne pouvons apporter une relation causale (7). « La finalité de l'action menée n'est pas de quantifier son impact sur les paramètres de santé mais de permettre aux participantes de choisir de manière libre, éclairée et autonome leurs comportements de santé » (1). Elle se fait donc par divers billets

en mesurant d'une part l'efficacité de notre action, c'est-à-dire l'atteinte des objectifs de santé puis par l'étude des processus pour améliorer la qualité des actions entreprises.

Médecin du Monde Nantes, participe également à développer l'accès à la santé sexuelle et reproductive en se déplaçant chez les habitants des milieux 4i (indignes, informels, insalubres, instables). De part mon implication dans ce programme j'ai pu aller à leur rencontre afin de mieux cerner les besoins sur le terrain. Que des ateliers en santé de la Femme puissent avoir lieu à l'intérieur de l'hôpital et donc des structures de droit commun, auprès des publics cibles est essentiel.

1.INTRODUCTION - GÉNÉRALITÉS

1.1UGOMPS & Santé de la Femme

1.1.1 UGOMPS

L'Unité Gynécologique et Obstétricale Médico-Psycho-Sociale a été ouverte en 2004 par le professeur Henri-Jean Philippe, au sein du CHU de Nantes. Ce service spécialisé a été créé et pensé pour accueillir des patientes en situation de précarité ou de vulnérabilité. L'équipe pluridisciplinaire qui intervient est formée à leur prise en charge de manière globale. Les femmes sont accompagnées dans leur suivi gynécologique ou obstétrical ainsi que sur le plan psychologique et social. Une aide leur est apportée pour leur démarche administrative (ouverture de droit, aide aux logements, accès aux besoins de première nécessité). Ainsi, psychologues, secrétaires médicales, assistantes sociales, sages-femmes, médecins généralistes, sexologues, gynécologues et obstétriciens participent ensemble à favoriser l'accès aux soins de femmes souvent socialement marginalisées et en dehors de tout parcours de soin.

Sur le versant médical, le service les suit et les soutient dans leur santé en tant que femme. En gynécologie médicale sont mis en place le dépistage des IST, la prise en charge de pathologies diverses inexplorées et des mutilations sexuelles féminines. En obstétrique, le suivi de leur grossesse et l'accompagnement vers la maternité y sont assurés. Le service fait le lien avec les autres services du CHU (PASS, PMI, USMP, CMP, services de psychiatries) et avec l'extérieur (les cabinets de médecine libérale, les centres sociaux notamment le 115, l'ASE et des associations spécialisées comme Médecin du Monde, l'ASAMLA et beaucoup d'autres) dont ont besoin les patientes. Ces relais permettent d'élargir la promotion de la santé de ces femmes et améliorent leurs conditions de vie.

Depuis quelques années, le visage des personnes en situation de précarité en France et à Nantes change, avec l'augmentation des flux migratoires venant notamment d'Afrique et d'Orient. Le service s'est adapté et a inclus dans ses pratiques une dimension transculturelle. Il a formé et engagé des professionnels notamment pour les mutilations sexuelles féminines.

A ce jour, les femmes prises en charge à l'UGOMPS ont des profils très variés : femmes migrantes et sans papiers, femmes présentant des carences affectives majeures, femmes mineures enceintes, femmes issues de la communauté Rom, femmes incarcérées, femmes sans logement, femmes en situation de détresse psychologique, femmes sous mesure de protection, femmes isolées et marginalisées.

Leur grossesse est un moment opportun pour les sensibiliser au système de soin français et les inclure dans un suivi médical, social et psychologique. Tous les professionnels du service se mobilisent pour les aider à améliorer leurs conditions de vie, leur situation administrative, économique et psychique. Elles deviennent visibles.

1.1.2 Santé de la femme et diagnostic de situation

Bien que l'espérance de vie des femmes en France soit plus élevée que celle des hommes, les femmes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes, vivant un plus grand nombre d'années avec des incapacités et plus souvent en situation d'isolement (8).

Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité. Elles représentent 53 % des personnes pauvres, 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité (RSA); elles constituent 70 % des travailleur.euse.s pauvres. Les femmes représentent 85 % des chef.fe.s de familles monoparentales et une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté (9).

Les risques de précarité sont plus nombreux pour les femmes que pour les hommes et ils affectent plus durablement leur parcours. Ils se répercutent aussi sur leurs enfants avec le danger de les inscrire dans un processus de transmission et de reproduction d'un état précaire (10).

Le diagnostic de situation a été réalisé lors du premier cycle d'ateliers au cours de l'automne 2021 dans le cadre de la thèse d'Aude et Cécilia. Différents aspects de la vie des femmes ont été abordés et étudiés, les voici.

1.1.2.1 Accès à l'information et aux soins

Les principales sources d'informations des patientes sont l'entourage familial et amical, l'éducation par l'école, les associations type ONG (organisation non gouvernementale), internet et les professionnels de santé. Parmi leurs freins à l'information en santé, le plus important est le tabou que représentent les sujets autour de la santé sexuelle et affective des femmes. Par ailleurs, le manque d'accès à une couverture sociale restreint l'accès aux soins, donc à l'information (11).

La barrière de la langue, l'illettrisme et le manque de connaissances majorent la difficulté à accéder à une information en santé (11). L'étude DSAFHIR rajoutait d'autres éléments les éloignant de l'information médicale et de l'accès aux soins : "le faible niveau de scolarisation, l'isolement relationnel, l'absence de solution de garde d'enfants, d'autres besoins jugés prioritaires, l'éloignement des services de santé, les symptômes dépressifs, les expériences négatives antérieures avec des professionnels de santé en France" (12).

De plus, les patientes décrivent une relation paternaliste pour la plupart avec un médecin "guérisseur", ne laissant pas la place à la réflexion, à l'apports de documentation et aux alternatives.

1.1.2.2 Connaissances, représentations et croyances

Les entretiens individuels mettent en évidence le manque profond de connaissances des femmes sur leur propre corps. Qu'il s'agisse de l'anatomie féminine à la physiologie du cycle menstruel, aux maladies et aux soins que la médecine peut leur apporter, les femmes s'appuient majoritairement sur des croyances construites à partir de leurs expériences ou celles de leurs proches et des représentations véhiculées au sein de leur milieu culturel, familial et amical.

Le but des ateliers en santé n'est pas de stigmatiser ces fausses croyances mais bien de partir de celles-ci, d'y ajouter leur vécu et leurs expériences et de les débattre ensemble. A ce moment-là, il peut y avoir un phénomène de déconstruction tout en s'appuyant sur les connaissances apportées par les soignants.

Concernant leur vécu et leurs expériences sur leur santé en tant que femme, les histoires sont riches et variées. Les questionnements concernant les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont omniprésents. En effet, à ce jour, on estime qu'environ 200 millions de femmes ont subi des MSF. Celles-ci surviennent plus fréquemment dans les pays d'Afrique sub-saharienne et dans les pays arabes. En Guinée, 97% des femmes de 15 à 49 ans ont été victimes de mutilation génitale, selon l'UNFPA (13). Les thésardes ont relevé une

aisance dans les discussions concernant les MSF, clivant avec les données retrouvées dans les études, tant les femmes avaient besoin d'en discuter et avaient d'interrogations à ce sujet. Ces ateliers confèrent un environnement sécurisant pour échanger et libérer la parole sur ces sujets sensibles, tabous et parfois douloureux.

1.1.2.3 La vie de la femme au sein de la société

La place de la vie des femmes dans leurs sociétés est décrite le plus souvent, par opposition aux modes de vie qu'elles connaissent ici en Europe. Restrictions de circulation, mariage forcé, dépendance à l'homme pour des raisons morales ou financières, violences et mutilations génitales, contraintes de quitter leur études ou leurs rêves sont autant de vécu que de souffrances. Dans toutes ces situations, elles se sentent peu protégées par leur famille ou par les instances juridiques et parfois même bien au contraire. D'ailleurs, le motif de leur venue en France se trouve le plus souvent dans cette courte liste.

Le fait d'être en couple lors de leur parcours migratoire est souvent d'un grand soutien, psychique, physique et financier, d'autant plus pour les femmes enceintes.

Cependant elles décrivent un isolement social suite à leur situation instable. Celui-ci est vécu comme douloureux et les éloignant du soin (11) (12). De plus, ces femmes sont souvent issues de communautés très en lien, avec un système communautaire fort, basé sur une entre-aide quotidienne, contrastant d'autant plus avec leur situation actuelle en France et accentuant leur sentiment de déracinement (15).

Les patientes s'accordent pour dire que l'accès au travail leur permettrait une autonomie financière vis-à-vis des hommes et donc de diminuer le déséquilibre de leur relation. Cela renforcerait leur propre compétence et leur estime de soi, apportant plus de bien-être et donc une amélioration de leur santé (11). Elles soulignent également leur sexualité blessée par l'excision et la crainte de voir leur conjoint se tourner vers d'autres femmes si elles ne peuvent le contenter.

1.1.2.4 Rapport à soi et au monde

Les femmes rencontrées nous font part de leur parcours de vie souvent traumatique jonché d'épreuves et de violences, physiques, psychiques et sexuelles, souvent la cause de leur exil. Le déracinement et l'isolement qu'elles vivent en France deviennent eux-mêmes un nouveau traumatisme. Les deux thésardes remarquent la grande maturité des patientes pourtant jeunes, pouvant contraster avec les jeunes femmes françaises, rendant l'intégration encore plus difficile.

Cependant, elles se disent femmes fortes et ont une grande confiance en elles. La plupart des participantes répondent un grand OUI lorsqu'on leur demande si elles s'aiment. Cette

estime d'elles mêmes leur permet de traverser des situations dramatiques. De plus, elles se trouvent belles et prennent soin d'elles en dépit de leur condition de vie précaire. En effet, nous pouvons souligner leurs apparences soignées et apprêtées. **Elles sont heureuses d'être femmes bien que cette condition leur apporte des infortunes.** Souvent, elles ne peuvent expliquer ces représentations et s'en remettent à Dieu, soulignant que cette condition de femme est Son choix. Cette dimension spirituelle est assez ancrée.

La maternité fut le premier thème choisi lors de la première série d'atelier, pourtant la plupart des participantes étaient déjà mères. Le fait d'être mère semble consoler, remettre de la vie et de la douceur au milieu de toutes les violences subies. La maternité permet également de combler une partie du vide affectif ressenti en France, loin de leur famille et de leurs proches. Cependant, c'est aussi un vecteur d'angoisse concernant les conditions dans lesquelles elles vont pouvoir élever leurs enfants, aggravant leur fragilité.

Les ateliers permettent aux patientes de créer du lien entre elles et de nouer des amitiés. Même s'il n'est pas un lieu de psychothérapie, il a une fonction soutenante (16). Cela permet d'échanger, de rire, de se vider la tête et de s'échapper des problèmes, le temps de l'atelier (11).

1.1.2.5 Besoin en santé

Durant les entretiens, les femmes choisissent des thématiques sur la santé en général et sur leur santé en tant que femme. Le thème le plus choisi fut la maternité puis le droit des femmes. Il est intéressant de souligner que leur intérêt pour l'anatomie et le fonctionnement de leur corps est relayé au second plan alors qu'ils sont un prérequis pour éclairer leur choix en santé. Egalement, étaient relevés des difficultés en lien avec leur santé de femme (douleurs liées à leurs menstruations, changements corporels induits par la grossesse, précarité menstruelle...).

Il en ressort qu'elles ont besoin :

- de soignants à l'écoute et formés à ces publics,
- d'informations adaptées à leur niveau de langage et à leur compréhension,
- de la création d'espaces pour prendre le temps d'explorer ces sujets
- d'amélioration de l'accès à la médecine de ville.

La réflexion sur la construction des ateliers en santé doit donc inclure leurs besoins tout en répondant aux objectifs des professionnels de santé de l'UGOMPS. Il est soulevé que la présence d'un interprète et/ou d'un médiateur en santé est essentielle à la bonne compréhension des deux parties.

1.1.3 Santé et Déterminants

1.1.3.1 Santé holistique et bio-psycho-sociale

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (17). Elle prend en compte la santé dans sa globalité, y associant la notion de bien-être et de santé positive.

Selon la constitution de l'OMS adoptée en 1946, la santé est définie comme un droit. Elle consiste en « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quels que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Depuis le siècle des Lumières et pendant longtemps notre modèle de santé était basé sur sa dimension **biomédicale**, centrée sur la maladie en tant que telle et divisible de l'individu humain. Par l'histoire de la médecine, de ses avancées techniques et théoriques et par la valorisation de la méthode scientifique, ses applications se sont centrées sur le corps. La conception de la santé s'est alors construite comme une absence de maladie. Le modèle biomédical se concentre donc sur les causes, les traitements et plus récemment sur la prévention des maladies. Les soignants sont alors savants et sachants, disposant des compétences et de la responsabilité de la prise en charge, utilisant souvent une position paternaliste (18). Les patients doivent se conformer aux prescriptions et aux recommandations médicales.

Le **modèle bio-psycho-social** est basé sur une attitude positive et holistique de la santé. Il s'intéresse non plus aux causes de la maladie mais aux causes de la bonne santé et de l'amélioration de la santé. La maladie devient donc un phénomène complexe, constitué d'une série de facteurs venant de l'individu, de sa famille et de son environnement, entraîné lors d'une défaillance de ce système. La santé est donc une résultante des conditions de vie, des influences culturelles de et de l'environnement. Elle met en évidence les points forts de l'être humain, ses ressources personnelles ainsi que sa capacité de résilience. Ainsi, la relation dynamique entre l'individu et son environnement devient un axe central. « En ce sens, il est essentiel que les personnes créent elles-mêmes leurs propres ressources en acquérant les compétences nécessaires pour maintenir » cet état de bien-être physique, psychique et social (19). C'est un modèle ouvert avec une construction collective, inscrivant les acteurs dans leur milieu de vie et prenant en compte tous les enjeux qui les entourent.

La santé holistique intègre donc des paramètres individuels, sociaux et écologiques qui permettent d'être en bonne santé et de l'améliorer, dans une logique de promotion de la santé. L'étude des déterminants en santé permettent de percevoir les failles et les forces de la santé d'une personne et ainsi de l'améliorer.

1.1.3.2 Déterminants sociaux en santé

L'étude des déterminants sociaux en santé (DSS) est un prérequis pour comprendre les inégalités sociales en santé et pouvoir les moduler. Ces derniers sont intimement liés à la

précarité, la vulnérabilité et/ou la pauvreté des personnes.

La santé holistique englobe donc les éléments médicaux mais également les déterminants de santé. L'OMS, lors de sa **première conférence de Promotion de la santé en 1986** définit les déterminants **sociaux** en santé comme "les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie" (20). Ces déterminants sont donc **dynamiques** au cours de la vie des individus et relèvent de différentes sphères; médicale, pédagogique, éducative, familiale et financière.



Image 1 : Affiche de la 1ere Conférence pour la Promotion de la Santé, OMS, Ottawa, 1986

Les déterminants en santé sont définis selon 5 niveaux :

1. **l'âge, les facteurs génétiques** : sexe, constitution
2. **les facultés liées au système de vie personnel et les expositions** : l'alcool, le tabac, l'alimentation
3. **les réseaux sociaux et communautaires** : le soutien des pairs, la famille, caractéristiques des proches (sportifs...)

4. les facteurs liés aux conditions de vie et de travail : l'accès au travail et ses conditions, l'accès aux équipements : logement, éducation, transports, système de santé...

5. les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales, le système de santé.

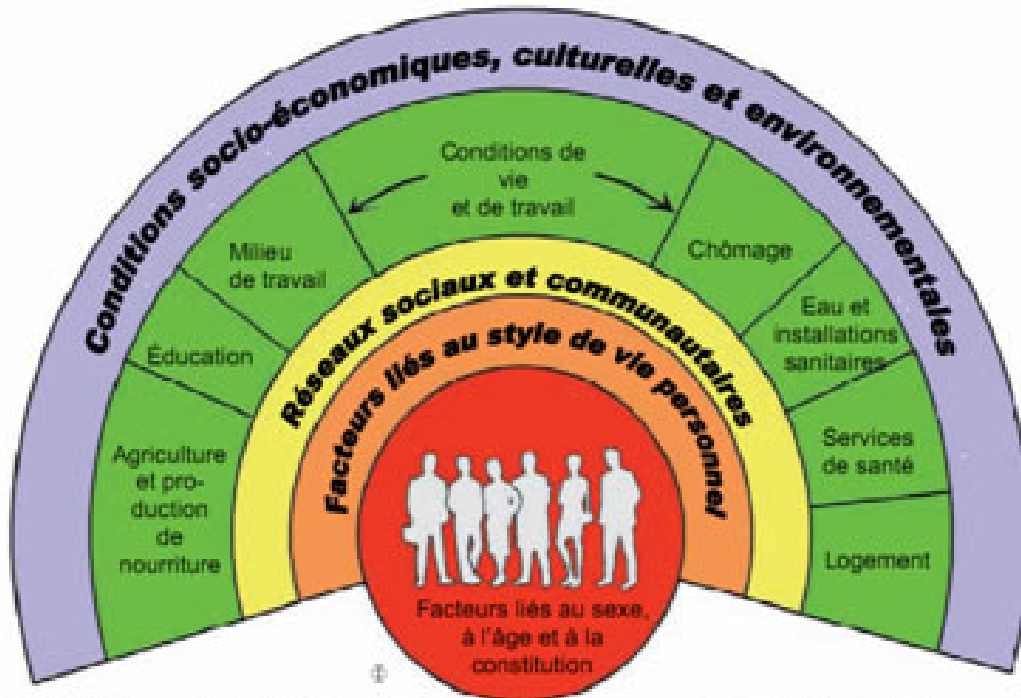


Image 2 : d'après Dahlgren, G. Whitehead, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991.

L'étude des déterminants sociaux en santé suggère à l'époque que la recherche et l'action publique soient plus dirigées vers les sociétés dans lesquelles les individus vivent, plutôt que vers les individus eux-mêmes. De la même manière, il s'agissait de passer d'un service dédié aux patients malades vers un programme de santé publique élargi à toutes les personnes afin de rester en bonne santé. "Les DSS conditionnent la façon dont une personne dispose des ressources physiques, sociales, économiques et personnelles pour satisfaire ses besoins, ses aspirations et s'adapter à son environnement" (21) (22) (23).

Les auteurs définissent alors 7 conditions premières comme déterminants en santé :

- le logement,
- l'accès à l'éducation,
- une alimentation convenable
- un revenu décent
- bénéficier d'un écosystème stable
- pouvoir compter sur un apport de ressources durables

- avoir le droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

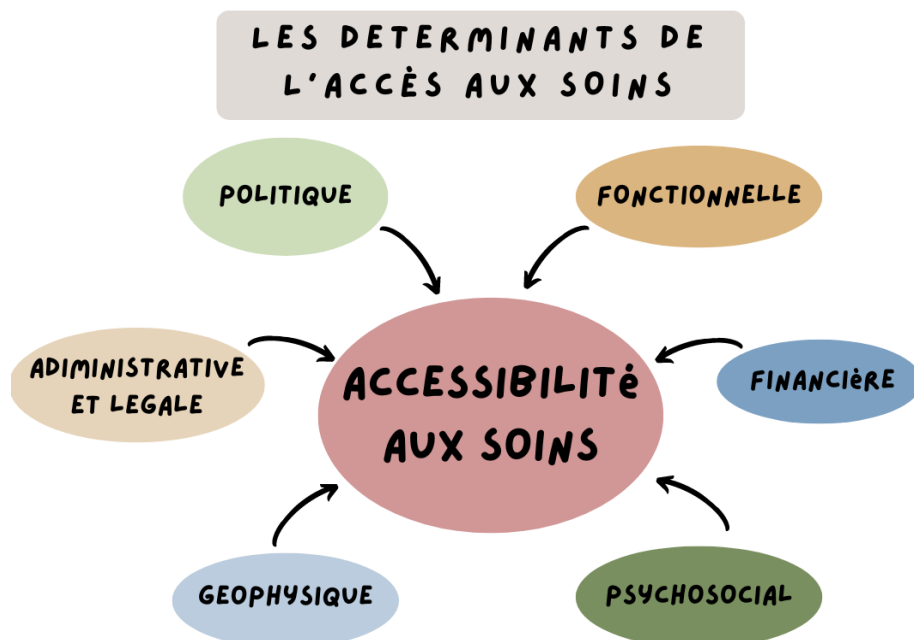
De ces 7 conditions en découlent 3 principes :

- **la santé comme agent de développement**
- **l'apport de moyens pour l'équité en santé**
- **l'intersectorialité et la médiation en santé**

Pour cela, il est proposé 5 axes de travail :

- les politiques de santé
- **l'environnement**
- **l'action communautaire**
- **l'aptitude personnelle**
- **la réorientation et l'ouverture des systèmes de santé**

Un état des lieux des déterminants de santé des populations ciblées est essentiel à toute construction de projet en santé, car pour la plupart ils sont considérés comme dynamiques et modifiables. Notre rôle de soignant est donc, comme recommandé, de les intégrer dans nos projets médicaux de promotion de la santé afin de réduire les inégalités sociales en santé.



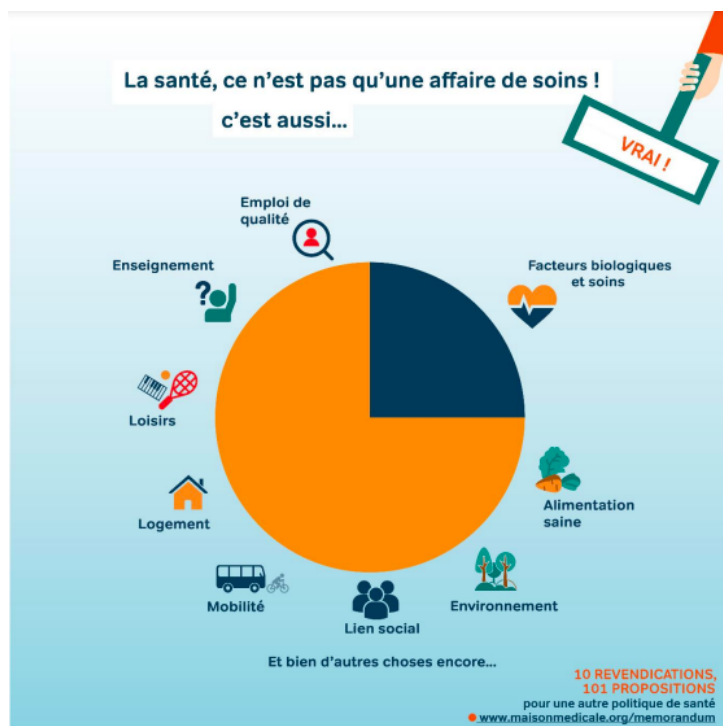


Image 3 : La santé, ce n'est pas qu'une affaire de soins ! Fédération des maisons médicales, Bruxelles, 2018.

1.1.3.3 Précarité, pauvreté, vulnérabilité

Afin d'avancer sur l'état de santé et la situation dans laquelle se trouvent les femmes de notre étude, il est important d'étayer quelques concepts.

La précarité est définie comme “l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives” (24).

La pauvreté désigne “l'insuffisance de ressources matérielles, culturelles et sociales se caractérisant par l'exclusion des modes de vie matériels et culturels dominants dans une société” (25).

Ces notions ne sont pas conditionnelles l'une de l'autre même si elles sont intimement liées. Elles ont de multiples visages et la précarité est loin d'être réservée aux SDF ou aux migrants. Elle touche aussi certaines familles monoparentales, des personnes retraitées, des étudiants, des travailleurs pauvres ou des personnes sans emploi...

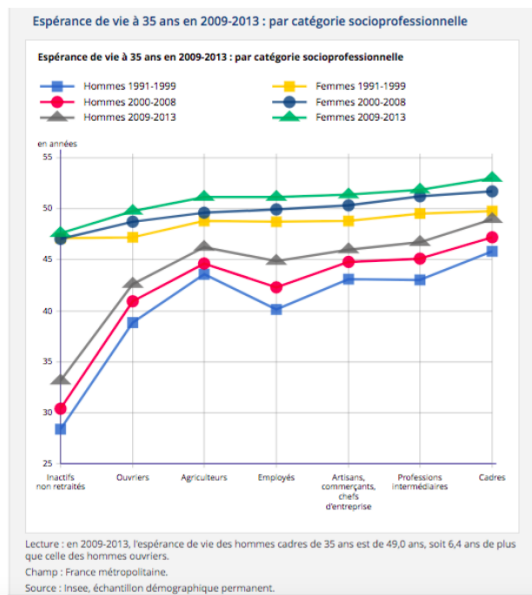
La vulnérabilité est définie par : “celui qui peut être facilement atteint, qui se défend mal”, par l'Agence Nationale de Santé Publique. Ainsi, une population peut être vulnérable à un moment donné dans une situation donnée. Par exemple, en santé, une personne sera vulnérable si elle a un risque augmenté de maladie ou d'événement indésirable touchant sa santé, d'exposition à la violence ou aux blessures. Elle concerne différents profils, se croisant avec les personnes en situation de précarité sans être dépendantes. Elle englobe

plus largement de nombreuses situations, notamment les femmes enceintes, les personnes ayant des conduites addictives, les personnes âgées, les enfants, certaines personnes handicapées, les sans abris... (26)

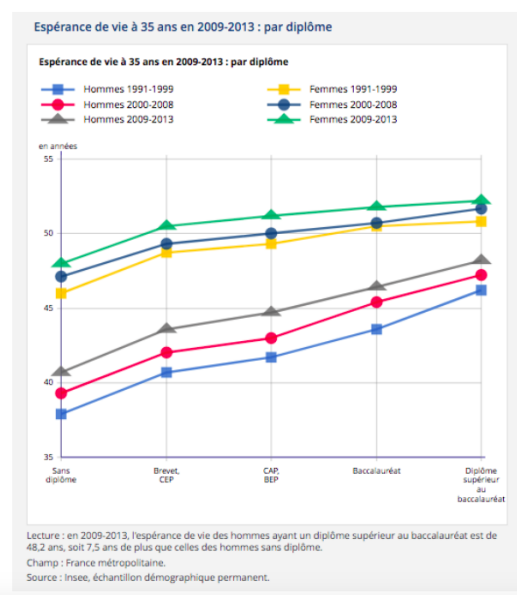
1.1.3.4 Santé et inégalités sociales

L'inégalité de distribution des déterminants sociaux sont à l'origine d'inégalités sociales en santé (ISS) définies comme "toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale".

De manière conventionnelle nous distinguons 3 inégalités sociales en santé : **l'inégalité selon le sexe, selon la catégorie socio-professionnelle et selon le territoire**. Bien qu'il y ait un lien direct entre état de santé et position sociale, il n'est pas le seul baromètre. De plus, les ISS sont considérées comme évitables puisqu'elles ne relèvent pas d'un facteur biologique exclusif.



ISS en France



Images 4 et 5: Espérance de vie à 35 ans en 2009-2013 par catégorie socioprofessionnelle et par diplôme, Insee, 2013.

Malgré les politiques de santé mises en place en France depuis de nombreuses années comme la promotion de la santé et la prévention, un système de santé performant et une couverture sociale large, les inégalités sociales en santé se creusent et augmentent en France et dans le monde.

1.1.3.5 Creusement des inégalités en santé

Au sein d'une même société, les interventions de santé publique peuvent parfois provoquer l'effet inverse que celui escompté. Celui d'aggraver les inégalités sociales en santé. C'est l'hypothèse "**d'équité inverse**". Certaines interventions de santé publique atteignent d'abord les plus riches qui sont en meilleure santé avant de toucher les plus pauvres (27). Ceci s'explique par des inégalités de diffusion, d'information, de disponibilité, d'accès et de recours. Par exemple et de manière simple à comprendre, les personnes analphabètes n'ont pas le même accès

Nous pouvons modéliser l'augmentation des ISS par 3 mécanismes :

- **l'exposition plus fréquente à des risques spécifiques** : travail, logement, alimentation.
- **le déficit de connaissances et d'informations** via plusieurs billets : la relation existante entre le degré d'instruction et la consommation de soins, ainsi que la sensibilité plus faible à l'apparition de signes de maladie.
- **le retard dans le contact avec le système de dépistage et de soins** : soit par manque de ressources financières (consultations, implants, lunettes, médicaments...) ou par des obstacles plus psychosociaux comme la représentation de la maladie ou du soin, par les croyances sans accès à l'éducation pour les moduler, le manque d'attention au corps ou la honte de soi (28).

Les ateliers semblent être une solution à l'accès à l'information et à la réduction des ISS.

1.1.3.6 L'éducation en santé comme outil de lutte contre les inégalités en santé

Depuis maintenant plusieurs années, la construction d'un programme de promotion de la santé est réfléchi afin de réduire les ISS.

En effet, une action en santé s'inscrit dans une société particulière, avec ses croyances et ses représentations, ses normes et ses valeurs et sa situation psychosociale propre, entraînant divers comportements.

Ainsi l'éducation en santé a une **fonction d'homogénéité sociale** qui se développe en tension avec d'autres fonctions :

- **l'émancipation des personnes,**
- **la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes,**

- l'émergence du sujet à partir de "son inscription biologique, historique et sociale" (29-30).

Selon le Comité Régional d'Education pour la santé (CRES Bretagne) réduire les inégalités, **c'est promouvoir des compétences personnelles, réduire les écarts d'accès à l'information, aux structures de soins et à la prévention** (31).

Cette éducation en santé passe par des méthodes pédagogiques adaptées aux personnes. Ceci va concourir à la responsabilisation des patients vis-à-vis de leur santé et va donc rendre le recours aux soins plus facile et plus adapté (32).

La santé communautaire semble répondre en partie à ces problématiques. Elle fait d'ailleurs partie des 5 axes de travail qui ont été définis lors de la commission de l'OMS sur les déterminants en santé (20).

Démontrer l'efficacité de ces actions en santé comme outil de lutte contre les ISS reste néanmoins difficile. La grande diversité des déterminants sociaux responsables d'ISS en est une des principales causes.

De même, l'impact des ateliers en santé s'inscrit dans une temporalité très variable en fonction des personnes. Les conséquences dans la vie des personnes peuvent se mettre en place rapidement comme prendre plusieurs années.

1.2 Atelier en santé

1.2.1 Santé publique et promotion de la santé

La prise de conscience de l'importance d'une santé « publique » a émergé suite aux nombreuses pandémies qui ont marqué l'Histoire et notamment celles du 18 au 20^{ème} siècle (peste, choléra, grippe espagnole de 1918). La création de l'OMS en 1948 en est une belle illustration.

Dès les premières définitions de la santé publique (Charles Edward Amory Winslow en 1920 (33), l'OMS en 1952), plusieurs caractéristiques importantes se dégagent :

- La santé publique nécessite l'étude des déterminants sociaux en santé afin d'être pertinente.
- Elle repose sur une palette d'interventions qui comporte la prévention, la promotion de la santé et l'analyse de la santé de la population.
- Les actions de santé publique sont le fruit "d'efforts communautaires".

Un des axes majeurs de la santé publique est donc la **promotion de la santé**. Cette dernière a commencé à se développer dans les années 80. Dès 1978, la conférence internationale en soin de santé primaire introduit les prémices de la promotion de la santé avec l'abandon de la médecine préventive, l'intégration des médecines traditionnelles conjointes aux médecines modernes et la valorisation des centres de soins gratuits.

Ce processus **confère** aux populations les moyens d'assurer **une plus grande maîtrise de leur propre santé** en vue de l'améliorer. Elle utilise notamment **l'information et l'éducation en santé**.

Elle a plusieurs objectifs :

- Inciter à vouloir et savoir conserver sa bonne santé
- Donner les codes aux personnes pour s'adapter aux changements que la vie provoque
- Recourir à une aide si besoin

A travers cette approche, **la santé devient une ressource et non un but dans la vie quotidienne**.

Une des actions de promotion de la santé qui nous intéresse est celle de l'éducation en santé.

1.2.2.3 Education en santé

Son but n'est pas « de changer les comportements, mais d'accompagner les individus considérés comme **acteurs et auteurs de leur santé** pour leur permettre de faire des choix éclairés, adaptés aux contraintes quotidiennes du milieu dans lequel ils vivent. » L'individu est considéré donc comme acteur et sujet de sa santé, tout en prenant en compte l'influence de son environnement (34).

1.2.2.4 Education en santé comme outil de lutte contre les ISS

F. Tuleu écrit que *“Pour l'éducation pour la santé, réduire les inégalités, c'est promouvoir des **compétences personnelles**, réduire les écarts d'accès à l'information, aux **structures de soins** et à la **prévention**, et combattre les **résistances liées aux représentations** et aux rapports complexes que des populations les plus défavorisées peuvent entretenir vis-à-vis de leur corps, de la santé et des soins.”* (35).

Mr Tuleu, nous fait percevoir que cette démarche contribuerait à la réduction des ISS à plusieurs niveaux :

- L'information, les connaissances et les savoirs

- Les attitudes, les représentations et les croyances
- Les pratiques et le savoir-faire
- Le développement de compétences psychosociales et la gestion du risque

L'éducation en santé est un outil largement employé en santé communautaire..

1.2.3 Santé communautaire

La santé communautaire s'inscrit dans un groupe où les membres font partie d'une collectivité géographique ou sociale et sont conscients de leur appartenance à ce groupe. Cela leur permet de **réfléchir ensemble** à des problèmes de santé qui leur sont propres et d'exprimer leurs besoins prioritaires. Ils participent à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités en santé, qui seront aptes à répondre à leurs objectifs en santé communs (36).

Cela engendre **une implication et un engagement** de chaque individu membre de la communauté autour des projets. En découle une solidarité indispensable associée au respect des individus entre eux, le but étant de construire ensemble, d'améliorer leur santé sur des problématiques communes et d'autoriser les changements sociaux (37).

Grâce à la construction des projets avec les publics concernés, ceux-ci se retrouvent **au cœur de leurs préoccupations, au plus près de leurs besoins**, accentuant leur motivation et leur implication pour leur santé.

Nelson Mandela affirmait : "Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi".

Des médiateurs ou des agents de développement sont présents pour les accompagner, les aider dans les démarches, tout en ayant un regard très proche des habitants. Ce sont des facilitateurs. **Les professionnels et les experts** sont associés à la réflexion et leur expertise devient **une contribution et non une solution unique**.

Les objectifs des programmes de santé communautaire reposent à plusieurs niveaux ;

- d'un point de vue individuel par l'augmentation de l'estime de soi, des savoirs, des savoir-faires, des savoir-être, mis en pratique avec l'appropriation des ressources, comme le **pouvoir d'agir ou l'empowerment** ;
- d'un point de vue **collectif** : création d'un lien entre les habitants et l'amélioration de leur problématique commune en santé ;

- d'un point de vue **institutionnel**, cela permet l'amélioration ou la création d'un lien entre les professionnels de santé et les participants, levant les freins de l'accès aux soins et la désacralisation du système de santé (38).

Ces programmes ont une approche positive de la santé, intégrant les déterminants en santé au cœur des préoccupations et travaillant en intersectorialité pour la promotion de la santé avec la mise en lien et la participation de différents acteurs en santé (39).

1.2.4 Empowerment individuel et collectif

En référence à la Charte d'Ottawa (20), une intervention de promotion de la santé est considérée comme efficace à partir du moment où « elle contribue à **renforcer la capacité** d'un individu ou d'un groupe à **agir** sur les déterminants de sa santé » (40), autrement nommé « **le pouvoir d'agir** » ou « **empowerment** ».

Cela peut être vu comme « un processus social, culturel, psychologique ou politique. Il permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations, d'élaborer des stratégies de participation à la prise de décisions pour répondre à leurs besoins » (41)

De manière plus précise, l'empowerment peut être étoffé dans différentes situations en distinguant le processus individuel et collectif.

D'un point de vue individuel, le pouvoir d'agir d'une personne lui permettrait un processus :

- **d'identification** : qui permet de passer d'un vécu de victime à un sujet acteur de sa vie
- **de participation** : qui permet d'évoluer d'une position de consommateur vers une implication croissante
- **de mise en compétence** : qui permet de passer d'un vécu d'incompétence à la reconnaissance et à la valorisation de ses compétences
- **de responsabilisation** : qui permet de prendre une place reconnue et valorisée.

Au niveau des processus collectifs :

- **d'identification** qui favorise le sentiment d'appartenance et l'aspiration collective vers un projet collectif
- **de participation** qui permet l'intégration des "Je" différents et l'implication de chacun
- **de mise en compétence** du groupe qui favorise et s'appuie sur la mise en compétence de chacun

- **de responsabilisation** qui permet à chacun de prendre une place reconnue et valorisée

1.2.5 Atelier en santé

Les ateliers en santé sont définis en 1998 dans une loi **contre les exclusions**.

Ils sont considérés comme un “**travail en groupe avec des publics démunis**, dans le **but de réduire et prévenir les effets de la précarité sur la santé**” (42). Ils consistent donc à organiser une rencontre entre les professionnels de la promotion de la santé et un public avec des difficultés sociales.

Ses objectifs rejoignent ceux des programmes de santé communautaire.

Ils sont donc basés sur une **dimension individuelle et collective**. En effet **les thématiques abordées sont amenées et choisies par les participants**, afin d’être au plus près de leurs problématiques de santé.

“A partir des compétences, aptitudes et questionnements individuels, on trouve ensemble des réponses possibles, adaptées ; cela implique une valorisation des potentialités de l’individu et du travail collectif” (43).

En effet, selon P. Lamour, “un atelier joue pleinement son rôle quand il sait allier un débat de fond sur des questions, qu’il laisse la place aux savoirs et savoir-faire des usagers, et qu’il sait aussi s’enraciner dans des apports concrets pour la vie quotidienne des participants” (2).

Les ateliers ne font pas l’objet d’un cours dont le but principal est d’apporter des connaissances. Il s’agit bien de **développer la capacité des individus à mobiliser leurs connaissances**, le tout intégré dans leur dimension entière incluant représentations, cultures, croyances, possibilités physiques et financières.

Il est certain qu’il est nécessaire d’apporter en parallèle une base théorique afin que leurs choix soient le plus éclairés possibles. Par exemple, pour choisir une contraception, il faut avoir une notion des différents moyens disponibles.

Ce processus interactif nécessite l’instauration d’un **climat de confiance** avec les participants, créé en amont des ateliers ou, au fur et à mesure des séances, avec un **nombre limité de participants** (44).

L'utilisation d'**outils ludiques et adaptés** au public rencontré permet de mobiliser plus facilement leurs compétences ou leurs pensées.

1.2.6 Objectifs des ateliers en santé

Les objectifs communs à toutes les séances étaient les suivants:

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

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

1.3 Evaluation

L'évaluation est un processus qui permet d'apprécier l'intervention, dans sa globalité et selon certaines de ces composantes, par une démarche critique et un cadre théorique (45).

L'évaluation est l'un des 4 processus d'une intervention en santé, au même titre que **sa planification, sa mise en œuvre et sa pérennisation**. Elle est pensée et réfléchie lors de la création de l'intervention (46). Le but de l'évaluation est défini pour chaque intervention.

1.3.1 Evaluation des ateliers en santé

L'évaluation d'un atelier en santé est un exercice complexe et multimodal. C'est aujourd'hui un défi majeur pour les responsables des programmes, (25) d'autant plus que nous ne pouvons apporter une relation causale (7).

En effet, **“la finalité de l'action menée n'est pas de quantifier son impact sur les paramètres de santé mais de permettre aux participantes de choisir de manière libre, éclairée et autonome leurs comportements de santé”** (1).

Comment pouvons-nous donc mettre en évidence cela ? Un participant ayant renforcé son estime de soi, son savoir-faire, son savoir-être ou ses connaissances va-t-il pour autant utiliser ses compétences ? Comment malgré nos méthodes quantitatives ou qualitatives, pouvons-nous démontrer l'efficacité d'une action en santé ? De nombreuses théories se complètent et s'opposent.

De plus, l'amélioration de la santé des individus et l'utilisation de leur pouvoir d'agir sont influencées par une série d'inter-relations entre plusieurs déterminants et facteurs. Mettre en évidence une relation de cause à effet stable est donc particulièrement délicat.

Certains changements peuvent en effet survenir des années plus tard et donc en dehors du cadre de l'évaluation.

Mais l'évaluation des ateliers n'a pas pour seule vocation de chiffrer et de satisfaire les professionnels. **“En réalité, l'évaluation remplit une pluralité de fonctions au service de tous : accumuler de la connaissance, estimer la valeur de l'action accomplie, générer du changement, susciter un débat avec l'ensemble des acteurs engagés, les faire progresser collectivement, mobiliser et contribuer à l'appropriation de l'intervention”** (47).

Ainsi, l'évaluation est au service de tous les acteurs, des décideurs et gestionnaires aux bénéficiaires, en passant par les financeurs et les intervenants.

L'évaluation des ateliers en santé se compose de **2 parties** :

- **L'évaluation du résultat**
- **L'évaluation du processus**

Le résultat englobe plusieurs points.

Le premier est la **réponse aux objectifs de santé et des objectifs spécifiques** définis lors de la construction du programme de promotion en santé. Il est également centré sur la **satisfaction des participants**.

De plus, devant la complexité de mettre en évidence certains résultats, ils peuvent, dans le cadre des ateliers en santé, être décortiqués selon les **paradigmes de J.Fortin** (ci-dessous).

Le processus correspond **aux ressources nécessaires** pour faire fonctionner ce programme, de la création à la fin des ateliers.

Ils correspondent aux besoins humains, financiers, matériels, ainsi qu'à la charge de travail et de temps accordée par les différents intervenants. Puis, sont décortiqués via le contenu

des séances, le suivi des conducteurs de séances, la participation des individus. Ces éléments permettent d'apprécier le déroulement des séances.

Par ailleurs, l'évaluation dépend et intègre le diagnostic de situation, plaçant la mission dans un contexte médico-social ciblé.

Il faut savoir que l'utilisation de méthodes mixtes, qualitatives et quantitatives, permet d'élargir le champ des variables analysables et apportent des informations complémentaires.

Aujourd'hui, nous voulons évaluer ces ateliers afin de les améliorer dès à présent et de manière continue au service des participants mais également des intervenants, de les faire perdurer, de mesurer leur efficacité, ainsi que de justifier leur nécessité auprès des décideurs et des financeurs (6).

1.3.2 Les 4 paradigmes de J.Fortin

Dans les années 2000, face au développement de la promotion en santé et dans une volonté d'évaluation, J. Fortin développe quatre paradigmes afin de mieux définir ce que nous cherchons et entreprenons par nos actions en santé : le paradigme **rationnel, humaniste, de la dialectique sociale et écologique.**

Le paradigme rationnel est issu d'une pédagogie "académique et verticale où le maître dispense un savoir prédéterminé à l'élève (ou au malade) qui obéit". Le sachant dit "ce qui est bien ou mal". Il est aujourd'hui fortement rejeté par les intervenants travaillant dans l'éducation pour la santé (4).

Il faut distinguer l'apport de connaissances et le paradigme rationnel. En effet, dans la théorie de J. Fortin, le savoir est détenu par le scientifique et n'est pas expliqué au patient. Ce dernier s'abandonne au maître qui, détenteur du savoir, fait le choix qu'il estime être le meilleur pour le malade. Lors des ateliers en santé, l'apport d'un savoir est présent. Mais, il est transmis dans une **volonté d'appropriation** par les participants. En effet, la **connaissance reste un pré-requis à un choix éclairé.** Cependant ce n'est pas un des objectifs en soi des ateliers en santé.

Le paradigme humaniste promeut les **valeurs centrées sur l'individu.** Celui-ci "participe activement à la construction de ses savoirs qu'il enrichit de son vécu et de son expérience". L'éducateur a alors un rôle d'**accompagnement** dans le cheminement singulier du sujet. "La démarche éducative s'attache à développer des facteurs motivationnels et décisionnels à partir de l'intégration des connaissances et d'une image de soi positive en permettant au

sujet d'affirmer son point de vue et de se sentir également capable d'entreprendre un changement dans son mode de vie et dans ses comportements, **dans une perspective de promotion de la santé clairement choisie**" (3). Cette pratique est primordiale dans les ateliers en santé, elle s'appuie sur **la valorisation et le renforcement des compétences préexistantes** des participants (4).

Le paradigme de la dialecte sociale fait interagir l'homme avec son environnement humain, grâce à l'ensemble des qualités personnelles qu'il a développé. L'individu s'inscrit au sein de groupes sociaux et dans des contextes particuliers. Le groupe devient à la fois un **cadre de productions coopératives**, de savoirs et d'apprentissages ainsi qu'un lieu **d'expérimentations de compétences sociales**. L'aboutissement de ce concept est **l'empowerment de l'individu et du groupe**.

Le paradigme écologique est systémique et intègre les paramètres environnementaux gravitant autour de l'individu. Il prend en compte les données rationnelles, humanistes et de la dialecte sociale en les plaçant "dans une dimension contextuelle et dynamique. **Il souligne l'importance des interactions entre les personnes et leurs environnement**". Il permet d'intégrer les « impondérables décisionnels », déclencheurs de l'action qui surgissent dans la vie quotidienne auxquels l'individu donne sens à un moment donné de son parcours personnel" (4). Ils soulignent qu'à eux seuls, les ateliers ne peuvent avoir de réels impacts sur la réduction des inégalités sociales de santé, mais que cela s'inscrit dans un ensemble de politique et d'actions, dans une lutte contre les ISS.

Ces paradigmes nous offrent une ligne de réflexion permettant la construction de nos actions en santé et leur évaluation.

1.3.4 Méthodes d'évaluation : le choix d'une méthode mixte

Depuis de nombreuses années, nous sommes confrontés à la difficulté de l'évaluation d'une action en santé. En effet, avec le développement de la promotion en santé et compte tenu de la nature complexe des interventions mises en œuvre pour réduire les inégalités en santé, le recours à des méthodes qualitatives est indispensable. Cependant, il est bien souvent demandé aux intervenants de fournir des preuves tangibles et concrètes, par les méthodes quantitatives.

C'est pour cela que se sont aujourd'hui développés des méthodes mixtes, alliant des éléments quantitatifs et des critères qualitatifs (48).

Les données quantitatives permettent de dénombrer et mesurer. Les réponses sont courtes et préformées, donnant lieu à une analyse statistique.

Les données qualitatives permettent de pouvoir appréhender des phénomènes, de chercher à les comprendre et à expliquer leur impact sur les façons de faire et de penser des populations, phénomènes que l'on ne peut appréhender que de cette manière.

1.3.5 Objectifs de l'évaluation

L'objectif principal de l'évaluation est de pouvoir **adapter au mieux les ateliers en santé aux besoins des patientes de l'UGOMPS.**

L'évaluation des ateliers permettra l'amélioration de ceux-ci afin de répondre à leurs priorités mais également à celle de santé publique.

Nous avons défini des objectifs secondaires permettant de préciser notre action :

- **Mesurer l'efficacité de l'action**
- **Améliorer la qualité des ateliers**
- **Communiquer sur le programme et le valoriser**
- **Justifier les ateliers auprès des décideurs et des financeurs**
- **Faire perdurer ces ateliers**

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Présentation de la démarche

Le but de notre évaluation est d'adapter au mieux les ateliers aux besoins des patientes, tout en y intégrant les objectifs en santé des professionnels de l'UGOMPS.

Pour ce faire, nous avons choisi une évaluation **multimodale** via différents supports (questionnaires, verbatims, observations, lectures des grilles séances) ainsi qu'une **méthode mixte qualitative et quantitative.**

Le processus des ateliers s'est déroulé selon plusieurs étapes :

- Inclusion des patientes
- Organisation et réalisation des entretiens individuels

- Choix des thématiques par les patientes
- Recrutement des intervenants spécifiques
- Réalisation des ateliers.

Après les ateliers, j'ai effectué une seconde série d'entretiens individuels avec chaque participante afin de recueillir leurs ressentis à travers 2 questionnaires.

2.1.1 Population incluse

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis préalablement lors de la création de ces ateliers au sein de l'UGOMPS en 2021, suite à une réflexion pluri-disciplinaire.

Le critère d'inclusion est le suivant :

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

Le choix d'une population de femmes exclusivement enceintes se justifie sur plusieurs points :

- la représentativité des patientes suivies à l'UGOMPS
- le suivi de leur grossesse amenant à faire perdurer le lien dans le temps
- la valorisation de cet état commun entre toutes les participantes.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

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

Le critère d'inclusion est large, le but étant d'obtenir une population hétérogène, sans discrimination sur l'ethnie et le parcours de vie.

L'inclusion ne se faisait pas après le 2ème trimestre pour plusieurs raisons :

- D'une part, dans un souci de suivi et afin de ne pas perdre de vue les patientes après leur accouchement
- D'autre part, afin d'éviter que ces ateliers deviennent une contrainte pour des femmes en fin de grossesse ou venant d'accoucher

Les ateliers ont été proposés lors de consultations médicales ou via le groupe « maman bébé ». C'est un groupe de parole prenant place au sein du CHU, de maman francophone,

accouchant pour la première fois et originaires d'autres pays. Le recrutement de ces patientes était donc basé sur le volontariat.

Les ateliers étaient alors expliqués lors de cette consultation et les patientes étaient libres d'accepter ou de refuser. Elles pouvaient également donner leur réponse dans un second temps, permettant une plus grande liberté au refus.

2.1.2 Description des ateliers et entretiens

Les entretiens et les ateliers ont suivi le schéma monté par les deux thésardes qui ont créé le programme l'année dernière.

2.1.2.1 Entretien individuel pré-atelier

Avant de débiter les ateliers, ont été réalisés en avril 2022, les entretiens individuels à l'UGOMPS. Leur but était de dresser le diagnostic de situation.

Chaque patiente était convoquée pour rencontrer un professionnel de santé pendant environ 1h. A cette occasion, dans le cadre de l'évaluation, la partie "AVANT" du questionnaire AVANT / APRÈS était effectuée.

Ces entretiens diagnostiques ont majoritairement été conduits par l'animatrice des ateliers.

En tant qu'évaluatrice j'ai pu assister à plusieurs entretiens afin de me présenter, de ressentir au mieux le besoin de femmes en saisissant le caractère non verbal de leurs réactions et d'adapter les questionnaires.

Ils ont été réalisés en suivant la trame existante réalisée l'année dernière, appelée "**guide d'entretien initial**". Leur élaboration s'était appuyée sur la méthode appliquée à l'éducation thérapeutique, notamment avec le **bilan éducatif partagé (BEP)**. Celui-ci a pour vocation d'**explorer** à l'aide d'un guide d'entretien les **dimensions biomédicales, psychoaffectives, socio-professionnelles, cognitives et identitaires** en lien avec la thématique de santé.

Il est composé de 3 parties explorant :

- leurs besoins en santé et leur rapport au monde médical,
- leurs perceptions et représentations de leur santé en tant que femme,
- la recherche des thématiques qu'elles souhaitent aborder, découlant de leurs besoins.

Afin de faciliter ces échanges, les thésardes qui ont créé ces ateliers en santé, ont élaboré avec une spécialiste du graphisme, un outil visuel, sous forme de vignettes et d'émoticônes. Les vignettes représentant des thématiques en santé de la femme et les émoticônes les émotions (annexe n°1).

Le guide d'entretien initial a été partiellement adapté au questionnaire "AVANT" de ma thèse exposé lors de cet échange, dans un souci d'allègement et d'éviter la redondance des questions.

2.1.2.2 Atelier en santé

Les ateliers ont été réalisés à l'UGOMPS, sur **5 séances** durant les mois de mai, juin et juillet 2022. Ils étaient prévus toutes les 2 semaines de 14h30 à 17h.

A chaque atelier étaient présentes : une animatrice; Aude, une intervenante spécifique à la thématique du jour, ainsi qu'une médiatrice en santé et interprète; Mame. J'ai assisté à chaque séance en tant qu'observatrice.

Les séances étaient réfléchies et construites en amont entre les différents professionnels via le **conducteur de séance**. Les différents temps étaient précisés, les outils et supports programmés, en s'adaptant au mieux aux expériences de chacun et au diagnostic de situation (annexe n°2).

Des techniques d'animation ont été utilisées grâce à 2 formations reçues spécifiquement pour ces ateliers. Les séances se sont appuyées sur des outils améliorant la qualité interactive des échanges, tels que des photolangages, des maquettes ou des extraits de films.

2.1.2.3 Entretien individuel post atelier

Après le cycle d'atelier, j'ai réalisé des entretiens individuels avec chaque participante afin de recueillir leurs impressions et leurs avis sur les séances, ainsi que pour compléter le questionnaire participante et la partie "Après" du questionnaire AVANT / APRÈS. Je contactais chaque participante par téléphone et proposais un entretien dans le lieu qu'elle souhaitait (chez elle, à l'UGOMPS, ou dans un lieu informel à l'extérieur). Ces entretiens duraient environ 1 heure.

2.1.3 Cadre logique

La conception des ateliers fait suite aux entretiens diagnostiques qui ont permis de repérer les principaux besoins en santé des femmes. Les intervenants spécialisés pour chaque thématique choisie ont été conviés au fur et à mesure selon les demandes des patientes.

Rien n'a donc été prédéfini. La construction de ce projet s'est faite de manière progressive et adaptative selon les demandes en santé du groupe de femmes interrogées.

Lors de la première série d'atelier, 4 ateliers avaient été réalisés. Cependant, certaines thématiques demandées n'avaient pu être traitées. Lors de notre deuxième série, nous avons prévu d'emblée 5 ateliers pour pallier ce manque. L'intégration d'une médiatrice en santé et interprète avait été relevée comme essentielle.

Ces ateliers doivent s'inscrire dans le parcours de soin des patientes et dans la prise en charge globale de leur santé en tant que Femme. Ils interviennent au sein de l'UGOMPS dans un lieu sûr, lié au soin et au bien-être des participantes.

La fonction groupale de l'atelier est soulignée comme un lien fort et un lieu d'évolution, propice aux partages et aux échanges, favorable à l'expression et à l'intime, permettant la mise en lumière de leurs forces et de leurs ressources, créant du lien entre les participantes, mais aussi entre elles et les soignants.

2.1.4 Méthodes d'évaluation mixte : qualitative et quantitative

Comme nous l'avons vu précédemment, l'évaluation d'ateliers en santé est laborieuse et complexe. Les liens de causalité sont la plupart du temps inexistantes et nos méthodes d'évaluation partiellement adaptées. Depuis plusieurs années, devant la demande croissante d'évaluation et de vérification d'efficacité des programmes de promotion de la santé, se développent des méthodes mixtes, qualitatives et quantitatives (48).

Les données quantitatives sont relevées majoritairement au cours du questionnaire AVANT / APRÈS. Dans les enquêtes auprès des professionnels et des participantes, il existait également quelques items quantitatifs. Les données qualitatives sont-elles aussi tirées de ces deux questionnaires mais aussi des grilles séances, notamment par le report des verbatims durant les séances.

2.2 Confection des grilles séances et questionnaires

Les grilles séances et les questionnaires ont été travaillés et confectionnés en amont des ateliers. Ceci s'est fait en partie à l'aide de ressources bibliographiques. L'expérience de ma directrice de thèse a beaucoup contribué à perfectionner la formulation pour la compréhension des questions, alliage délicat entre nos objectifs de santé et de thèse et le niveau de compréhension du public.

Lors des premiers entretiens nous avons réalisé l'importance de cette barrière de la compréhension, tant par les subtilités linguistiques, que par les concepts. Nous avons donc modifié certaines parties des questionnaires réalisés lors de la phase diagnostique.

Il y a donc dans cette évaluation :

- un questionnaire **AVANT / APRES** réalisé en deux parties, avant et après les ateliers, destinée aux participantes
- un questionnaire participante, posé à la fin des ateliers
- un questionnaire destiné aux professionnels après chaque séance
- une grille séance, d'observation

2.2.1 Questionnaire AVANT / APRÈS (participantes)

Ce questionnaire permet d'explorer les connaissances, les représentations et les croyances des participantes, ainsi que leurs attentes des ateliers. L'objectif est de reposer les mêmes questions à la fin des ateliers et d'analyser les changements dans leurs réponses, dans leurs perceptions, leurs connaissances et leurs capacités d'agir. Il permet une évaluation majoritairement quantitative. Y est inclus quelques questions à réponse libre, données alors qualitatives (Annexe 3).

2.2.2 Questionnaire participante

Le questionnaire AVANT / APRÈS est complété par un "**questionnaire participante**", majoritairement qualitatif (**annexe 4**). Celui-ci est rempli avec les femmes, lors des entretiens individuels après le cycle d'atelier. Il permet d'explorer plus largement les aspects positifs et négatifs ressentis lors des ateliers, ainsi que les remarques et les pistes d'améliorations possibles. Il étudie le processus du programme, la réponse aux objectifs en santé et leur satisfaction.

2.2.3 Grille d'observation des séances

Les grilles d'observation des séances ont été créées afin de relever les différents aspects d'un atelier (**annexe 5**). Il y est **notifié les phrases clés, les émotions, les points forts et les points faibles de l'atelier**. Elles ont pour vocation d'être remplies pendant l'atelier ou à la fin.

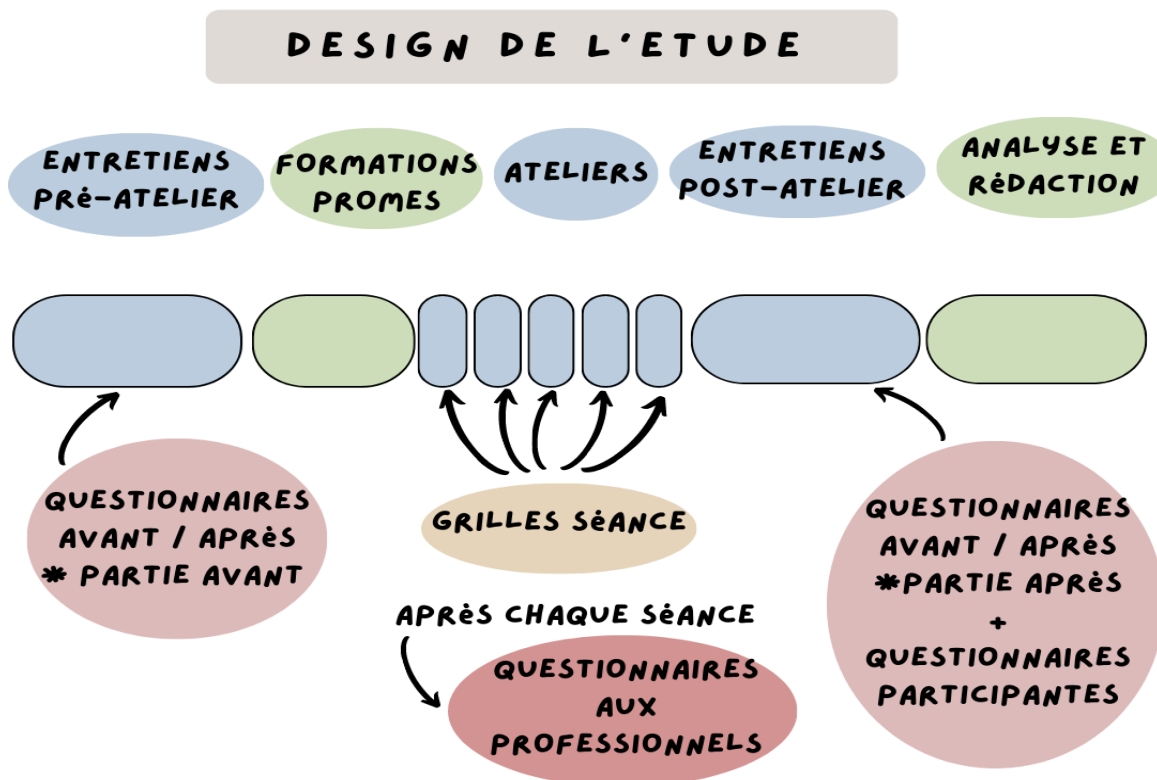
Ces outils tirent leur inspiration des grilles d'observation de réunion du groupe "*Pluri'Elles*", réalisées par Médecin du Monde, dans le cadre du programme de promotion de la santé en milieu carcéral à la maison d'arrêt des femmes à Nantes. (49)

2.2.4 Questionnaire aux professionnels

Après chaque atelier, était remis aux intervenants un questionnaire explorant leur investissement et leur formation, leurs ressentis et émotions pendant les ateliers, ainsi que les pistes d'amélioration possibles. Les professionnels présents sur plusieurs séances, l'ont rempli à la fin de leur participation. (Annexe 6)

2.2.5 Verbatims

Lors des séances, les phrases clés des patientes étaient recueillies sur la grille séance et dans les questionnaires des intervenants s'ils le souhaitaient. De plus, chaque séance a été enregistrée afin de retranscrire le verbatim des patientes. A la fin de ce travail, chaque enregistrement a été supprimé.



EVALUATION PAR LES PARTICIPANTES

EVALUATION PAR LES PROFESSIONNELS

Figure numéro 1 : Design de l'étude

2.3 Méthodes d'analyse de données

Concernant les données quantitatives, les variables continues sont décrites par la moyenne avec l'écart type, exprimées en chiffre absolue ou en pourcentage.

Pour les données qualitatives, elles sont recueillies lors des questionnaires ou issues des observations directes. Dans ce cas, elles sont éditées sous forme de verbatims.

L'analyse des verbatims lors des séances et des entretiens, s'inspire du modèle de la théorie ancrée. L'étiquetage initial, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés par simple traitement de texte.

2.4 Les règles éthiques et juridiques des enquêtes

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

L'avis du service la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été requis. Il a confirmé qu'une demande auprès du comité d'éthique n'était pas nécessaire puisqu'il s'agit d'une recherche hors loi Jardé. Le consentement des patientes a donc été recueilli à l'oral au début des entretiens. Une feuille d'information a été distribuée à chaque patiente (**annexe 7**).

2.5 Calendrier

Le projet a débuté en janvier 2022. Durant les premiers mois jusqu'en avril ce fut l'étude bibliographique. En parallèle, à partir de fin février, a débuté le recrutement des patientes puis la programmation des entretiens individuels. Ces derniers ont été effectués au cours du mois d'avril. Les formations se sont déroulées le 19 avril et le 3 mai après-midi.

Les séances se sont tenues les vendredis 6 mai, 20 mai, 10 juin, 24 juin et 8 juillet. Les entretiens post-ateliers ont été réalisés de mi juillet à mi septembre.

L'écriture de la thèse s'est poursuivie jusqu'en avril 2023 et la soutenance en mai 2023.

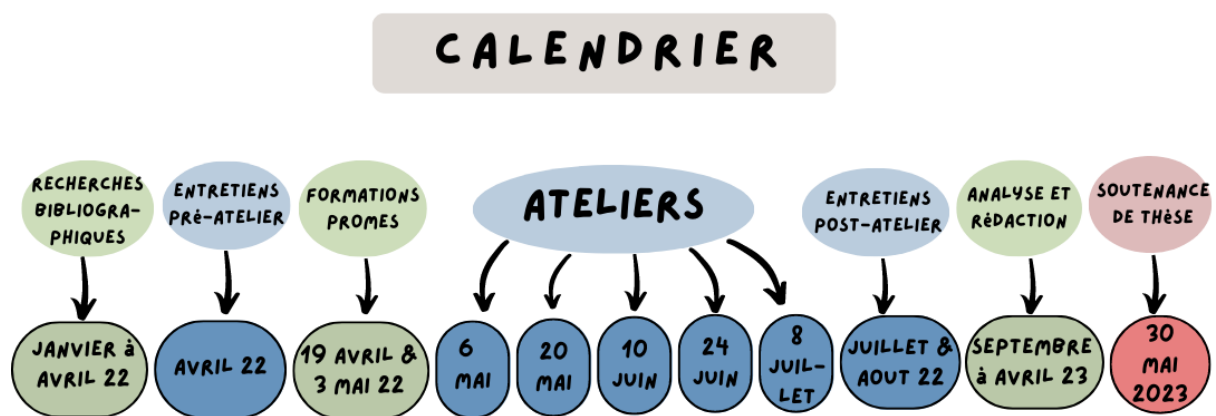


Figure numéro 2 : calendrier des ateliers en santé de la femme à l'UGOMPS

3. RÉSULTATS

3.1 Population

Douze femmes ont été incluses au sein des femmes suivies par l'UGOMPS. Elles avaient entre 20 et 36 ans avec une moyenne de **26,9 ans**.

Elles étaient majoritairement originaires de **Guinée (7/12) et de Côte d'Ivoire (3/12)**. Une femme était née au Burkina Faso mais avait grandi en Côte d'Ivoire et une femme venait du Congo.

Elles étaient toutes issues d'un **parcours migratoire**, arrivées en France pour 10 d'entre elles en 2021, une en 2017 et une en février 2022.

La plupart étaient déjà mères (8/12) mais seulement 5 d'entre elles avaient leurs enfants en France, dont deux avaient leurs plus grands au pays. 2 étaient mariées, la moitié en couple non mariées et 4/12 célibataires.

Elles logeaient chez des amis (3/12), chez des compatriotes (4/12), dans les hébergements 115 (4/12), en CADA (1/12) ou en appartement (1/12). Seulement 4 femmes avaient des revenus, 2 par la caisse d'allocation familiale (CAF), 1 par l'OFII et 1 en effectuant des garderies d'enfants (non déclarées).

Deux tiers des femmes avaient leur droit à la santé ouvert avec la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), 1 était en attente et 3 n'avaient aucun droit ni demande en cours.

Leurs situations administratives étaient diverses : 8 d'entre elles étaient demandeuses d'asile, 3 attendaient des titres de séjour et 1 le regroupement familial.

La plupart avaient été jusqu'au collège (7/12), 1 à la terminale et même 1 était diplômée d'un master de comptabilité soit bac + 5. Deux d'entre elles n'avaient jamais été à l'école et 1 avait suivi les cours jusqu'au CM2.

Dans leurs pays d'origine, 5 étaient dans le commerce, 1 était comptable, 1 femme de ménage, 1 travaillait en tant qu'aide soignante, 1 en tant que coiffeuse, 1 en tant qu'agent d'assurance et 2 n'avaient jamais travaillé.

Tableau numéro 1 : caractéristiques de la population incluse

Âge	Pays d'origine	ATCD de grossesse	Enfant à charge en France	Date d'arrivée en France	Niveau d'étude	Logement	Revenu	Statut marital	Situation administrative	Couverture maladie	Travail antérieur
24	Côte d'ivoire	G3P2	2	08/21	0	Hôtel 115	0	En couple non marié	Demande d'asile	Ouverture des droits en cours	Commerce
28	Côte d'ivoire	G2P1	1	09/21	CM2	Compatriote	0	En couple	Demande titre de séjour	C2S	Commerce
26	Guinée	G3P2	0	11/21	Collège	Hôtel 115	0	En couple	Demande d'asile	C2S	Femme de ménage
28	Côte d'Ivoire	G2P1	0	09/21	4ème	amis	0	En couple	Demande d'asile	C2S	Agent d'assurance
24	Guinée	G2P1	1	03/21	Collège	CADA	OFII	Célibataire	Demande d'asile	C2S	0
25	Guinée	G1P0	0	09/21	Terminale	Appartement	Salaire non déclaré (Garderie)	Mariée	Regroupement familial	C2S	0
32	Burkinabé	G4P3	1	2021	3ème	Hôtel 115	CAF	Mariée	Demande d'asile	C2S	Aide soignante
36	Guinée	G3P2	1	2017	Terminale	Compatriote	CAF	Célibataire	Demande titre de séjour	C2S	Coiffeuse
21	Guinée	G1P0	0	08/21	Collège	Ami + Hôtel 115	0	En couple	Demande d'asile	0	Vendeuse
30	Congo	G1P0	0	10/21	Bac +5	Ami	0	Célibataire	Demande titre de séjour	0	Comptabilité
23	Guinée	G1P0	0	02/22	Collège	Compatriote	0	Célibataire	Demande d'asile	0	Commerce
26	Guinée	G4P3	0	10/21	0	Compatriote	0	En couple	Demande d'asile	C2S	Commerce

3.2 Evaluation du diagnostic de situation

Ces ateliers naissent du constat fait auprès des professionnels de santé et des patientes, **du besoin d'un temps plus informel et privilégié** où l'exploration de leur santé de femme de manière globale est nécessaire. Pour ce faire, la première étape consiste à **établir une représentation de la situation ainsi que d'étudier et d'évaluer les besoins en santé qui en découlent.**

Le diagnostic de situation a été effectué par Aude et Cécilia lors de la création des ateliers, l'année dernière dans le cadre de leur thèse de médecine générale (1). Comme décrit ci-dessus, il a un contenu exhaustif : exploration du besoins en santé des femmes, de leurs représentations et de leurs perceptions en santé en tant que femme, pour enfin discuter avec elles de leurs attentes et choisir les thématiques qui leur correspondent le mieux.

Un très grand panel des domaines de leur santé sont analysés :

- **l'accès** à l'information en santé et à la santé elle-même; tabou, prix, accès à la couverture maladie, difficulté d'avoir un médecin traitant.
- **l'autonomie** en santé avec leur rapport au soignant.
- leur **capacité d'action** via leur sensibilité, leur autonomie, leur compréhension et leur esprit critique.
- leurs **connaissances, représentations et expériences** de la santé de la femme, notamment sur le champs des règles et du cycle menstruel, de la contraception, de leur corps de femme, de leurs rapports sexuels, de la maternité et de l'accouchement.
- **la place de la vie de femme** au sein de la société, leur positionnement par rapport à l'homme, leur place dans le couple, la place de l'enfant et de la maternité, la place de la famille, de la loi, du travail et des études, de Dieu et de la religion.
- leurs **difficultés** dans leur vie de femme par la barrière de la langue, le racisme, l'isolement affectif, la précarité sociale, les difficultés dans leur relations aux hommes, leur santé de femmes avec les cycles douloureux, la grossesse.
- **leur rapport à soi et au monde**, de part leur estime d'elle même, leur sexualité, leur image corporelle, leurs expériences et vécus traumatisants, leur maternité et leur féminité.

Ce diagnostic est partiellement reproduit à chaque entretien individuel, via la trame du "guide d'entretien initial".

3.3 Evaluation du processus

L'évaluation du processus explore les aspects humains, logistiques et pratiques de la mise en place à la fin des ateliers.

Il étudie donc, les ressources humaines, leurs places et leurs ressentis.

Sur le plan logistique, il analyse :

- les formations
- la préparation des séances
- le financement des professionnels
- les frais des ateliers
- le recrutement des participantes
- l'organisation des ateliers
- la communication
- les présences et absences aux ateliers
- le transport

Puis, le processus étudie de manière temporelle, le déroulement des entretiens et des séances :

- les entretiens pré-ateliers
- la préparation avant l'atelier
- l'arrivée dans la salle des participantes
- les brise glaces et les présentations
- les outils, jeux et débouchés
- le langage
- la répartition de la parole
- la place des enfants
- la conformité aux conducteurs de séance.

L'exploration de tous ces paramètres nous permet d'être exhaustif, afin de détecter les difficultés pour améliorer au mieux les ateliers.

3.3.1 Les ressources humaines

Dr Aude Toulemonde était l'animatrice des ateliers. Elle a participé à toutes les séances et aux entretiens pré atelier.

Mame était la médiatrice en santé et l'interprète si besoin en était. Elle a participé à tous les ateliers sauf le dernier.

Les intervenants spécifiques dans les ateliers sont les suivant :

- Maud, infirmière du centre de planification et d'éducation familiale
- Marie, sage-femme à l'UGOMPS
- Ludivine, sage-femme et sexologue à l'UGOMPS
- Melika, socio-esthéticienne
- une juriste spécialiste du droit des femmes et Juliette, kinésithérapeute spécialisée dans les violences faites aux femmes et des douleurs pelviennes séquellaires.

3.3.1.1 Place de l'animatrice

Aude, en tant qu'animatrice et organisatrice, a occupé une **place centrale**, dans la confection des ateliers, dans leur déroulement et dans la relation avec les participantes. En effet, c'est elle qui a recruté la majorité des patientes et qui a réalisé la plupart des entretiens individuels. Elle a **organisé** les séances, sélectionné les intervenants et demandé les formations pour les professionnels. Elle a également rédigé les trames des conducteurs de séances lors de la création du programme.

Lors des séances, elle avait un **rôle pivot, d'animation et de coordination** entre les intervenantes et les participantes. Elle introduisait les thématiques, énonçait les règles de bienséances et démarrait les ateliers. Elle permettait d'inclure les femmes les plus discrètes en redistribuant la parole si besoin en était, elle s'assurait de la bonne compréhension de tous, reprenait les explications si elle sentait une incompréhension, et parfois résumait les explications.

Elle était également la **figure centrale** des femmes, qui la connaissait de par leur parcours de grossesse ou par les entretiens individuels. D'ailleurs pour 3/8 d'entre elles, Aude était "**la tête**" ou "**la chef**". C'est également elle qui "donnait les infos, les idées et les explications" (2/8). Une des femmes a perçue son rôle de "**modératrice**". Pour une dernière, c'était "*la prof, elle renseignait*".

Les intervenantes ne trouvaient rien à redire afin d'améliorer le rôle de l'animatrice puisqu'*elle avait déjà plein de ressources*".

Elle-même suggérait "*une formation supplémentaire*" en tant que possibilité d'amélioration.

On peut donc percevoir son rôle central ainsi que le transfert des femmes. Elle est la garante du cadre des ateliers, le pilier de sécurité.

3.3.1.2 Place de la médiatrice & interprète

Mame avait le rôle de **l'interprète et de la médiatrice** en santé. En effet, Mame est traductrice pour l'Association Santé Migrant Loire Atlantique (ASAMLA). Elle était financée via un partenariat avec le CHU de Nantes. De plus, Mame a animé des groupes de paroles dans le cadre de son travail à l'ASAMLA, sur la thématique de l'excision. Elle a donc une expérience dans l'accompagnement des groupes.

Elle est également issue de la même communauté que les participantes, créant donc un **lien communautaire** avec les femmes.

D'ailleurs, à plusieurs reprises, les femmes préféraient s'exprimer dans leur langue maternelle à Mame concernant des sujets tabous ou difficiles. Elles nous expliquaient qu'elles le faisaient soit par pudeur, soit par simplicité sur des sujets déjà difficiles à aborder, soit par méconnaissance des termes techniques en français.

Il est à noter que Mame nous a régulièrement partagé ses propres expériences, professionnelles ou personnelles, afin de débiter des discussions ou rebondir au cours de certains dialogues qui stagnaient.

Mame représentait pour les participantes une figure d'intégration et de réussite importante. Nous sentions parfois l'admiration des femmes et l'envie d'y arriver à leur tour, leur donnant courage et volonté.

Selon les participantes, **7/8** ont bien perçu son rôle de **traductrice ou d'interprète**. La dernière femme signalait qu'il était parfois plus simple de pouvoir s'exprimer auprès de Mame dans leur langue natale.

Pour les professionnels de santé, **4/6** d'entre elles, la décrivait comme "**essentielle**", afin de "**faciliter**" le déroulement (1/6), pour "**s'adapter aux patientes**" (1/6), pour "**traduire et reformuler**" (1/6), "**pour la compréhension et la communication**" (1/6). Concernant les pistes d'amélioration de son rôle, "**qu'elle puisse participer à la préparation des ateliers**". Une des intervenantes suggérait "**qu'il puisse avoir une interprète pour chaque participante qui ne comprenait pas bien**".

Pour Mame, son rôle consiste en une "**écoute et à un partage d'expériences, leur permettant de ne pas se sentir seule, pour entretenir ce lieu de parole et également afin qu'elles puissent avoir une identification auprès d'elles comme personne ressource.**"

L'amélioration de sa place pourrait passer par une **meilleure articulation avec son emploi du temps à l'ASAMLA et un financement propre.**

3.3.1.3 Place des intervenants

Pour les participantes, elles ont **toutes** trouvé que les intervenants étaient “**biens**”, et certaines les ont décrit comme des “**experts**”, donnant les “**explications**”

3.3.2 Logistique

3.3.2.1 Formation

En amont des ateliers, **2 formations à l’animation d’atelier en santé** ont été effectuées au sein de l’UGOMPS avec le Dr Anne Le Rhun. Elle est médecin en santé publique, travaille à l’unité PromES du CHU de Nantes. Elle est spécialisée dans l’éducation thérapeutique et la promotion de la santé. Ces deux après-midi de formation étaient théoriques et pratiques, ouvertes aux professionnelles de santé intervenant dans les ateliers. Y participaient également deux patientes paires, devenues accompagnatrices dans le cadre des programmes d’ETP et nous permettant un autre regard. Finalement, seule une partie des professionnels intervenants sur les ateliers en santé ont pu se rendre disponibles.

Ces formations nous ont appris à placer le cadre afin de sécuriser les ateliers et les femmes en leur sein, à articuler les grands temps, utiliser des abaques, donner des idées d’outils et de jeux appropriés au public rencontré. Également, de nombreux conseils et astuces ont été délivrés. Par exemple, l’importance de la flexibilité ; ne pas insister pour “finir entièrement le programme” lors d’une séance car celui-ci répond en partie à nos objectifs de santé et pas forcément à ceux des femmes.

3.3.2.2 Préparation

Chaque professionnelle avait en amont préparé des notes, révisé les thématiques abordées, sélectionné des questions, des outils (schémas, maquettes, matériels de contraception, photolangages) ou des jeux (brises glace) qu’elles souhaitaient utiliser.

Les intervenantes déclarent avoir **préparé** les séances pendant en moyenne **2h45 [2 à 5h]**.

Une des intervenantes estimait ne pas pouvoir définir ce temps de travail.

Pour l’animatrice, le temps estimé est à **plus de 20h** de travail en amont. La médiatrice n’a pas nécessité de préparation particulière.

5/7 des intervenants avaient participé à des **formations** d’animation d’atelier en santé et **5/7** avaient reçu des **conseils** avant, tels que :

- *“faire des questions ouvertes”*
- *“être à l’écoute, sans jugement”*
- *“ne pas faire de cours mais faciliter le partage d’expérience et l’expression de*

chacun”

- “s’adapter à son public en faisant attention aux termes et au vocabulaire employés”

3.3.2.3 Financement des professionnels

3 professionnelles sur 7 n’étaient **pas financées** pour intervenir et venaient sur leur temps personnel. Les autres travaillaient à l’UGOMPS et ces temps s’inscrivaient dans leur activité hospitalière. La médiatrice était payée par l’intermédiaire de son contrat entre le CHU et l’ASAMLA.

Parmi les intervenantes non rémunérées, 2 personnes sur 3 ont ouvertement décrit le fait **de ne pas être payé** comme un **frein** à revenir lors de prochains ateliers.

3.3.2.4 Frais des ateliers

Un devis a été établi comprenant les charges pour la réalisation des ateliers en santé.

Objet : DEVIS ATELIERS EN SANTE FEMININE

2 cycles de 5 séances d’ateliers pour 2022

Durée de chaque séance : 2H

1 animateur professionnel du CHU

1 intervenant soit extérieur soit professionnel du CHU

1 médiatrice/traductrice ASAMLA (convention CHU)

Devis reçu avant l’exécution de la prestation

Description	Unité	Quantité	Prix Unitaire TT en euros	Prix Total TT en euros
<u>Logistique :</u>				
Vidéoprojecteur portable	UN	1	300	300
Film « le Premier Cri » de Gilles de Maistre	UN	1	9.99	9.99
Film « Woman » de Yann Arthus Bertrand	UN	1	9.99	9.99
Film sur les violences	UN	1	9.99	9.99
Film sur nouvelle thématique	UN	1	9.99	9.99
Budget collation /5 séances	DEUX	1	25	50
<u>Intervenants sur 2 cycles d’ateliers:</u>				
Rémunération juriste	DEUX	2 Heures	50 euros/heure	200
Rémunération socio-esthétique	DEUX	2 Heures	50 euros/heure	200
			Montant Total TTC en euros	789.96

3.3.2.5 Recrutement des participantes

Les patientes ont été recrutées spontanément lors de leur consultation de suivi de grossesse par les professionnels de santé de l'UGOMPS, selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Quelques minutes étaient consacrées à l'explication des ateliers, sur leur déroulement et leur but.

3.3.2.6 Organisation des ateliers

Les ateliers débutaient vers 14h30 jusqu'à 17h. Toutes les patientes étaient satisfaites des **horaires (8/8)** et deux d'entre elles signalaient que le matin n'aurait **pas** été judicieux pour des soucis d'organisation avec leurs enfants. Toutes étaient contentes de la **durée (8/8)** mais 2 signalaient que **plus long aurait été encore mieux**.

Ils se déroulaient toutes les deux semaines, **fréquence appropriée** selon les 8 participantes **(8/8)** mais 1 des femmes aurait préféré toutes les semaines.

La salle était prêtée par l'UGOMPS. 5 participantes trouvaient que la salle était adaptée mais 2 signalaient qu'elle était "**un peu petite** notamment lorsqu'il y avait les poussettes". Une autre trouvait qu'il y faisait trop **chaud**. 2 professionnelles suggéraient une salle **plus grande** dans les améliorations possibles des ateliers et éventuellement avec un **espace** dédié et approprié pour les **enfants**.

Collation et boisson y étaient servies avec des fruits de saison. **Toutes** étaient satisfaites de l'**accueil**. Il y a d'ailleurs eu des **émulsions** à propos des collations, notamment pour les fruits que certaines femmes découvraient comme les cerises de saison, qui leur plaisaient grandement. Une des femmes est d'ailleurs venue nous montrer son nouveau-né juste après avoir accouché et le groupe lui a offert un verre de cerises en blaguant. Une des professionnelles a même ramené un jus de gingembre traditionnel ce qui parut faire plaisir aux patientes.

3.3.2.7 Communication des ateliers

Plusieurs moyens de communication ont été mis en place afin d'optimiser la présence des patientes lors des ateliers. Initialement, chaque patiente recevait un SMS récapitulatif de l'ensemble du calendrier des futures séances. Pour chaque séance, les patientes recevaient un SMS de rappel quelques jours avant. Pour les 2 premières séances, nous avons également pris le soin d'appeler préalablement chaque patiente afin de rappeler la tenue de la séance.

Ces ateliers ne donnaient pas lieu à une communication ouverte au sein de l'UGOMPS. En

effet, le programme était destiné uniquement aux patientes recrutées pour notre étude.

3.3.2.8 Présence et absence aux ateliers

La présence aux ateliers était variable selon les séances. Deux participantes ne sont jamais venues, 1 pour cause de déménagement au Mans et 1 autre pour une problématique de garde d'enfant, à priori.

Lors de la première séance, il y avait 8 femmes et 2 enfants **(8/12)**.

Pour la deuxième, il y avait 8 femmes et 3 enfants. 6 des participantes étaient déjà présentes lors de la première séance et 2 nouvelles femmes faisaient leur entrée **(8/12)**.

Lors de la troisième, 6 femmes et un enfant étaient présents **(6/12)**.

Lors de la quatrième, il y avait 5 femmes et 3 enfants. Il y a également eu une nouvelle venue, une amie d'une des participante "officielle" rencontrée lors du groupe "Maman bébé" (groupe de parole de femmes accouchant de leur premier enfant au CHU de Nantes et originaire d'autres pays.) **(5/12)**. Cette dernière est exclue de l'étude et n'a pas été comptabilisée.

Lors de la cinquième et dernière séance, 5 femmes, 2 enfants et 2 nouveaux nés étaient présents **(5/12)**.

Les motifs d'absence rapportés par les femmes étaient les suivants :

- 2 rendez-vous sage-femme
- 2 rendez-vous à la préfecture
- 1 rendez-vous chez France Terre d'Asile (FTDA)
- 1 oubli
- 1 pour des difficultés de logement ne lui permettant pas de prendre du temps pour sa santé
- 1 car les transports étaient trop longs
- 3 pour cause d'asthénie suite au rapprochement de leur terme
- 1 suite à des contractions
- 2 suite à la naissance prématurée de leur bébé
- Lors de la dernière séance, 2 femmes n'ont pas participé car elles avaient accouché à terme dans la semaine **(2/12)**.
- 1 femme n'est pas venue à une séance car elle était positive au COVID, ainsi que la dernière intervenante (juriste).
- Lors de la thématique en santé sexuelle, une des femmes n'est pas venue car elle ne souhaitait pas participer à ce sujet.

3.3.2.9_Transport

Chaque participante se débrouillait par ses propres moyens pour venir. La plupart venaient à pied ou en transport en commun. Certaines avaient des cartes de transport dans le cadre de leur procédure administrative, mais pour certaines **il était problématique de financer** leur ticket de transport.

De plus, de par l'avancée de leur grossesse, **les contraintes physiques et l'asthénie** que cela entraînait, les patientes décrivaient des **difficultés à venir** aux ateliers.

3.3.3 Déroulement des entretiens et des ateliers

3.3.3.1 Entretien individuel

Une fois les 12 patientes incluses, elles étaient convoquées pour l'entretien individuel. L'animatrice Aude s'occupait de les appeler et de programmer les entretiens. Chaque séance durait environ 1h et se déroulait dans les locaux de l'UGOMPS sur le temps de travail non clinique du Dr Toulemonde. Elle effectuait environ 2-3 entretiens par semaine. Un entretien a été réalisé par Claire Rouxel après l'observation de plusieurs séances, dans le cadre de sa thèse qui consiste à la mise en place des ateliers en santé de la femme au sein des bidonvilles de l'agglomération nantaise. Mame, notre médiatrice en santé a également assisté à quelques entretiens afin de s'imprégner avant les ateliers.

Lors de ceux-ci, il leur était remis une fiche d'information concernant cette thèse. Celle-ci leur était expliquée oralement (annexe 7).

Puis, ils se sont déroulés conformément au guide d'entretien initial, avec l'utilisation de questions ouvertes, d'exploration de leurs connaissances, représentations, besoins en santé et attentes des ateliers. Tout cela via l'outil visuel composé de smileys et de vignettes (annexe 1), outil spécifiquement conçu pour cette exploration avec une graphiste.

A la fin des entretiens, différents sujets étaient présentés. Chaque femme devait en choisir 5 ou moins, selon ses préférences. Ces sujets servaient à déterminer les thématiques des ateliers :

- **CONTRACEPTION**
- **VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE**
- **ANATOMIE FÉMININE**
- **MATERNITE**
- **ESTIME DE SOI**
- **RELATION HOMME/FEMME**

- **RÈGLES/ HYGIÈNE FÉMININE**
- **MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**
- **EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE**
- **MUTILATION SEXUELLE/EXCISION et REPARATION**
- **DROITS CONCERNANT LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Y COMPRIS LES VIOLENCES CONJUGALES**

Les entretiens se sont déroulés au mois d'avril 2022, afin de commencer les ateliers en santé en mai. Aux vues des thématiques choisies, des professionnels spécialisés de chaque sujet étaient contactés par le Dr Toulemonde afin qu'ils prennent part aux ateliers. Toutes les personnes contactées ont accepté. La majorité avait déjà participé aux séances l'année dernière (4/5).

Il faut noter que sur les 12 femmes interrogées, les deux premières n'ont pu répondre que partiellement aux questionnaires par défaut de compréhension et une troisième n'était pas en capacité ce jour-là, dans un contexte de souffrance psychologique. Ce dernier entretien n'a pu être reporté.

3.3.3.2 Préparation

Juste avant l'atelier, **une demi-heure** était consacrée à la relecture du conducteur de séance et à son adaptation en fonction des souhaits des intervenants. Les jeux et les outils employés étaient discutés à ce moment-là.

3.3.3.3 Arrivée dans la salle.

Les grilles d'observations des séances nous apprennent que dès la première séance, les patientes arrivaient souriantes. Initialement, il y avait des hésitations à se servir des jus ou à manger. Assez rapidement, elles se sont parlées et riaient entre elles.

Lors des séances suivantes, on peut remarquer que les femmes discutaient plus facilement dès leur arrivée. Elles prenaient des nouvelles les unes des autres, parfois riaient de la taille de leur ventre qui grossissait, étaient déçues que certaines femmes ne soient pas là. Certaines patientes étaient au courant du motif de retard de certaines participantes ou prévenaient que certaines arriveraient plus tardivement, explicitant le fait qu'elles communiquaient en dehors des ateliers.

Au début des séances, lorsqu'il y avait des fruits de saison ou des nouveautés ramenées par l'une des professionnelles, elles exprimaient leur gratitude et leur intérêt (cerise, jus de

gingembre...) .

A chaque séance, il y avait entre **une et deux** femmes qui arrivaient **en retard**, soit pour des RDV médicaux ou administratifs, soit car elles étaient fatiguées.

Lors de la 5ème et dernière séance, les femmes sont arrivées au compte-goutte, elles semblaient plus asthéniques du fait de la chaleur environnante et de la proximité de leur terme.

3.3.3.4 Brise-glace et présentation

A la première séance a été réalisé un jeu “brise-glace”. Il consistait à présenter sa voisine après avoir discuté avec elle, afin de connaître d’où elle venait, si elle avait déjà des enfants et ce qu’elle aimait. Une des femmes semblait stressée par la prise de parole (mains qui tremblent).

Lors des ateliers suivants, il y avait également la réalisation d’un jeu “brise-glace” puis un tour de table pour se présenter brièvement à la nouvelle intervenante qui ne connaissait alors pas le groupe.

Il semble qu’à partir du 3ème atelier, il y ait eu moins de gênes observées lors des présentations. Certaines jouaient la nonchalance.

On a pu remarquer qu’au fur et à mesure des séances, les femmes reprenaient les mêmes places que précédemment.

Le cadre est explicité lors de la première séance : respect, écoute, liberté de partir, de sortir, de téléphoner hors de la salle. Puis, il était rappelé à chaque séance de manière succincte. L’animatrice expliquait à chaque atelier les différents temps, l’horaire de la pause et de la fin de l’atelier.

3.3.3.5 Utilisation d’outils et débouchés

Les séances se sont appuyées sur plusieurs outils, jeux et objets pédagogiques. Elles s’ouvraient systématiquement avec un outil. Les questions tirées des entretiens individuels et issues des représentations et croyances des femmes étaient répondues soit spontanément soit via des abaques de Régnier ou par des smiley colorés. De plus, l’utilisation du tableau véléda a permis la retranscription des grandes idées et la récapitulation de données après des débats ou de longs dialogues.

Pour l’atelier 1 sur le Cycle, les Menstruations, la Contraception et les IST, une maquette

d'utérus en 3D, ainsi que chaque contraceptif étaient présentés : implant, stérilet, pilule, patch, préservatifs féminins et masculins. Grâce à ces échantillons, l'infirmière a pu les décrire et expliquer leur localisation et leur fonctionnement précis. La pose du préservatif féminin a été expliquée avec un échantillon et les femmes ont pu prendre connaissance des petits schémas d'explication présents à l'intérieur des pochettes.

C'est lors de cette séance qu'a été diffusé un extrait du film "WOMEN" de Yann Arthus Bertrand, sélectionnant des témoignages de femmes parlant de leur règles, du premier jour de leur arrivée jusqu'à l'impact que cela a aujourd'hui dans leur vie. Suite à cette vidéo, de nombreuses réactions permettant l'exploration du vécu des participantes sont ressorties :

- « *Le premier jour où j'ai eu mes règles j'ai dit : Maman y'a quelque chose qui sort d'en bas de moi donc j'avais peur* »
- « *En tout cas pour moi j'ai d'abord pleuré, parce que j'avais peur* »
- « *Ah oui on en parle pas* »
- « *J'aurais aimé avoir des explications, qu'on me dise qu'est-ce qu'il faut faire* »
- « *Personne ne m'avait dit, je pensais que j'étais blessée* »
- « *Tu es devenue une femme il faut que tu arrêtes d'approcher les hommes, alors je me méfiais* »
- « *Elle m'a expliqué comment on peut changer de serviette* »
- « *Y pas l'âge pour ça, il y en a qui l'on à 13 ou 15 ans, moi c'était vers 14 ans* »
- « *Aujourd'hui quand j'ai mes règles j'ai mon ventre qui... je peux rien faire en faite, j'ai mal au ventre pendant 3 jours* » « *en Guinée on avait un produit* »

Tous ces témoignages ont permis d'aborder le tabou des règles, l'éducation et l'information, la précarité menstruelle, les douleurs et l'anatomie. De plus, l'aborder en groupe a donné lieu à cette émulsion entraînant le débat et déliant les langues.

Cela a été étoffé par une question tirée des entretiens individuels "**Les règles sont-elles des déchets du corps ?**". Les réponses ont permis de mettre en lumière les interdits que cela entraîne :

- « *On nous a toujours dit que c'était quelque chose de sale* »
- « *Quand on a nos règles : on ne peut pas faire la cuisine, pas le ramadan, pas prier, pas être avec ton mari* »
- « *La mosquée c'est interdit* »
- « *Quand on accouche on doit attendre 40 jours (pour aller à la mosquée) car on a des saignements après* »

Grâce à cette question, les sujets de la stigmatisation, de l'inégalité homme femme et de la discrimination qu'elles subissent ont été développés.

Lors de la suite de l'atelier, la contraception a été abordée via une autre représentation entendue lors des entretiens. La phrase débattue était alors : **"les différents moyens de contraception rendent stériles ?"**.

Voici quelques réponses :

- « *J'ai déjà entendu parler que quand on utilise les implants à la longue ça peut rendre stérile* »,
- « *Avec les implants ça peut être dangereux, avec la pilule ça va* »,
- « *On entend souvent ça rend stérile, mais je suis pas d'accord parce qu'il y a des gens qui ont des enfants après, que je connais, moi je n'ai jamais utilisé, ça dépend de l'organisme de chacun* »,
- « *J'avais un implant et on l'a enlevé et je suis enceinte* »
- « *Les injections et les pilules mais ce n'était pas à la portée de tout le monde parce que c'est tabou hein, ils disent ça, si tu prends ça tu n'auras plus d'enfant !* »,
- « *Beaucoup d'hommes n'aiment pas ça* »,
- « *Ca c'est les hommes qui disent ça* »,
- « *Maintenant ça s'est libéré.* »,
- « *Il y a les ONG qui sensibilisent, les gens ont la honte de parler avec eux, même si c'est gratuit, ils se cachent, derrière un médecin, parceque si on va voir l'ONG qui fait ça c'est forcément pour ça, c'est pour avoir des rapports sexuels* »
- « *Si on va a l'hôpital le médecin n'en parle pas (la contraception), c'est tabou* »,
- « *Si tu prends la contraception, on te dit tu veux faire la débauche, même si tu es fidèle* »

Ce florilège de réactions et de pensées est essentiel à la réflexion que le groupe va pouvoir mener ensemble. On remarque l'évolution des pensées, le transfert d'expérience et la multiplicité des domaines explorés.

Lors de cette séance, la télévision n'a pas marché et nous avons passé le film sur l'ordinateur, entraînant une moins bonne qualité d'image et de son. Cependant, il y a eu une grande attention des femmes lors du visionnage. L'animatrice lisait les sous-titres à haute voix lorsque les témoignages n'étaient pas en français.

A la fin de la séance, les femmes ont pu repartir avec un paquet contenant des préservatifs féminins et masculins, distribués grâce à la générosité du planning familial.

Pour l'atelier 2 sur la maternité, la séance a débuté par un photolangage avec des images concernant la maternité allant de la conception à la vie de famille. Chaque femme devait

choisir 1 à 2 photos et expliquait le motif de son choix.

Cela a permis d'aborder le sujet de la position de la femme enceinte face à la dureté des conditions de travail : *“J’ai choisi parce que ça me rappelle mon pays, mon village. Les femmes enceintes au pays, elles souffrent beaucoup. Même si elles sont enceintes, elles doivent aller dans la brousse pour chercher du bois, pour préparer la cuisine, aller chercher de l’eau. Pourtant ici c’est pas la même. Du coup, je trouve les gens qui sont enceinte chez nous, ont beaucoup de difficultés et de souffrances, ça me rappelle beaucoup. Même si elles sont enceintes et fatiguées, elles n’ont pas le choix”*.

Une autre photo a permis de débattre à propos des ressentis lors de la grossesse : *“J’aime voir les femmes enceintes comme ça, parce que la grossesse c’est pas facile”, “mais arrivée à la maison, on peut se mettre comme ça (le ventre nu) et caresser notre ventre, toucher son ventre, si le bébé bouge, ça réconforte”*. Suite à ce témoignage, l’animatrice engrange : *“vous dites que la grossesse c’est pas facile, qu’est ce qui n’est pas facile ?”* :

- *« Moi je suis tombée enceinte, comme ça, toujours malade »*,
- *« La nuit tu n’arrives pas à dormir »*,
- *« Même pour marcher, »*
- *« Ma première fille elle m’a pas fatiguée mais là elle, aïe »*
- *« Si tu aimes bien mangé, mais quand tu es enceinte tu n’arrives pas à manger »*,
- *« C’est pas toutes les femmes, y en a qui arrive, d’autre pas »*,
- *« C’est jamais pareil, on réagit pas toutes pareil »*

Beaucoup de thématiques ont pu être développées grâce au photolangage : les réflexes archaïques, l’allaitement, la trisomie, l’alimentation pendant la grossesse, le portage des enfants par les méthodes traditionnelles et la procréation médicalement assistée.

Ensuite, un extrait du film *“Le premier cri”* de Gilles de Maistre a permis d’exposer différentes scènes d’accouchement selon les régions du monde : une césarienne très médicalisée en Sibérie et un accouchement au fond d’une case en Afrique. Les débats engendrés ont permis de faire surgir certaines représentations et craintes dont celle de la césarienne, de la péridurale, des hémorragies, de l’hématome rétroplacentaire, des rapports sexuels pendant la grossesse, des hémorroïdes, de la difficulté de l’accouchement en fonction du sexe ou de la place du bébé dans la fraterie, et celle de la détermination du sexe de l’enfant par la génétique. L’impact du sexe de l’enfant sur sa maternité a également été soulevé. Voici un extrait du dialogue entre les participantes et les soignantes concernant ce sujet :

- *“Chez nous, tant que tu ne fais pas le garçon on dit que tu n’es pas femme”, “Chez nous même si tu as mille filles, si tu n’as pas fait un garçon pour ton mari, dans la tête c’est pas une femme”, “Tant que tu n’as pas une fille on ne te considère même pas”, “Tu n’as pas l’héritier”*
- *“Maintenant, ils sont partis chercher une autre femme au pays”*
- *“Les Africains considèrent les hommes plus que les femmes”.*

Ces débats ont permis de discuter de la place de la femme dans le couple et dans la société, ainsi que de faire émerger des remises en question sur certaines représentations. A titre d'exemple, les patientes ont partagé leur sentiment de culpabilité à ne pas “faire de garçons pour leur mari”. Les explications d’Aude ont permis de les éclairer sur quelques bases génétiques concernant les chromosomes X et Y et notamment l’effet déterminant du chromosome paternel Y dans la sexualisation de l’enfant. Les femmes ont réagi de la manière suivante :

- *« Elle veut nous faire comprendre si tu as une fille c’est pas de ta faute »*
- *« Nous les femmes on connaît , mais les garçons ils connaissent pas, ils disent que c’est notre faute ».*
- *Réponse d’Aude : « Tu vas lui apprendre, tu lui dis que c’est lui qui donne le X ou le Y »*
- *Réponse de la participante : « C’est pas possible »*
- *« Tu dois demander à Dieu de bénir ton enfant quel que soit le sexe », « moi j’ai toujours la mentalité là dans ma tête »*
- *« Il est toujours le bienvenu quel que soit le sexe »*

Aude clôtura alors : *« Je vous ai toutes entendu en entretien et vous m’avez toutes dit « je suis fière d’être femme, je suis contente d’être femme et c’est bon d’être femme », il y a une contradiction, si on veut un fils alors qu’on est fière d’être femme »*

Le photolangage a permis l’expression des participantes concernant le vécu de leur grossesse, soulignant les différences de pratique et de vie entre la France et leur pays d’origine. Cela a également rendu possible la libération de leur parole concernant leur relation à leur corps et à sa transformation, ainsi qu’ à l’expression de leurs émotions. Leurs relations au corps médical ont pu être abordées, en signalant encore une fois les différences de vécu entre les prises en charge françaises et africaines.

Ces débats retranscrits, permettent de comprendre comment, en partant des représentations des femmes, la réflexion se construit entre elles et engendre des modifications de leurs croyances.

Une maquette de bassin osseux avec une poupée reliée à un placenta a été apporté par la sage femme afin de montrer les différentes phases de l'accouchement, ainsi qu'une vulve en silicone permettant de visualiser les différentes épisiotomies / déchirures possibles.

Cette fois, la télévision et les branchements ont été faits en amont ce qui a permis la visualisation sur le grand écran. L'animatrice a encore une fois lu à voix haute les sous titres, toutes les patientes n'ayant pas un niveau de littératie suffisant.

Les patientes sont reparties avec des packs cadeaux de GSF, contenant des protections périodiques, des savons pour l'hygiène intime, du dentifrice, de la crème visage, du shampoing et des brosses à dent.

Lors de l'atelier 3 sur la sexualité, Ludivine, la sexologue, a ramené une vulve 3D en plastique avec clitoris amovible. Il a été passé lors de cette séance un nouvel extrait du film "WOMEN" de Yann Arthus Bertrand sur le vécu et les expériences de la sexualité des femmes. Il a également été utilisé les phrases clés concernant des représentations, des croyances ou certaines pratiques, relevées durant les entretiens pré atelier ou lors de la vie professionnelle de la sexologue.

Durant cette séance, l'excision a été longuement abordée. Elle a pu être discutée grâce à la confiance mise en place et à l'introduction, réalisée une fois de plus, par la retransmission des croyances des femmes. La question utilisée pour introduire cette thématique était **"les hommes aiment-ils plus le sexe que les femmes ?"**

- « *Chez nous il y a l'excision, chez vous il y a pas l'excision, moi je peux rester deux mois sans rien faire et ça me fait rien, je m'en fous, mais toi tu peux pas faire ça, parce que l'arbre qui doit me faire exciter je l'ai pas mais toi si un homme te fait comme ça, tu as envie, c'est la différence entre nous* »
- « *Y a certaines qui même si elles ne sont pas excisées, elles n'aiment pas* »
- « *Moi avant la c'est comme s'il y a avait de l'électricité, si c'était moi qui m'était le doigts dessus ou mon partenaire, du coup j'osais pas* »
- « *Sur la zone de la cicatrice ça donne comme de l'électricité, même si ca fait des années que ça a été fait et comme vous le dites il faut de l'apprentissage en faite, pour aider cette partie là* »

La maquette du clitoris a permis d'expliquer les différentes formes d'excision ainsi que les possibilités de réparation.

Concernant l'atelier sur l'estime de soi, la socio-esthéticienne Melika, avait ramené de nombreux échantillons de soins et produits. Un autre extrait du film "WOMEN" a été passé concernant la charge mentale féminine et les représentations du corps. Différentes réactions

sont ressorties sur l'estime de soi :

- « *Il y a différents types de femmes. Certaines ont confiance et d'autres n'ont pas confiance, comme celle qui met pas de rouge à lèvres, pas de maquillage et l'autre qui se sentait aimé que par son mari.* »
- « *Moi je me sens bien comme je suis* »
- « *Mais pour aimer les autres il faut s'aimer soi-même avant* »

Grâce à la famille d'une des professionnelles de l'UGOMPS, recevant des produits de beauté dans le cadre de son travail, elle a offert de nombreux échantillons que les femmes ont pu choisir à la fin de la séance : crème pour le corps et les cheveux, shampooings et soins, savons, maquillages, démaquillants, brosses à cheveux...

Enfin, lors de la dernière séance sur les violences faites aux femmes, un photolangage a été utilisé. Dès le début, il a permis d'introduire la guerre, la violence et les viols lors des parcours migratoires des femmes.

- « *Oui j'ai vécu la guerre* »
- « *Ce sont des immigrés qui sont là (dans les camps), certains pour la guerre, certains pour une victime, ils sont pas venus ici pour rester, ils veulent passer de l'autre côté. C'est violent car on peut violer les gens, c'est les gens entre eux qui violent, pendant la nuit, il y a aussi les passeurs qui te violent, il y en a qui tombent enceintes.* »
- « *On dit que les femmes qui sont arrivées en Espagne ce sont des femmes fortes car elles ont marché des kilomètres et des kilomètres, elles ont traversé la mer* »
- « *Moi j'ai fait ça, j'ai mis ma fille au dos, les pieds ils vont enflés, il y a des choses qui vont rentrer dans les pieds. Mon amie, elle a mal au pied, moi-même j'ai pleuré pour elle.* »
- « *On m'a giflé, on m'a piétiné, on m'a envoyé au camps de Mélina pendant 2 ans.* »
- « *On va te mettre dans une petite maison, plus de 50 personnes à 60 personnes, j'ai vécue ça aussi, tu veux pas qu'ils te touchent mais ils vont te toucher, te coincer.* »
- « *S'ils se font violer ils viennent prendre des produits pour oublier ou se suicider* »

Après tous ces témoignages, les thématiques principales des vécus sont écrites au tableau et réfléchies ensemble « violence physique, psychique, guerre, sexuelle, MSF, conjugale, enfant »

Grâce à cela, la notion de consentement a été introduite et expliquée. « *On comprend mieux maintenant* » (en parlant du consentement).

Puis, d'autres sujets ont pu être abordés ;

- l'impunité des hommes après des violences sexuelles dans leur pays d'origine : « *mais chez nous on fait rien, ils le mettent en prison, il sort le lendemain* »
- l'excision de nouveau, les traumatismes qui en découlent, les différentes pratiques et rites selon les ethnies et la réparation « *Les coutumes ne sont pas les mêmes chez nous. Les Peule on enlève c'est un peu, c'est pour dire que c'est fait (1ère excision de la patiente) mais chez ma maman la bas c'est criminel, c'est couteau (2ème excision de la patiente), tous les jours je l'insulte ma maman, elle est morte mais je l'insulte tous les jours pour ce qu'elle m'a fait c'est pire, je ressens rien* »
- les violences médicales, les femmes les inscrivant dans une comparaison avec les soins délivrés en France ; « *Au pays il te touche, à droite, à gauche, le médecin il joue, tu te rends bien compte qu'il joue, toi-même tu sais. Ici il demande.* »

Puis, chaque femme a reçu une carte avec les numéros de secours à contacter en cas de besoin.

3.3.3.6 Langage

Dès le début, lors des entretiens diagnostiques nous avons pu mettre en évidence des **difficultés de compréhension** du français ou des concepts que nous abordions ensemble. Nous avons donc rapidement rectifié les questionnaires qui utilisaient du vocabulaire ou des tournures de phrases trop techniques.

La bonne clarté des entretiens se faisait par le questionnement des patientes sur leur compréhension mais aussi par l'expérience des intervenants quant à l'interprétation des attitudes non verbales et des réponses des patientes. Certaines intervenantes ont souligné la nécessité d'un vocabulaire adapté et l'importance de la reformulation. Le rôle de Mame, interprète et médiatrice, prenait tout son sens. En effet, concernant le langage, il est arrivé que les patientes ne savent pas exprimer leurs idées en français, ayant une traduction bien différente.

Dans le sens inverse, Mame expliquait des concepts difficiles à traduire. Ce fut le cas pour le consentement, les réflexes archaïques du nouveau-né ou des nuances concernant les crèmes et soins pour la peau.

Lors de la première séance, il semblait gênant pour deux participantes de parler en français, elles préféraient systématiquement s'adresser dans leur dialecte à Mame qui nous traduisait alors, permettant ainsi leur participation. Une des femmes qui a participé à toutes les séances, avait du mal à s'exprimer en français, Mame a permis alors un lien indispensable.

L'animatrice était également là pour modérer et moduler les propos si besoin.

3.3.3.7 Répartition de la parole

Selon les participantes et les professionnels, **à l'unanimité**, ils considéraient que le **temps de parole était bien réparti et équilibré** entre les animateurs, les intervenants et elles-mêmes.

Une des intervenantes signalait parfois des difficultés sur la répartition du temps de parole **entre les participantes elles-mêmes**. En effet, certaines étaient plutôt réservées et d'autres assez extraverties, créant un déséquilibre.

3.3.3.8 Les enfants

Certaines participantes, n'ayant pas de système de garde, amenèrent leurs enfants lors des séances. Durant les ateliers, nous pouvions remarquer une certaine **gêne** exprimée par plusieurs femmes sur la nuisance sonore que cela entraînait ou par les interruptions provoquées (aller chercher son enfant dehors, pleurs, chamaillage, chute...).

3/7 intervenantes ont déclaré une **difficulté** vis à vis de la présence des enfants.

Cependant, lors des questionnaires, **aucune** des participantes n'a parlé des enfants comme étant des freins ou entraînant des possibles pistes d'amélioration.

Lors des lectures des grilles de séances, ont été relevées ces difficultés, avec **l'impression que cela gênait plus les intervenantes que les patientes**.

A noter que les femmes s'occupaient chacune des enfants des autres, les prenant sur leurs genoux, leur donnant des fruits ou des gâteaux, jouant avec eux. Ceci était particulièrement notable lorsque les participantes venaient avec leur nouveau-né, qui passaient alors de bras en bras.

De plus, il n'y avait pas de gêne de la part des mamans à allaiter durant les séances.

3.3.3.9 Conformité aux conducteurs de séance

La plupart des ateliers ont été conformes au conducteur de séance. Il est arrivé de ne pas avoir le temps d'aborder tous les sujets envisagés.

Lors de la dernière séance, la juriste n'a pas pu venir en dernière minute. Il a donc été difficile de suivre le conducteur de séance. En effet, les personnes présentent n'ayant pas les compétences requises pour intervenir sur cette thématique bien précise des droits et violences faites aux femmes.

3.4 Evaluation du résultat

Pour rappel, lors des questionnaires AVANT / APRES, concernant la partie "avant", sur les

12 participantes, 3 femmes ont partiellement répondu, 2 pour un souci de compréhension et 1 femme dans un contexte de difficultés psychologiques. Il y a eu 8 femmes interrogées lors de la partie "après". En effet, 2 ne sont jamais venues aux ateliers et 2 n'ont jamais répondu à mes demandes d'entretien : 1 ayant pourtant fait 4 ateliers sur 5 et la seconde participa uniquement au premier atelier.

3.4.1 Attentes des ateliers

3.4.1.1 Attentes des participantes et des professionnels

Les entretiens individuels nous servaient de diagnostic de situation et permettaient de recueillir les souhaits et attentes **des patientes** concernant les ateliers.

Elles nous rapportent alors :

- **"s'informer et apprendre des choses"** (8/12)
- *"pouvoir parler et échanger des idées", "poser des questions", "parler de ce qui concerne la femme car il y a peu d'occasion d'en parler ailleurs"* (3/12)
- *"d'être en **groupe** avec d'autres femmes"* (2/12)
- *"parler de l'**excision**" et "comprendre avec des femmes de la même communauté, excisées et non excisées, si elles ont mal quand elles marchent, quand elles urinent, ou quand elles accouchent"* (2/12)
- *"parler de la **maternité**"* (1/12)
- *"parler de **choses positives**"* (1/12)

Lors des entretiens post-atelier (8/12), nous demandions aux femmes si elles se souvenaient de leurs attentes et si nous y avions répondu. 6/8 se souvenaient de leurs attentes mais seulement la moitié nous redonnaient ces dernières. Certaines rajoutaient des attentes comme : *"oublier les problèmes"* (1/12), *"apprendre des nouvelles choses comme l'évolution du col pendant l'accouchement"* (1/12), ou *"parler de l'excision"* (1/12).

Nous avons demandé **aux intervenants**, ce qu'était pour eux le but des ateliers :

- *"**éduquer** les patientes sur les idées reçues et mauvaises informations, leur **transmettre** et **permettre** aux patientes d'accéder à une contraception adaptée, mieux **se protéger** contre les IST"*
- *"**autonomiser** les femmes sur l'aspect de la santé reproductrice. Qu'elles fassent **circuler** leurs connaissances autour d'elles"*
- *"**apporter des informations** à des femmes, parfois éloignées du soin et leur permettre de prendre du temps pour elles, pour échanger dans la bienveillance"*

- “favoriser le **lien social**, **accompagnement** et **prévention**, aborder les thématiques dites “tabou”, **connaître les problématiques** actuelles des participantes”
- “**prévenir et accompagner** les participants dans des périodes de vie chargée en émotion. **Libérer la parole** et donner des outils. **Semer une graine de possibilité et de changement.**”
- “**rendre les femmes actrices** de leur santé en leur donnant **confiance** en leur capacité à réfléchir et à agir et **l'acquisition** d'un savoir mobilisable pour faire des choix libres et éclairés en santé”
- “avoir un **espace** pour les dames pour pouvoir parler librement, créer du **lien**, puisque beaucoup sont isolées, avec leurs histoires compliquées. **Libérer la parole** sur plein de sujets ; la sexualité, les violences, tous les sujets abordés, leurs histoires se ressemblaient’

Nous avons également demandé aux participantes et aux intervenants de **classer de 1 à 4** les attentes des participantes concernant des ateliers parmi les critères suivants :

- **apprendre des choses nouvelles**
- **mieux comprendre les choses qui m'intéressent**
- **pouvoir parler des questions qui me préoccupent**
- **rencontrer d'autres gens**

Tableau numéro 2 : attentes des participants concernant les ateliers

	Participantes				Intervenantes			
	1 ^{er} choix	2 ^{eme} choix	3 ^{eme} choix	4 ^{eme} choix	1 ^{er} choix	2 ^{eme} choix	3 ^{eme} choix	4 ^{eme} choix
Apprendre de nouvelles choses (%)	7/8 (87,5)	0	0	1/8 (12,5)	0	0	3/6 (50)	3/6 (50)
Mieux comprendre les choses qui m'intéressent (%)	1/8 (12,5)	3/8 (37,5)	2/8 (25)	2/8 (25)	3/6 (50)	2/6 (33,3)	1/6 (16,7)	0
Pouvoir parler des préoccupations (%)	0	0	4/8 (50)	4/8 (50)	3/6 (50)	1/6 (16,7)	1/6 (16,7)	1/6 (16,7)
Rencontrer d'autres gens (%)	0	5/8 (62,5)	2/8 (25)	1/8 (12,5)	0	3/6 (50)	1/6 (16,7)	2/6 (33,3)

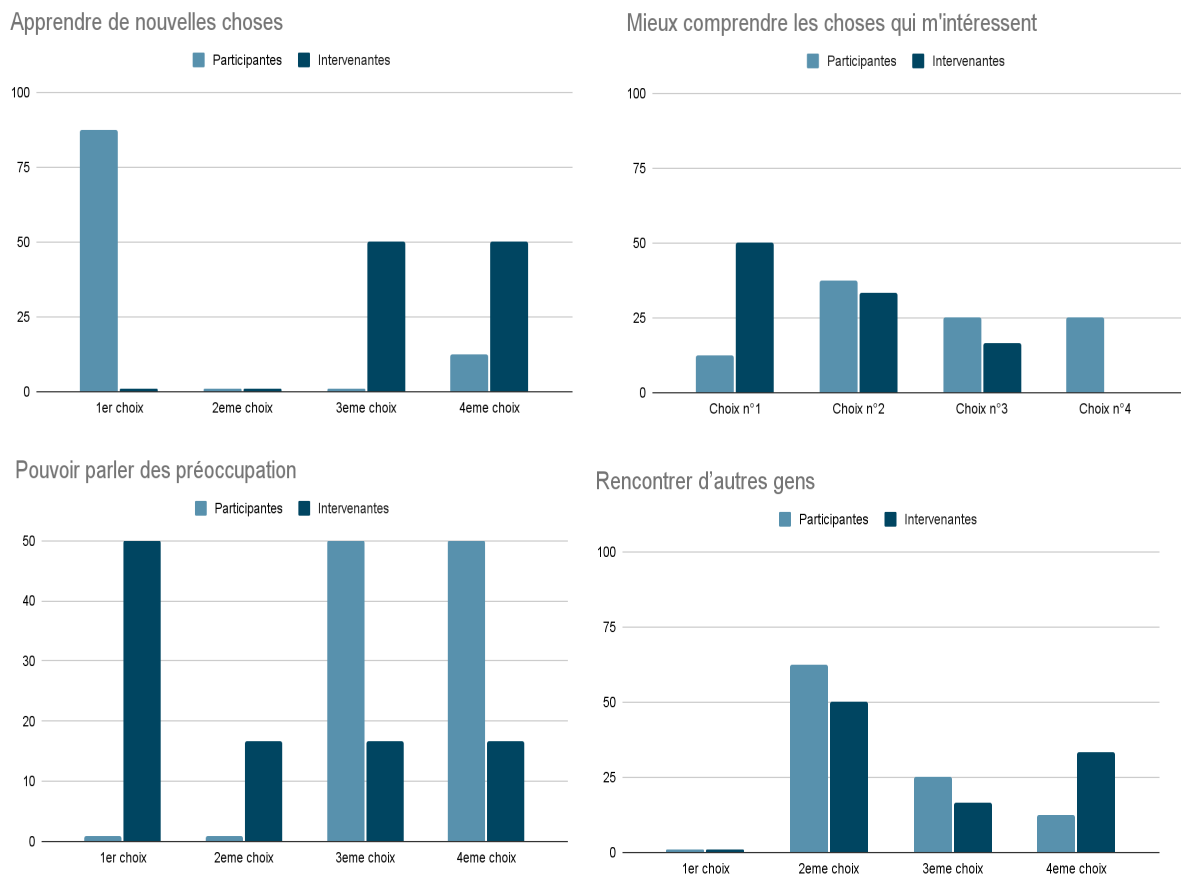


Figure numéro 3 : diagramme des attentes des participants concernant les ateliers

Pour les participantes, 7/8 d'entre elles considéraient que l'important était d'apprendre de nouvelles choses. Cependant, pour les intervenants, apprendre de nouvelles choses était imaginé comme secondaire puisque cette donnée arrive uniquement en 3ème et 4ème position.

En second intérêt, 5/8 femmes souhaitaient rencontrer d'autres gens, ce qui n'arrive que plus tardivement dans le choix des intervenants.

La moitié des intervenants pensaient que le plus important était soit de pouvoir parler des questions qui les préoccupent (50%) ou de mieux comprendre les choses qui les intéressent (50%). Pourtant de la part des participantes, parler de ce qui les préoccupe arrive à l'unanimité en 3ème ou 4ème choix.

Il faut notifier qu'un des **objectifs spécifiques** des ateliers en santé est "d'expliquer aux patientes que le but est de leur transmettre des informations sur les différentes thématiques". **Leur soif d'apprendre pendant les ateliers comme retranscrit répond alors à cet objectif.**

3.4.1.2 Thèmes choisis et séances

Lors des entretiens pré-atelier, les participantes choisissaient 5 thèmes ou moins, dont elles voulaient que l'on parle lors des séances. Voici les résultats :

- CONTRACEPTION : 6 voix
- VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE : 2 voix
- ANATOMIE FÉMININE : 4 voix
- **MATERNITE : 9 voix**
- ESTIME DE SOI : 4 voix
- RELATION HOMME/FEMME : 4 voix
- RÈGLES/ HYGIÈNE FÉMININE : 6 voix
- **INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) : 8 voix**
- EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE : 0
- MUTILATION SEXUELLE/EXCISION et REPARATION : 5 voix
- **DROITS CONCERNANT LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Y COMPRIS LES VIOLENCES CONJUGALES : 10 voix**

La première thématique choisie est donc les **droits concernant les violences faites aux femmes**, y compris les violences conjugales. Les participantes sélectionnaient cette thématique pour en "*récolter des informations et mieux connaître le droit des femmes*" (5/12), pour "*savoir comment faire dans ces situations*" (1/12), pour en "*parler et libérer la parole*" (1/12) et ainsi moins "*souffrir*" (1/12).

Leur choix concernant la **maternité** était justifié par le fait de "*vouloir en parler et entendre des nouvelles choses*", "*des expériences*" (2/12), pour "*apprendre comment être maman*" (1/12) ou "*comment prendre soin de son bébé*" (1/12), ainsi que pour "*être rassurée*" (1/12) et "*enlever le côté négatif*" (1/12).

Concernant les **IST**, elles souhaitaient "*connaître, quelles sont-elles*" (1/12), "**comment elles se transmettent et comment se protéger**" (6/12), "*comment soigner*" (1/12), "*connaître les risques*" (1/12), afin de "*faire plus attention*" (1/12) et de "*rester en bonne santé*" (1/12).

La **contraception** était le 4ème sujet choisi. Il est important de notifier que c'est un mot que les femmes ne connaissaient que très peu et nous devions souvent le traduire plusieurs fois par "**méthode pour ne pas avoir de bébé**", avant qu'elles se l'approprient. Leurs attentes étaient de "*connaître les différentes méthodes*" (1/12) pour "*pouvoir se planifier*" (1/12) et afin "*d'espacer les naissances*" (1/12).

Les règles et hygiène féminine, 4ème ex-aequo avec la contraception, intéressaient les femmes afin de *“comprendre comment ça marche”* (3/12), et de *“pouvoir identifier des problèmes s’il y a”* (1/12), ainsi que de *“pouvoir en parler”* (1/12).

5 femmes ont choisi les thématiques de **l’excision**, elles souhaitaient *“comprendre d’où venaient leurs douleurs”* (1/12), quelles étaient les *“conséquences de leur mutilation”* (1/12), et si des *“autres femmes excisées et non excisées avaient les mêmes douleurs, au quotidien, lors de la marche ou en urinant”* (1/12) et pour savoir si en connaissance de cause *“elles auraient accepté de le faire”* (1/12).

L’anatomie intéressait afin de *“comprendre”* et *“connaître le corps”* (3/12).

La thématique de **l’estime de soi** a été choisie par 4 femmes, souhaitant en discuter afin *“de ne pas douter de soi même”* (1/12) et pour *“savoir comment faire pour être heureuse”* (1/12).

Les **relations hommes-femmes** avaient été choisies afin *“d’entendre d’autre personne parler des hommes pour être plus à l’aise”* (1/12), de *“savoir comment fonctionne un couple”* (1/12) ainsi que pour *“savoir s’il y a des rapports sexuels normaux”*, en terme de *“fréquence et de technique”*, afin *“de rester en bonne santé”* (1/12).

Pour la **vie sexuelle et affective**, elles voulaient *“mieux comprendre”* (2/12) pour *“ne pas être stressée par ce sujet”* (1/12)

3.4.2 Ressentis

3.4.2.1 Ressentis des participantes

Toutes les participantes nous ont dit **“avoir passé du bon temps lors des ateliers”** (8/8) et même **“plus que bon”** (1/8) ! A chaque fin de séance, nous utilisons les smiley des abaques de Reignier afin de faire une enquête de satisfaction. **Pour les 5 ateliers, toutes les participantes ont voté pour le smiley sourire vert soit la signalétique d’être contente. Aucune n’a voté avec le smiley neutre ou triste.**

Ce qu’elles ont aimé :

- *“Les discussions sur l’excision, la violence, la maternité, j’ai aimé avoir des réponses. **Le groupe.** ça soulage la tête, se sentir guidée, je ne connaissais pas avant et maintenant je connais. Comme il n’y a pas de famille (près de nous) les*

ateliers permettent d'avoir des conseils et des infos. J'ai compris que **la violence** c'est pas bon."

- **"Tout"**
- **"Les thèmes abordés, les rencontres"**
- **"Le groupe, l'accueil, les rires"**
- **"Tout, apprendre des choses, rencontrer des gens"**
- **"Les réponses, l'accueil c'est comme une famille"**
- **"L'ambiance que les gens soient contents, apprentissage dans l'amusement, les histoires des autres, pas stressant, les fruits"**
- **"Toute la vérité, le groupe, ça change la tête"**

L'apprentissage, le fait de passer du bon temps et que ça puisse les sortir du quotidien et des difficultés, les rencontres et le groupe sont les points forts qui ressortent de leurs réponses.

Aucune des patientes n'a signalé quelque chose qu'elle n'a **pas aimé ou qui l'a dérangé** durant les ateliers. Elles n'ont pas signalé d'atelier qu'elles auraient moins aimé.

2 femmes ont souligné le fait qu'elles aient **particulièrement apprécié l'atelier sur l'excision** afin de comprendre des choses. Une de ses deux participantes avait choisi les MSF comme thématique, mais pas la seconde.

Également, **aucune** ne considérerait qu'il y ait eu des moments ou des apprentissages **inutiles** durant les séances.

3.4.2.2 Ressentis des intervenants spécifiques, de l'animatrice et de la médiatrice

Les intervenants se sont sentis **"très bien, à l'aise ou détendue"** pour **6/7** d'entre elles. Les autres sentiments étaient **"utile"** 1/7, **"dans la bienveillance"** 1/7, ou **"à l'écoute"** 1/7.

5 professionnelles sur 7 n'ont pas ressenti d'embarras particuliers. Par contre, une des intervenantes signale avoir eu du mal à trouver une place adaptée, pour ne pas trop s'imposer ni trop parler. L'animatrice exprime des difficultés à maintenir les femmes dans une écoute mutuelle (dispersion sur les sujets, conversation en 2 à 2, inattention avec les enfants...).

Il fut suggéré que refixer le cadre de manière plus précise au début de chaque séance permettrait éventuellement de répondre à cet inconfort.

Tous les professionnels ont relevé des **éléments facilitateurs** tels que :

- *“Un groupe **chaleureux** et dans l’échange”*
- *“L’effet de certaines participantes plus à l’aise, ce qui permettait d’aborder certains sujets, facilitant donc l’échange et la participation”*
- *“**Le lien** entre les animateurs et médiateur et le groupe simplifiant également les échanges”*
- *“**Le cadre** accueillant et la salle à disposition”*
- *“La possibilité pour les femmes de **venir avec leurs enfants**”*
- *“**Les outils**, photolangage permettant l’abord de certains sujets”*

De nombreuses réactions positives des participantes ont été mises en lumière, de la part de tous les professionnels (7/7).

*“**La bienveillance**”, “**la confiance**”, “**le non jugement**” et “**la réassurance**”* entre certaines participantes ont été décrites.

En effet, ce climat a permis *“**la libération de la parole au fur et à mesure**”, “le lâcher prise”,* avec l’abord de sujets personnels difficiles, *“même pour certaines participantes plus timides”*.

Les intervenants ont signalé les **rires**, le contentement ainsi que des manifestations physiques de concentration.

4 des 7 professionnels décrivent avoir perçu des réactions ou des émotions négatives, tel que *“**l’agacement face aux enfants très bruyants**”, “la barrière de la langue”* pour certaine femme, *“la difficulté à rester concentrée”*, majorée par l’environnement (enfant, chaleur, langue...). Lors de l’atelier de socio-esthétique, certaines participantes ont pu exprimer du stress ou des inquiétudes face à l’utilisation de certains produits.

Lors des séances, à l’abord des sujets intimes ou délicats, il pouvait y avoir des *“silences ou de la gêne”* face à leur vécu traumatique.

Sur un plan personnel comme professionnel, les intervenantes ont relevé plusieurs apports des ateliers. Deux grandes dimensions ressortent : *“**l’apport d’informations ou de réponses en santé**”, ainsi que” le soutien qu’elles apportent aux femmes”,* mais aussi *“la manière dont cela fait grandir les intervenants, apprenant elles aussi sur leur culture et leurs histoires, afin de mieux les accompagner”*.

- *“Savoir que j’ai pu **apprendre** des choses aux patientes, les **guider, les écouter, m’intéresser** à leur bien-être, les **protéger en soi**”*
- *“Une **autre dimension** dans la relation patiente / professionnelle sage-Femme car hors du cadre de la consultation”*

- **“Ouverture d'esprit et échanges interculturels”**
- **“Informer, accompagner, prévenir, communiquer”**
- **“Je pense que la prévention et l'information sont des points clés de la santé de demain”**
- **“Mieux comprendre les patientes avec leurs histoires de vie et leur culture. Améliorer la qualité de la relation humaine soignant / soigné. Voyager !”**
- **“Rencontrer de nouvelles têtes, donne de la motivation car il y a encore du travail ! A renouveler pour que tout le monde puisse avoir cette chance de participer aux ateliers”**

6 professionnelles sur 7 déclarent vouloir revenir **participer à d'autres ateliers**. Une ne sait pas.

Les freins seraient pour :

- 5/7 d'entre elles, **l'organisation** dans leur planning / **le temps** disponible sur des travail à temps plein,
- 3/7 d'entre elles, **le financement**

Une des intervenantes a signalé que **l'absentéisme** pouvait également être un frein car il est **“décourageant”**, surtout sur des postes chronophages.

3.4.2.3 Attentes de la posture des intervenants

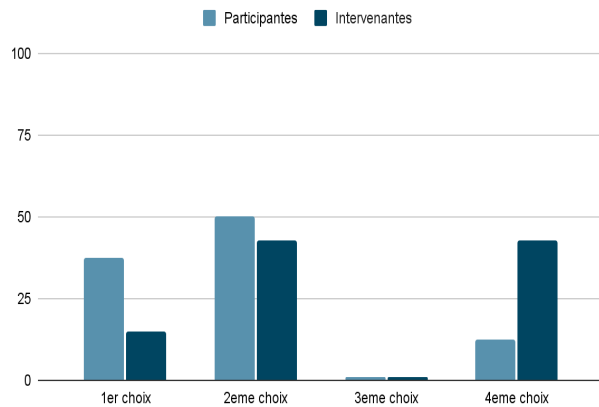
Lors des entretiens, nous avons demandé aux participantes et aux professionnels de santé ce qu'ils pensaient à propos de la posture des intervenants. Puis, dans un second temps nous avons comparé les résultats entre les deux groupes.

Tableau numéro 3 : attente de la posture des intervenants

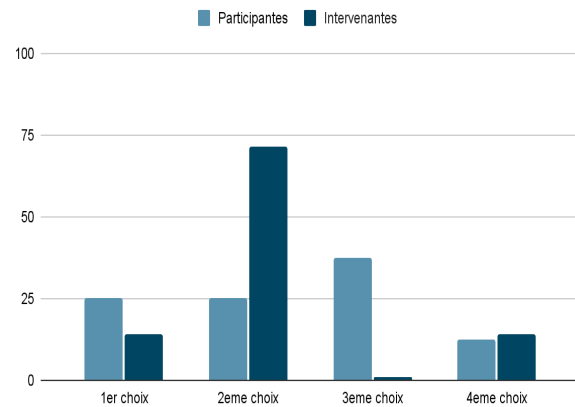
	Participantes				Intervenantes			
	1 ^{er} choix	2 ^{eme} choix	3 ^{eme} choix	4 ^{eme} choix	1 ^{er} choix	2 ^{eme} choix	3 ^{eme} choix	4 ^{eme} choix
Qu'il sache accompagner et encourager (%)	3/8 (37,5)	4/8 (50)	0	1/8 (12,5)	1/7 (14,2)	3/7 (42,8)	0	3/7 (42,8)
Qu'on le comprenne facilement (%)	2/8 (25)	2/8 (25)	3/8 (37,5)	1/8 (12,5)	1/7 (14,2)	0	5/7 (71,4)	1/7 (14,2)
Qu'il connaisse	1/8	1/8	4/8	2/8	0	3/7	1/7	3/7

bien les problèmes dont il parle (%)	(12,5)	(12,5)	(50)	(25)		(42,8)	(14,2)	(42,8)
Qu'il sache écouter (%)	2/8 (25)	1/8 (12,5)	1/8 (12,5)	4/8 (50)	5/7 (71,4)	1/7 (14,2)	1/7 (14,2)	0

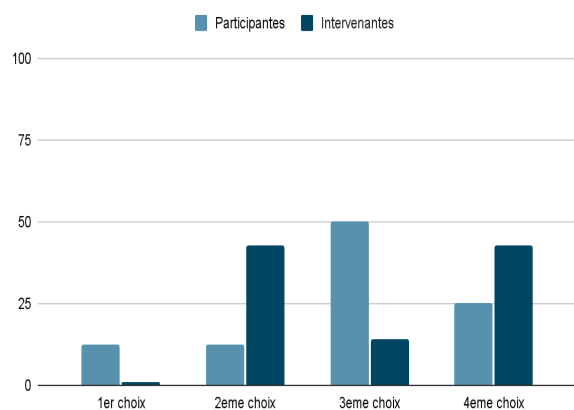
Qu'il sache accompagner et encourager



Qu'on le comprenne facilement



Qu'il connaisse bien les problèmes dont il parle



Qu'il sache écouter

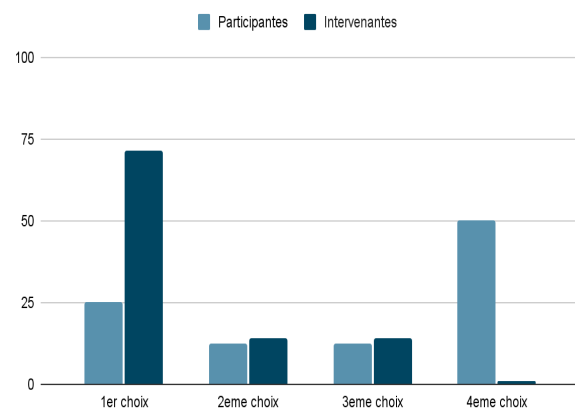


Figure numéro 4 : diagramme des attentes de la posture des intervenants

Aux vues de ces résultats, nous remarquons **une certaine homogénéisation au sein de chaque groupe (intervenants, participants)**. D'après les professionnels de santé, le besoin primordial pour les participantes est que l'intervenant **soit à l'écoute**. On note que cette qualité n'était pas la priorité des participantes. Il est même mis en dernière position pour bon nombre d'entre elles.

D'ailleurs, concernant le premier choix des participantes il était plutôt propre à chacune sans résultat significatif, même s'il existe une tendance de groupe vers le fait que le professionnel sache accompagner et encourager.

Les autres caractéristiques attendues des intervenants étaient de la part des professionnels:

- *“la neutralité”*
- *“l’écoute active, la bienveillance, les regards approbateurs, le non jugement”*
- *“le respect et la non invasion dans les questions abordées”*
- *“la connaissance des particularités du public concerné “*
- *“le non-jugement, la neutralité des intervenants (surtout lorsqu’une des participantes prennent des positions fortes)”*

De la part des participantes, peu ont suggéré d’autres caractéristiques de la part des professionnels. 2/8 ont émis le fait qu’il fallait qu’il soit **joyeux et souriant** et une qu’il connaisse bien son travail.

3.4.2.4 Diffusion des ateliers

Toutes les participantes ont déclaré avoir parlé des ateliers autour d’elles, à moins de 5 personnes chacune, hormis une des femmes qui a diffusé l’information des ateliers à 5 -10 personnes de son entourage.

Toutes conseilleraient à leur proche de venir participer aux ateliers, afin *“qu’elles comprennent aussi”, “parce que c’est très bon, c’est une bonne idée” ou “si elles en ont besoin”*.

3.4.3 Le groupe

3.4.3.1 Fonction groupale

7 participantes sur 8 étaient satisfaites des ateliers en groupe, plutôt qu’en individuel. En effet, cela permettait de **“partager les idées et les expériences”** et **“ainsi d’en avoir plus” (3/8)**, **“de mieux comprendre” (3/8)** avec les *“histoires”* ou *“les expériences des autres”*, *“d’expliquer les choses entre nous, car parfois tu comprends moins bien avec le médecin seul et on ose pas le dire”*. Cela permet *“l’entraide”, “on joue, on rigole, on mange et la pause c’est bien pour parler, c’est comme la famille”*

Une des femmes signalait que le couplage d’une approche individuelle et groupale est essentiel.

Une autre femmes nous confiait *“c’est dur de parler en groupe, mais j’écoute, on se comprend bien, j’apprends en écoutant, plus de connaissances, bonne ambiance”*

Une des participantes a trouvé cela **moins bien car elle était gênée**. A noter que cette participante est venue uniquement au premier atelier.

Pour les professionnels de santé, le groupe est une **zone d’échange et de partage**,

permettant l'ouverture sur plus de sujets :

- il *“libère la parole”*,
- il leur permet *“de donner des idées”, “d'échanger les expériences et d'ouvrir des sujets, de les alimenter” “que certaines femmes n'auraient pas forcément abordé seules”, “seule, on reste dans ce que l'on connaît”*

En effet, cela donne aux participantes, une **appartenance** à un groupe avec les mêmes croyances, expériences et cultures, et ainsi *“potentialiser les points de vue”*, permettre *“de comprendre, qu'elles vivent la même chose”* et ainsi de *“créer un soutien plus fort”*.

De plus, cela crée un espace qui les laisse *“sortir de leur isolement et de leur quotidien”*.

Egalement, il *“permet à certaines de s'exprimer et à d'autres d'écouter”*, ainsi *“que chacun trouve sa place en fonction de son parcours et de sa temporalité du moment”*.

C'est *“une émulsion indispensable”*.

Pour deux des professionnels, **les deux approches**, individuelles et en groupe, **sont “essentiels”**, avec la force du collectif et tout ce qui est décrit ci-dessus, mais l'individuel permet l'expression et le témoignage d'histoires plus personnelles.

3.4.3.2 Lien créé

Un lien s'est créé **entre les participantes**. En effet, **3/8** nous disent avoir **contacté** les femmes des ateliers en **dehors** des séances et une nous confie qu'elle aimerait bien.

Au fur et à mesure des ateliers, nous avons pu constater qu'elles prenaient des nouvelles les unes des autres ou de leurs proches, notamment avant que les séances commencent. Une certaine connivence s'est installée : plaisantant ainsi sur la taille de leur ventre, se demandant pourquoi certaines n'étaient pas là, montrant parfois leur déception ou encore se questionnant pour savoir si certaines des femmes avaient déjà accouché, se souvenant de leur terme.

D'ailleurs, il arrivait que certaines femmes soient au courant des motifs d'absence, prouvant alors la **communication en dehors** des ateliers. Dès le second atelier, plusieurs participantes se sont **échangées** les numéros de téléphone.

A la fin des ateliers, au grès des séances, nous sentions que les femmes voulaient rester le plus longtemps possible dans la salle, afin d'avoir ces moments en commun en dehors du cadre que nous leur proposons. La dernière séance en fut un bel exemple car elles ne voulaient plus quitter la salle.

Enfin, il a été difficile de motiver les femmes afin d'effectuer les entretiens post-atelier. Nous sentions que leur demande était uniquement sur le fait de faire perdurer le groupe et donc de se revoir toutes ensemble.

L'expérience de la plupart des femmes, déjà mères, a permis de rassurer et soutenir les primigestes dès la première séance.

Au cours des échanges, nous avons été témoins d'autres formes de soutien comme par exemple : « *elle est fatiguée, faut pas la fatiguer à parler français* », ainsi que beaucoup d'entre-aide pour les enfants, qui passaient dans les bras des unes et des autres, qui les câlinaient tour à tour.

Un lien entre les intervenantes et les participantes s'est également tissé. En effet, la plupart des femmes connaissait un des professionnels de santé, soit Dr Toulemonde pour le suivi de leur grossesse ou par les entretiens pré-ateliers, soit Marie, la sage-femme qui a suivi un certain nombre de leurs grossesses. De plus, Mame, Aude et moi-même étions présentes à chaque séance tel un ancrage et un point de repère.

Un des objectifs spécifiques des ateliers en santé est de s'appuyer sur le collectif afin de leur montrer qu'elles ne sont pas seules face à leurs questions et leurs soucis de santé. Aux vues de ces résultats, nous pouvons confirmer que cet objectif est rempli.

3.4.3.3 Valorisation & liberté d'expression

La **valorisation des participantes** de la part des soignants était **un fait essentiel** retrouvé constamment à chacun des ateliers.

En effet, de nombreuses phrases ont été relevées ;

- *"Très bonne question"*
- *"C'est exactement ça" / "Exactement"*
- *"Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise question, au contraire"*
- *"C'est super, vous avez déjà dit plein de choses"*
- *"Je suis très impressionnée"*

Il y a également eu une **recherche du bien-être et de la liberté d'expression** envers les participantes, de la part des intervenants. Voilà quelques mises en lumière :

- *"si tu veux, mais si tu n'as pas envie sens toi libre"*
- *"c'est comme tu veux"*
- *"qui veut parler ?", "est-ce que quelqu'un veut expliquer / raconter ?", "est-ce que vous avez des questions ?", "Est-ce que vous voulez nous raconter ce que vous avez vécu ?"*

- *concernant des participantes plus discrètes : “ça va ? C’est un sujet un peu difficile, on peut arrêter si c’est trop difficile”*
- *“bah vous dites plus rien, j’ai dit quelque chose qui vous a embêté (en parlant de la sexualité) ?” non on vous écoute” ; rires*

Ces conditions d’échanges ont été un **véritable moteur pour libérer la parole** des participantes :

- *“j’ai une question”*
- *“je peux poser une question ?”*
- *“il y a quelque chose que j’ai pas compris”*

Dans leur comportement, on a pu remarquer une **aisance et une liberté**, dans le respect des autres, comme pour sortir téléphoner, aller aux toilettes, répondre spontanément aux questions ou raconter leurs récits, leurs expériences et leurs vécus.

Ce fil conducteur de bienveillance a permis à plusieurs participantes de partager au groupe des situations traumatisantes de violence, notamment conjugale, ou durant leur parcours migratoire. Le fait que leur parole ait été entendue a bien été exprimé par les patientes.

Pour finir, les ateliers et la valorisation qui s’y opère, mettent en avant leurs connaissances actuelles afin de leur donner confiance en elles, ce qui est un des objectifs spécifiques des ateliers.

3.4.3.4 Santé communautaire

Le projet a vu le jour suite à un constat fait par les différents travailleurs de l’UGOMPS. Les ateliers ont donc été montés pour répondre à une demande. Ils sont effectués pour une population en situation de précarité et / ou de vulnérabilité. Un des buts des ateliers est la réduction des inégalités sociales en santé.

L’implication des femmes dans la création et la mise en place des ateliers est essentielle. En effet, elles ont choisi lors des entretiens les thématiques des séances, celles dont elles en avaient le plus besoin. Par la sélection des thématiques par vote, nous respectons au mieux leurs souhaits. La médiatrice en santé, issue de la même communauté, crée un lien indéniable entre les autres professionnels de santé et les femmes.

L’affiliation communautaire des femmes par leurs origines, leurs coutumes et leurs croyances a permis la création d’un groupe uni et bienveillant.

Les échanges débutaient régulièrement par la mise en évidence de leurs ressemblances. Puis, elles partageaient leurs différentes expériences et leurs connaissances, entraînant parfois une confrontation amenant à une réflexion ou à un débat.

Les professionnels étaient associés à la réflexion et leur expertise était une contribution et non une solution unique.

3.4.4 Connaissances & Empowerment

3.4.4.1 Savoir

7 femmes sur 8 ont déclaré avoir trouvé des réponses sur des questions concernant leur santé. La participante qui a répondu "non", considérait qu'elle avait encore d'autres questions.

Cela a permis de mieux comprendre :

- "les règles" et "les douleurs" qui en découlent (4/8)
- "l'accouchement" (4/8) notamment "les déchirures", "les modifications du col", "le décollement placentaire" et "les hémorroïdes" qui en résultent
- "la contraception" "j'ai pu choisir" (1/8)
- "l'excision" (2/8) "n'est pas normale"

Certaines signalent que ces compréhensions entraînent "moins d'inquiétude".

Les patientes ont déclaré certaines choses qu'elles ont considéré comme utiles, apprises pendant les ateliers :

- "Pourquoi on fait **l'excision** chez nous, c'est dangereux et c'est mauvais, donc **connaître pour pouvoir arrêter, le dire aux autres pour arrêter**. Pour la grossesse de **savoir** qu'il y a des travaux difficiles et qu'ils peuvent être mauvais pour la grossesse".
- "**Les effets mauvais des cosmétiques** (blanchiment de la peau)"
- "**Comprendre** les mots par exemple "masturbation", la grossesse, les rapports sexuels, les produits cosmétiques"
- "Le sexe (du bébé) vient des hommes, les violences qu'on a subi, **maintenant je sais c'est pas ma faute**"
- "**Excision** : je sais que ce n'est pas bien et j'ai convaincu ma mère de ne pas le faire (à ma petite soeur). **Contraception** : je peux choisir"
- "Règles qui viennent de l'utérus, **le droit de dire non au gynéco, la contraception, maintenant j'ai mis un implant**"
- "Tout, **enlever les doutes, eaux glacées ne rendent pas le bébé gros**"
- "**Excision** : que c'est pas normal, avant je pensais que c'était normal; le rapport

sexuel, je comprends pourquoi j'ai des douleurs”

Il y a dans ces témoignages, un mélange de connaissances et d'empowerments, certains entraînant derrière des actions concrètes.

3.4.4.2 Apprentissage et Empowerment

Avant et après chaque atelier, nous avons **posé les mêmes** questions à chaque participante, afin d'étudier des changements de connaissances et les modifications de comportements ou de positionnement que cela a entraîné. La grande majorité des questions de connaissance étaient accompagnées d'une seconde question sur le pouvoir d'agir. Il existait des réponses fermées : *oui/beaucoup - moyen - non/pas du tout*, ou complètement ouvertes : *“précisez”*.

Certaines questions concernant leur ressenti, leurs expériences ou leur vécu étaient nécessaires à l'établissement du diagnostic de situation et à l'évaluation des besoins en santé des femmes.

A noter que sur les 12 patientes incluses, 11 ont répondu au questionnaire AVANT et 8 au questionnaire APRÈS.

Voici les résultats :

Tableau numéro 4 : résultats du questionnaire AVANT / APRÈS

Légende:

- CONNAISSANCES
- EMPOWERMENT
- VÉCUS / RESSENTIS

	AVANT	APRÈS
C'est facile pour moi de faire des choix pour ma santé	OUI : 4 (36%) MOYEN : 3 (27%) NON : 4 (36%)	OUI : 4 (57%) MOYEN : 1 (14%) NON : 2 (28,5%)
Avant les ateliers, 36% des femmes estimaient qu'il était facile pour elles de faire des choix pour leur santé, alors qu'après les ateliers c'est 57% d'entre elles. 3 des participantes qui ont répondu avant et après les ateliers, sont passées de "non" ou "moyen" à "oui". Cependant 2 des femmes qui avaient répondu oui avant, on déclarait finalement qu'il est plus difficile de faire des choix après les séances.		

Si je cherche des informations sur la santé, je sais où en trouver	OUI : 3 (27%) MOYEN : 3 (27%) NON : 5 (45%)	OUI : 5 (62,5%) MOYEN : 0 NON : 3 (37,5%)
Initialement, seuls 27% des participantes déclaraient savoir où trouver des informations concernant leur santé, puis plus du double après les ateliers (62,5%). Plus en détail, parmi les participantes ayant répondu aux deux questionnaires, 2 sont passées de "moyen" à "oui" et une de "non" à "oui".		
Je pense connaître mes organes de femme	OUI : 3 (27%) MOYEN : 5 (45%) NON : 3 (27%)	OUI : 4 (50%) MOYEN : 3 (37,5%) NON : 1 (12,5%)
6 femmes sur 8 ont déclaré avoir plus de connaissances après les ateliers. 1 des femme a déclaré avoir moins de connaissances après les ateliers. Cependant le taux de femmes considérant avoir des connaissances sur leurs organes féminins touche tout juste la moyenne après les ateliers.		
Si je connais mieux mon corps, c'est plus facile pour moi quand j'ai des problèmes de santé	OUI : 3 (27%) MOYEN : 5 (62,5%) NON : 0	OUI : 7 (87,5%) MOYEN : 1 (12,5%) NON : 0
4/12 n'ont pas compris la question lors de l'entretien pré atelier alors que toutes l'ont compris après les ateliers. Initialement, seuls 27% des femmes estimaient qu'il est plus facile pour elles de connaître leur corps si elles ont des problèmes de santé, alors que 87,5% d'entre elles le disaient après les ateliers. Concernant les femmes qui ont répondu aux deux sessions (4/12) : - 3 femmes sont passées de moyen à oui - 1 femme de oui à moyen Concernant les 4 femmes qui n'ont pas répondu aux entretiens pré atelier, elles ont toutes répondues OUI après les ateliers.		
Je sais pourquoi le soignant me fait un examen gynécologique	OUI : 4 (36%) MOYEN : 2 (18%) NON : 5 (45%)	OUI : 7 (87,5%) MOYEN : 0 NON : 1 (12,5%)
Avant les ateliers, 45% des femmes ne savaient pas pourquoi le soignant fait un examen gynécologique. Après les ateliers, 87,5% d'entre elles ont compris la raison. La dernière déclarant ne pas savoir pourquoi le gynécologue lui fait un examen a pourtant participé à l'atelier sur l'anatomie - règles - contraception, où nous avons expliqué les enjeux de l'examen gynécologique.		
Quand je vais chez le médecin, est-ce que je peux lui dire non si je ne veux pas qu'il me fasse l'examen gynécologique	OUI : 5 (45%) MOYEN : 2 (18%) NON : 4 (36%)	OUI : 6 (75%) MOYEN : 0 NON : 2 (25%)
Sur les 8 femmes ayant répondu au questionnaire APRÈS, 2 ont changé leur positionnement , c'est-à -dire qu'elles déclaraient ne pas être en capacité de refuser un examen gynécologique avant les ateliers, alors que depuis les ateliers, elles seraient en mesure de le faire.		

Savez-vous d'où vient le sang des règles ?	OUI : 3 (30%) MOYEN : 2 (20%) NON : 5 (50%)	OUI : 5 (62,5%) MOYEN : 1 (12,5%) NON : 2 (25%)
Les connaissances sur la provenance des règles ont évolué selon elles de 30 à 62,5%, selon elles. 1 femme n'a pas répondu avant. Celle-ci a déclaré ne pas savoir d'où vient le sang des règles après les ateliers.		
Précisez	2 utérus 1 vagin 8 femmes ne savaient pas	3 utérus dont 1 muqueuse utérine 1 trompe 1 vagin 3 femmes ne savait pas
Parmis les femmes, 2 d'entre elles n'ont pas acquis cette connaissance durant les ateliers (réponses "je ne sais pas" avant et après) 3 femmes ne savaient pas avant les ateliers et elles ont répondu après les ateliers : 2 : utérus et 1 : trompe La femme qui a répondu vagin, l'a fait avant et après les ateliers. Aucune des femmes ne savait avant ni ne savait plus après.		
Quand j'ai mal au ventre pendant mes règles, je me sens mieux si je sais pourquoi	OUI : 6 (54%) MOYEN : 2 (18%) NON : 2 (18%)	OUI : 6 (75%) MOYEN : 1 (12,5%) NON : 1 (12,5%)
54% des femmes ont répondu qu'elles se sentiraient mieux si elles savaient pourquoi elles avaient mal au ventre pendant leur règle et 75% après les ateliers. 2 participantes qui ont répondu non ou moyen ont évolué vers le oui, alors qu'au contraire 2 participantes sont passées de oui à moyen voir non.		
Quand j'ai mes règles, je peux trouver un accès aux toilettes, ou à des protections pour les règles ou à des anti douleurs	OUI : 5 (45%) MOYEN : 5 (45%) NON : 1 (9%)	OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0
Moins de la moitié des femmes étaient en capacité de trouver un accès aux toilettes ou à des protections menstruelles ou des anti-douleurs avant les ateliers, alors que toutes déclarent avoir cette capacité après les ateliers.		
Je sais comment me protéger des infections sexuellement transmissibles / des maladies du sexe :	OUI : 4 (36%) MOYEN : 3 (27%) NON : 4 (36%)	OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0
Initialement, 36% des femmes déclaraient savoir se protéger contre les IST, alors qu'après les ateliers, toutes nous disent savoir comment se protéger.		
Je peux en parler avec mon partenaire (des IST)	OUI : 6 (66%) MOYEN : 0 NON : 3 (33%)	OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0

<p>3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers.</p> <p>66% des femmes pouvaient en parler avec leur partenaire avant les ateliers, et cela est monté à 100% après les ateliers.</p>		
Si je vais avoir une relation sexuelle avec une personne, je peux lui demander de mettre un préservatif	<p>OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0</p>	<p>OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0</p>
<p>3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers et une femme ne savait pas.</p> <p>Les ateliers n'ont rien changé sur le pouvoir d'agir concernant la possibilité de demander à son partenaire de mettre un préservatif, puisque toutes celles qui avaient répondu être en capacité de le demander avant le sont encore après les ateliers</p>		
Je connais les méthodes pour ne pas avoir de bébé quand j'ai des relations sexuelles	<p>OUI : 1 (10%) MOYEN : 6 (60%) NON : 3 (30%)</p>	<p>OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0</p>
<p>2 femmes n'ont pas répondu à la question initialement</p> <p>1 seule femme connaissait les méthodes contraceptives avant les ateliers et 6 d'entre elles vaguement. Après les ateliers, elles déclaraient à l'unanimité connaître les différentes contraceptions, passant donc de 10% à 100%.</p>		
Je peux choisir la meilleure méthode pour moi	<p>OUI : 3 (37,5%) MOYEN : 4 (50%) NON : 1 (12,5%)</p>	<p>OUI : 7 (87,5%) MOYEN : 1 (12,5%) NON : 0</p>
<p>3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers et une femme ne savait pas répondre à la question.</p> <p>37,5% des femmes disaient qu'elles pourraient choisir la meilleure contraception pour elles-même avant les ateliers et 50% avaient des doutes concernant leur choix, alors qu'après les ateliers, 7/8 soit 87,5% femmes affirmaient en être en capacité et 1 femme se sentait moyennement capable.</p>		
Je sais si une relation est bonne ou mauvaise pour moi	<p>OUI : 6 (54%) MOYEN : 2 (18%) NON : 3 (27%)</p>	<p>OUI : 7 (87,5%) MOYEN : 0 NON : 1 (12,5%)</p>
<p>54% des femmes avant les ateliers s'estimaient être en capacité de dire si une relation est bonne ou mauvaise pour elles alors que 87,5% d'entre elles peuvent l'affirmer après les ateliers.</p>		
Si je pense que ma relation est mauvaise, est ce que je peux arrêter la relation, quitter mon partenaire ?	<p>OUI : 6 (66%) MOYEN : 2 (22%) NON : 1 (11%)</p>	<p>OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0</p>
<p>3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers.</p> <p>66% des femmes avant les ateliers se disaient en capacité de quitter son partenaire si elles pensaient que la relation est mauvaise, alors que 100% des femmes l'affirmaient après les ateliers.</p>		

Je sais ce qui me donne du plaisir sexuel	OUI : 2 (18%) MOYEN : 0 NON : 9 (82%%)	OUI : 6 (75%) MOYEN : 0 NON : 2 (25%)
Avant les ateliers, seulement 2 des femmes soit 18% d'entre elles disaient savoir ce qui leur donnait du plaisir sexuel et 82% déclaraient ne pas savoir. A contrario, après les ateliers, 75% d'entre elles savaient ce qui leur donnait du plaisir sexuel et 2 (25%) ne savaient pas.		
Je peux dire oui ou non à mon partenaire pendant les rapports sexuels	OUI : 10 (91%) MOYEN : 0 NON : 1 (9%)	OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0
Les ateliers n'ont eu que peu de changement sur le pouvoir d'agir des participantes concernant la capacité de dire oui ou non à son partenaire pendant les rapports sexuels puisque 91% des participantes se disaient déjà en capacité de le faire avant les ateliers et 100% après les ateliers.		
Je peux dire ce que je veux à mon partenaire pendant les rapports sexuel	OUI : 7 (77%) MOYEN : 1 (11%) NON : 1 (11%)	OUI : 6 (75%) MOYEN : 2 (25%) NON : 0
3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers. Il n'y a eu que peu de changement concernant la capacité d'exprimer à son partenaire ses désirs lors des rapports sexuels avant et après les ateliers, puisque 75% - 77% des patientes se disent en capacité.		
Je sais ce que c'est l'estime de soi ?	OUI : 1 (9%) MOYEN : 2 (18%) NON : 8 (72%)	OUI : 3 (37,5%) MOYEN : 1 (12,5%) NON : 4 (50%)
Seulement 1 des femmes connaissait l'estime de soi avant les ateliers et 3 femmes après.		
Précisez	10 : Ne sait pas 1 : comment je me perçois	5 : Ne sait pas 1 : s'aimer, s'accorder de la valeur, penser à soi 1 : avoir confiance en soi 1 : être fière de soi
Est ce que je prends soin de moi ?	OUI : 9 (82%) MOYEN : 2 (18%) NON : 0	OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0
Nous pouvons constater une évolution et une majoration concernant le fait que les patientes déclarent prendre soin d'elles, passant de 82% avant les ateliers à 100% après les ateliers.		
Est ce que je m'aime ?	OUI : 10 (91%) MOYEN : 1 (9%) NON : 0	OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0

<p>91% des femmes disaient s'aimer avant les ateliers et 100% après les ateliers. A noter que la personne ayant répondu "moyennement" avant les ateliers à répondu "oui" après les ateliers.</p>		
J'ai beaucoup de questions sur la grossesses	<p>OUI : 6 (54%) MOYEN : 3 (27%) NON : 1 (9%)</p>	<p>OUI : 3 (37,5%) MOYEN : 2 (25%) NON : 3 (37,5%)</p>
<p>2 des femmes n'ont pas répondu au questionnaire AVANT. 54% des femmes avaient beaucoup de questions sur la grossesse avant les ateliers et seulement 37,5% après ceux-ci. De même une seule femme n'avait pas de question avant les ateliers alors que 37,5% n'en ont plus après les ateliers.</p>		
Je me sens bien quand je suis enceinte	<p>OUI : 4 (44%) MOYEN : 4 (44%) NON : 1 (11%)</p>	<p>OUI : 2 (25%) MOYEN : 2 (25%) NON : 3 (37,5%)</p>
<p>3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers. Il n'y a pas eu d'effet de la part des ateliers sur le fait qu'avec des connaissances ou après discussion de la grossesse et de la maternité les femmes se sentaient mieux quand elles étaient enceintes. Il y a d'ailleurs une majoration des femmes qui se sentent moins bien enceintes après les ateliers.</p>		
Je peux choisir d'avoir un enfant	<p>OUI : 6 (60%) MOYEN : 3 (30%) NON : 1 (10%)</p>	<p>OUI : 8 (100%) MOYEN : 0 NON : 0</p>
<p>2 des femmes n'ont pas répondu au questionnaire AVANT. 60% des femmes pouvaient choisir d'avoir un enfant avant les ateliers et 30% déclaraient moyennement, alors qu'après les ateliers, 100% d'entre elles se donnaient ce pouvoir de décision.</p>		
J'ai déjà été victime de violences	<p>OUI : 6 (66%) NON : 3 (33%)</p>	<p>OUI : 7 (87,5%) NON : 1 (12,5%)</p>
<p>3 des femmes n'ont pas répondu à la question avant les ateliers. 1 des femmes avait répondu qu'elle n'avait pas été victime de violence avant les ateliers, puis finalement oui après les ateliers</p>		
Si je suis victime de violence, je sais à qui demander de l'aide	<p>OUI : 3 (30%) MOYEN : 0 NON : 7 (70%)</p>	<p>OUI : 6 (75%) MOYEN : 2 (25%) NON : 0</p>
<p>2 des femmes n'ont pas répondu au questionnaire AVANT. Initialement, seulement 30% des femmes déclaraient savoir à qui demander de l'aide si elles étaient victimes de violence, alors qu'après les ateliers, 75% d'entre elles disent savoir ou trouver de l'aide.</p>		
Si je suis victime de violence, de quoi j'ai besoin ?	<p>5 : police 3 : de me protéger 1 : avocat</p>	<p>3 : la police, 2 : protection, sécurité 2 : des cartes que l'on m'a</p>

	1 : de savoir qui va m'aider	donné avec numéros 1 : l'amour, 1 : associations 1 : l'hôpital 1 : assistante sociale 1 : de l'aide
Avant les ateliers, 3 des femmes ne savaient pas et 1 n'a pas répondu		
J'ai eu une excision	OUI : 8 NON : 3	OUI : 6 NON : 2
1 des femmes avait initialement répondu qu'elle n'avait pas d'excision puis après les ateliers qu'elle avait finalement subie une excision.		
Je sais demander de l'aide ou des informations sur l'excision	OUI : 3 (37,5%) MOYEN : 1 (12,5%) NON : 4 (50%)	OUI : 5 (83,3%) MOYEN : 0 NON : 1 (16,6%)
A cette question, toutes les femmes n'ont pas répondu, notamment les patientes non excisées. A noter que pour 2 d'entre elles qui sont excisées, elles ne savaient pas initialement demander de l'aide puis après les ateliers elles ont déclaré savoir demander de l'aide ou des infos sur les MSF		
Je peux décider de faire une réparation	OUI : 5 (71,4%) MOYEN : 0 NON : 2 (28,6%)	OUI : 5 (83,3%) MOYEN : 1 (16,6%) NON : 0
A cette question, toutes les femmes n'ont pas répondu, notamment les patientes non excisées.		

3.4.4.3 Empowerment & changements

Lors des entretiens réalisés après les ateliers, nous avons spécifiquement posé des questions concernant l'évolution du pouvoir d'agir des participantes. **7/8** participantes ont déclaré qu'il y avait des choses qui avaient **changé dans leur quotidien** depuis qu'elles avaient participé aux ateliers, tel que :

- *“Les soucis ont baissé”*
- *“Des idées dans la tête pour mieux réfléchir”*
- *“La mentalité, la façon de concevoir et analyser c'est plus facile”*
- *“Ca donne des idées dans la tête, ça a changé ma façon de voir les choses, on peut se faire réparer (excision)”*
- *“Je prends plus soin de moi, je regarde les crèmes, dans ma relation avec ma famille car j'ai dit à ma mère qu'il ne fallait pas que ma petite soeur soit excisée”*
- *“Je n'ai plus de questions”*

- *“Les gens donnent des idées, tu comprends mieux les choses”*

5 femmes sur les 8 disent prendre plus soin d’elles depuis les ateliers, 1 moyennement et 2 autres n’ont pas perçu de différences entre le début et la fin des ateliers.

Par exemple :

- *“La toilette intime, avant je nettoyait mon vagin avec ma main maintenant je ne le fais plus”*
- *“Je regarde les différentes crèmes”*

Concernant leur **capacité à prendre des décisions pour leur santé**, toutes (8/8) ont relaté qu’il était plus simple de prendre des décisions concernant leur santé après les ateliers, qu’avant ceux-ci.

7/8 femmes trouvent qu’elles arrivent **mieux à prendre des décisions pour leur vie personnelle** depuis les ateliers en santé, et la **moitié** concernant les décisions pour **leur famille**.

La dernière question concernait leur impression d’amélioration ou non de leur santé depuis les ateliers, les réponses ont été multiples :

- **5/8 constatent une amélioration** : *“oui car c’est mieux dans ma tête”*; *“oui j’ai compris l’épilepsie”*; *“oui car j’ai accouché”*; *“oui car moins de peur donc meilleure santé “*
- 2 des femmes n’ont pas répondu
- 1 des personnes ne constate pas de modification

Il faut souligner, afin de clore ces résultats exhaustifs, que toutes ces données, nous permettent de confirmer le fait que **ces ateliers répondent à une partie de leurs objectifs spécifiques**. En effet, ils consistent à **répondre à leurs interrogations et à les conforter dans leur capacité à résoudre des difficultés quotidiennes, ayant un impact sur leur santé de femme. De plus, il favorise le développement de leurs connaissances et de leurs compétences, afin qu’elles puissent faire des choix éclairés pour leur santé et pour la collectivité.**

3.4.5 Les points forts et faibles des ateliers ainsi que les pistes d'amélioration

3.4.5.1 Points forts et points faibles des ateliers

L'objectif de notre étude étant d'améliorer les ateliers, nous avons demandé à chaque personne ayant pris part au projet, de nous transmettre ce qu'il pensait des points forts et des points faibles du programme.

Nous avons implémenté ces données avec la relecture des grilles séances.

Les participantes ont **unaniment** déclaré qu'il n'y avait **rien** qu'elles n'avaient pas aimé. Selon les intervenantes, certaines difficultés se trouvaient dans le fait de maintenir un climat de **concentration**, de part les **enfants** qui étaient assez bruyants et dissipait le groupe et que la **salle était petite**, parfois il faisait trop **chaud**, créant un sentiment d'oppression. De plus, comme signalé ci-dessus, le fait d'avoir du mal à inclure les ateliers durant leur **temps de travail** ou de ne pas être **financé**, sont des freins pour certaines. L'organisatrice a souligné le fait que ce soit une mission **chronophage**, parfois décourageante.

Selon la relecture des conducteurs de séance, les difficultés étaient centrées la plupart du temps sur les **enfants**, entraînant une nuisance sonore et dissipation de l'auditoire. Tout comme les intervenantes, la petite **salle** et la chaleur qui y régnait parfois étaient notifiées comme difficiles durant les séances.

De plus, lors des présentations au début des séances, certaines patientes montraient des **signes extérieurs de stress ou d'inconfort**. Nous avons notifié que cela **s'améliorait** au fur et à mesure des séances. Il est arrivé que certaines intervenantes utilisent des **mots compliqués** à comprendre, mais de part la vigilance de l'interprète et de l'animatrice, ces derniers étaient reformulés ou traduits.

Lors du dernier atelier, l'intervenante principale n'a pu être présente en dernière minute, entraînant des difficultés dans l'articulation de la séance et notamment pour la seconde intervenante qui a exprimé avoir eu du mal à **trouver sa place**. De plus, lors de cette dernière séance, les participantes étaient assez **dissipées**, divergeant sur d'autres sujets loin de leur santé ou du soin. Leur demander leur attention, recadrer et repositionner le sujet de santé au centre des discussions n'était pas toujours un exercice simple.

Concernant les points forts des ateliers, les participantes déclarent toutes avoir **passé du bon temps, retenu des choses utiles** et qu'elles reviendraient **toutes** pour une seconde

série d'ateliers si nous leur propositions. Nous avons cité ci-dessus ce qu'elles ont particulièrement aimé et retenu.

De la part des intervenants, voici les témoignages des points forts qu'elles ont mis en évidence :

- *"L'intérêt des femmes qui ont été très **attentives**, qui ont posé beaucoup de **questions**, leurs **sourires**, leurs **rires**, leurs **MERCIS** à la fin de l'atelier"*
- *"Les patientes ont échangé leur numéro de téléphone"*
- *"L'ouverture sur la **sexualité positives** pour elle et sur leur **liberté**"*
- *"La très bonne **participation** de tous"*
- *"La **simplicité** des échanges et la **bienveillance** commune"*
- *"Multiples, je suis séduite, groupalité, partage d'informations, interculturalité, **renforcement des capacités**, **valorisation** des images de la femme"*
- *"Cela a permis d'acquérir des **nouvelles connaissances**, de **créer du lien**, de connaître d'autre ressources (interprétariat, consultation de sexologie...), l'accès facilité aux soins grâce aux ateliers, si elles ne vous avaient pas rencontré elles n'auraient pas osé venir à d'autre consultation, **cela rend accessible le soin**, le facilite, cela casse l'inaccessibilité à l'institutionnalisation"*

L'animatrice et la médiatrice en santé ont participé à toutes les séances, elles nous rapportent donc leur vécu et l'évolution qu'elles ont pu constater entre les séances :

- *"Il y a eu une libération de la parole, une construction, un lien amical. C'est un moment ressource pour les femmes qui ne partent plus à la fin de la séance".*
- *"Elles étaient contentes, elles ont appris des choses, dans ces moments de convivialité, d'échange".*
- *"La parole s'est libérée au fur et à mesure, une intimité s'est créée dans le groupe"*

A l'inverse, elles ont pu constater une évolution plus négative telle que : *"l'agacement du aux enfants, parfois très turbulents", "le fait de devoir gérer les enfants perturbaît et déconcentrait les femmes", "la dispersion des participantes surtout lors de la dernière séance".*

3.4.5.2 Faits et phrases relevées

Le recueil d'informations à travers des phrases et des faits marquants pendant un atelier, permettent d'apprécier le déroulement des ateliers (2). Certains faits ou phrases ont été

recueillis auprès des intervenants et d'autres notifiés durant les ateliers sur les grilles séances. Ces derniers sont reportés dans les tableaux suivants.

Tableau numéro 5 : propos recueillis par les intervenants concernant les participants

<p>Phrases marquantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " Avant de dîner il faut bien nettoyer la table et mettre des jolies assiettes " (en parlant des préliminaires) - " Et s'il a fermé la porte ? " (en parlant des viols et de pouvoir aller l'hôpital après pour faire les prélèvements) - " Vous ici vous caressez les femmes, nous au pays on nous tape " - en parlant des sages femmes - " Les règles c'est sale", " l'IVG c'est mal " - " Pas de rapport avant le mariage mais pour pouvoir garder mon homme j'étais obligé de le faire avant "
<p>Faits marquants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La peur d'être juger - La soumission homme femme - La difficulté d'accès aux informations les concernant - 1 femme est venue de saint Nazaire en train pour participer - L'impression d'une précarité sans espoir de changement - La multiplicité des sujets évoqués - Les témoignages poignants des uns et des autres - Leur impossibilité ou la difficulté à accéder aux soins dû à la peur du jugement des hommes. - La banalisation de la violence dans leur vies quotidiennes - La sexualité très tabou dans leur pays et lors des ateliers les femmes étaient plutôt à l'aise

Tableau numéro 6 : Faits et phrases marquantes relevés sur les grilles séances, par observation.

<p>Séance 1, les phrases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " Je suis très contente ", " J'ai envie d'apprendre ", " C'est intéressant donc ça fatigue pas" (en parlant de l'atelier), " J'aime bien comprendre " - " Je ne connaissais pas ma sexualité et ça me fatiguait la tête " - " les injections et les pilules mais ce n'était pas à la portée de tout le monde parce que c'est tabou hein, ils disent a, si tu prends ça tu n'auras plus d'enfant ! beaucoup d'homme n'aime pas ça. ça c'est les hommes qui disent ça " - " Si tu prends la contraception, on te dit tu veux faire la débauche, même si tu es fidèle " <p>Séance 1, les faits:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de rire et de respect de la parole - 3 patientes très motrices dans le groupe - 2 plus timides mais barrière de langue (Mame fait un super lien) - Mame se place en tant que patiente de part ses coutumes et représentation au pays, elle fait le lien. Présence de Mame très positive sur le groupe et la confiance. - On parle aussi des "coutumes" des femmes occidentales comme : "les hommes peuvent nous dire quand on est embêtante tu as tes règles et ca c'est très français" <p>Séance 2, les phrases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - " La dernière fois elle n'était pas là mais aujourd'hui on rit beaucoup avec elle » - " Ici c'est doux, vous caressez les gens, là-bas c'est pas comme ça, (...) au pays on te met un bâton dans la bouche » - « Chez nous, tant que tu ne fais pas le garçon on dit que tu n'es pas femme » « on ne te considère même pas » - <p>Séance 2, les faits:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déçue de ne pas voir certaines participantes - Echange de numéros entre participantes à la fin - Aide et accompagnement de la seule patiente pour qui c'est son premier bébé - Se souviennent de nos prénoms - Une des femmes à fait la route depuis Saint Nazaire - Une des femmes nous dit qu'elle doit partir à 15h30 pour récupérer son enfant, et finalement a téléphoné pendant la séance afin de pouvoir rester à tout l'atelier. - Liberté de répondre discrètement au téléphone

- Beaucoup de rires
- Certaines se dévoilent et prennent une place centrale dans l'atelier, notamment une des femmes qui se disait très fatiguée au début de la séance

Séance 3, les phrases :

- *“ Qu'il faut venir d'abord tu essuies la table, tu mets les assiettes, les fourchettes, les plats, les serviettes et les bocaux “ (en parlant des préliminaires)*
- *“ S'il ferme la porte “ (après un viol – séquestration)*
- *“ Sur la zone de la cicatrice ça donne comme de l'électricité, “*
- *“ Et s'il te frappe tu fais quoi après ? “ “ après tu fais a manger “*
- *“ Quand on allaite et qu'on a des rapports sexuels, ça impacte sur le bébé quand on allaite, il va avoir la diarrhée, être amorphe, jusqu'à 4-5 mois “ “ donc les mamans elles évitent d'avoir les rapports sexuels “ “ C'est pour ça les hommes ils ont beaucoup de femmes, comme ça si une n'est pas disponibles, il marie deux femmes trois femmes, c'est la polygamie “*
- *“ Quand je suis tombée enceinte, j'ai jamais fait l'amour “ “ j'ai demandé a Marie (la sage-femme) est ce qu'il peut y avoir des problèmes parce qu'il y a certaines de mes copines qui me changent la tête. Ton col va fermer, t'as pas de liquide. Marie m'a dit non c'est faux. “*
- *“ On a leur droit de leur apprendre des choses “ (parlant des viols / apprendre aux hommes)*
- *“ Est-ce que la masturbation c'est mal ? “, “ oui chez nous on dit c'est pas bien, Ca attire les esprits “ “ moi je trouve que c'est normal “ “ Tu te mets à l'aise “ “ C'est archi faux ca ramène pas les esprits “ c'est pas mal “*

Séance 3, les faits :

- A la fin les femmes sont toutes restées assises à parler entre elles, pendant plusieurs minutes
- Beaucoup de dialecte dans cette séance (thématique sexualité)
- Introduction de l'intervenante sur la liberté de parole, la liberté de rester ou de partir et la liberté de participer.

Séance 4, les phrases :

- *“ Il faut s'aimer soi-même avant d'aimer les autres “*
- *“ J'ai fait des nuits blanches et quand j'étais au pays il me suffisait de confier mon bébé, ici je suis seule et ça me fait pleurer”*

Séance 4, les faits :

- Une des participantes ayant accouché il y a 3 jours est venue nous présenter son nouveau-né. Les femmes sachant qu'elle adore les cerises lui ont préparé un petit pot.
- Entre aide pour la gestion des enfants
- Contentes de revoir une des participantes qui a accouchée très tôt (fin mai)
- Allaitement en groupe sans pudeur ni difficulté
- Une des participantes a invité une amie qui arrive à 16h
- Animatrice : *“ quand on est une femme, que devez-vous faire ?”* Première réponse à l'unisson : *“l'excision”*
- Les larmes au bord des yeux de certaines participantes lorsqu'on parle des violences

Séance 5, les phrases :

- *“ Il y a aussi les passeurs qui te violent “*
- *“ On dit que les femmes qui sont arrivées en Espagne se sont des femmes fortes car elles ont marché des kilomètres et des kilomètres, elles ont traversé la mer “*
- *“ On m'a giflé, on m'a piétiné “*
- *“ On va te mettre dans une petite maison, plus de 50 personnes à 60 personnes, j'ai vécu ça aussi, tu veux pas qu'ils te touchent mais ils vont te toucher, te coincer. “*
- *“ Quand je pleure ça soulage, quand je parle avec quelqu'un ça fait du bien “*
- *“ Quand on est là ensemble ça me fait oublier, mais une fois que je rentre, je galère. Ici il y a quelque chose qui se passe “*
- *“ On comprend mieux maintenant “ en parlant du consentement*
- *“ Au pays il te touche, à droite, à gauche, le médecin il joue, tu te rends bien compte qu'il joue, toi-même tu sais. Ici il demande. “*
- *“ Il a utilisé un sac noir, comme un sac poubelle a la place d'un gant et j'ai pleuré, j'ai pleuré. “ en parlant de l'examen gynécologique*
- *“ Mais chez nous on fait rien, il le mette en prison il sort le lendemain “ en parlant des violeurs*
- *“ Les coutumes ne sont pas les mêmes chez nous les Peule on enlève c'est un peu, c'est pour dire que c'est fait (en parlant de sa première excision) mais chez ma maman la bas c'est criminel, c'est couteau (en parlant de sa 2eme excision) tous les jours je l'insulte ma maman, elle est morte mais je l'insulte tous les jours pour ce qu'elle m'a fait c'est pire, je ressens rien”*
- *“ La cote d'ivoire c'est merveilleux, moi je l'ai quitté pour protéger ma fille de l'excision “*
- *“ Moi j'ai quelque chose à dire, vraiment le groupe là ça m'a plu, je remercie tout le monde, pour*

échanger les mots, tout ce que l'on a dans notre ventre, quand tu parles avec les gens tu dégages ce qui est au fond, et il y a certaines choses qu'on ne connaît pas comme les trucs comme ça, qu'on a connu vraiment, pour tout ça je vous remercie "

Séance 5, les faits :

- Beaucoup de retard, arrivées au compte-goutte
- Difficulté à maintenir la concentration des participantes
- Les femmes ne voulaient plus quitter la salle après l'atelier
- Une des participante propose d'être un soutien pour les femmes, qu'elles peuvent l'appeler en cas de difficulté, que c'est déjà son rôle auprès de ses amies.

3.4.5.3 Pistes d'amélioration

Les intervenantes déclarent pouvoir, à leur niveau, améliorer certains éléments tels que :

- perfectionner leurs supports matériels et **outils** (2/7)
- mieux préparer leurs séances (1/7)
- mieux trouver leur place (1/7)
- standardiser les rendez-vous en passant par une plateforme (1/7).

Au niveau des ateliers, les intervenants déclarent qu'il pourrait être utile de créer **un plus grand temps de préparation avant les ateliers (3/7)**, avec un meilleur façonnage des conducteurs de séance (1/7), par la préparation en amont de certaines **questions** des patientes (2/7) ou l'utilisation de **jeux** en rapport avec les thématiques (1/7). Une des intervenantes demandait également plus de **formation** afin de mieux animer et accueillir les femmes.

2 d'entre elles demandaient l'utilisation d'une **salle plus adaptée** et d'un lieu adéquat pour **l'accueil des enfants**.

Une des professionnelles suggérait la **création d'un livret** à remettre aux femmes après chaque atelier afin qu'elles puissent relire les informations reçues lors de la séance.

Enfin, il a été proposé **la mise en lien avec des associations ou d'autres structures** afin de permettre aux femmes de continuer à se voir et à pouvoir prendre soin d'elles une fois que la série d'ateliers de l'UGOMPS se termine.

Pour les participantes, 4/8 verrait une amélioration des ateliers **s'il y avait plus de participantes**, avec une liberté de venir.

Une des femmes souhaiterait encore **plus de thématiques** à aborder, sans pour autant donner d'exemple. Une autre aimerait que l'on puisse **parler du logement**.

Deux participantes nous disent qu'elles souhaiteraient une **salle plus grande, avec une climatisation** (1/8).

4. DISCUSSION

L'évaluation des ateliers en santé est un exercice complexe, ne permettant pas d'établir des liens de causalité entre les effets de ces interventions et l'amélioration de la santé des participants. En effet, comme dit plus haut, « **la finalité de l'action menée n'est pas de quantifier son impact sur les paramètres de santé mais de permettre aux participantes de choisir de manière libre, éclairée et autonome leurs comportements de santé** » (1).

De plus, l'amélioration de la santé des individus et l'utilisation de leur pouvoir d'agir sont influencés par une série d'inter-relations entre plusieurs déterminants et facteurs.

Mettre en évidence une relation de cause à effet stable est donc particulièrement délicate.

Ceci l'est d'autant plus car certains changements s'opèrent des années plus tard et donc en dehors du cadre de l'évaluation.

« **En réalité, l'évaluation remplit une pluralité de fonctions au service de tous : accumuler de la connaissance, estimer la valeur de l'action accomplie, produire du changement, susciter un débat avec l'ensemble des acteurs engagés, les faire progresser collectivement, mobiliser et contribuer à l'appropriation de l'intervention** » (47).

4.1 Les forces et limites de l'évaluation des ateliers en santé

Notre question de recherche concernant l'évaluation des ateliers a tout son sens. Lors des actions de promotion de la santé, il est nécessaire **d'évoluer avec une évaluation faisant partie intégrante** de la **construction** et s'y incorporant de manière **continue** afin de **détecter au plus vite les difficultés et d'améliorer progressivement les ateliers**.

L'évaluation a été pensée lors de la mise en place des ateliers, mais dans un souci de temps et de ressources humaines, il n'avait pas été pleinement développé.

Nous avons choisi d'évaluer de manière **multimodale**, afin d'élargir les champs d'étude et d'augmenter notre puissance. L'utilisation de plusieurs supports d'évaluation nous a permis de récolter de multiples données (les questionnaires AVANT / APRÈS, les questionnaires participants et aux professionnels, ainsi que l'étude des grilles séances et l'observation participante). Questionner les différents acteurs a permis de diversifier les points de vues et donc de confronter les données.

De plus, la **méthode mixte**, développée notamment pour répondre à la demande des évaluations des missions de santé publique, nous semblait judicieuse. Elle permet d'allier

des **critères chiffrés**, plus structurés et statistiques et des **critères qualitatifs** “permettant d’appréhender des phénomènes, de chercher à comprendre et à expliquer leurs impacts sur les façons de faire et de penser des populations” (50, 25). Ils sont plus proches des ressentis et permettent de retranscrire les verbatims. Dans une étude tournée vers l’humain, cela nous paraît indispensable.

Les marges de manœuvre de ces méthodes mixtes restent floues et parfois laissées à l’appréciation du rédacteur. De plus, les critères qualitatifs sont soumis à la subjectivité de la personne les récoltant et les retranscrivant, aggravée par une thèse emprunt de conviction entraînant alors un **biais d’enquêteur**.

Nous avons choisi d’analyser les ateliers via deux pans : le processus puis le résultat. Ceci permet d’obtenir plus de clarté et de pouvoir proposer des améliorations spécifiques à chaque partie. Cependant, malgré cela, il persiste un **biais d’analyse** du fait de mon implication et mon investissement orienté.

L’inclusion spontanée était laissée à l’appréciation des professionnels de l’UGOMPS, lors de consultation d’obstétrique. Ces critères d’éligibilité larges ont pour but d’obtenir une population hétérogène et sans discrimination sur le parcours de vie ou l’ethnie. Cependant, cela peut induire un **biais de sélection**. En effet, la population obtenue lors de cette série d’atelier était uniquement des femmes d’Afrique de l’Ouest. Le fait d’une population aussi homogène a pu également entraîner **des biais culturels**.

Aucune femme n’a refusé de participer aux ateliers. Le faible nombre de participantes respecte la logique d’atelier en santé mais cela amène à un **manque de puissance** et un **biais de reproductibilité** (2).

Lors des entretiens individuels avant les ateliers, on a pu constater un **biais de compréhension**. En effet, les 2 premiers questionnaires réalisés n’étaient pas adaptés au niveau de compréhension et aux concepts des femmes. Ceci nous a poussé à modifier les questionnaires pour les autres participantes.

Il faut également notifier qu’il peut y avoir une tendance à la “réponse positive” car il est plus difficile de critiquer négativement, l’action des intervenants qui ont dépensé de l’énergie pour fournir les ateliers et ayant créé une relation avec les usagers (2). Cela peut entraîner un **biais de subjectivité**.

Pour finir, les femmes étaient toutes volontaires pour venir aux ateliers et donc probablement plus réceptives à nos messages, dans une démarche d'amélioration de leur condition et enclin à un changement.

4.2 Discussion des résultats : évaluation du processus

Le processus est l'ensemble des ressources mises en place pour le fonctionnement des ateliers. Nous les avons étudiées selon différents critères : les ressources humaines et leurs places, la logistique et le déroulement des séances.

4.2.1 Les ressources humaines et leurs places

Toutes les professionnelles de santé avaient un rôle défini et bien identifié par les participantes. Elles se sont toutes senties à l'aise durant l'exercice de leur fonction.

Il y avait entre toutes les soignantes une entre-aide et une écoute pendant les ateliers. De plus, travailler en binôme ou en trinôme permettait d'être attentif à chaque participante, à leur non-verbal, de croiser différents regards sur les séances et de favoriser les échanges (2) (4).

Le rôle d'**animateur était essentiel**. Il revêt de multiples costumes selon les places où il se joue. Dans le cadre des ateliers en santé, il a plusieurs missions. Il place le cadre et les règles de bon déroulement, il articule les différents temps des séances, veille à la bonne répartition de la parole et accompagne tous les membres du groupe afin de ne pas laisser de personnes en difficultés.

Pour cette session d'ateliers, l'animateur avait également un rôle de **coordinateur et d'organisateur**. En effet, Aude a recruté les participantes, les intervenantes, mis en place l'organisation avec le service concernant la salle et les dates des ateliers. Elle nécessitait une **grande capacité d'adaptation des imprévus**. Par exemple, lors de la dernière séance, la médiatrice en santé et l'intervenante principale n'ont pu se rendre disponibles en dernière minute. Concernant sa place lors des ateliers, elle était bien repérée comme "*la chef*", elle a accompagné les femmes du recrutement au dernier atelier. Elle fut leur repère et la garante du cadre, symbole de sécurité.

L'animatrice rapporta plus de 20h de travail en amont sans vraiment pouvoir donner de durée précise ni inclure la charge mentale attenante à la responsabilité et à l'organisation. Elle confia que le temps dédié et la charge impartie seraient les plus gros **freins** à reprendre ce rôle.

Notre réflexion se porte donc sur **l'allègement du travail** de l'animatrice / organisatrice. De multiples actions et changements sont possibles en ce sens, que nous développerons plus loin. Cependant, dans ce chapitre sur les ressources humaines, il est nécessaire d'évoquer qu'une de ces pistes **pourrait consister à inclure un temps de secrétariat dans la réalisation de certaines tâches**, comme les RDV, les appels et les SMS ainsi que la réservation et la gestion de la salle.

L'interprète et médiateur en santé a plusieurs cordes à son arc ; il aide à l'accès aux droits et à la santé, il participe à la promotion de la santé et à la prévention. Il met en réseau les institutions et les ayants droits (51). Pour cela, il sensibilise également les professionnels de santé aux difficultés d'accès aux soins de ces publics en situation de précarité. Il crée donc du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et un public qui a du mal à y accéder (52). Le médiateur facilite le lien par son appartenance à une même communauté (quartier, ethnique...) et / ou par ses grandes qualités relationnelles (53). Selon l'HAS, "la médiation en santé est un des outils disponibles pour tenter d'apporter des solutions aux inégalités de santé dans notre société. Visant la promotion de la santé et son accès pour tous, elle est fondée sur les principes d'action et les valeurs éthiques et sociales défendues par la Charte internationale d'Ottawa" (52, 20).

Mame, qui tenait le poste de **médiatrice et interprète**, répond à ces critères puisqu'elle **sembla indispensable pour créer le lien** entre les participantes et le monde des soignants. Pour certaines femmes qui avaient du mal à s'exprimer en français, Mame portait leur voix, notamment sur les sujets les plus douloureux. Plusieurs fois, elle alimenta les débats ou débloqua des situations en expliquant les rites et les coutumes traditionnels, en faisant des parallèles avec la médecine occidentale, permettant à tous de mieux comprendre. Elle représentait également une figure de respect et de confiance pour les participantes.

La réflexion se porte maintenant sur une **réorganisation des tâches et des rôles**. En effet, dans notre volonté de poursuivre les ateliers, **cela semble fragile d'espérer avoir un animateur / coordinateur et organisateur ayant autant de temps et d'énergie à offrir**.

Plusieurs pistes s'offrent à nous. **La première consiste à faire de la médiatrice en santé l'animatrice des ateliers**. A la "Place Santé" de Saint Denis, les médiatrices en santé animent les ateliers sur le bien-être, l'estime de soi, l'alimentation ou encore l'accès aux droits en santé (54). FORGES médiation bénéficie de professionnels ayant une formation adéquate à ces rôles. Bien évidemment, cela fonctionnerait toujours en binôme avec un intervenant spécifique permettant de garder la qualité de l'intervention en duo.

Concernant l'**interprétariat**, cela dépendra du recrutement et des origines des patientes. Pour rappel, un des critères d'inclusion est la francophonie. Cependant et comme nous venons de le voir, le dialogue dans la langue maternelle est parfois plus simple pour certaines femmes concernant les sujets les plus intimes. Si les femmes sont issues de la même communauté que la médiatrice, nous pouvons envisager qu'elle puisse revêtir le rôle d'interprète dans le même temps.

Une autre personne serait alors la coordinatrice et l'organisatrice des ateliers. Ce rôle serait pris par un professionnel du CHU. Pour l'instant, et dans une volonté de coller au maximum à la réalité de terrain, le Dr Maud POIRIER assumerait ce poste. Afin de garder le plaisir des ateliers, elle pourrait participer à une séance en tant qu'intervenante, si sa thématique est sélectionnée par les patientes. Ou même en tant qu'animatrice, si nous créons une nouvelle séance sur l'accès aux droits communs et que la médiatrice en devient la spécialiste.

Son rôle pourrait être soulagé par différentes actions. Premièrement, le temps consacré aux entretiens individuels est une part importante de son travail. Nous pourrions envisager que plusieurs professionnels participent aux entretiens. Le plus judicieux serait une répartition entre l'organisateur et la médiatrice en santé, afin qu'ils s'imprègnent au maximum avant les ateliers. Cela nécessiterait de former la médiatrice à l'entretien semi-dirigé.

Nous verrons d'autres pistes d'allègement du rôle de l'organisatrice par la suite.

La plupart des **intervenants** (4/5) avaient déjà participé aux ateliers l'année dernière, facilitant la tâche. En effet, arriver en terre connue, avec des ateliers déjà réalisés lors d'une précédente série, permet un plus grand confort et moins de préparation (2). Néanmoins, leur temps de préparation était tout de même de 2,5 heures en moyenne. 2 intervenantes sur 5 n'étaient pas financées pour leur temps de présence durant les ateliers et elles établissaient cela comme un frein à revenir. Pour 4 d'entre elles, l'articulation dans leur planning et le temps demandé est la plus grande difficulté à leur participation aux ateliers. Si les ateliers sont reconnus et **intégrés dans leur emploi du temps**, cela serait une grande amélioration.

Pour les professionnels de santé, la qualité attendue principale d'un intervenant était qu'il **sache écouter** (5/7), ce qui n'était pas prédominant pour les participantes. Les autres qualités soulignées étaient qu'il soit joyeux et souriant. Ce résultat est intéressant à analyser. En effet, les professionnels de santé, majoritairement issus d'une formation médicale, connaissent la difficulté d'attention durant ces nombreuses heures de cours théoriques. De par cette expérience, ils mettent un point d'honneur à ne pas reproduire cela

mais bien à favoriser les échanges et libérer la parole. Ils veulent les écouter. Les soignants avaient possiblement reçu cette information comme “importante” avant les séances. Lors d'autres ateliers en santé en Loire Atlantique, il avait été relevé comme essentiel par les participantes que le professionnel sache écouter (2).

4.2.2 Logistique

4.2.2.1 Formation

Les deux formations reçues par le Dr Anne Le Rhun ont été créées spécialement pour les ateliers en santé de la Femme à l'UGOMPS. Elles étaient de ce fait particulièrement adaptées et instructives pour l'exercice qui attendait les professionnels de santé. Malheureusement, parmi les intervenantes, seules deux d'entre elles ont pu être présentes. En effet, les séances ont été rapidement programmées afin de les effectuer avant les ateliers. Il est vrai que les dates des entretiens permettant de déterminer les intervenants, sont très proches des dates des ateliers. Suite à notre population recrutée (femmes enceintes), il y a un impératif de temps, afin de finir le cycle d'atelier au maximum avant leur terme. De ce fait, l'adaptation de nos critères d'inclusion se pose, nous y reviendrons plus loin. Il peut également être judicieux d'avoir une liste prédéterminée de tous les intervenants susceptibles de participer aux ateliers et donc de les convier en amont.

Concernant la pertinence de ces formations, nous pouvons percevoir plusieurs éléments appris lors de ces séances, retranscrits pendant les ateliers. En effet, le cadre explicité et les différents temps de séances donnés sont des concepts permettant le bien-être des participantes et professionnels (4). D'ailleurs lors des séances, certaines thématiques annexes n'ont pu être abordées faute de temps, car d'autres sujets prenaient bien plus de place que prévu. L'abord cette possibilité de renoncement a permis de relativiser et d'apporter de la légèreté à l'animateur et aux intervenants.

L'amélioration des formations passent peut-être simplement par leur programmation plus en amont des séances, accessible à une liste de professionnels susceptibles de participer aux ateliers. Cela leur permettrait de s'organiser pour être présents.

4.2.2.2 Frais et financement

4.2.2.2.1 Outils

Concernant le financement des ateliers et des professionnels, un premier devis avait été établi. Nous pouvons, aux vues des réponses des professionnels et des participantes le moduler. Nous n'avons pas eu besoin d'utiliser d'autres films que les deux déjà présents,

achetés 9,99€ l'unité. De plus, l'achat d'un vidéo projecteur (150€) se pose, car la salle allouée disposait d'une grande télévision, suffisante pour la bonne diffusion des extraits que nous passions. En revanche, cette salle n'était pas optimale. Ainsi, la question du vidéo projecteur sera à considérer si l'utilisation d'une autre salle est possible et qu'elle ne dispose pas de son propre système de diffusion vidéo.

4.2.2.2 Les collations

Les collations sont un prérequis à l'accueil des femmes. Traditionnellement, en France et ailleurs, lorsqu'on reçoit un invité, proposer à boire ou à manger est culturel. De plus, faire l'effort de préparer des victuailles de qualité est un signe de respect et de bienveillance. (55) Lors de plusieurs ateliers, des fruits de saison ont été apportés ainsi que des boissons traditionnelles. Certaines n'avaient jamais goûté de cerises, suscitant alors de vifs débats et de la joie. Cela permettait de resserrer le lien entre les professionnels et les participantes. D'ailleurs une des femmes est venue lors d'un atelier nous présenter son nouveau-né, alors qu'ils étaient encore hospitalisés à la maternité. Les autres membres du groupe lui ont concocté un pot de cerises afin qu'elle puisse en emporter dans sa chambre, car elles savaient qu'elle les aimait particulièrement, signe de solidarité et de lien entre les femmes.

4.2.2.3 Les professionnels de santé

Afin de rendre le devis plus clair, voici les différents coûts horaires de chaque professionnel :

- **Praticien hospitalier (PH) : 80.43 €/H**
- **Sage-femme (SF): 46.95 €/H**
- **Infirmière diplômée d'état (IDE): 37.82 €/H**
- **Juriste : 28.15 €/H**
- **Interprète : 41 €/H**
- **Socio-esthéticienne : 50 €/H**
- **Kinésithérapeute spécialisée dans les violence faites aux femmes : 50 €/H**
- **Médiateur (FORGES médiation) : 50 €/H**

Pour que les ateliers perdurent, il est nécessaire que les professionnels soient rémunérés pour leur travail et leur temps. Le devis proposé prend en compte l'optimisation des postes de chacun ainsi que leur impact économique.

Afin de correspondre à la réalité actuelle du terrain, nous effectuerons le devis en partant du principe que ce sera le **Dr POIRIER** qui organisera ces ateliers et qui participera à un atelier en tant qu'animatrice. Concernant les autres intervenants, nous les calquerons sur ceux

présents lors de notre série d'atelier, en ajoutant la thématique sur l'accès aux droits communs, effectué par la médiatrice en santé.

Les formations perdureront sur le format de 2 séances de 3 heures. Elles resteront accessibles gratuitement pour les professionnels extérieurs. Il est nécessaire de financer la participation de la médiatrice en santé et de l'animatrice aux vues de son rôle central. Les professionnels exerçant au CHU pourront venir sur leurs heures de travail. Cela reviendrait donc à : 482€ pour le médecin, 281,7€ pour la sage-femme, 226,92€ pour l'infirmière et 300€ pour la médiatrice. Soit un total de **1290,62€**.

Pour le rôle d'organisatrice / coordinatrice, réalisé par un PH, avec la simplification des démarches (voir plus loin les propositions d'allègement du poste), nous pourrions imaginer baisser le temps de travail à une dizaine d'heures. Cela reviendrait à **804€**.

Les entretiens individuels seraient partagés entre l'organisateur et le médiateur, soit 6 entretiens chacun, à raison d'une heure par séance. Cela reviendrait à **482,6€** pour le PH et **300€** pour la médiatrice, soit **782,6€**.

Comme piste d'amélioration, nous proposerons plus loin (paragraphe 4.2.2.8.1 Préparation), **une séance de préparation des professionnels**, réalisée avant les ateliers. Elle évoluerait sur 2 heures, avec tous les professionnels (IDE, SF, PH, médiatrice, socio-esthéticienne, juriste, kinésithérapeute). Ils seraient tous financés. Cela reviendrait à **730,4€**.

Concernant les ateliers, ils durent 2h30 avec les participantes mais 3h pour les intervenantes (préparation avant, installation, rangement). **Pour les 5 ateliers**, la participation de la médiatrice reviendrait à **750€** et l'interprète à **615€ (augmentation à 41€/H en 2023)**. Les frais de participation des intervenantes à raison d'une seule séance reviendraient selon leur poste à **241,29€** pour le médecin, **140,85€** pour la sage-femme, **113,55€** pour l'IDE et **84,45€** pour la participation de la juriste, **150€** pour la kinésithérapeute et pour la socio-esthéticienne.

Au total, cela représenterait : **2245,14€**.

Comme nous le détaillerons ci-dessous (paragraphe 4.2.3), afin d'effectuer les questionnaires d'évaluation avec les participantes, **une séance de clôture** type focus groupe pourrait être mise en place. Elle nécessiterait le médiateur et l'organisateur, pendant 2h soit respectivement **100€** et **160,86€**, donc un total de **260,86€**.

Pour finir, le temps d'analyse serait d'environ 2h pour la médiatrice et l'organisatrice soit de nouveau **260,86€**.

Au total, notre devis concernant les ressources humaines, serait de 6 374,48€.

Il est nécessaire de signaler que l'HAS reconnaît le manque de financements spécifiques pour les médiateurs en santé. (52) Le Haut Conseil à l'Egalité encourage ces financements et leur rémunération à la hauteur de leurs compétences. (9)

4.2.2.2.4 Transport

La question de la **prise en charge des titres de transports** se pose (56). En effet, ces femmes, toutes en situation de précarité et de pauvreté, peinent à financer leur déplacement quand ils se font par les transports en commun. Pouvoir leur proposer des tickets de tramway ou de bus pourrait permettre à certaines d'entre elles de venir aux ateliers (9). De plus, de par l'avancée de leur grossesse, elles ont de plus en plus de difficultés à se mobiliser. Pouvoir accéder aux transports publics les soulagerait (57). Bien sûr, comme toutes actions qui proposent ce service, il n'y a aucune certitude que les femmes utilisent ces titres de transports pour se rendre aux ateliers en santé.

4.2.2.2.5 Proposition de devis

Tableau numéro 7 : proposition de devis des ateliers en santé

<i>Devis fixe avant l'ensemble des ateliers en santé</i>				
<i>Description</i>	<i>Unité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Prix unitaire TTC €</i>	<i>Prix total TTC €</i>
<i>Vidéoprojecteur portable</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>150</i>	<i>150</i>
<i>Film "le premier cri" de Gilles de Maistre</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>9.99</i>	<i>9.99</i>
<i>Film "Woman" de Yann Arthus Bertrand</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>9.99</i>	<i>9.99</i>
				<i>Total : 169,98 €</i>
<i>Devis avant chaque nouvelle série atelier en santé</i>				
<i>Description</i>	<i>Unité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Prix unitaire TTC €</i>	<i>Prix total TTC €</i>

<i>Collations</i>	1	6	15	90
<i>Transport</i>	12	12 x 5 x 2 (A/R) : 120	carnet 10 : 16 €	192
				Total : 282 €
<i>Devis concernant les ressources humaines</i>				
<i>Description</i>	<i>Unité</i>	<i>Quantité</i>	<i>Prix unitaire TTC €/H</i>	<i>Prix total TTC €</i>
FORMATIONS	3 heures	2	IDE : 37,82 Sage-Femme : 46,95 Médecin : 80,43 Médiatrice : 50	1291,2
TEMPS D'ORGANISATION	10 heures	1	Médecin : 80,43	804
ENTRETIENS INDIVIDUELS	1 heure	12	Médecin : 80,43 x 6 Médiatrice : 50 x 6	782,6
GROUPE DE PRÉPARATION	2 heures	1	IDE : 37,82 Sage-Femme : 46,95 Médecin : 80,43 Médiatrice : 50 Juriste : 28,15 Socio-esthéticienne : 50 Kinésithérapeute : 50	730,4
ATELIERS	3 heures	5	Médiatrice : 50 x 5 Interprète : 41 x 5 IDE : 37,82 Sage-Femme : 46,95 Médecin : 80,43 Socio-esthéticienne : 50 Juriste : 28,15 Kinésithérapeute : 50	2245,14
SEANCE DE CLOTURE	2 heures	1		260,86
ANALYSE / EVALUATION	2 heures	1		260,86
				Total : 6374,48€
TOTAL de tous les frais : 6826,46€				

4.2.2.3 La salle

La salle fut décrite comme trop petite par 2 professionnels et 2 participantes, avec des difficultés notamment pour les poussettes ou pour avoir un espace de jeu propre aux enfants. De plus, il faisait chaud dans la salle. Dans une situation d'inconfort physique, il est plus difficile de rester concentré (58).

Cependant, comme une des professionnels le signalait, c'est déjà une chance d'avoir des locaux à disposition, propre, avec un système vidéo et dans un lieu connu des femmes.

L'amélioration passerait éventuellement par l'utilisation d'une autre **salle, plus grande, climatisée en été, avec un endroit pour stationner les poussettes et accueillir les enfants en bas âge.**

4.2.2.4 Les enfants

Concernant ces derniers, à plusieurs reprises lors des séances, nous avons constaté une **gêne ou un agacement** de la part des participantes et des professionnels de santé, à l'égard de la nuisance sonore engendrée. Parfois, certaines femmes demandaient aux enfants des autres d'être plus calmes. Pourtant, lors des questionnaires post-atelier, aucune des participantes n'a déclaré cette gêne bien palpable pendant les ateliers.

La médiatrice en santé suggérait alors qu'il puisse avoir un biais culturel que nous ne maîtrisons pas. En effet, suggérer un système de garde ou verbaliser la gêne causée par les enfants sous-entendrait que les femmes ne soient pas en capacité de s'occuper correctement des enfants. La médiatrice conforte son hypothèse en expliquant que s'il y a un système de garde d'enfants lorsqu'elles arrivent aux ateliers, il est très probable qu'elles y laissent leurs enfants. Lors de l'étude DSAFHIR, la présence d'enfant avait également été perçue comme une gêne mais elle était une condition nécessaire à la participation des mères à l'atelier, confronté à l'absence de solution de garde (12). Il faut rappeler que parmi les 2 participantes constamment absentes, l'une d'elles n'est jamais venue parce qu'elle ne trouvait pas de solution de garde d'enfant et ne souhaitait pas venir avec eux.

Pour éviter cette gêne ou le renoncement aux soins, le Haut Conseil à l'Égalité recommande la réservation de places de garderies au sein des hôpitaux, pour les jeunes enfants de mères de familles monoparentales ou en situation d'isolement social et de précarité économique (9).

La question d'une garde d'enfant se pose, mais avant cela, déjà parvenir à avoir une zone de la salle dédiée permettrait qu'ils jouent plus facilement, en sécurité et qu'ils soient alors une moins grande source de déconcentration.

4.2.2.5 Participation et absence

La participation des femmes aux ateliers est globalement jugée comme “bonne” car il y avait entre 8 et 5 participantes à chaque fois, soit en **moyenne 6.6 femmes par atelier**, sur 12 femmes incluses. Si nous comparons aux venues de l’année dernière lors de la première mise en place du programme, 10 femmes avaient été incluses et la moyenne de participation aux ateliers était de 2.75 femmes / atelier.

Il faut souligner que les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité ont souvent des priorités plus urgentes que prendre soin de leur santé, par exemple le logement, les contraintes administratives, les violences, ou encore les enfants. La charte d’Ottawa nous rappelle les conditions préalables indispensables à la santé : “se loger, accéder à l’éducation, se nourrir convenablement, disposer d’un certain revenu, bénéficier d’un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable” (20).

Les motifs d’absences étaient regroupés en 2 grandes raisons : les rendez-vous médicaux ou administratifs et les difficultés liées à la grossesse, plus fréquemment lors des derniers ateliers. Nous pouvons améliorer cela. Concernant les RDV **de suivi de grossesse au sein de l’UGOMPS, ils peuvent être adaptés** en fonction des ateliers. En effet, les intégrer dans le système de prise de RDV au même titre qu’une autre consultation, permettrait de bloquer ces créneaux pour les patientes.

Pour les femmes enceintes et les contraintes liées à la grossesse, améliorer l’accessibilité aux ateliers par la prise en charge des titres de transport peut être judicieux. Concernant les autres contraintes liées à la grossesse, la piste de réflexion se trouve au niveau des critères d’inclusion.

4.2.2.6 Critères d’inclusion

Si la grossesse et son avancée sont perçues comme des freins à la participation aux ateliers, il est nécessaire de réfléchir aux critères d’inclusion. En effet, comme nous l’avons vu plus haut, une des limites de l’atelier est le biais de recrutement, entraînant pour ces ateliers, malgré des critères larges, une population homogène de femmes issues d’Afrique de l’Ouest. Bien qu’elles représentent une part importante des patientes de l’UGOMPS, il existe beaucoup d’autres communautés qui y circulent. L’inclusion empirique et volontaire a créé ce biais.

La question d’un recrutement plus large, incluant toutes les femmes consultant en son sein, c’est-à-dire, **des femmes non-enceintes** venant dans le cadre de la gynécologie médicale, se pose. Cela permettrait un recrutement plus hétérogène, créant une mixité, en

étant au plus proche de la réalité de l'activité de l'UGOMPS. **La communauté s'appuierait alors sur l'expérience universelle d'être une femme, ayant des facteurs de vulnérabilité, quelque soit leur ethnie.** Qui plus est, nous avons pu remarquer lors de la visualisation des passages vidéos du film "WOMEN" de Yann Arthus Bertrand, qui rassemblent des extraits de témoignages de femmes de toutes origines, que les débats engendrés étaient suscités par tous types d'expériences et pas seulement celles des femmes issues de la même communauté.

Des ateliers en santé à la prison des femmes de Nantes ont été effectués en 2017. Il y avait alors des femmes de plusieurs origines, issues de différentes cultures. Leur point commun en santé leur permettant de réfléchir ensemble, était d'être incarcérées. Il n'a pas été notifié de difficulté particulière en lien avec la mixité ethnique (49). Même constat lors d'ateliers en santé réalisés au sein de l'IREPS Pays de la Loire (59) ou à la "Place Santé" de Saint Denis (54).

Nous pouvons tout de même émettre la réflexion déjà menée lors de la première session d'atelier ; "réaliser un atelier en réunissant une femme rom, une femme française et une femme issue d'Afrique subsaharienne peut-il être un lieu d'échange sur leurs expériences de femmes ou est-ce voué à l'échec ? En effet, les femmes suivies à l'UGOMPS ont souvent un vécu traumatisant, des parcours de vie extrêmes pouvant être clivant, et on peut alors se demander si une cohésion de groupe est possible dans ce contexte" (1).

Une autre évaluation des ateliers dans ce modèle multiethnique sera alors nécessaire pour répondre à cette question.

4.2.2.7 Taille du groupe

Un groupe de grand effectif est peu compatible avec des ateliers en santé (12). En effet, l'intimité permet d'aborder des sujets plus délicats ou personnels, correspondant aux thématiques des ateliers (violence faites aux femmes, sexualité...). Il est important de noter que l'absentéisme peut drastiquement réduire le groupe, comme lors de la première série d'ateliers, limitant alors les échanges et la dynamique. **La question d'un groupe plus grand ou ouvert se pose. Plusieurs participantes l'ont déclaré comme piste d'amélioration possible.** Cela impliquerait encore plus d'adaptabilité de la part des professionnels, une réorganisation du groupe à chaque séance, de passer plus de temps sur les règles communes du groupe au début de chaque atelier, ainsi que de réfléchir ensemble à un nombre maximum de participants.

Lors de l'évaluation d'ateliers en santé à l'IREPS Pays de la Loire, un groupe clos avait été souligné comme important par tous les membres des ateliers, notamment pour créer de la confiance dans le groupe (4). **L'intimité créée entre les femmes lors de cette série d'atelier nous donne l'impression d'un effet bénéfique d'un groupe fixe et de petite taille.**

4.2.2.8 Déroulement des ateliers

La temporalité des ateliers, une séance de 2h30, l'après-midi, tous les 15 jours, était très satisfaisante pour les femmes. En termes d'organisation pour le service, cela ne posait pas de difficultés particulières. **Nous proposons donc de conserver cette organisation à l'avenir.**

4.2.2.8.1 Préparation

Un temps de préparation avant chaque atelier avait été mis en place de manière informelle, proposant 30 minutes pour un ajustement entre l'animatrice et l'intervenante. Ce temps servait à prendre connaissance des conducteurs de séance, pour se remémorer les différents temps et leurs articulations. Il permettait le partage des outils, des supports et des questions qui allaient être proposées aux femmes. 3 intervenantes sur 4 ont suggéré **d'étoffer ce temps de préparation.** De plus, **la participation de la médiatrice en santé** dans la construction et l'organisation de chaque séance pourrait être enrichissante (52).

Nous pourrions envisager **une réunion avec tous les intervenants** en exposant les résultats des entretiens individuels et les besoins en santé des femmes. **La ligne directrice** des ateliers serait expliquée succinctement. S'en suivrait un temps d'échange et de concertation. La **mise en commun** de toutes ces informations permettrait **une cohérence entre tous les soignants.** De plus, avant chaque atelier, **un appel, un mail ou un temps présentiel** serait optimal afin de discuter des modifications et des ressentis avec l'animatrice avant l'atelier.

4.2.2.8.2 Arrivée dans la salle

Comme nous le signalons dans les résultats, on remarque une certaine fluidité et une simplicité dans l'arrivée des femmes. **Ce temps plein de convivialité et de bienveillance** est essentiel pour le bon déroulé des ateliers et la complicité entre les femmes. Puis, la ritualisation du début des séances : temporalité et cadre des séances expliqués, tours de table des présentations et jeux brises glace, permet de créer une **zone de sécurité.** P. Lamour et M. Villeval soulignent "l'importance (...) de poser le cadre et d'expliquer ce qu'ils vont faire pendant l'atelier ainsi que ces objectifs". Connaître les premiers temps de déroulement d'une séance semble rassurant (4).

4.2.2.8.3 Utilisation d'outils et débouchés

Ce chapitre a été longuement détaillé dans la partie résultats. En effet, ces outils pédagogiques sont des **leviers essentiels** des ateliers. Ils se veulent **ludiques** (4). Ils introduisent, dynamisent et articulent les séances.

Les phrases issues des verbatims des patientes, entendues lors des entretiens ou dans la vie professionnelle des soignants, sont au plus près des croyances en santé des femmes et de leurs problématiques. Elles reflètent fidèlement les questionnements du groupe. Dans la partie résultat, expliciter les discussions engendrées par un outil, permet de percevoir le **cheminement et la progression collective**. Ils **ouvrent les débats et font émerger les représentations et les croyances**. Les femmes **implémentent** alors les discussions par leurs propres expériences ou celles de leurs proches, permettant de rebondir, de contredire ou d'appuyer certains dires. Cela amène à une **réflexion commune** et parfois à la **remise en questions** de certaines pratiques ou croyances. Ces discussions sont alimentées par les professionnels détenteurs d'informations complémentaires. La **valorisation** par un professionnel de santé ne fait qu'augmenter la crédibilité (4).

Les maquettes, les modèles anatomiques et les échantillons contraceptifs étaient didactiques pour les femmes permettant d'étayer les propos des professionnels et d'être un soutien méthodologique (25).

Certaines structures fabriquent leur propre outil, en partenariat avec les usagers. Cette piste pourrait être explorée si besoin en était (9). Pour l'instant, cette nécessité ne s'est pas fait ressentir.

4.2.2.8.4 Paroles, attention et conducteurs de séances

Concernant la répartition de la parole, selon tous les participants et intervenants, elle fut bien répartie. Le rôle de l'animateur est de veiller à cet équilibre.

L'attention des femmes lors des séances était globalement bonne selon la lecture des grilles séances, sauf lors du dernier atelier. Plusieurs raisons à cela sont possibles. Déjà, les femmes sont arrivées au compte goutte, sans raison particulière. Elles semblaient plus asthéniques. Le sujet abordé était difficile (violence faite aux femmes), l'absence de l'intervenante principale destructurant la séance, la chaleur, leur volonté de créer des liens avant la fin des ateliers sont autant d'hypothèses que de causes possibles à cette distraction. **L'amélioration du confort de la salle et de l'accueil des enfants, le recrutement incluant des patientes non enceintes et la création d'une dernière séance moins formelle dans le cadre de l'évaluation (paragraphe 4.2.3) qui leur permettrait un autre temps de lien entre-elles, pourrait améliorer le déroulement du dernier atelier.**

Les conducteurs de séance, avaient été créés lors de la première session d'ateliers, encore au goût du jour et adaptés au travail sur place. Ils n'ont pas eu besoin d'être modifiés. Ils sont importants car ils permettent la structure des ateliers. Ils ont été adaptés selon les jeux, outils ou questions que chaque intervenant souhaitait utiliser, laissant une grande flexibilité. Lors de la formation, il avait été notifié qu'il était important de suivre l'élan du groupe et leurs demandes, faisant preuve d'adaptabilité sur les programmes prévus initialement.

4.2.3 Evaluation des ateliers en santé

L'évaluation effectuée dans le cadre de cette thèse fut longue et fastidieuse. En effet, la manière dont elle a été montée nécessite énormément de temps et de ressources. Si nous souhaitons une **évaluation durable et continue** tout au long des ateliers, il est nécessaire de proposer des ajustements.

Les outils de l'évaluation dans le cadre de la thèse, ne sont pas tous justifiés afin de garantir la qualité des ateliers. Le questionnaire avant / après semblait important pour notre étude afin de mettre des données sur l'apprentissage et l'empowerment.

L'utilisation d'un questionnaire participant et pour les professionnels après chaque atelier est essentielle. Dans un souci d'allègement il est judicieux de les épurer et de ne garder que les questions utiles aux dépistages des difficultés, aux points forts et aux points faibles, aux préférences et aux propositions d'amélioration.

Au-delà du fond, il est important de discuter de la **manière** dont on remplit ces questionnaires. **Pour les professionnelles**, le questionnaire leur était distribué en main propre à la fin de la séance et elles le remplissaient dans les jours qui suivaient l'atelier. Puis, nous convenions de la manière la plus simple pour les récupérer : SMS, mails ou sur place à l'UGOMPS.

Concernant **les questionnaires participantes**, cela avait été plus délicat. En effet, lors de la séance, les femmes ont montré très peu d'entrain à prévoir un entretien individuel. Elles demandaient plutôt une nouvelle réunion avec toutes les participantes. Nous pourrions envisager, **une "séance de clôture" sur le modèle d'un focus groupe**, d'environ 2 heures où le médiateur et l'organisateur effectueraient avec les femmes les questionnaires. La question qui demeure serait : remplissons nous les **questionnaires tous ensemble à l'oral, ou individuellement** en accompagnant chacune des participantes sur la lecture du questionnaire ?

Proposition questionnaire participante :

QUESTIONNAIRE PARTICIPANTE

Bonjour à toutes,

Cette évaluation a pour but principal d'**améliorer ces ateliers** pour répondre au mieux à vos besoins en santé. Merci pour le temps que vous nous accordez.

Vous êtes libres de répondre, c'est-à-dire que vous pouvez ne pas répondre à une ou plusieurs questions, arrêter le questionnaire si vous le souhaitez. Vous pourrez prendre tout le temps qu'il vous faut. Toutes vos réponses resteront anonymes, il n'y aura aucun jugement de notre part. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, tout ce que vous allez nous dire nous intéressera.

- **Pendant les ateliers, est-ce que j'ai passé du bon temps ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **Qu'est ce que j'ai aimé pendant les ateliers ?**
 - **Qu'est ce que je n'ai pas aimé pendant les ateliers ?**
 - **Y a t-il un atelier que j'ai moins aimé ou qui m'a gêné ?**
non/pas du tout - oui/beaucoup
 - Si oui pourquoi ?
- **Y a t-il un atelier que j'ai beaucoup aimé ?**
non/pas du tout - oui/beaucoup
 - Si oui pourquoi ?
- **Y a-t-il eu des choses inutiles durant les séances ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - Si oui lesquelles ?
- **Je peux dire une ou plusieurs choses utiles que j'ai retenu des ateliers :**
.....
- **Plus précisément je pense :**
 - des horaires (14h30-17h) :
 - de la durée des ateliers (2h30h) :
 - de la fréquence des ateliers (toutes les 2 semaines) :
 - de l'accueil (boissons, confort des chaises...) :
 - de la salle, est-ce que vous vous y sentez bien ? :
- **SI j'avais des questions ou des remarques, j'ai pu prendre la parole**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Le temps de parole entre les participantes et les intervenants était bien partagé : C'est -à -dire, j'aurais aimé pouvoir plus parlé, ou je trouve que l'intervenant à trop parlé, ou alors il nous a laissé suffisamment de temps pour parler (...)**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Concernant tous les professionnels de santé, ai-je des remarques (amélioration, difficulté, gêne...) ?**
.....
 - **Comment améliorer les ateliers ?**
 - **Si vous n'êtes pas venu à certains ateliers, pouvez-vous nous dire pourquoi ?**
 - **Est ce que j'ai trouvé des réponses à des questions sur ma santé ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **J'ai un ou plusieurs exemples ?**
- **Est ce qu'il y a des choses qui ont changé dans mon quotidien depuis les ateliers ? (comportement, décisions, physiquement ...) ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Si oui, qu'est ce qui a changé ?**
- **Depuis les ateliers, je prends plus facilement des décisions pour :**
 - **ma santé** : non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **ma vie personnelle** : non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **mes enfants / ma famille** : non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

- Depuis les ateliers j'ai l'impression que ma santé s'est améliorée ?
- Depuis les ateliers, j'ai pris plus facilement un RDV médical ?
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - Si oui lequel ?
- Si on m'invitait à d'autres ateliers en santé, est ce que je reviendrai ?
 - Oui - Non - Ne sait pas
- D'autres remarques ?

Proposition questionnaire aux professionnels :

QUESTIONNAIRE aux PROFESSIONNELS

Bonjour à toute.s,

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre de **l'évaluation des ateliers afin de leur apporter une amélioration en continue**. Le but est de connaître l'investissement que cela vous a demandé, vos ressentis pendant les séances, ce qui est important pour vous lors de ces ateliers et bien sûr ce que nous pouvons améliorer. Ces questionnaires sont anonymes, il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse et vous êtes libre de ne pas répondre aux questions ou d'arrêter à tout moment.

Nous vous **remercions grandement** pour votre aide et votre participation.

-
- **Quelle est la thématique de l'atelier en santé de la Femme où vous venez d'intervenir ?**
.....
 - **Quelle est votre formation initiale ?**
 - **Quel est votre rôle au sein de l'atelier** (entourez la bonne réponse) :
- intervenant - animateur - médiateur
 - **Si vous avez participé aux ateliers en santé de la Femme de l'année dernière, quelles différences avez vous perçues** (préparation, durant l'atelier, vous, les participantes ...)
.....
 - **Si vous avez ressenti le besoin de préparer les ateliers, qu'avez-vous fait ?**
.....
 - **Et combien de temps cela vous a-t-il pris ?** (en heure)
 - **Avez-vous rencontré des difficultés dans la préparation de cet atelier ?**
oui - non - ne sait pas
 - Si oui lesquels
 - **De quoi auriez vous besoin si vous deviez préparer un nouvel atelier en santé ?**
.....
 - **Comment vous êtes-vous senti pendant l'atelier ?**
 - **Avez-vous eu des difficultés durant l'atelier ?** oui - non - ne sait pas
 - Si oui lesquelles ?
 - **Si vous avez ressenti des émotions inconfortables ou eu des difficultés, comment pourrions-nous vous aider afin de les améliorer ?**
 - **Au contraire, avez-vous rencontré des éléments facilitateurs durant l'atelier ?** (*lieu, outils, participants, comportements ...*) oui - non - ne sait pas
 - Si oui lesquels ?
 - **Avez-vous ressenti des émotions ou des réactions positives des participantes pendant votre intervention ?**
 - oui - non - ne sait pas
 - **Pourriez vous nous en dire plus ?** (moment, situation, réactions ressenties, verbatims...)
.....
.....

- Avez-vous ressenti des émotions ou des réactions **néglatives** des participantes pendant votre intervention ? oui - non - ne sait pas

- Pourriez vous nous en dire plus ? (moment, situation, réactions ressenties, verbatims...)
.....
.....

- Que pensez-vous de la répartition du temps de parole entre les différents professionnels et les participantes ?

- Pour vous, quel est le but de ces ateliers en santé, en quelques mots :
.....
.....

- Quelles phrases dites par les participantes vous ont marquées ?

- Quels faits marquants avez-vous relevés ?

- Que pensez-vous de l'approche collective par rapport à l'approche individuelle ?

- Quels sont les points positifs que vous pouvez relever de l'atelier ?

- Sur le plan personnel comme professionnel, qu'est ce que cela vous apporte de participer à ces ateliers en santé ?

- Souhaiteriez-vous revenir faire d'autres ateliers ? oui - non - ne sait pas

- Quels seraient vos freins ?

- Que pourriez-vous améliorer ?

- Que pourrions-nous améliorer ?

- Avez-vous d'autres suggestions ?

QUESTIONS BONUS pour les professionnels de santé intervenants sur **TOUS les ateliers**

- Quels effets positifs avez-vous remarqué entre le début et la fin des ateliers ?

- Quels effets négatifs avez-vous remarqué entre le début et la fin des ateliers ?

Un TRÈS grand merci pour votre participation

Concernant la grille séance, nous avons pu remarquer que certaines cases avaient une utilisation limitée. Il n'a pas semblé y avoir de suggestions manquantes. Elles ont été remplies uniquement par l'observateur. Pendant une séance, lorsqu'on a un rôle d'orateur, il peut paraître complexe de remplir dans le même temps ces grilles séances. Nous pouvons alors envisager 2 situations pour la suite :

- la remplir durant l'atelier par les différents professionnels présents
- ou inclure un temps de "débriefing" permettant le remplissage de la grille à la fin de la séance avec tous les professionnels présents pendant la séance.

Proposition de grille séance :

GRILLE SÉANCE - ATELIER EN SANTE DE LA FEMME N°

Thématique :

Date :
 Lieu :
 Durée de la séance :
 Animateur.s :
 Intervenant.s :
 Autre.s membre.s de l'équipe : :
 Participants :
 - Nombre prévus :
 - Nombre venus :
 - Cause d'absence si connu :
 Grille remplie par :

Eléments à observer	Commentaire
Arrivée et mise en place de la réunion : état d'esprit des participantes, attitudes et postures (qui anime, qui lance les échanges, sujet à aborder...), placement dans la salle Brise glace	
Echange durant la réunion : comment est animée et modérée la séance, de quelle façon s'expriment les participantes.	
Sujet / fond : comment les participantes expriment leurs idées, comment sont-elles prises en comptes, quelles décisions sont prises et comment ?	
Déroulement conforme au conducteur de séance. Si non pourquoi ?	
Faits marquants, phrases clés des participants, émotions soulevées pendant la séance :	
Observations de difficultés ?	
Remarques / observations autres	
Pour la prochaine séance :	

4.3 Discussion des résultats : évaluation du résultat selon les paradigmes de J. FORTIN

Ces paradigmes nous aident à étudier la réponse des ateliers aux objectifs communs à toutes les séances. Pour rappel ce sont les suivants :

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

4.3.1 Le paradigme rationnel

Le paradigme rationnel, substrat d'une médecine paternaliste et verticale, n'est pas adapté à des ateliers en santé. En effet, nous cherchons une autonomisation et le développement des compétences chez les participants, contrairement à une démarche obligatoire et une soumission aux dogmes médicaux (3).

Toutefois, la question de l'apport de connaissances a soulevé bon nombre de questionnements et débats. Les ateliers en santé n'ont pas comme objectif en soi d'être un lieu de transmission de savoir (2). Or, pour faire un choix libre et éclairé en santé, il est nécessaire de connaître les différentes options possibles (60). Par exemple, choisir une contraception sans avoir notion des différents moyens est impossible. Pour les professionnels de l'UGOMPS interrogés, la question de l'apport de connaissances est essentielle et les ateliers sont une interface permettant entre autres, cet apprentissage.

Dans les faits, les participantes discutaient et débattaient de sujets de santé. Si elles avaient besoin dans leur réflexion d'un apport de connaissances, les professionnels étaient là pour leur donner. Ils étaient là comme une ressource.

Bien sûr, en pratique, tout n'est pas si tranché mais le fait d'avoir conscience, que l'apport de connaissances ne soit pas une fin en soi permet de garantir ce cadre.

Il faut souligner que pour les participantes, “**l’apport de connaissances**” est l’objectif principal qu’elle donne aux ateliers (7/8), ce qui n’est pas le cas pour les professionnels. Les femmes remarquent une grande différence entre les connaissances “au pays” et ici. Cela sous-entend peut-être la fierté “de savoir dorénavant”, après tout ce chemin migratoire et ces épreuves.

L’apprentissage a pu être matérialisé par le questionnaire AVANT / APRÈS, suivi d’un questionnement sur l’utilisation et l’effet de ces connaissances. Les résultats sont présentés dans le tableau numéro 4. En chiffre absolu, ces résultats sont peu représentatifs, il faut les lire en fonction de l’évolution de ces connaissances par femme, prenant en compte leur participation aux ateliers correspondant. Sous cet angle, ce tableau montre un enrichissement des connaissances et des savoirs. Par exemple, avant les ateliers, seulement 36% des femmes savaient se protéger contre les IST, alors que 100% d’entre elles étaient en capacité après. Pareillement, concernant les méthodes contraceptives, 10% des femmes les connaissaient avant contre 100% après.

Même si les ateliers n’ont pas cet objectif en soi, ils sont un lieu d’apprentissage et d’acquisition.

Il existe certaines réponses difficilement interprétables ; une réponse positive avant les ateliers “*oui je connais*” puis négative après “*non je ne connais pas*”, chez des femmes ayant participé aux thématiques en question. Les hypothèses peuvent être multiples :

- le biais de compréhension avant les ateliers. Il est notamment plus facile de dire “oui je connais” par défaut.
- l’impression initiale de connaître avant les ateliers remise en question par l’exploration des thématiques proposées, l’intégration de la grandeur ou de la complexité des réponses. L’interprétation de leur propre connaissance est donc changeante et s’intègre dans une dimension dynamique.

Il ne faut pas oublier également que l’un des objectifs des ateliers est de **limiter les freins** éloignant les femmes du personnel soignant. Elles sont encore souvent l’image d’un soignant autoritaire et silencieux, dans un rapport de domination vis-à-vis de son patient (1). Elles s’imprègnent au fur et à mesure des différences entre les comportements des soignants de leur pays d’origine et de la France. Cela permet une mise en confiance, que ce soit via les ateliers ou leur propre vécu. “*Au pays il te touche, à droite, à gauche, le médecin il joue, tu te rends bien compte qu’il joue, toi-même tu sais. Ici il demande.*”, “*Ici c’est doux, vous caressez les gens, là-bas c’est pas comme ça, (...) on te met un bâton dans la*

bouche“. Lever ces croyances permettra aux femmes une plus grande confiance envers les soignants et un plus grand recours au système de soins si nécessaire.

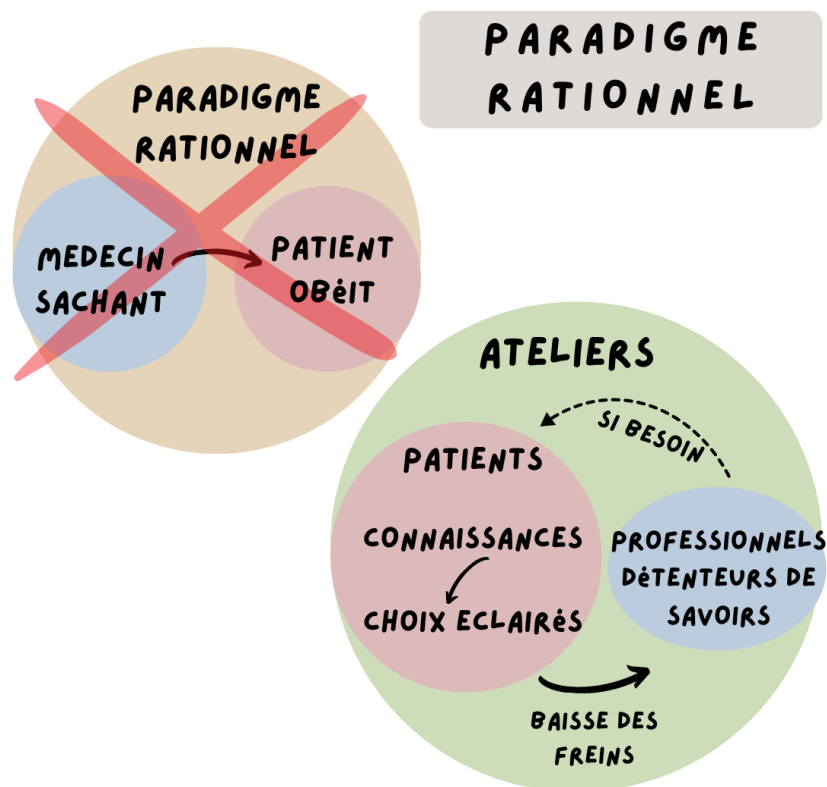


Figure numéro 5 : le paradigme rationnel et les ateliers

4.3.2 Le paradigme humaniste

Selon Fortin : “l’autonomie du sujet est une finalité revendiquée et se conjugue avec une liberté conquise à travers le **perfectionnement de soi**. La démarche éducative s’attarde à **développer des facteurs décisionnels et motivationnels** à partir de l’intégration des connaissances et **d’une image de soi positive**, permettant au sujet d’affirmer son point de vue et de se sentir également capable d’**entreprendre un changement** dans son mode de vie, de ses comportements, **dans une perspective de promotion de la santé** clairement choisie. La croyance de la personne dans sa capacité à adopter un comportement souhaité (...) est un déterminant important” (3).

4.3.2.1 Analyse des besoins

La création des ateliers s’est faite à la demande des professionnels de l’UGOMPS, suite au constat d’un besoin : créer un espace de liens et de paroles différents de celui proposé en consultation. Puis, grâce au diagnostic de situation, les besoins spécifiques du public ont

émergé. Selon J.P Deschamps, “pour déterminer les besoins de santé, favoriser l’expression des problèmes par les intéressés eux-mêmes est un processus fondamental” (61). Les thématiques sont donc choisies par les participantes et sélectionnées selon la majorité, mettant en évidence des problématiques de santé communes, prérequis d’un atelier en **santé communautaire**.

Nous avons remarqué que les questions sur l’accès aux droits sont fréquentes. En effet, l’accès aux droits fait partie intégrante de la santé. Une des patientes signalait que “pouvoir parler du logement” serait une amélioration. **Leur proposer cette thématique supplémentaire semble donc répondre à un besoin.**

4.3.2.2 Spécificités

F. Tuleu et O. Brixit soulignaient les spécificités des interventions en santé auprès des publics en situation de précarité, notamment la nécessité de l’**adaptabilité**, de l’**investissement** notamment dans la **communication** et dans les **relations** humaines ainsi que l’importance d’un **questionnement éthique, sur la portée et les limites de l’action** (62, 4).

4.3.2.3.1 Écoute

Nous avons remarqué que pour les professionnels de santé, “**l’écoute**” est désignée comme la qualité la plus importante d’un intervenant. En effet, les publics en situation de précarité ont rarement l’occasion de s’exprimer et encore moins de formuler des demandes concernant leur santé. Elles peuvent même être sans demande car elles ne reçoivent que peu de réponses (63). Il est donc essentiel pour les soignants d’offrir ce temps d’écoute active. **De plus, l’écoute est la première étape de la considération de l’autre.**

4.3.2.3.2 Reconnaissance et valorisation

Différents penseurs ont décrit que la précarité entraîne, non seulement un isolement social, mais également une dévalorisation de soi, un sentiment d’inutilité et d’impuissance (64, 65). Les ateliers sont des lieux de **reconnaisances et de valorisations** des compétences. Le prérequis à cela est l’écoute. Ainsi, que ce soit la préoccupation majeure pour les soignantes sous tend ce souhait de reconnaissance. De plus, comme retranscrit dans les résultats, de **nombreuses valorisations** de la part des soignants ont rythmé les ateliers. Les soignants “s’attachent à reconnaître et à valoriser ce que chacun fait déjà pour promouvoir sa santé, ses compétences et ses savoirs plutôt que de vouloir plaquer des informations et de modèles de comportements” (4). Ils permettent à chacun d’avoir sa place et ils favorisent l’expression de tous. Cette volonté s’exprime notamment par le fait d’utiliser les expériences des femmes pour aborder les différents sujets qu’elles choisissent.

4.3.2.3.3 Renforcement des savoirs, savoir-faire, savoir-être et compétences psychosociales

Le paradigme humaniste promeut le développement personnel à différents niveaux : de manière individuelle mais aussi collective via le relationnel. **Le renforcement de ses compétences psychosociales** est une dimension centrale dans l'accompagnement des participantes. La valorisation, la place que les femmes prennent dans le groupe, le partage de leurs expériences et de leurs connaissances, ainsi que les débats que cela entraîne sont autant d'interactions permettant le renforcement de leurs compétences. Créer des surfaces d'échanges en partant de leur verbatims les encourage en ce sens.

La valorisation de leur **savoir** est essentielle comme nous venons de le voir.

Nous avons pu soulever lors du second atelier l'envie que les femmes avaient de nous partager leur **savoir-faire** différents des nôtres, comme le portage des enfants ou la capacité à faire tenir des choses sur la tête afin de se libérer les mains. Cela a permis aux femmes de nous les montrer, soulignant nos différences et renforçant leurs compétences. Également d'autres savoirs-faire ont été évoqués comme prendre soin de son enfant, savoir reconnaître lorsqu'il a faim, s'occuper de son foyer, travailler ...

Les savoirs-être ont été évoqués tout au long des ateliers. Par exemple, « *ici on a appris à se respecter, comment parler avec les gens, quand je suis là si tu parles je t'écoute, chez nous quand tu parles je parle* », réponse d'une des participantes : « *elle est devenue française non ? Rires* ». Cela a permis de renforcer leur attention sur leur prise de parole et le respect de la parole des autres. L'atelier "estime de soi", en partant des rituels de beauté de chaque femme, a permis la reconnaissance et la valorisation de ce qu'elles font pour leur santé et leur beauté.

Les savoirs-être au sein de la société ou de la communauté ont également pu être abordés et débattus, notamment concernant la place de la femme, entraînant la remise en question de certaines pratiques.

4.3.2.3.4 Adaptabilité

L'adaptabilité est une compétence essentielle et nécessaire des professionnels de santé. En effet, la variation du nombre des participants ou l'absence d'un intervenant impliquent aux professionnels de savoir rebondir. De plus, de par les spécificités des publics en situation de précarité et les thèmes intimes ou tabous abordés, l'effort d'adaptation des outils et des comportements est essentiel (62). L'analyse des besoins s'est effectuée via un outil visuel créé spécifiquement pour l'atelier et le public rencontré (annexe 1). Lors des séances, l'exploration de leur santé de femmes se fait grâce à des dispositifs soigneusement sélectionnés et des verbatims tirés des entretiens individuels ou des expériences passées

des soignants. L'effort d'**adaptabilité** se faisait également par l'utilisation d'un vocabulaire approprié, nécessitant une gymnastique de l'esprit et une grande attention de la part des professionnels. Le travail en binôme permet de repérer, notamment par le langage non verbal, l'incompréhension de certains mots ou concepts et de les reformuler.

4.3.2.3.5 Qualité nécessaire des professionnels selon les participantes

Les femmes ajoutaient qu'il fallait que les professionnels soient **joyeux**. La spécificité du public ciblé demande d'autant plus de compétences humaines et de savoirs-être de la part des intervenants. Selon Ch. Collin et S. Moffet, "Les personnes dites "exclues" privilégient les compétences "socio-humaines" des soignants plutôt que leurs compétences professionnelles. Ainsi, elles apprécient que les professionnels instaurent un climat de confiance dans le respect des valeurs de chacun, fassent preuve d'empathie, de sensibilité, de flexibilité mais aussi d'engagement " (66).

4.3.2.3.6 Humour

Pendant les entretiens post-ateliers, plusieurs participantes ont souligné le fait de "*se sentir à l'aise, accueillies*" dans une "*ambiance conviviale*", avec un "*apprentissage dans l'amusement*" et "**les rires**" comme les choses qu'elles ont aimé dans les ateliers. Lors de la retranscription à l'écrit des ateliers, il a été noté de manière non exhaustive **plus de 70 fois "rires"**. Selon Y. Gentilhomme, **l'humour** constitue un levier puissant dans l'apprentissage et favorise la mémorisation (67). De ce fait, l'action éducative dépasse la simple transmission des connaissances pour devenir un lieu d'apprentissages sociaux et de développement individuel. De plus, l'humour favorise le contrôle et la régulation du stress (62, 68). "Les messages qui sont ainsi travaillés rentrent dans une dynamique "d'apprentissage heureux" qui renforce l'auto-estime des personnes. Loin d'être un postulat naïf ou niais, cette vision optimiste de la santé met à distance la menace de la prévention médicale" (69).

Il faut souligner que cela permet également aux professionnels de passer des moments agréables.

4.3.2.3.7 Bien-être des participantes

Toutes les participantes ont souligné le bon temps qu'elles ont passé pendant les ateliers. Certaines ont l'impression que leur santé s'est améliorée car "*depuis que je suis venue aux ateliers j'ai la tête plus tranquille*" ou encore parce que "*c'est mieux dans ma tête*". De plus, quelques unes estiment que depuis les ateliers elles se sentent mieux car elles ont "*des idées dans la tête pour mieux réfléchir*" et que du coup "*les soucis ont baissé*". Cela reste un aspect essentiel des ateliers, car ces publics en situation de précarité, relèguent souvent

leur bien-être au second plan, après d'autres préoccupations comme les enfants ou leurs difficultés financières ou administratives (9). Et puis, afin de faire des choix en santé, il est nécessaire d'être un minimum à l'écoute de soi et d'avoir l'espace disponible pour ce faire. En effet, lors de mal-être, il est difficile de prendre soin de soi (25).

4.3.2.3.8 Ethique

L'aspect **éthique** de toute action éducative doit être étudié et réfléchi, d'autant plus lorsqu'il s'adresse à un public en situation de précarité, dans une volonté de réduction des inégalités sociales en santé. Selon J.P. Deschamps, la réflexion bioéthique depuis 1970 a été organisée autour de grands principes : **l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice (70)**.

La promotion de **l'autonomie** des personnes est un objectif des ateliers en santé. D'ailleurs, 3 des soignantes l'ont cité comme objectif central ; *“autonomiser les femmes” “rendre les femmes actrices de leur santé en leur donnant confiance en leur capacité à réfléchir et à agir et l'acquisition d'un savoir mobilisable pour faire des choix libres et éclairés en santé”*. Par le renforcement de leur savoir et de leur compétence, les ateliers veulent développer l'autonomie des femmes.

Le principe de **bienfaisance** semble évident. Il est tout de même nécessaire de se poser sur cette question et d'analyser. Dans certaines situations, notamment lors de sujets tabous ou intimes, la curiosité du groupe ou des professionnels de santé peut outrepasser ce principe. Le fait d'en avoir pleinement conscience est essentiel pour prévenir les dérives.

Les professionnels de santé veillent à la **non malfaisance**, font attention à ne pas blesser ou mettre en difficulté les personnes. En effet, de nombreux sujets abordés sont considérés comme tabous ou sensibles et peuvent entraîner des gênes ou de l'embarras. Par exemple, Mme la médiatrice en santé, nous a partagé son expérience délicate. Elle animait des groupes de paroles à l'ASAMLA concernant les mutilations sexuelles féminines. Certaines participantes vivaient cela comme des traumatismes intenses et pour d'autres, les mutilations étaient un rituel de passage obligatoire et non remis en cause, n'ayant pas créé chez elles de “grandes” souffrances. Si le groupe ou l'animatrice tournait ces MSF comme un acte de torture sans nuancement ou autres possibilités de vécu, cela pouvait créer chez certaines femmes un traumatisme qui n'était pas là initialement.

Dernièrement, concernant **la justice, l'équité et l'égalité**, les actions éducatives et notamment ces ateliers en santé se centrent sur la réduction des inégalités sociales en santé. Ils ont été pensés et créés dans ce but.

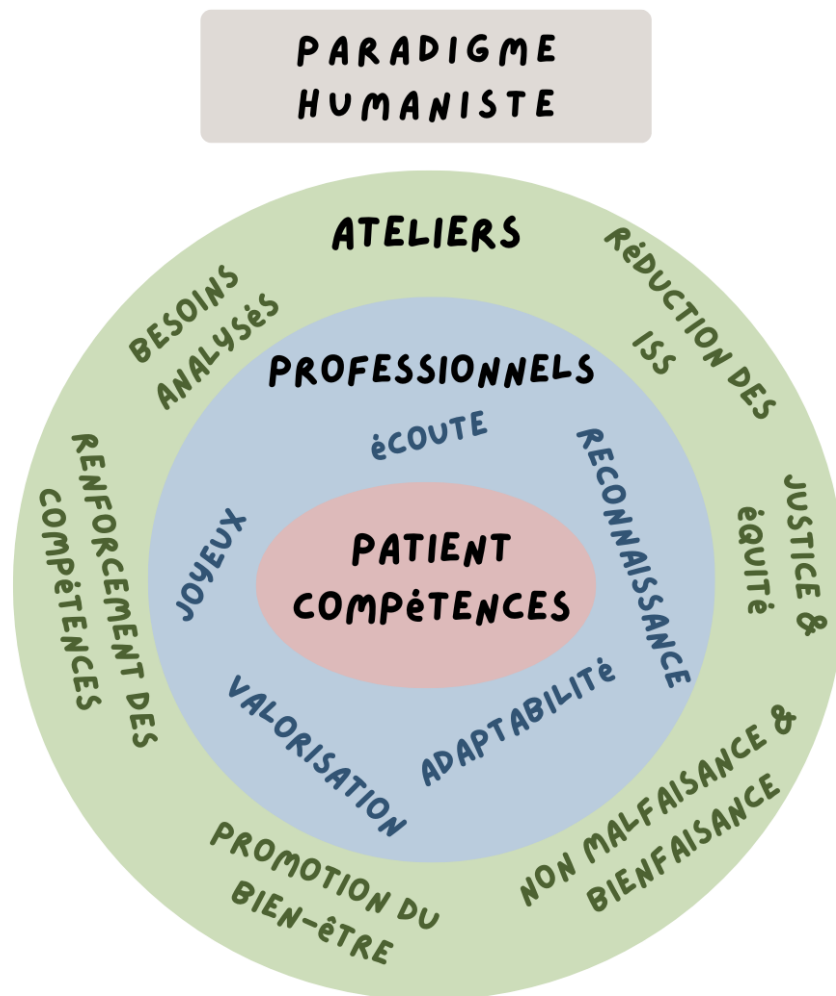


Figure numéro 7: le paradigme humaniste et les ateliers

4.3.3 Le paradigme de la dialecte sociale

Ce paradigme dépasse le développement personnel et fait **interagir l'homme avec son environnement humain**, grâce à l'ensemble des qualités personnelles qu'il a développé. Il l'interroge sur son degré de liberté au sein d'un groupe social. Le groupe devient à la fois un **cadre de productions coopératives**, de savoirs et d'apprentissages ainsi qu'un lieu **d'expérimentation de compétences sociales**. L'aboutissement de ce concept est **l'empowerment de l'individu et du groupe**.

4.3.3.1 Liens créés

Les participantes ont souligné maintes fois **l'importance du groupe et la création de lien social**. Lorsque les femmes nous confient ce qu'elles ont aimé pendant les ateliers, "le

groupe et la force qu'il dégage" est une réponse largement majoritaire : 7 femmes sur 8 l'ont cité.

Comme nous l'avons signalé ci-dessus, la précarité peut conduire à l'exclusion. Le fait que les femmes soient migrantes est un cofacteur important. Elles sont déracinées et isolées, souvent hébergées dans des endroits où le lien social est pauvre et leur mobilité limitée, ne permettant pas de créer des liens durables (14, 15). **Plusieurs signalent d'ailleurs que le groupe "c'est comme la famille"**. Dans la coutume africaine, les gens vivent en communauté. Une des patientes nous rapporte : *"J'ai fait des nuits blanches et quand j'étais au pays il me suffisait de confier mon bébé, ici je suis seule et ça me fait pleurer"*. L'isolement en métropole est vécu comme une souffrance. Mais, si le groupe autorise la verbalisation de la souffrance, il permet également l'expression des forces vives et des ressources individuelles de chacune (1, 16).

Les femmes étaient en recherche de liens entre elles. Elles restaient souvent plusieurs minutes après les ateliers ensemble. Pendant les pauses, elles ne quittaient pas la pièce pour se dégourdir les jambes ou aller aux toilettes mais elles profitaient de cet instant informel pour discuter entre elles. D'ailleurs dès le 3ème atelier les femmes ont échangé leur numéro de téléphone. A la fin du cycle, j'ai eu une certaine difficulté à convaincre les participantes d'un entretien post-atelier afin de finaliser les questionnaires. J'ai ensuite compris que leur demande était d'organiser ce temps toutes ensemble.

Le groupe permet de leur *"vider la tête"*, de créer, l'espace d'un instant, une soupape où seule elle compte, loin des difficultés du quotidien et de leur isolement. *"Ça me fait plaisir de faire des activités avec des associations, aller au parc plutôt qu'être toute seule à la maison"*.

Les liens qu'elles ont créés avec les professionnels étaient indispensables à l'abord de thématiques si intimes. Lors des entretiens pré-atelier, nous avons pu remarquer une certaine gêne à parler des MSF, alors que la parole s'est libérée d'ateliers en ateliers. En effet, l'abord des mutilations sexuelles féminines a été facile et rapide en groupe. Cela avait également été retrouvé lors de la première série d'ateliers en 2021. On constate qu'au fur et à mesure lorsqu'un même sujet est abordé, des expériences de plus en plus confidentielles sont divulguées. **De par l'acquisition de leur confiance, par la mise en place d'une relation la plus horizontale possible, par la présence de la médiatrice en santé, elles ont pu se livrer facilement et débattre** sur ce sujet, pourtant plein de tabous, de représentations et de violence.

De plus, il y avait une volonté des femmes à créer le lien avec les professionnels de santé puisque dès la seconde séance elles avaient retenu nos prénoms. Parfois dans certains témoignages, les expériences vécues avec des soignants venus aux ateliers étaient

brandies comme une fierté et gage de qualité : *“j’ai demandé a Marie (la sage-femme) est ce qu’il peut y avoir des problèmes (...) Marie m’a dit non c’est faux.”* Également certains soignants suivant les femmes pour leur grossesse étaient désignés comme des personnes ressources ; *“quand je parle avec quelqu’un ça fait du bien,(...) j’ai des choses qui me travaillent la tête. (...) Avant j’avais Marie ”.* Ces liens créés les rapprochent du système de soin et amenuisent leur freins.

4.3.3.2 Empowerment

Concernant le pouvoir d’agir, il est défini selon W. A. Ninacs comme la possession de la **capacité à “choisir librement** (ce qui requiert la présence d’une alternative), **à transformer son choix en une décision** (ce qui requiert la capacité d’analyser et de s’engager), et à **agir en fonction de sa décision** (ce qui requiert souvent des ressources et le fait d’être prêt à assumer les conséquences de l’action)” (71).

En plus de faire intervenir différentes capacités, ce pouvoir d’agir s’inscrit dans plusieurs **dimensions**.

Tout d’abord, il revêt une dimension concernant leur **participation sociale** et la place qu’elles détiennent au sein du groupe ; *“La dernière fois, elle n’était pas là mais aujourd’hui on rit beaucoup avec elle”.* Cette valorisation encourage les compétences relationnelles et permet d’augmenter leur confiance en elle et en leur prise de position. Certaines femmes prenaient une place de leadership sur des thématiques précises. De plus, à la fin du dernier atelier une participante a proposé d’être un soutien si besoin : *“quand vous avez besoin, moi je suis libre pour assister, ça me ferait du bien”.*

L’empowerment des femmes se définit également **au sein du couple et de la famille**. Il est essentiel dans leur santé de Femme. Cela a pu être abordé notamment lors des thématiques des menstruations, de l’excision et des violences : *“moi si tu me tapes tu dégages (en parlant du conjoint)”*, *“j’ai dit a ma mère qu’il ne fallait pas que ma petite soeur soit excisée”.*

Sur un **plan plus personnel**, la grande majorité d’entre elles estiment **prendre plus soin d’elles** depuis les ateliers (7/8) : *“je regarde les crèmes”.* D’autres **limitent les comportements à risque** : *“avant, je nettoyais mon vagin avec ma main, maintenant je ne le fais plus ”.* 7 femmes sur 8 nous disent arriver plus facilement à prendre des **décisions pour elles** depuis les ateliers et toutes à prendre plus facilement des **décisions pour leur**

santé. Nous aurions pu leur demander si l'accès aux structures de droit était plus simple depuis les ateliers. En effet, un des buts de ces ateliers à l'UGOMPS est également de **désacraliser l'institution** qu'est l'hôpital et d'encourager les femmes à avoir recours aux soins avec moins d'appréhension. Certaines confient tout de même la possibilité d'avoir recours à des soins : *“ça a changé ma façon de voir les choses, on peut se faire réparer (en parlant des MSF)”*. Nous en reparlerons dans les propositions d'amélioration.

Le pouvoir d'agir et la capacité à prendre des décisions en santé passe par leurs **connaissances**. De plus, “apprendre de nouvelles choses” était leur souhait, décrit comme le plus important par les femmes. Notre tableau numéro 4 montre bien une corrélation entre l'augmentation de leur savoir et leur empowerment sur les domaines correspondants. Par exemple, 10% des femmes ne connaissaient pas les méthodes contraceptives avant les ateliers, 60% vaguement, contre 100% estimaient les connaître après. Ce qui est intéressant, c'est la correspondance avec leur capacité à choisir. Avant les ateliers, 37.5% pouvaient choisir et 50% moyennement. Après les ateliers, 87,5% des femmes affirmaient pouvoir faire ce choix. D'ailleurs, une des femmes avait déjà mis en place une contraception lors des entretiens finaux. Le guide du COMEDE explique que le niveau d'instruction et de réflexion pèse sur la demande de contraception. Dans les pays en développement, environ 222 millions de femmes souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais n'utilisent aucun contraceptif, en majorité par défaut d'accès aux méthodes mais aussi par opposition culturelle et religieuse (72). Prendre le temps de leur expliquer les différentes méthodes en partant de leurs représentations, confronter les croyances des femmes issues des mêmes communautés et étoffer leur savoir, leur permettre de choisir plus facilement la meilleure méthode.

Lors des questionnaires, les femmes ont associé l'évolution de leur pouvoir d'agir avec l'apport de nouvelles connaissances : *“des idées pour mieux réfléchir”, “la façon de concevoir et analyser c'est plus facile”*. Elles assimilent également **l'amélioration de leur santé avec un meilleur moral et une baisse de leurs problèmes** : *“les soucis ont baissé”*.

Pour finir, l'empowerment passe par **l'analyse de leurs croyances et leur statut** en tant que femme au sein de la société dans laquelle elles ont évolué et celles où elles évoluent aujourd'hui. Comme exposées dans les résultats, beaucoup de situations ont pu être décortiquées et critiquées : la place de la contraception, la polygamie, l'excision et la sexualité, la stigmatisation des règles et les interdits qu'elles entraînent, les devoirs des femmes et les inégalités de sexe, la normalisation des violences faites au femme, au sein du couple, de la société, de la médecine ... *“Ça a changé dans ma relation avec ma famille car*

J'ai dit à ma mère qu'il ne fallait pas que ma petite soeur soit excisée“, *“Je peux dire non au médecin si je ne suis pas à l'aise*“. Ces débats permettent de remettre en question des pratiques coutumières et ainsi de changer les manières de faire et de penser.

Bien sûr, tout cela reste dépendant et modulé par un ensemble de facteurs environnementaux. Selon Y. Le Bossé, *“l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend à la fois des opportunités offertes par l'environnement (les ressources, mais aussi le cadre législatif et le contexte politique) et des capacités des personnes à exercer ce pouvoir”* (73).

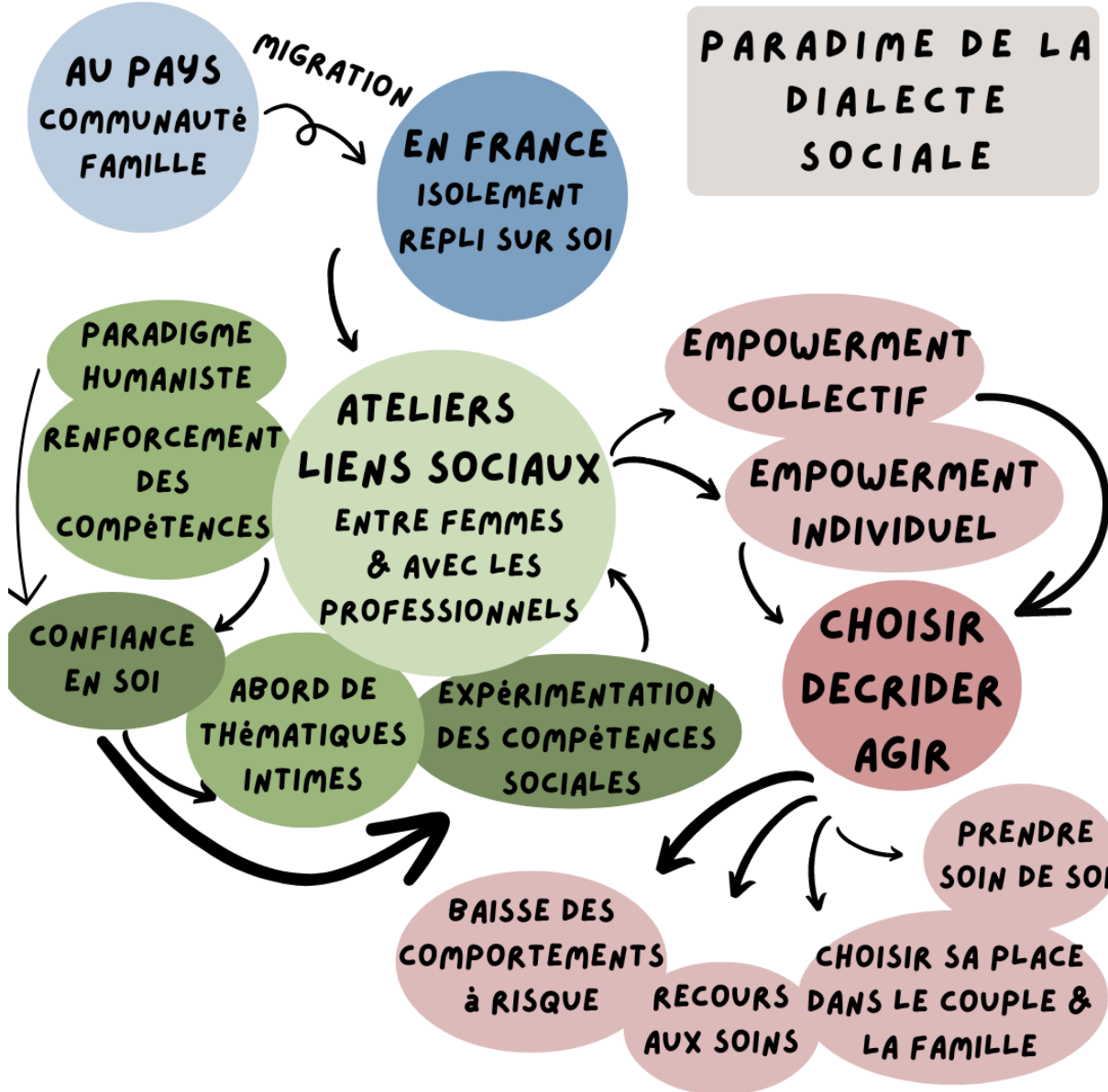


Figure numéro 8 : le paradigme de la dialecte sociale et les ateliers

4.3.4 Le paradigme environnemental

Le paradigme environnemental prend en compte la dimension écologique comme dynamique et l'intègre comme une interrelation constante avec le sujet. **Il s'inclut dans un ensemble de politiques ayant pour but la réduction des inégalités sociales.** Elles prennent en considération **les déterminants en santé** tels que les conditions de vie : accès et condition de logement, d'éducation, des transports, du système de santé... Ainsi que l'accès au travail et ses conditions. Il intègre les déterminants socio-économiques, culturels et environnementaux.

De plus, les 5 axes stratégiques de la promotion de la santé en matière de réduction des ISS sont : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, et réorienter les services de santé (20).

Concernant l'accès aux structures de soin, les ateliers jouent pleinement leur rôle. Via l'acquisition de nouvelles connaissances et informations en santé et par l'augmentation de leur pouvoir d'agir, nous plaçons entre les mains de ses femmes le recours aux structures médicales.

Dans cette réflexion, **l'ouverture d'une séance sur l'accès aux droits** se pose. La santé holistique inclut le bien-être global. Pour ce faire, il est nécessaire que les droits fondamentaux soient remplis, tels que le logement, l'accès à l'éducation, à l'alimentation et à la sécurité. Ouvrir cette thématique permettrait d'accompagner les femmes dans cette dimension plus générale. En effet, lors des consultations nous constatons régulièrement un besoin d'information sur les démarches administratives ou sur la recherche de ressources primaires (banque alimentaire, titre de transport, vêtements...). Une des participantes a suggéré que l'on puisse parler du logement, comme piste d'amélioration.

D'ailleurs, lors des ateliers en santé communautaire du programme de promotion de la santé dans les lieux de vie 4i (indignes, insalubres, instables et informels) de Médecin du Monde, la première demande des habitants d'un hébergement 115, fut de construire un plan de la ville avec les informations de places et d'horaires des ressources essentielles, dans une volonté de mise en commun de ces données (74).

Nous sommes bien lucides sur le fait que ces ateliers en santé ne permettent pas, à eux seuls, de réduire les inégalités sociales en santé, "s'ils ne sont pas accompagnés de mesures structurelles au niveau de l'emploi, du logement, de l'éducation et de la santé" (75). Comme souligné par P.Lamour, "l'éducation pour la santé n'est qu'un maillon d'un ensemble de mesures bien plus vaste, hors du strict champ de la santé" (76).

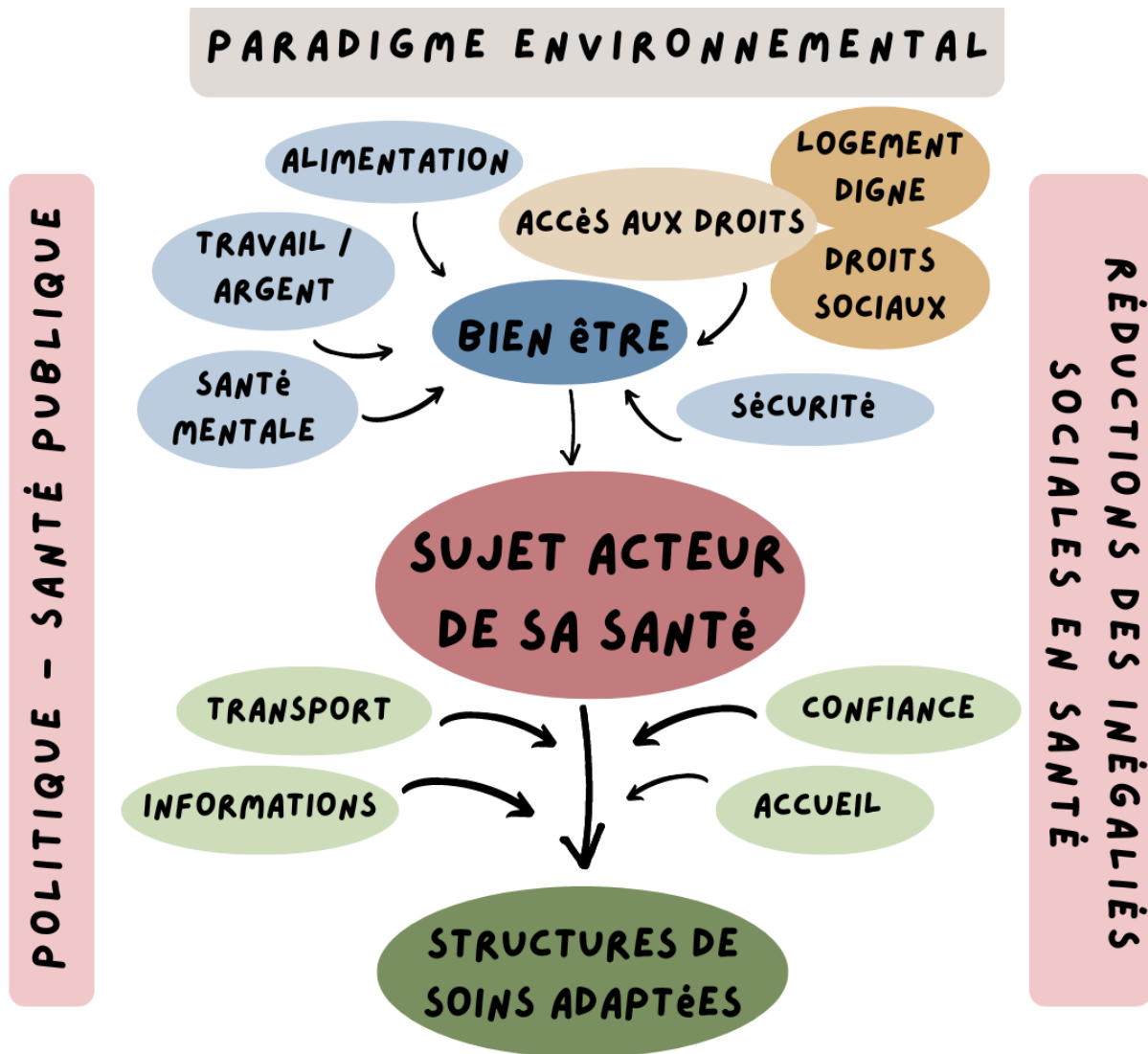


Figure numéro 9: le paradigme environnemental et les ateliers

4.4 L'apport des ateliers pour les soignants

Il est important de souligner que ces ateliers sont un **échange** et permettent aux professionnels de santé une plus grande **proximité avec la transculturalité**. En effet, ils offrent une ouverture sur leurs habitudes, leurs traditions et leurs rituels, ainsi que sur leurs représentations et leurs freins en santé. Ils sont moins formels qu'en consultation, permettant l'exploration des intimes, dans la joie et avec complicité. Les professionnelles reconnaissent que ces ateliers et les échanges engendrés sont **dynamisants** et permettent de **mobiliser leur désir d'accompagner** ces femmes (16).

Différents domaines ont été explorés, parfois inconnus des professionnels. Cela permet de les aborder spontanément en consultation et ainsi de limiter certaines conduites à risque, ou de leur donner des informations pertinentes pour elles. Nous pouvons alors, en tant que soignant, nous baser sur leur niveau de connaissances afin de leur apporter des éléments de compréhension. Pour finir, cela nous fait **grandir** et nous apprend à être **de meilleurs soignants**, dans l'écoute et le non-jugement.

Par exemple, dans certaines cultures, il est courant d'introduire dans le **vagin des offrandes** comme des épices, des plantes ou du miel afin de promouvoir la fécondité, d'attirer le bon œil ou de garder son mari fidèle. « *Tu mets du miel dedans et grâce à ça tu vas être sucrée pour ton mari* » « *Du sucre, du savon, des feuilles de tabac, de l'encens, en se disant on va rétrécir le vagin* » « *Pour la séduction, pour que ça réduit ton vagin* »
Avoir connaissance de ces pratiques permet d'aborder ces sujets spontanément avec les patientes et les prévenir des risques encourues sans les stigmatiser (vaginrite, cervicite, chorioamniotite ...).

Lors des ateliers, certaines femmes nous ont transmis, leurs craintes concernant les **rapports-sexuels, la grossesse ou l'allaitement** : « *si on a des rapports sexuels, ça impact sur le bébé quand on allaite, il va avoir diarrhée et être amorphe* » de ce fait « *ils vont comprendre, tout le monde le sait.* » (que tu as des rapports) « *donc les mamans elles évitent d'avoir les rapports sexuels* ».

Pouvoir évoquer ces croyances avec les femmes permet de promouvoir l'allaitement et de les rassurer dans leur maternité, ainsi que dans leur sexualité, renforçant leur bien-être.

De même, nous avons pu aborder une de leurs croyances : boire ou manger glacé ferait grossir le bébé. Ainsi, certaines femmes avaient des conduites à risque « *Moi, on m'a dit que mon bébé était trop petit alors je pars dans le Mac Do pour acheter des glaces, je prends 3-4* ». Désacraliser les alimentations et les boissons glacées permet de diminuer les prises de risques et / ou d'améliorer leur confort.

Pour finir, connaître leur représentation sur la place de la femme dans leur société, permet de l'aborder avec elle et d'amener des pistes de réflexion : « *chez nous, tant que tu ne fais pas le garçon, on dit que tu n'es pas femme* » « *tant que tu n'as pas une fille on ne te considère même pas* ». L'abord de ces conceptions sociétales permettrait de ne pas stigmatiser le sexe de l'enfant et d'accueillir l'enfant peu importe que ce soit une fille ou un garçon.

5. PROPOSITIONS

5.1 Les choses qui fonctionnent

Nous pouvons résumer et souligner les étapes qui fonctionnent et qu'il faut, de ce fait, garder pour les ateliers suivants :

- Le groupe et la santé communautaire
- L'accueil chaleureux avec des victuailles et des professionnels joyeux
- Un.e médiateur.rice en santé
- L'interprétariat
- La co-animation
- La valorisation des participants
- Le rire
- Les outils
- L'utilisation de croyances ou de représentations tirées des entretiens, comme base de débat
- Les conducteurs de séance
- Les grilles séances et relever les verbatims

5.2 Les pistes d'améliorations

L'objectif principal de notre étude est l'amélioration des ateliers en santé de la femme ayant place à l'UGOMPS.

Au décours de tout notre raisonnement, voilà un certain nombre de propositions d'amélioration, résumées dans le schéma numéro 10 ci-dessous.

Concernant **les ressources humaines** ;

1/ Le rôle des professionnels peut être repensé, avec un **médiateur-animateur**, un interprète et un intervenant. Si l'accès aux droits communs est un sujet choisi, le médiateur pourrait être l'intervenant de cette séance et l'organisateur prendrait alors sa place d'animateur. L'organisateur pourrait également intervenir comme expert lors d'une séance si ses compétences sont requises.

2/ **L'allègement** du rôle de l'organisateur par :

- Le recrutement effectué par plusieurs professionnels du service avec mise en place d'une **interface d'échange connectée** afin que chacun soit au courant de l'avancée de l'inclusion (type Google Doc),

- Les **rendez-vous** aux ateliers et aux entretiens pris en compte **dans le logiciel** du CHU comme une consultation à part entière afin d'éviter les rendez-vous médicaux concomitants,
- **L'automatisation des textos** de rappel des ateliers 2-3 jours avant,
- Les conducteurs de séance déjà construits,
- Une liste de victuailles déjà préparées pour un achat en une fois (hors fruits),
- Une liste d'intervenants potentiels étoffée.

Les critères de recrutement peuvent être réfléchis :

1/ **L'ouverture** du recrutement aux femmes non enceintes, **soit à toutes les femmes suivies à l'UGOMPS**, majeures et francophones, sans pathologie psychiatrique altérant les échanges, diminuerait le biais de recrutement, et donc le biais culturel, ainsi que l'absentéisme des ateliers en rapport avec les accouchements ou l'asthénie durant la grossesse.

2/ **La taille du groupe** : nécessité d'une réflexion autour d'un groupe plus grand ou ouvert.

Concernant **la logistique** des ateliers :

1/ Les entretiens pré-ateliers pourraient être envisagés sous la forme **d'un focus groupe**, si le temps où les ressources humaines sont limitées,

2/ **Un temps de mise en commun à tous les professionnels de santé** avant les ateliers, afin d'exposer les grandes lignes directrices et les résultats du diagnostic de situation, dans le but d'avoir une cohérence entre les soignants et un temps plus long dédié. Serait alors distribué à ce moment les conducteurs de séance pour chaque thématique,

3/ L'organisation des **formations** par l'unité PromES **plus en amont**,

4/ Une **salle plus grande** restant chaleureuse, où peut être installé un dispositif de vidéoprojection s'il n'est pas déjà présent, avec une possibilité de **thermorégulation**,

5/ Concernant les enfants : soit un dispositif de **garderie**, soit une **place adaptée** aux enfants dans la salle avec de l'espace et des jeux,

6/ **L'ajout d'outils** tel que des culottes menstruelles lavables,

7/ Un **financement propre** de tous les professionnels de santé,

8/ La **prise en charge des titres de transport** pour les participantes,

Sur le plan du **contenu** des ateliers :

1/ Proposition d'une thématique supplémentaire **sur l'accès aux droits**.

En dernier lieu, **concernant l'évaluation** :

- 1/ Utilisation des **grilles séances** ajustées, remplissage pendant ou après la séance conjointement avec les différents professionnels de la thématique,
- 2/ **Questionnaires participants et aux professionnels simplifiés.**
- 3/ **Ajout d'une dernière séance de clôture type focus groupe** à la fin des ateliers, pour effectuer l'évaluation avec les participantes.
- 3/ Lecture de ces différentes interfaces à la fin de chaque cycle afin de déterminer les améliorations possibles à effectuer.

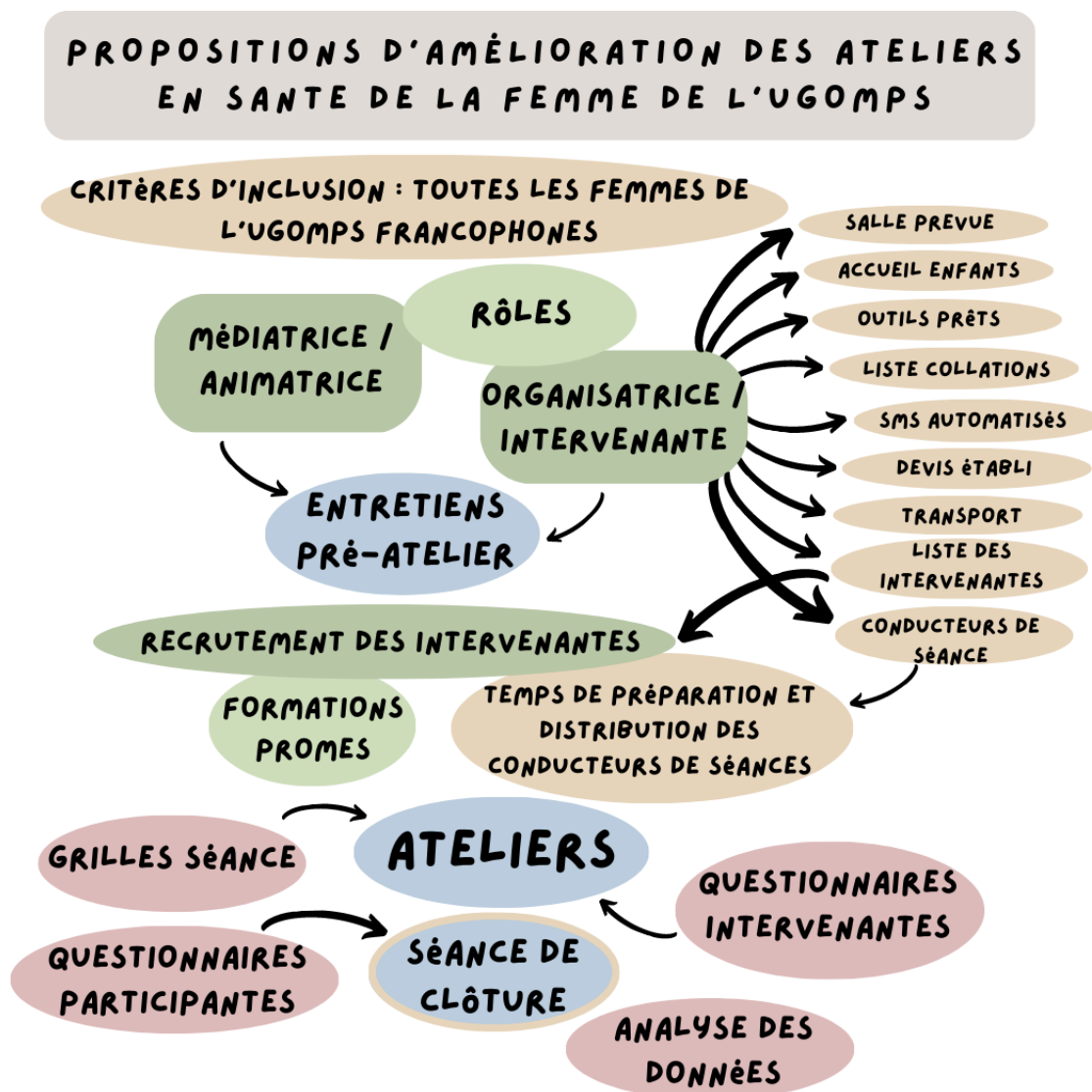


Figure numéro 10 : proposition d'amélioration des ateliers en santé de la Femme à l'UGOMPS

Légende :

- Propositions d'amélioration
- Evaluation
- Entretiens, ateliers et séances de clôture
- Professionnel

6. CONCLUSION & OUVERTURES

Ce travail de thèse a pour objectif l'évaluation des ateliers en santé de la femme ayant place à l'UGOMPS au CHU de Nantes. Dans une logique de promotion de la santé et de prévention, ces ateliers permettent à des femmes isolées et éloignées du soin de rejoindre le système de santé et de prendre soin d'elles. Les femmes incluses dans l'étude étaient toutes originaires d'Afriques de l'Ouest, enceintes et en situation de précarité et / ou de vulnérabilité.

Le but de l'évaluation est d'améliorer les ateliers afin de répondre au plus près aux besoins des femmes et des professionnels de l'UGOMPS. L'utilisation d'une méthode mixte qualitative et quantitative, ainsi que la multiplicité des supports (questionnaires, grilles séances, observation et verbatims) a permis d'explorer l'ensemble des domaines du programme.

Les ateliers ont créé une surface d'échanges, alliant des débats de fond sur des questions au plus proche des femmes, tout en laissant la place aux savoirs et aux savoir-faires. Ils les ont renforcé dans leurs savoirs et dans leurs compétences personnelles et sociales, afin qu'elles puissent les utiliser, dans une volonté d'appropriation de leur corps et de leur santé. De plus, toutes ces capacités s'enracinent dans des apports concrets pour la vie quotidienne des participantes. Le tout, dans une ambiance chaleureuse et conviviale, apportant aux femmes et aux professionnels des moments humains, riches et agréables.

Il découle de cette évaluation un certain nombre de propositions afin de décharger le rôle de l'organisateur. Par exemple, nous pourrions envisager que le médiateur en santé soit également l'animateur des ateliers. De plus, créer un temps de partage des informations découlant du diagnostic de situation, entre professionnels, avant les séances permettrait une meilleure préparation.

Afin de répondre aux besoins des femmes et dans le but de les accueillir au mieux, l'accessibilité des séances par la prise en charge des titres de transports, la création d'un lieu dédié aux enfants ou même d'une garderie, ainsi qu'une salle agréable et adaptée serait optimale. De plus, l'ouverture d'une nouvelle thématique sur l'accès aux droits semble émerger comme un besoin.

Pour finir, se pose la question de l'ouverture des critères d'inclusion afin d'y voir participer une population plus hétérogène, représentative de toutes les femmes ayant recours à l'UGOMPS. La mixité ethnique que cela créera pourrait être un levier comme un frein pour les échanges entre les participantes. Cela nécessitera une prochaine évaluation.

D'ailleurs, celle-ci pourra être effectuée grâce aux supports créés dans le cadre de cette thèse et adaptés pour une utilisation facilitée. En effet, la poursuite de cette évaluation de manière continue et pleinement intégrée dans chaque série d'ateliers est essentielle pour assurer la qualité de ce programme.

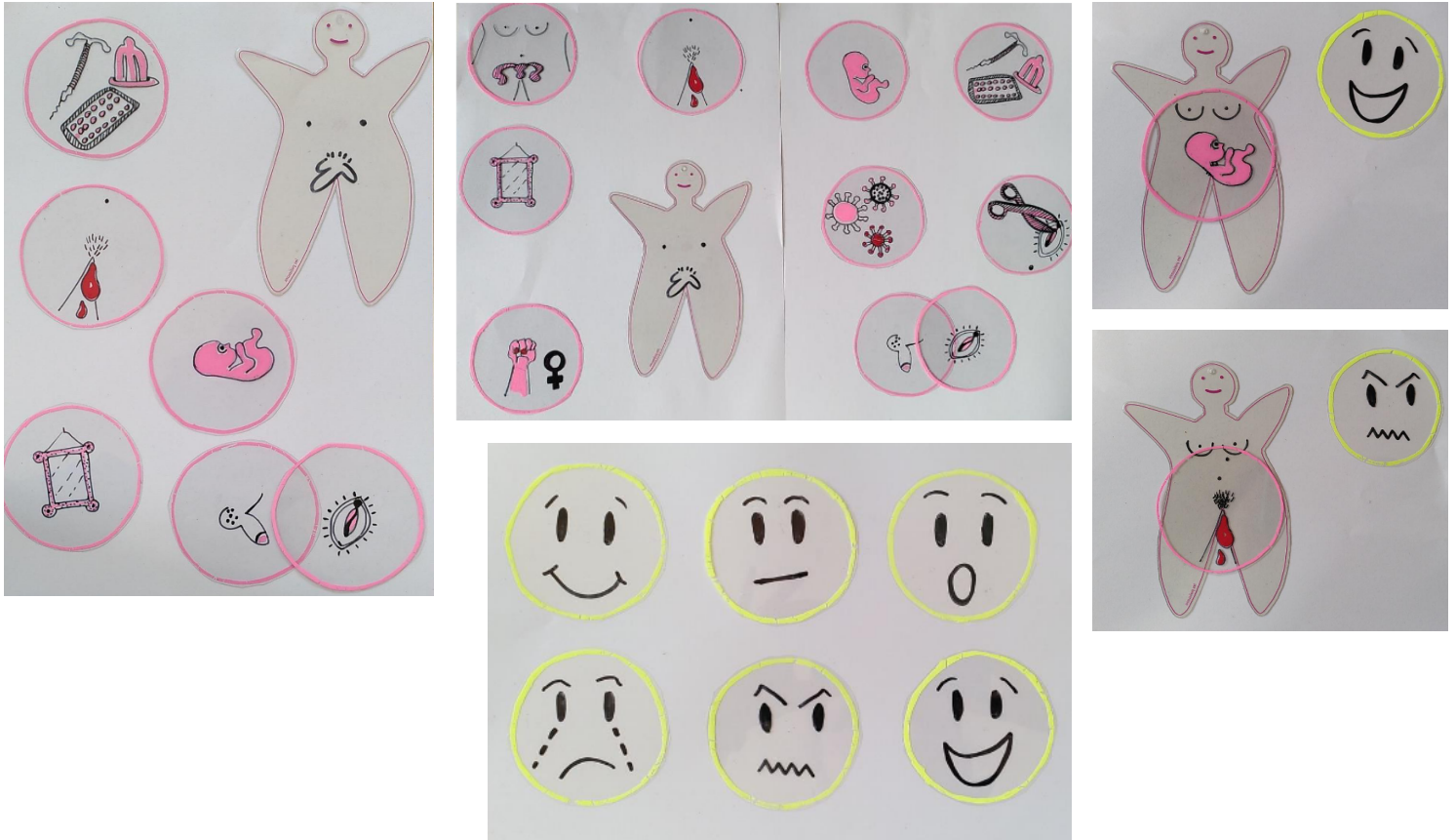
Ces ateliers s'intègrent pleinement dans une politique de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales en santé. Il joue son rôle en participant à l'émancipation des personnes et en promouvant leur capacité à décider d'elles-mêmes. Comme tout projet de santé publique essentiel, il nécessite des financements et un temps de travail dédié à sa préparation, son déroulement et à son évaluation.

Une fois la série d'ateliers finie, certaines femmes auront besoin d'un relais afin de consolider leur empowerment et ancrer leurs compétences. Ouvrir chaque série d'ateliers sur des partenariats avec des associations ou d'autres programmes au sein des structures de droits communs pourrait leur permettre de continuer à sortir de leur isolement et à approfondir leur pouvoir d'agir.

Sans oublier qu'un certain nombre de ces publics, trop isolés et parfois opprimés, ne peuvent pas accéder aux hôpitaux. La création de ces ateliers au sein même de leur communauté ou de leur lieu de vie pourrait leur permettre d'en bénéficier, allant pleinement dans une logique de réduction des inégalités sociales en santé.

7. ANNEXES

Annexe 1 : outil visuel



Annexe 2 : conducteur de séance vierge

CONDUCTEUR SÉANCE VIERGE	
Titre de la séance d'éducation pour la santé :	
- Séance n :	- Age :
- Public :	- tél :
- Animateurs :	
- nombre prévu de participants :	
- Présents :	Absents :
- Lieu :	
- Date, heure de la séance :	- Durée séance :
Thème	
Objectif général – compétences visées	
Objectifs pédagogiques	
Matériel / outils	

Objectifs : (Contextualisation Décontextualisation Recontextualisation)	Accueil Brise glace, rituel de démarrage: Présentation de chacun CORDE + cadrage horaires
	(technique, outil - objectif) Étape 1 –
	Étape 2 –
	Étape 3 –
	Étape 4 –
	Étape 5 –
	Étape 6 –
	Étape 7 –
	Étape 8 – Evaluation (satisfaction- apprentissages) Conclusion – rituel de fin Valoriser 1 ou 2 choses / Reformuler 1 ou 2 difficultés ou besoins / Faire du lien avec les prochaines séances
Distribution de documents	Trace écrite :
Activités complémentaires proposées	
Débriefing de fin de séance, évaluation	Faits marquants, émotions, besoin, difficultés soulevées, objectifs personnalisés :
A ne pas oublier pour la prochaine séance :	

Annexe 3 : questionnaire AVANT / APRÈS

QUESTIONNAIRE AVANT / APRÈS

Vous venez de choisir 5 thématiques de séance, qu'attendez vous de chaque atelier :

Thème numéro 1 :

- ce que j'attends de cet atelier :

Thème numéro 2 :

- ce que j'attends de cet atelier :

Thème numéro 3 :

- ce que j'attends de cet atelier :

Thème numéro 4 :

- ce que j'attends de cet atelier :

Thème numéro 5 :

- ce que j'attends de cet atelier :

- **C'est facile pour moi de faire des choix pour ma santé :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Si je cherche des informations sur la santé, je sais où en trouver :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup



L'ANATOMIE FÉMININE (utilisez la vignette anatomie féminine)

- **Je pense connaître mes organes de femme :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Si je connais mieux mon corps, c'est plus facile pour moi quand j'ai des problèmes de santé (douleurs de ventre, de mieux de connaître comment on est fait à l'intérieur, c'est plus facile) :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

- **Je sais pourquoi le soignant me fait un examen gynécologique (donner explication si besoin ; c'est à dire quand il regarde au niveau de mon sexe / en bas) ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Quand je vais chez le médecin, est-ce que je peux lui dire non si je ne veux pas qu'il me fasse l'examen gynécologique ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

LES RÈGLES & HYGIÈNE FÉMININE (Règles = sang en bas tous les mois)

- **Savez-vous d'où vient le sang des règles ?** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- Précisez :
- **Quand j'ai mal au ventre pendant mes règles, je me sens mieux si je sais pourquoi**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Quand j'ai mes règles, je peux trouver un accès aux toilettes, ou à des protections pour les règles ou à des anti douleurs :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES = infection par le sexe avec quelqu'un.e

- **Je sais comment me protéger des maladies sexuellement transmissibles / des maladies du sexe :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

Par exemple : Savez vous si vous avez pris un risque, savez-vous comment vous faire dépister, dans quel délai, où, trouvez des informations etc ?

- **Je peux en parler avec mon partenaire :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Si je vais avoir une relation sexuelle avec une personne, je peux lui demander de mettre un préservatif :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup - ne sait pas ce que c'est

LA CONTRACEPTION = Méthode pour ne pas avoir de bébés lors des relations sexuelles

- **Je connais les méthodes pour ne pas avoir de bébé quand j'ai des relations sexuelles** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Je peux choisir la meilleure méthode pour moi**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

• LES RELATIONS HOMME/FEMME

- **Je sais si une relation est bonne ou mauvaise pour moi**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Si je pense que ma relation est mauvaise, est ce que je peux arrêter la relation, quitter mon partenaire ?** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

- **Je sais ce qui me donne du plaisir sexuel**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Je peux dire oui ou non à mon partenaire pendant les rapports sexuels**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

- **Je peux dire ce que je veux à mon partenaire pendant les rapports sexuels**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

Par exemple : savez-vous ce qui vous donne du plaisir, vous sentir capable de demander ou refuser des rapports ou des pratiques sexuelles ?

● **L'ESTIME DE SOI**

- **Je sais ce que c'est l'estime de soi ?** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - Précisez :
- **Est ce que je prends soin de moi ?** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Est ce que je m'aime ?** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

● **LA MATERNITE**

- **J'ai beaucoup de question sur la grossesses :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Je me sens bien quand je suis enceinte :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Je peux choisir d'avoir un enfant :**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

● **LES DROITS CONCERNANTS LES VIOLENCES FAITES AU FEMMES. Y COMPRIS LES VIOLENCES CONJUGALES**

- **J'ai déjà été victime de violences :** oui - non
- **Si je suis victime de violence, je sais à qui demander de l'aide ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Si je suis victime de violence, de quoi j'ai besoin ?**

● **LA MUTILATION SEXUELLE/EXCISION et REPARATION**

- **J'ai eu une excision ?** oui - non
- Répondez aux questions suivantes si vous venez de répondre oui :
- **Je sais demander de l'aide ou des informations sur l'excision ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **Je peux décider de faire une réparation ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup

Et enfin, qu'est ce que j'attends des ateliers en Santé ?

.....
.....

Un TRÈS grand merci pour votre participation et pour votre aide dans la réalisation de cette thèse.

Justine, Aude, Maud et toutes les personnes impliquées dans les ateliers Santé

Annexe 4 : questionnaire participant

QUESTIONNAIRE PARTICIPANTE

Bonjour à toutes,

Je m'appelle Justine et je me permets de vous transmettre ce questionnaire effectué dans le cadre de ma thèse de médecine qui consiste en l'évaluation des ateliers en santé de la femme que vous venez d'effectuer. Cette évaluation a pour but principal d'améliorer ces ateliers pour répondre au mieux à vos besoins en santé. Bien sûr, elle permettra également de donner de la voix à nos ateliers, qu'ils se fassent connaître, que notre direction nous soutienne en leur justifiant les effets bénéfiques qu'ils peuvent avoir sur la santé.

Merci pour le temps que vous nous accordez, si précieux et indispensable pour la réalisation de ma thèse.

Vous êtes libres de répondre, c'est-à-dire que vous pouvez ne pas répondre à une ou plusieurs questions, arrêter le questionnaire si vous le souhaitez. Vous pourrez prendre tout le temps qu'il vous faut. Toutes vos réponses resteront anonymes, il n'y aura aucun jugement de notre part. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, tout ce que vous allez nous dire nous intéressera.

Situation Familiale/Sociale

Numéro :

Âge :

Lieu de vie :

- **Pendant les ateliers, est-ce que j'ai passé du bon temps ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Qu'est ce que j'ai aimé pendant les ateliers ?**
- **Qu'est ce que je n'ai pas aimé pendant les ateliers ?**
- **Y a t-il un atelier que j'ai moins aimé ou qui m'a gêné ?**
non/pas du tout - oui/beaucoup
 - Si oui pourquoi ?
- **Y a t-il un atelier que j'ai beaucoup aimé ?**
non/pas du tout - oui/beaucoup
 - Si oui pourquoi ?
- **Y a-t-il eu des choses inutiles durant les séances ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - Si oui lesquelles ?
- **Je peux dire une ou plusieurs choses utiles que j'ai retenu des ateliers :**
.....
Plus précisément je pense :
 - des horaires (14h30-17h) :
 - de la durée des ateliers (2h30h) :
 - de la fréquence des ateliers (toutes les 2 semaines) :
 - de l'accueil (boissons, confort des chaises...) :
 - de la salle, vous sentez-y bien ? :
- **Je classe de 1 à 4 mes attentes concernant les ateliers en santé :**
 - pouvoir parler des questions qui me préoccupent
 - mieux comprendre les choses qui m'intéressent
 - rencontrer d'autres gens
 - apprendre de nouvelles choses
- **SI j'avais des questions ou des remarques, j'ai pu prendre la parole**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Le temps de parole entre les participantes et les intervenants était bien partagé : C'est -à -dire, j'aurais aimé pouvoir plus parlé, ou je trouve que l'intervenant à trop parlé, ou alors il nous a laissé suffisamment de temps pour parler (...)**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Quel est mon avis pour parler de ces sujets de santé en groupe par rapport à une consultation individuelle ?**
(bien et moins bien)
- **Qu'est ce que je pense du travail de l'animateur, Dr Aude ? (à quoi ça sert ?...)**
 - **Qu'est ce que je pense du travail de Mame dans les ateliers ?** (importance / futilité / facilité de lui parler à elle plutôt qu'à nous?)
- **Qu'est ce que je pense du travail des intervenants ?**

Je classe de 1 à 4 les qualités que j'attends d'un intervenant

- qu'il sache m'accompagner et m'encourager
- qu'on le comprenne facilement lorsqu'il donne des informations
- qu'il connaisse bien les problèmes dont il parle
- qu'il sache m'écouter

- **Ai-je d'autres qualités importantes à donner pour les intervenants ?**

- **Comment améliorer les ateliers ?**

Si vous n'êtes pas venu à certains ateliers, pouvez vous nous dire pourquoi ?

- **Est ce que j'ai trouvé des réponses à des questions sur ma santé ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **J'ai un ou plusieurs exemples ?**
- **Est ce qu'il y a des choses qui ont changé dans mon quotidien depuis les ateliers ? (comportement, décisions, physiquement ...)** ?
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **Si oui, qu'est ce qui a changé ?**
- **Depuis les ateliers, est-ce que je prends plus soin de moi ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **Si oui, qu'est ce que je fais ?**
- **Depuis les ateliers, je prends plus facilement des décisions pour :**
 - **ma santé :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **ma vie personnelle :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **mes enfants / ma famille :** non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Depuis les ateliers j'ai l'impression que ma santé s'est améliorée ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
 - **Ai-je contacté ou revu des femmes participantes que j'ai connu par les ateliers ?**
non/pas du tout - moyen - oui/beaucoup
- **Ai-je parlé des ateliers autour de moi ?**
 - Oui - Non - Ne sait pas
- **Si oui à combien de personnes approximativement ?**
 - <5 / >5 <10 / >10
- **Est ce que je conseillerais à quelqu'un de venir aux ateliers ?**
 - Oui - Non - Ne sait pas
 - pourquoi ?
- **Si on m'invitait à d'autres ateliers en santé, est ce que je reviendrai ?**
 - Oui - Non - Ne sait pas
- **D'autres remarques ?**

Annexe 5 : grille séance

GRILLE SÉANCE - ATELIER EN SANTE DE LA FEMME N°

Thématique :

Date :
 Lieu :
 Durée de la séance :
 Animateur.s :
 Intervenent.s :
 Autre.s membre.s de l'équipe :
 Participants :
 - Nombre prévus :
 - Nombre venus :
 - Cause d'absence si connu :
 Grille remplie par :

Eléments à observer	Commentaire
Arrivée et mise en place de la réunion : état d'esprit des participantes, attitudes et postures (qui anime, qui lance les échanges, sujet à aborder...), placement dans la salle Brise glace	
Echange durant la réunion : comment est animée et modérée la séance, de quelle façon s'expriment les participantes.	
Sujet / fond : comment les participantes expriment leurs idées, comment sont-elles prises en comptes, quelles décisions sont prises et comment ?	
Santé : Quelle vision des participantes ?	
Partenariat / piste d'amélioration de leur santé, condition de femmes : qui, quoi, comment ?	
Discussion concernant la séance suivante ? Pistes / demandes ?	
Déroulement conforme au conducteur de séance. Si non pourquoi ?	
Faits marquants, phrases clés des participants, émotions soulevées pendant la séance :	
Observations de difficultés ?	
Remarques / observations autres	
Pour la prochaine séance :	

Annexe 6 : questionnaire aux professionnels

QUESTIONNAIRE aux PROFESSIONNELS

Bonjour à toute.s,

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre de l'**Évaluation des ateliers en santé de la femme réalisés auprès des patientes de l'UGOMPS**. Elle est réalisée lors d'une **thèse de médecine** par Justine Decroo, interne en médecine générale.

Le but est de connaître l'investissement que cela vous a demandé, vos ressentis pendant les séances, ce qui est important pour vous lors de ces ateliers et bien sûr ce que nous pouvons améliorer. Ces questionnaires sont anonymes, il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse et vous êtes libre de ne pas répondre aux questions ou d'arrêter à tout moment.

Nous vous transmettrons les résultats de notre thèse dans quelques mois.

Nous vous **remercions grandement** pour votre aide et votre participation.

-
- **Quelle est la thématique de l'atelier en santé de la Femme où vous venez d'intervenir ?**
 - **Quelle est votre formation initiale ?**
 - **Quel est votre rôle au sein de l'atelier** (entourez la bonne réponse) :
 - intervenant - animateur - médiateur
 - **Êtes-vous déjà intervenu lors d'ateliers en santé ?** oui - non - ne sait pas
 - si oui lesquels ?
 - **si vous avez participé aux ateliers en santé de la Femme de l'année dernière, quelles différences avez vous perçues** (préparation, durant l'atelier, vous, les participantes ...) ?

 - **Avez-vous eu une formation pour intervenir à des ateliers en santé ?**
 - oui - non - ne sait pas
 - **Avez-vous ressenti le besoin de vous préparer pour préparer ses ateliers ?**
 - oui - non - ne sait pas
 - **Si oui qu'avez vous préparé ?**
 - **Et combien de temps cela vous a-t-il pris ?** (en heure)
 - **Avez-vous rencontré des difficultés dans la préparation de cet atelier ?**
 - oui - non - ne sait pas
 - Si oui lesquels
 - **De quoi auriez vous besoin si vous deviez préparer un nouvel atelier en santé ?**

 - **Avant cet atelier quels conseils avez-vous reçus ou quelles recherches avez-vous faites sur la posture à adopter en tant que professionnel lors d'un atelier en santé ?**
 - **Êtes vous rémunéré lors de cette intervention ?** oui - non - ne sait pas
 - si oui comment ?

 - **Comment vous êtes-vous senti pendant l'atelier ?**

 - **Avez-vous eu des difficultés durant l'atelier ?** oui - non - ne sait pas
 - Si oui lesquelles ?
 - **Si vous avez ressenti des émotions inconfortables ou eu des difficultés, comment pourrions-nous vous aider afin de les améliorer ?**

 - **Au contraire, avez-vous rencontré des éléments facilitateurs durant l'atelier ?** (*lieu, outils, participants, comportements ...*) oui - non - ne sait pas
 - Si oui lesquels ?
 - **Avez-vous ressenti des émotions ou des réactions positives des participantes pendant votre intervention ?**
 - oui - non - ne sait pas
 - **Pourriez vous nous en dire plus ?** (moment, situation, réactions ressenties, verbatims...)

 - **Avez-vous ressenti des émotions ou des réactions négatives des participantes pendant votre intervention ?** oui - non - ne sait pas
 - **Pourriez vous nous en dire plus ?** (moment, situation, réactions ressenties, verbatims...)

 - **Classez de 1 à 4 les qualités attendues d'un intervenant, du point de vue des participantes :**
 - qu'il sache accompagner les participantes et les encourager
 - qu'on le comprenne facilement lorsqu'il donne des informations
 - qu'il connaisse bien les problèmes dont il parle
 - qu'il sache écouter
 - **Quelles autres qualités vous semblent importantes concernant l'intervenant ?**

.....

- **Que pensez-vous du rôle du médiateur en santé lors des interventions ?**
- **Que pourrions nous améliorer concernant le rôle du médiateur en santé ?**
- **Que pensez-vous du rôle de l'animateur lors des interventions ?**
- **Que pourrions nous améliorer concernant le rôle de l'animateur ?**
- **Que pensez-vous de la répartition du temps de parole entre les différents professionnels et les participantes ?**

- **Pour vous, quel est le but de ces ateliers en santé, en quelques mots :**
- **Classez de 1 à 4 les attentes des participants concernant les ateliers en santé :**
 - pouvoir parler des questions qui les préoccupent
 - mieux comprendre les choses qui les intéressent
 - rencontrer d'autres gens
 - apprendre de nouvelles choses
- **Avez vous pu identifier les ressources de certaines participantes ?**
oui - non - ne sait pas
 - si oui lesquels ?
- **Quelles phrases dites par les participantes vous ont marquées ?**
- **Quels faits marquants avez-vous relevés ?**
- **Que pensez-vous de l'approche collective par rapport à l'approche individuelle ?**
- **Quels sont les points positifs que vous pouvez relever de l'atelier ?**
- **Sur le plan personnel comme professionnel, qu'est ce que cela vous apporte de participer à ces ateliers en santé ?**
- **Souhaiteriez-vous revenir faire d'autres ateliers ?** oui - non - ne sait pas
- **Quels seraient vos freins ?**
- **Que pourriez-vous améliorer ?**
- **Que pourrions-nous améliorer ?**
- **Avez-vous d'autres suggestions ?**

Un TRÈS grand merci pour votre participation et pour votre aide dans la réalisation de cette thèse.

Justine, Aude, Maud et toutes les personnes impliquées dans les ateliers Santé

QUESTIONS BONUS Médiatrice et Animatrice

- **Effets positifs que vous avez pu remarquer entre le début et la fin des ateliers ?**
- **Effets négatifs que vous avez pu remarquer entre le début et la fin des ateliers ?**

Fiche d'informations délivrée aux patientes

PROJET EVALUATION DES ATELIERS SANTÉ DES FEMMES

Bonjour,

Je suis **Justine**, étudiante en médecine générale en dernière année. Je réalise un travail de recherche afin de terminer mes études de médecine, cela s'appelle la thèse. L'année dernière Dr Toulemonde et une de ses confrères ont créés et mis en place **des Ateliers en santé de la femme**, auquel vous allez prochainement participer, également dans le cadre de leur thèse.

Afin que ces ateliers s'adaptent au mieux à vos attentes, à vos besoins et à votre bien-être, et que nous **puissions les améliorer**, je réalise **l'évaluation de ces ateliers**. Ce n'est pas une évaluation de vous, ni de vos réponses, mais bien l'évaluation du déroulement et de ce que vous apportent ces séances. Nous espérons qu'elle permettra également de justifier de ce projet auprès de l'hôpital afin que nous puissions continuer ces séances si elles vous apportent de bonnes choses pour votre santé.

Il y a donc ce premier entretien individuel afin de discuter avec vous de vos besoins en santé, de vos ressentis, de vos attentes sur tout ce qui peut toucher à la santé de la femme en général. A la fin de cet entretien nous allons vous poser des questions qui vous seront reposées à la fin des ateliers. Il y aura également un autre questionnaire à ce moment-là. Bien sûr, vous serez complètement libres de répondre ou non à nos questions, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Je vais également retranscrire tous les ateliers à l'écrit afin de pouvoir analyser les séances pour adapter les prochaines séances au mieux à vos besoins.

Pour protéger toutes vos données et que toutes vos réponses soient anonymes, nous avons décidé de ne pas y glisser votre nom ou d'informations qui permettraient de vous reconnaître. Mais nous avons besoin d'assembler des questionnaires que nous allons réaliser maintenant et dans deux mois, afin de voir s'il y a eu des changements. Nous vous proposons donc de choisir **un mot de votre choix, qu'il faudra retenir jusqu'à la fin des ateliers**. Cela peut être quelque chose que vous aimez, par exemple le soleil, la nature, l'amour, où un lieu que vous affectionnez, ce qui vous fait plaisir !

A l'issue de cet entretien, vous serez invitée à participer aux ateliers. Les groupes seront de petits effectifs afin que nous puissions avoir une parole libre sur tous les thèmes que vous aurez choisi d'aborder.

Cinq séances seront organisées en mai, juin et juillet 2022, d'une durée de 2h chacun environ.

Si vous acceptez de participer à notre étude, vous pouvez laisser vos coordonnées, nous vous contacterons et vous proposerons un rendez-vous.

Nous vous remercions vivement pour votre attention à ce projet qui nous tient vraiment à cœur.

A bientôt,

Justine Decroo,
Dr Toulemonde, Dr Poirier et toutes les personnes impliquées dans les ateliers Santé



8 BIBLIOGRAPHIE

1. Toulemonde, A. Dambrune, C. Création d'un atelier en santé de la femme au sein de l'UGOMPS à Nantes. Thèse de docteur en médecine. Université de Nantes, UFR médecine ; 2021, p145.
2. P. Lamour, Pratique « Qu'est-ce qu'un atelier santé » ? L'expérience des Comités d'Éducation pour la Santé des Pays de la Loire. Santé publique 2005, volume 17, no 1, p : 121-134
3. Fortin J. Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. In Jourdan D, sous la direction de. La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse : éditions Universitaires du Sud, 2004. p : 51-65.
4. Villeval, M. Le dispositif "Ateliers Santé Précarité" en pays de la Loire, entre réalités de terrain et concepts fondateurs. Santé publique et épidémiologie. 2012. hal-01872787
5. Lang, T. and al, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Rapport de l'HCSP Paris. Haut Conseil de la Santé Publique. 2009, p101.
6. IREPS. Évaluez vos actions en éducation et promotion de la santé, Guide d'accompagnement à l'évaluation de vos projets. Lorraine. IREPS, 2010 : p51. Téléchargeable sur www.ireps-lorraine.fr ; rubrique Publications
7. Nock F. Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé. Paris : Mutualité Française, 2000.
8. Cambois, E and Robine, J.M. Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique. Informations sociales, 2014/3 (n° 183), pages 106 à 114. <https://doi.org/10.3917/inso.183.0106>
9. BOUSQUET, D. Haut conseil à l'égalité. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Publié le 29 mai 2017. p124. Rapport n°2017-05-29-SAN-O27
10. Conseil Économique Social et Environnemental, Duhamel E. Joyeux H. Femmes et précarité [Internet]. 2013 [cité 18 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.lecese.fr/content/femmes-et-precarite>
11. Borghi, G. Perception de l'impact des habitats instables, indignes, informels et insalubres sur la santé des femmes enceintes et en post-partum, Médecins du Monde - CHU de Nantes. 2021, p70.
12. Etude DSAFHIR. Droits, santé et accès aux soins des femmes hébergées, isolées, réfugiées [Internet]. 2020 sept [cité 11 aout 2022]. Disponible sur:

- [https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressourcesdocumentaires/droits-sante-et-acc-
es-aux-soins-desfemmes-hebergees-isolees-refugiees](https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressourcesdocumentaires/droits-sante-et-acc-
es-aux-soins-desfemmes-hebergees-isolees-refugiees)
13. UNFPA, Les mutilations génitales féminines (MGF), Questions fréquemment posées. Juillet 2020. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/ressources/les-mutilations-g%C3%A9nitaales-f%C3%A9minine-s-mgf-foire-aux-questions-concernant>
 14. Cadart M-L. La vulnérabilité des mères seules en situation de migration. Dialogue. 2004 ; no 163(1):60-71.
 15. Gabai N, Furtos J, Maggi-Perpoint C, Gansel Y, Danet F, Monloubou C, et al. Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. Devenir. 19 déc 2013; Vol. 25(4):285-307.
 16. Davoudian C. La grossesse à l'épreuve des ruptures et exclusions. Rhizome. 2017. N° 63(1):31-8.
 17. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé n° 2, New York ; juin 1946. p100
 18. Ewles, L. Simnett, I. Promoting Health, a practical guide. Fourth edition ; 1999. p330.
 19. Clément, P. Carvalho, G.S. Les conceptions d'enseignants de 31 pays sur la santé, entre approches biomédicales et socio-écologiques. RDST, 16. 2017, 33-56p. <https://doi.org/10.4000/rdst.1545>
 20. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Genève. 1986 nov 21. Disponibilité sur Internet : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
 21. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives, HAS, 2018
 22. Lang, T. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ. Presses de Sciences Po, « Les Tribunes de la santé » 2014/2 n° 43. p : 31 à 38
 23. Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé. Comblé le fossé en une génération. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008
 24. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris : Comité Économique et Social ; 1987 fev 28.
 25. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : p380. ISBN 978-2-9161-9223-9

26. Santé Publique France. Outils élaborés dans le cadre du programme « Inégalités sociales de santé » 2013-2015 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://solipam.fr/Outilselabores-dans-le-cadre-du.379>
27. Victora C.G., Vaughan J.P., Barros F.C., Silva A.C., Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, septembre 2000, vol. 356, n° 9235 : p : 1093-1098.
28. Leclerc, A. Kaminski, M. et Lang, T. Les inégalités sociales de santé. *La découverte* ; 2000, p448 (Recherches)
29. Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et Santé*, 2002, vol. 4, n° 20 : p : 75-128.
30. Organisation Mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts. Disponibilité sur internet : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/.
31. Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In Sandrin-Berthon B. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF ; 1997. p : 73-83.
32. Comité régional d'éducation pour la santé de Bretagne. *Former à intervenir en éducation pour la santé avec des personnes en situation de précarité*. Rennes : éditions CRES Bretagne ; 2003.
33. Charles Edward Amory Winslow, C.E.A. The Untilled Fields of Public Health. *SCIENCE*, 8 Jan 1920, Vol 51, Issue 1306, p : 23-33, [DOI: 10.1126/science.51.1306.23](https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23)
34. Brix O, Lamour P. *Éducation pour la santé : entre conceptions dominantes et conceptions alternatives*. *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion ; 2007. p : 203-208.
35. Tuleu F. *Inégalités et éducation pour la santé*. Vanves : édition CEFS ; 1998.
36. OMS/UNICEF, Alma Ata 1978. *Les soins de santé primaires*. OMS, Genève, réimpression 1986, p: 55-56
37. MANCIAUX M. et DESCHAMPS J.P. *La santé de la mère et de l'enfant*. Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1978, p31
38. Mouterde, F. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. *Pour un débat citoyen sur la santé plus actif. Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé*. *Planète publique, Conseil en politiques publiques*. 7 juillet 2011. p80.
39. Lebourdais, P. *Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé*. Paris : Institut Renaudot, 2012. 170p ; 978-2-9542785-0-6

40. Davies, J.K. MacDonald G, Quality, Evidence, and Effectiveness in Health Promotion : striving for certainties. London and New York. Routledge ; 1998. P87.
41. Agence de la santé publique au Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada. Québec. Amélioration des compétences en santé publique, 2008. p31. ISBN : 978-0-662-05421-4
42. Gueniffey A. Les Ateliers santé: orientation et objectifs. Santé de l'Homme. 2000 juil-août ; 348 : 20-21.
43. Comité Vendéen d'Éducation Sanitaire et Sociale (COVESS). Un mode d'intervention pour développer la santé : « Ateliers santé ». La Roche sur Yon : COVESS ; 2002.
44. Brixi O, Sandrin-Berthon B, Baudier F. La charte d'Ottawa : quelques repères en éducation pour la santé. La Santé de l'Homme 1996 ; 325 : 10-5.
45. Ridde V., Dagenais C., dir. Approches et pratiques de l'évaluation de programme. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009.
46. Potvin L., Ridde V. et Mantoura P. (2008), « Évaluer l'équité en promotion de la santé », in K Frohlich, M. De Koninck, P. Bernard et L. Demers (dir.), Les inégalités sociales de santé au Québec, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, p. 355-378.
47. Géry, Y and al. Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation. La santé de l'homme. INEPS, Journal. Numéro 390, Juillet août 2007. p : 12-54.
48. Pluye P., Nadeau L., Gagnon M.-P., Grad R., Johnson-Lafleur J., Griffiths F. Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. In : Ridde V., Dagenais C., dir. Approches et pratiques en évaluation de programme. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2009 : p : 123-141.
49. Valyi, S. Médecins du Monde. Rapport d'évaluation du Programme de promotion de la santé en milieu carcéral à la Maison d'Arrêt des femmes à Nantes. Octobre 2021 ; p64.
50. Bouchon, M. Médecin du Monde. Collecte de données, méthodes qualitatives. Mars 2009, 2e édition janvier 2012. p72.
51. Blanc, G. Pelosse, L. Fédération éducation santé Rhône-Alpes. La médiation santé : un outil pour un accès à la santé ? Rapport d'enquête ; mars 2010. p22. FRAES Rhône alpes
52. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017, HAS. p70.
53. Reconnaissance et sécurisation professionnelle du métier de médiateur.rice en santé, Collectif pour la promotion de la médiation en santé 2022
54. Association communautaire santé bien-être. La Place Santé [Internet]. Disponible sur: <https://acsbe.asso.fr/>

55. Maisons relais de la sauvegarde du nord. « L'expérience alimentaire au sein des maisons relais », Sciences & Actions Sociales, 2021/1 (N° 14), p : 28-47. DOI : 10.3917/sas.014.0028. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2021-1-page-28.htm>
56. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. Etude qualitative sur les parcours et le suivi des femmes enceintes en situation de précarité dans la métropole lyonnaise. ARS, février 2019; p42
57. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives dans les CAARUD. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Inclusion sociale, ANESM, Septembre 201. p76
58. Barrett, PS. Davies, F. Zhang, Y and Barrett, L. The impact of classroom design on pupils' learning: final results of a holistic, multi-level analysis. Building and Environment, 89; 2015. p : 118-133. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.buildenv.2015.02.013>
59. Villeval, M. Sallé, C. Lamour, P. Les «ateliers santé avec des personnes en difficultés sociales » de l'IREPS des Pays de la Loire, entre réalités de terrain et concepts fondateurs. Santé Publique 2013/HS2 (S2), p : 195-200
60. Centre hospitalier universitaire de Nantes. Le consentement libre et éclairé. Avril 2017. Disponible sur : <https://www.chu-nantes.fr/le-consentement-libre-et-eclair>
61. Deschamps J P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. Revue du Praticien. 1984 fev 21 ; 34 (11) : 491497.
62. Brixi O, Tuleu F. Santé, précarité : outil d'aide à l'action. Vanves : éditions CEFS ; 1997.
63. Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement. Conseil supérieur du travail social. Le travail social confronté aux nouveaux visages de la pauvreté et l'exclusion. [Rapport au ministre chargé des affaires sociales]. Paris : ENSP ; 2007. [consulté le 23/05/2022]. Disponibilité sur internet : <http://pmb.SANTÉnpdc.org/doc_num.php?explnum_id=771>.
64. Joubert M. Santé mentale, ville et violences. Synthèse de la rencontre « étude et recherche ». Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile de France. Paris ; 2003 nov 7.
65. Fieulaine N. Perspectives temporelles, situation de précarité et santé : une approche psychosociale du temps. Thèse de Doctorat d'Université, Psychologie Sociale. Aix-Marseille : Université de Provence ; 2006.

66. Aujoulat I, Deccache A, Doumont D. L'exclusion de la santé : comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils ? Dossiers documentaires, université de Louvain ; 2000.
67. Baud M. Lire pour apprendre, rire pour apprendre ? Place et fonctions de l'humour dans les pratiques de vulgarisation pour la jeunesse. Mémoire de Master II en sciences de l'éducation, MARDIF. Université de Rouen ; 2010.
68. Janne P, Lerot S, Reynaert C, Tordeurs D. Impact de l'humour sur la santé : une revue de littérature. *Louvain Med.* 2000 ; 119: 42-48
69. Tessier S. Éducation pour la santé et prévention : grande histoire et petite actualité scolaire. *Inform Social.* 2010 ; 5 (161) : p 22-23.
70. Deschamps J P. Éthique et éducation à la santé, plus qu'un enjeu : un objectif. *Santé de l'Homme.* 2000 jan-fev; 345 : 45.
71. Ninacs W A. Les inégalités en santé sous la loupe de l'empowerment : enjeux et défis. [Présentation aux Journées Annuelles de Santé Publique (JASP)]. 2007 nov. Disponibilité en ligne : http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2007/14h15_William_Ninacs.pdf.
72. Guide du COMEDE, Soins et accompagnement des migrants / étrangers en situation précaire, 2015. p 537. Disponible en ligne : https://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
73. Arteau M, Deschamps K, Gaudreau L, Le Bossé Y, Vandette L. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : Aperçu de ses fondements et de son application. *Can J Couns.* 2002 ; 36(3) : 180-193.
74. Médecin du Monde, Programme 4i : impact des lieux de vie informels, indignes, insalubres et/ou instables sur la santé à Nantes et Angers. Médecins du Monde Pays de la Loire Rapport d'activité 2021, p49.
75. Absil G., Vandoorne C. Réduction des inégalités de santé : quels défis éducatifs ? L'exemple du jeu. *Éducation Santé*, 2012, 276:8-12.
76. Lamour P. Promotion de la santé des exilés : est-ce bien raisonnable ? La Lettre du COMEDE. Comité Médical pour les Exilés. COMEDE. 2006 sept ; 16 : 1-2. [consulté le 07/05/2022]. Disponibilité sur Internet : <http://www.comede.org/IMG/pdf/mde16.pdf>.

**Vu, le Président du Jury,
Professeur Thibault
THUBERT**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Dr Maud POIRIER**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Evaluation des ateliers en Santé de la Femme ayant place dans l'unité de gynécologie-obstétricale médico-psycho-sociale au CHU de Nantes.

RÉSUMÉ

Les ateliers en santé de la Femme ont été créés en 2021 lors de la thèse de docteur en médecine, d'Aude Toulemonde et de Cécilia Dambrune, au sein du CHU de Nantes. Ils ont été mis en place suite au constat fait par les professionnels de santé, de la nécessité de créer un espace de liens et de paroles, différent de celui proposé en consultation, afin d'explorer leur santé de femme dans la globalité. Les femmes incluses sont enceintes, majeures et francophones. Ce programme a été monté et pensé dans une logique de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales en santé. En effet, l'UGOMPS est composée d'une équipe pluridisciplinaire formée et spécialisée dans l'accueil des femmes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

Afin que ces ateliers puissent perdurer et pour garantir leur pertinence et leur qualité, il est nécessaire qu'une évaluation soit réalisée à chaque cycle. L'objectif principal de notre étude est l'amélioration des ateliers dans une volonté d'adaptation aux besoins des patientes et des professionnels de santé. L'évaluation est mixte, qualitative et quantitative. Elle utilise différents supports afin d'étendre le champ des analyses à l'ensemble des processus nécessaires à la réalisation du programme, ainsi qu'à l'évaluation des objectifs de santé. Pour ce faire, des questionnaires participants, aux professionnels ainsi que des enquêtes AVANT/APRÈS auprès des participantes ont été utilisés. Également, les séances ont été observées et retranscrites. Une grille séance permettant d'extraire les données essentielles des ateliers a été confectionnée et utilisée en ce sens.

De cette évaluation, en découle un certain nombre d'aménagements possibles afin d'améliorer les ateliers. La réorganisation des rôles des professionnels, l'allègement des tâches de l'organisateur et le financement des acteurs sont essentiels si nous voulons garantir la pérennisation du programme. Une séance de préparation avec les professionnels afin de mettre en commun le diagnostic de situation et les conducteurs de séance engendrerait un meilleur préparatif et de ce fait une réassurance. De plus, la prise en charge des titres de transport, l'accès à une salle adaptée, avec un lieu pour les enfants ou au mieux, un système de garderie, permettrait d'améliorer l'accueil des femmes et optimiserait leur concentration et leur bien-être durant l'atelier. Pour finir, pouvoir inclure toutes les patientes de l'UGOMPS, francophones et majeures, ouvrirait le recrutement et serait plus représentatif de la réalité de l'activité au sein du service. Cependant la mixité que cela créera nécessitera une nouvelle évaluation afin de garantir la pertinence de ce changement. D'ailleurs, il est important de préciser que cette thèse propose une évaluation abordable pour les futures séries d'atelier. Pour ce faire, elle nécessitera la création d'une "séance de clôture" afin d'effectuer les questionnaires participants, de manière individuelle ou sous forme de focus groupe. De plus, cette dernière permettra d'améliorer la concentration au dernier atelier et de faire perdurer les liens entre elles dans un autre cadre.

Les ateliers en santé répondent aux objectifs en santé et s'inscrivent dans l'ensemble des paradigmes de J.Fortin. En effet, par l'apport de connaissances, le renforcement de leurs compétences, de l'estime de soi, de leur savoir-être et leur savoir-faire, permettent l'appropriation de leur santé et de leur corps et ainsi leur autonomisation en santé. Ils cherchent à développer une réflexion critique et leur capacité à agir sur leur santé et leur environnement. Pour ce faire, les ateliers sont un lieu de reconnaissance, de valorisation et d'écoute, où l'humour et les rires sont omniprésents, grâce à des professionnels de santé formés, adaptables et joyeux. Pour finir, ils s'appuient sur le collectif, leur montrant qu'elles ne sont pas seules avec leurs questionnements et leurs difficultés. Le groupe agit comme un lieu de productions coopératives et d'expérimentations des compétences sociales aboutissant à l'empowerment individuel et collectif. Ils renforcent les liens avec les professionnels de santé et permettent de diminuer les freins à l'accès aux soins.

L'ouverture sur des partenariats avec d'autres structures de droits communs ou des associations telles que la médiation en santé, permettrait de maintenir un lien, diminuant leur isolement, et afin d'ancrer leurs compétences et de consolider leur empowerment. Également, pouvoir développer ces ateliers en dehors de l'hôpital, auprès des femmes trop isolées ou opprimées, s'inscrit pleinement dans une logique de réduction des inégalités sociales en santé.

MOTS-CLÉS

Santé de la femme, santé communautaire, ateliers en santé, promotion de la santé, évaluation, étude mixte, public en situation de précarité, UGOMPS, mutilations sexuelles féminines