



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2013-2014**

Les connaissances et les pratiques de la
contraception et de l'IVG chez des femmes
en situation de vulnérabilité - précarité en
Île-de-France

Said Tamim OMAR
30.08.2014

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Madame Jeanine Rochefort, la Déléguée régionale de Médecins du Monde et ma tutrice de stage qui m'a conseillé, orienté et aidé dans mon projet professionnel et a été toujours présente pour moi tout au long de mon stage ;
- L'équipe de l'ASV de 20^{ème} arrondissement, Madame Anne Guilberteaud et Lauren Vasquez, pour m'avoir assisté dans la réalisation de l'enquête et la rédaction de ce rapport ;
- L'équipe de la mission bidonvilles, Madame Livia Otal et Madame Durinella Lucas, pour l'aide et le soutien qu'elles ont apportés à notre enquête dans la mission bidonvilles ;
- Tous les acteurs des institutions qui nous ont accueillis pour l'enquête notamment Madame Sofia Bencheik du CASVP, Madame Rafaele Percheron du centre de santé polyvalent Croix Rouge Haxo et Olympiades, Madame Sophie Denis-Daniset d'Antenne Jeune Python ;
- Ilham Bresciani pour avoir été très sympathique envers moi et à toute l'équipe de MdM pour m'avoir accueilli très chaleureusement pendant ces 5 mois.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Chapitre 1 Présentation : | 1 |
| 1. Médecins du Monde | 3 |
| 1.1. Les missions (internationales, franciliennes)..... | 4 |
| 1.2. La Délégation Ile-de-France | 5 |
| 1.3. L'ASV du 20 ^{ème} arrondissement | 6 |
| 1.4. Mes missions durant le stage et le chronogramme | 7 |
| 2. La contraception et l'IVG..... | 8 |
| 2.1. Les méthodes de la contraception..... | 8 |
| 2.2. Les méthodes de l'IVG | 10 |
| Chapitre 2 L'enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception et de l'IVG chez des femmes en situation de vulnérabilité - précarité en Île-de-France..... | 11 |
| 1. Introduction | 11 |
| 1.1. Un cadre réglementaire relativement favorable mais des réelles préoccupations pour la maîtrise de la fécondité : | 11 |
| 1.2. Bilan en Île-de-France : plus d'IVG chez des femmes de 15 à 29 ans et un moindre recours à la contraception médicale par rapport à l'ensemble des femmes des autres régions :..... | 14 |
| 1.3. Les principaux programmes de l'ARS sur la connaissance et la pratique de la contraception et de l'IVG en Île-de-France :..... | 15 |
| 1.4. Le 20 ^{ème} arrondissement de Paris, l'un des arrondissements où la prévalence de la précarité est la plus élevée :..... | 16 |
| 2. Les objectifs de l'enquête :..... | 17 |
| Méthodologie :..... | 18 |
| 1. Echantillonnage et le choix de la sélection..... | 19 |
| 2. Les questionnaires | 21 |
| 3. Le déroulement des entretiens | 22 |
| 4. Le traitement statistique des informations collectées :..... | 23 |
| 5. Les biais éventuels :..... | 24 |
| Présentation des résultats..... | 25 |
| 1. La profile sociodémographique des femmes rencontrées par l'enquête quantitative 25 | |
| 1.1. Dans les missions de Médecins du Monde : | 26 |
| 1.2. Dans le 20 ^{ème} arrondissement :..... | 27 |
| 2. Le profil sociodémographique des femmes rencontrées par l'enquête qualitative .. | 31 |
| 2.1. Dans les missions de MdM | 31 |

| | |
|---|----|
| 2.2. Dans le 20 ^{ème} arrondissement..... | 32 |
| Enquête quantitative : | 32 |
| 1. La pratique de la contraception | 32 |
| 1.1. Dans les missions de MdM : | 33 |
| 1.1.1. Antécédent de l'utilisation d'une méthode contraceptive : La moitié des femmes ont utilisé une méthode contraceptive (avec l'hégémonie de la pilule) dans leur vie mais le taux d'interruption est élevé..... | 33 |
| 1.1.2. L'utilisation actuelle de contraception : un taux de prévalence de la contraception de seulement 13 %, très inférieur au taux de 80% en Île-de-France si l'on considère les seules méthodes réputées sûres | 34 |
| 1.2. Dans le 20 ^{ème} arrondissement : | 35 |
| 1.2.1. Antécédent de l'utilisation d'une méthode contraceptive : Un niveau de pratique relativement bon mais un taux important d'interruption..... | 35 |
| 1.2.2. L'utilisation actuelle de la contraception : Un taux d'utilisation relativement faible qui pourrait être en lien avec le profil sociodémographique des femmes | 38 |
| 2. La pratique de l'IVG..... | 39 |
| 2.1. Dans des missions de MdM : une prévalence plus élevée chez les femmes Roms mais pour l'ensemble des femmes de même niveau qu'en population générale francilienne et même inférieure si les femmes romaines sont extraites de l'analyse . | 39 |
| 2.2. Dans le 20 ^{ème} arrondissement : Une prévalence plus élevée qu'en population générale francilienne..... | 40 |
| Enquête qualitative : | 41 |
| 1. Les connaissances des femmes sur la contraception et le cycle menstruel | 41 |
| 1.1. Dans les missions de MdM | 41 |
| 1.1.1. La connaissance de la contraception : Une méconnaissance du terme « contraception » mais aussi des méthodes contraceptives | 41 |
| 1.1.2. Les connaissances du cycle menstruel : des connaissances très approximatives de la physiologie sexuelle..... | 43 |
| 1.1.3. Les représentations de la contraception : Un sujet encore « tabou » pour certaines femmes | 43 |
| 1.2. Dans le 20 ^{ème} arrondissement..... | 44 |
| 1.2.1. La connaissance de la contraception : des connaissances relativement bonnes tant du terme "contraception" lui-même que des méthodes contraceptives, avec toutefois un bémol sur les modalités de prise de la pilule | 44 |
| 1.2.2. Les connaissances du cycle menstruel : Des méconnaissances plus ou moins comparables avec celles de la population rencontrée à MdM..... | 46 |
| 1.2.3. Les représentations de la contraception : Des représentations négatives de la contraception mais des comportements plutôt ouverts..... | 46 |
| 2. Les connaissances et les représentations de l'IVG..... | 48 |
| 2.1. Dans des missions de MdM : | 48 |
| 2.1.1. Les connaissances de l'IVG : Une méconnaissance massive des méthodes et des lieux pour pratiquer une IVG..... | 48 |

<Said Tamim OMAR> -

| | |
|--|-----|
| 2.1.2. Les représentations de l'IVG : Une pratique jugée globalement « honteuse » et dangereuse par la plupart des femmes | 49 |
| 2.2. Dans le 20 ^{ème} arrondissement : | 49 |
| 2.2.1. Les connaissances de l'IVG : Des méconnaissances comparables à celles de la population de MdM | 49 |
| 2.2.2. Les représentations de l'IVG : Une pratique encore jugé dangereuse mais que les femmes peuvent éventuellement recommander à d'autres femmes mais pas à leur(s) propre(s) fille(s) | 50 |
| Analyse et discussion | 52 |
| Conclusions et recommandations | 57 |
| Bibliographie | 61 |
| Liste des annexes | I |
| Annexe 1. Le protocole de l'enquête initiale..... | II |
| Annexe 2..... | IX |
| Annexe 3..... | XIX |
| Annexe 4. 20 ^{ème} arrondissement..... | I |

Liste des sigles utilisés

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

BIG : Les Bulletins d'Interruptions de Grossesse

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CASVP : Centre d'Action Sociale de Ville de Paris

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CIDDIST : Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DLH : Direction du Logement et de l'Habitat

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSC : Déterminants Socio-Culturels

EICCF : Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial

FCS : Fausse Couche Spontanée

FRIDA : Projet de l'ARS pour Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement

Ibid. : Ibidem (de même endroit)

Îdf : Île-de-France

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MdM : Médecins du Monde

MFLPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

NSP : Ne sait pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAE : Statistique Annuelle d'Etablissement

SRU : de la loi « Solidarité de Renouvellement Urbain »

<Prénom NOM> -

Chapitre 1 Présentation :

La santé sexuelle et reproductive telle qu'elle est définie par l'OMS n'est pas que l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou de problème de santé lié à la sexualité (infections sexuellement transmissibles, infertilité, avortements) mais d'une manière plus générale un bien-être physique, mental et socioculturel associé à la sexualité à tous les stades de la vie.¹ La conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 a précisé dans le chapitre du Droit et de la santé en matière de reproduction, « *par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.* »² Il ajoute que, dans de nombreuses régions du monde, les migrants et les personnes déplacées ont un accès restreint aux soins de santé en matière de reproduction et dans certains cas leur santé et leurs droits dans ce domaine sont peu voire pas reconnus. Les services compétents dans les pays accueillants devront faire spécialement attention aux besoins particuliers des femmes et des adolescentes concernées et être conscients de la situation d'impuissance où elles se trouvent souvent.³

En France, bien que le statut social des femmes, ces dernières décennies, se soit nettement améliorée grâce à l'amélioration de leur niveau de scolarisation, leur entrée massive sur le marché du travail et un contrôle croissant de la procréation avec l'utilisation des contraceptifs, il n'en demeure pas moins que certains groupes sociaux sont frappés par une

¹ OMS, 2004

² *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement*, 1994, page 35

³ *Idem*, Page 41

précarisation croissante, sociale et économique. C'est le cas, en particulier, des femmes touchées par le chômage et les difficultés de la vie quotidienne, notamment les femmes seules avec un (d)es enfant(s) ou bien des jeunes issues de l'immigration.⁴

La documentation⁵ de Médecins du Monde montre qu'en 2012, les conséquences de la crise économique sur la santé et l'accès aux soins se font ressentir et que les inégalités sociales de santé s'aggravaient de plus en plus chez les plus démunis. Les migrants, les prostituées, les usagers de drogues se trouvent de plus en plus éloignés du système de santé avec pour effet une dégradation de leurs états de santé. Médecins du Monde a accueilli plus de 30 500 personnes au cours de l'année 2012 dans ses 20 Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) dans toute la France. Les populations bénéficiaires sont très diverses, mais ont en commun d'être dans une situation de très grande précarité (sociale, économique, logement, soit de manière isolée soit plus ou moins associée) et d'être en situation d'exclusion par rapport au système de santé. Depuis 2008, l'activité des CASO ne cesse d'augmenter ce qui peut s'expliquer, certes par une augmentation de la précarité en France, mais aussi par la complexité du système administratif français et la succession et superposition de mesures et de modifications législatives sur le droit à la santé.⁶

Dans ses 2 CASO franciliens, à Paris et à Saint-Denis, MdM rencontre un nombre relativement important de femmes en âge de procréer. Ces femmes sont toutes en situation de très grande précarité, plus de 90% en situation irrégulière de séjour, plus de 80 % n'ont pas de couverture maladie effective, plus de 75 % vivent en logement précaire voire sont à la rue et leur revenu moyen est de 300 €/mois. C'est dans ce cadre-là que la délégation Ile-de-France de Médecins de Monde a pris l'initiative d'évaluer par une enquête, l'accès et les pratiques en termes de contraception et d'IVG des femmes en situation de précarité rencontrées dans les Centres d'Accueil et Soins et Orientation du Médecins du Monde⁷ et d'essayer de faire des propositions et de porter des plaidoyers pour l'amélioration de leur santé sexuelle et reproductive. Cette enquête s'est déroulée de juin 2013 jusqu'à janvier 2014 et les résultats ont été diffusés au mois de mai 2014. Ces résultats ont amené la délégation Ile-de-France à souhaiter poursuivre la même enquête dans d'autres missions franciliennes Squat, Bidonville et Lotus Bus. Par ailleurs, il pouvait sembler intéressant de pouvoir

⁴ Nathalie BAJOS, *Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre*, 2009

⁵ Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, rapport 2012, octobre 2013

⁶ Idem

⁷ Annexe

comparer ces résultats obtenus chez des femmes en situation de très grande précarité et quasiment exclues du système de santé pour de multiples raisons avec ceux qui pourraient être obtenus chez des femmes certes en situation de vulnérabilité, vivant dans des quartiers dits prioritaires dans le cadre de la politique de la ville mais en situation régulière de séjour, ayant des droits à une couverture maladie et incluses dans le système de santé. Donc, en partenariat avec l'Atelier Santé-Ville du 20^{ème} arrondissement, l'enquête s'est poursuivie sur les mêmes bases d'avril 2014 à juillet 2014.

Dans un premier chapitre je voudrais vous présenter l'environnement institutionnel de mon stage ; Mdm, les missions en Ile-de-France et la Délégation Ile-de-France de Mdm où j'ai réalisé mon stage et je vais brièvement éclaircir le sujet de la contraception et de l'IVG. Dans un deuxième chapitre je vais vous présenter l'enquête que nous avons réalisée à la délégation Ile-de-France de Mdm.

1. Médecins du Monde

Médecins du Monde est une association de loi 1901, reconnue d'utilité publique⁸ créée en 1980 d'une branche de Médecins Sans-frontières. C'est une association apolitique et non-confessionnelle. L'objet social de Mdm telle que formalisé dans le projet associatif de 1995 est d'« apporter son assistance aux populations éprouvées par des cataclysmes, des accidents collectifs, ou des situations de belligérance et plus généralement porter assistance à toute personne en état de souffrance physique et morale. »⁹

Cette association a pour objectifs principaux de soigner les personnes en situation de vulnérabilité, les victimes de conflits armés, de catastrophes naturelles et ceux et celles que sont exclus de la société en France et à l'internationale et témoigner pour certaines causes. Pourtant, elle agit au-delà du soin et dénonce les atteintes à la dignité et aux droits de l'homme.¹⁰

L'action internationale de Mdm dans une grande partie repose sur le volontariat. Donc le volontarisme est un grand principe de l'association parmi d'autres comme l'humanité, l'impartialité, la solidarité, l'indépendance etc.

⁸ Légifrance : **Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association** « L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicables aux contrats et obligations. »

⁹ Formation bénévole, présentation de Mdm

¹⁰ Site internet de Mdm : www.medecinsdumonde.net

<Said Tamim OMAR> -

A noter qu'il existe 14 associations du droit local dans le monde qui utilisent le logo de MdM comme le MdM d'Allemagne, le MdM d'Argentine, le MdM de Japon etc. Elles sont les associations financièrement indépendantes qui respectent le projet associatif international du MdM. En plus il existe certaines collaborations en termes de communication et de plaidoyer entre ces associations.

1.1. Les missions (internationales, franciliennes)

A l'international, MdM mène des projets humanitaires dans tous les continents dans des contextes différents. Les missions de MdM à l'international sont plutôt sur 4 thématiques prioritaires : migrants et santé, santé reproductive et sexuelle, lutte contre le VIH et réduction des risques, crises et conflits. En 2012, il existait 67 programmes dans 46 pays du monde dont une grande partie, 26 programmes, en Afrique.¹¹ Je ne vais pas expliquer tous les projets de MdM à l'internationale dans chaque pays, car ce n'est pas dans l'intérêt de mon stage.¹²

En France le MdM travaille via ses Délégations pour être plus proche et en contact direct avec la population. Il existe 14 Délégations de MdM sur le territoire français comme en Corse, au Nord-Pas de Calais, en Ile-de-France etc. Le premier programme de MdM en France a commencé en 1986 par l'ouverture d'un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Paris. Actuellement, il existe 98 programmes dans 30 villes de France dont 21 centres de soins offrant un accueil médico-social mais aussi des actions mobiles destinées à aller à la rencontre des personnes les plus exclues sur leur lieu de vie (19 missions SDF, 12 missions Roms, 5 missions Prostitution, 19 missions Santé-Logement et la mission Parrainage) et les missions sur la réduction des risques (4 missions Rave, 3 mission Squat, 5 missions Analyse de produits, une mission d'éducation des risques liés à l'injection -Erli- et la mission GAÏA).

Vu que j'ai réalisé mon stage en Ile-de-France, dans un premier temps, je veux faire une brève introduction de la Délégation de MdM en Ile-de-France avec ses missions de terrain qui peut être un aperçu approximatif de toutes les missions de MdM dans l'ensemble des départements. Ensuite, je présenterai l'Atelier Santé Ville du 20^{ème} arrondissement, un des partenaires de la Délégation de MdM en Ile-de-France, qui fait partie de ma mission

¹¹ Médecins Du Monde, 2012 L'essentiel

¹² Médecins du Monde, Rapport moral 2012

<Said Tamim OMAR> -

principale: l'enquête sur la connaissance et la pratique des femmes sur la contraception et l'IVG chez les femmes précaires.

1.2. La Délégation Ile-de-France

Créée en 1986, la délégation de MdM regroupe tous les adhérents¹³ sur une région administrative territoriale. Il existe 14 délégations de MdM sur le territoire français. Les délégations ont pour mission d'animer une vie associative, de coordonner les activités (missions, partenariats etc.) de MdM en région, recruter des bénévoles et des volontaires ainsi que de faire connaître MdM, représenter l'association auprès des décideurs régionaux et acteurs locaux, et de collecter des fonds et de gérer des MIR (Missions Internationales Régionales)¹⁴.

La Délégation représente aujourd'hui près de 400 adhérents et autant de bénévoles actifs, une vingtaine de salariés et 10 programmes sur le terrain (les 2 CASO, la mission Parrainage, la mission Squat, la mission Erli, la mission Banlieue, la mission bidonvilles, la mission XBT, la mission SDF et la mission Lotus Bus). En effet, c'est un espace de rencontres, de débats et d'échanges entre les acteurs franciliens, un dispositif de soutien aux programmes dans la mise en œuvre de leurs actions et une représentation de l'association en Ile-de-France bien qu'il existe le siège de MdM aussi sur Paris.¹⁵

Les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Paris et Saint-Denis, installés dans le 11^{ème} arrondissement de Paris et à Saint-Denis, ont pour objectif principaux d'accueillir, soigner, orienter et témoigner de la situation de grande précarité, ainsi que de rendre visibles leurs difficultés à accéder aux structures socio-sanitaires de droit commun. Une équipe bénévole de professionnels médicaux et paramédicaux, une équipe bénévole d'assistants sociaux et des juristes travaillent tous les jours pour permettre l'accès aux soins de santé primaire et l'accès aux droits pour la population la plus précaire, souvent des sans-papiers.

La mission Lotus Bus est un programme de promotion de la santé et des droits auprès de femmes chinoises se prostituant à Paris. Ces femmes sont plutôt des migrantes, en situation économique et administrative précaire, et en plus exerçant une activité fortement stigmatisée qui cumulent de multiples facteurs de vulnérabilité. De ce fait, elles rencontrent de nombreuses difficultés dans leur accès aux soins, à la prévention et au droit. Cette mission a

¹³ Un des acteurs de MdM qui cotise un montant annuel et participent aux décisions de l'Assemblée générale. Il faut avoir une expérience de trois ans en tant que bénévole/volontaire/donateur au MdM pour avoir le droit de bénéficier de cette statue.

¹⁴ MIR : Une subvention de la siège du MdM pour faire un projet internationale géré par des Délégation régionale. La Délégation Ile-de-France n'a pas encore ce fonds.

¹⁵ Délégation Ile-de-France, « Rapport annuel, 2013 »

<Said Tamim OMAR> -

pour objectif de mener des activités de proximité et de réduction des risques dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins et aux droits de cette population.

Mission Banlieue (Hors CASO de Saint-Denis) : La Mission Rroms/Bidonville et la mission santé logement qui sont construits autour du CASO de Saint-Denis comprennent un programme auprès des Roms vivant dans les bidonvilles de Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise ainsi qu'un programme de lutte contre le saturnisme infantile. Ces missions de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller vers des habitants des Bidonvilles qui ne peuvent pas faire la démarche de venir d'elles-mêmes dans des structures fixes.

La mission Squats est issue d'une intervention médico-psycho-sociale, basée sur le travail de proximité avec des personnes vivant dans des squats précaires, en particulier des jeunes en errance et des usagers de produits psycho actifs, mais qui, dans les squats urbains, rejoignent d'autres populations. La mission a pour objectif de permettre aux personnes vivant dans des lieux non-prévus pour l'habitat, d'accéder aux soins, aux droits et de réduire les risques socio-sanitaires de cette population.

Mission Parrainage des enfants hospitalisés : cette mission a été créée en 1988 afin d'accompagner des enfants hospitalisés en situation difficile. Ces enfants souffrent de pathologies graves et sont hospitalisés pour des semaines voire des années. Ils viennent parfois de loin principalement des D.O.M.-T.O.M (Antilles, Guyane, Réunion et Mayotte) et ne parlent pas toujours le français. Les bénévoles de la mission Parrainage apportent aux enfants une présence et un soutien affectif qui les aident à préserver leur équilibre psychologique et à affronter la maladie.

La mission XBT (Xénobiotrope) est un programme technique de soutien aux missions de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En développant la connaissance des drogues à travers l'analyse de celles-ci, elle a pour objectif de réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse.¹⁶

1.3. L'ASV du 20^{ième} arrondissement

Nous avons travaillé sur l'enquête dans le 20^{ième} arrondissement en partenariat avec l'Atelier Santé Ville de 20^{ième} arrondissement. De ce fait nous pensons nécessaire de présenter en bref cette structure.

L'Atelier Santé Ville du 20^{ième} arrondissement fait partie d'un ensemble d'autres ASV, présents sur le territoire français. Ce dispositif public est mis en place en 1999 par le Comité

¹⁶ Ibid.

Interministériel à la Ville dans des quartiers dits prioritaires, pour l'objectif de favoriser l'accès à la santé à travers la coordination d'actions publiques à toute la population. Dans la ville de Paris, il existe plusieurs ASV sur 20^{ème}, 14^{ème}, 19^{ème} et 18^{ème}.

L'ASV de 20^{ème} arrondissement travaille en permanence avec les acteurs locaux tels que les différents centres sociaux et des associations culturelles qui permettent d'être en contacts direct avec différentes populations. ¹⁷

L'objectif principal de l'ASV est de réduire toutes les inégalités sociales et territoriales en matière de santé en construisant des projets permettant de développer la participation et l'implication des habitants et les acteurs locaux travaillant dans l'arrondissement.

1.4. Mes missions durant le stage et le chronogramme

J'ai travaillé sur plusieurs missions en tant que stagiaire à la délégation Ile-de-France de MdM notamment je faisais partie du groupe de travail sur les déterminants socioculturels. Je participais à la formation sur la précarité, j'ai accompagné plusieurs jeunes dans leurs parcours de soins etc. Pourtant ma mission principale était de réaliser l'enquête « les connaissances et les pratiques de la contraception et de l'IVG chez les femmes en situation de vulnérabilité-précarité en Île-de-France ».

Nous avons prévu un calendrier précis pour réaliser l'enquête : la recherche bibliographique au mois de mars 2014, la réalisation des questionnaires sur tous les terrains jusqu'au 15 juin 2014 et l'analyse des données et rédaction du rapport de l'enquête jusqu'à la fin du stage le 31 juillet. Nous avons pu respecter le chronogramme hormis pour l'enquête auprès des femmes des bidonvilles qui, au regard des difficultés organisationnelles, n'a pu être réalisée que de fin juin au 17 juillet 2014.

| | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet | Août |
|--|------|-------|-----|------|---------|------|
| Lecture bibliographique et Adaptation des questionnaires | | | | | | |
| Réalisation de l'enquête sur le terrain | | | | | | |
| Analyser les données et écriture du rapport | | | | | | |
| Finalisation du rapport | | | | | | |

¹⁷ Lauren Vasquez, Rapport du stage « Présentation de l'Atelier Santé Ville »
<Said Tamim OMAR> -

2. La contraception et l'IVG

Vu que le sujet de notre enquête est sur la contraception et l'IVG, je trouve important de faire une présentation succincte des méthodes contraceptives ainsi que celle de l'IVG.

D'après le ministère des affaires sociales et de la santé, la contraception désigne l'ensemble des moyens employés pour provoquer une infécondité temporaire/permanente chez la femme ou chez l'homme, soit les différentes méthodes qui ont pour but d'éviter une grossesse.¹⁸

2.1. Les méthodes de la contraception

2.1.1. La contraception hormonale

Les méthodes hormonales sont des contraceptions très efficaces selon l'OMS.¹⁹ Elles agissent en trois niveaux complémentaires pour éviter une grossesse : elles empêchent l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire, modifient la glaire cervicale qui devient imperméable à la migration des spermatozoïdes et modifient l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

Il existe des méthodes contraceptives hormonales progestatives et oestroprogestatives.²⁰ Chaque méthode a son mode d'action, ses spécificités, ses indications et contre-indications. Vu que ce n'est pas dans l'intérêt de notre travail nous ne rentrons pas dans les détails.

Les méthodes contraceptives orales intitulées « **la pilule** », se présentent sous forme de comprimé. Elle contient soit seulement une des deux hormones soit elle associe les deux. En pratique la pilule est conditionnée en plaquettes contenant des comprimés correspondant à un cycle de traitement, 21 comprimés 24 ou 28 comprimés.

La contraception hormonale oestroprogestative transdermique qui s'appelle « **le patch** » est un timbre qui délivre des hormones (association oestroprogestative). Il faut mettre un patch par semaine pendant 3 semaines consécutives, suivies d'une semaine d'arrêt.

La contraception hormonale oestroprogestative vaginale qui s'appelle « **l'anneau vaginal** » est un anneau en plastique flexible qui libère une association oestroprogestative. La femme l'introduit elle-même au fond du vagin et il reste en place 3 semaines de fécondité.²¹

¹⁸ Le site de Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : www.sante.gouv.fr

¹⁹ OMS, « santé reproductive », www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/index.html

²⁰ Rapport HAS, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles

²¹ Le site de Ministère des affaires sociales et de la santé : www.sante.gouv.fr
<Said Tamim OMAR> -

La contraception hormonale progestative sous-cutanée « **l'implant** » qui se présente sous la forme d'un bâtonnet. Il est placé sous la peau du bras sous anesthésie locale par un médecin. C'est une contraception très efficace pour une durée de 3 ans.

La contraception hormonale progestative injectable est injectée dans un bras ou dans une fesse, toutes les 12 semaines.

2.1.2. La contraception intra-utérine

Les dispositifs intra-utérins, également appelés **stérilet**, est un petit objet en forme de T en plastique souple. Il est placé par un médecin dans l'utérus. Le DIU existe en deux formes : hormonale et en cuivre. Ils agissent par plusieurs mécanismes : en modifiant la paroi interne de l'utérus, en altérant les spermatozoïdes du fait de la présence de cuivre et les combinaisons de l'action mécanique du stérilet et de l'action hormonale du progestative. Le DIU est prescrit par un médecin et peut être efficace pendant 3 à 5 ans.

2.1.3. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence hormonale est une méthode « de rattrapage », utilisée après un rapport sexuel non ou mal protégé. Il ne s'agit pas d'une méthode de contraception régulière. Elle est également appelée « pilule du lendemain » mais ce terme est inexact dans la mesure où ce type de contraception peut être pris dans les 72 heures (3 jours) qui suivent un rapport non ou mal protégé. La contraception d'urgence vise à éviter l'ovulation ou l'implantation d'un œuf fécondé. Elle doit être utilisée le plus tôt possible après un rapport sexuel non protégé ou après un accident de méthode contraceptive (oubli d'une pilule, rupture d'un préservatif, expulsion d'un stérilet...). Plus elle est prise rapidement, plus elle est efficace.

2.1.4. Les préservatifs

Le préservatif masculin/féminin, est utilisé comme mode de contraception et également comme protection contre les infections sexuellement transmissibles et contre l'infection par le VIH. Le mode d'action de cette méthode contraceptive est de mettre une barrière entre les spermatozoïdes et le vagin. L'efficacité du préservatif dépend d'une utilisation correcte, conforme aux consignes d'utilisation de chacun d'entre eux.

2.1.5. Les méthodes moins efficaces

Il existe plusieurs méthodes contraceptives dont l'efficacité de leurs actions ne sont pas bonnes notamment les spermicides, le diaphragme avec spermicide, la cape cervicale, et les méthodes dites naturelles comme la méthode d'ovulation, de température, Ogino, des deux jours, des jours fixes, le retrait, etc.

2.1.6. La contraception permanente

<Said Tamim OMAR> -

La stérilisation masculine et féminine est des méthodes contraceptives irréversibles. Elle n'est accessible qu'aux personnes majeures. La stérilisation à visée contraceptive masculine (ligature des canaux déférents ou vasectomie) et la stérilisation féminine (ligature des trompes) sont des actes chirurgicaux réalisés dans un hôpital ou une clinique.

2.2. Les méthodes de l'IVG

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) désigne un avortement provoqué, décidé pour des causes non-médicales dans un cadre légal. En France, elle peut être pratiquée avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, c'est-à-dire avant la fin de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Il existe deux méthodes d'IVG : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. C'est un acte médical donc seulement les médecins ont l'habileté de le réaliser. Quelle que soit la méthode d'IVG, il faut faire deux consultations médicales avant l'intervention et une consultation médicale de contrôle après l'IVG.

L'IVG médicamenteuse est pratiquée par la prise de 2 médicaments différents, l'un interrompt la grossesse, l'autre provoque l'expulsion de l'embryon, au cours de 2 consultations médicales différentes. Au contraire de l'IVG chirurgicale, elle peut être réalisée dans un cabinet de ville en plus des établissements de santé. La durée réglementaire pour pratiquer une IVG dans un cabinet de ville est avant la 7^{ème} semaine d'aménorrhée²² et dans un établissement de santé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.

L'IVG chirurgicale est pratiquée par une dilatation du col de l'utérus et évacuation du contenu utérin par aspiration. Elle peut être réalisée par un médecin en établissement de santé (hôpital ou clinique) jusqu'à la fin de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle se fait sous anesthésie locale ou générale et nécessite dans la plupart des cas une hospitalisation de 12 heures.

²² Aménorrhée désigne l'absence des règles ou la menstruation, souvent causé par la grossesse.
<Said Tamim OMAR> -

Chapitre 2 L'enquête sur les connaissances et les pratiques de la contraception et de l'IVG chez des femmes en situation de vulnérabilité - précarité en Île-de-France

1. Introduction

1.1. Un cadre réglementaire relativement favorable mais des réelles préoccupations pour la maîtrise de la fécondité :

En France, la question relative à la santé sexuelle et reproductive fait partie des enjeux essentiels de santé publique, reconnue par les législateurs. La loi de 9 août 2004 vise à améliorer la prévention des grossesses non-désirées, l'accès à l'IVG et sa prise en charge dans des bonnes conditions.²³ Bien que le contexte législatif soit en faveur de la santé publique la situation dans le pays reste paradoxale : la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre des IVG pratiquées par an qui se maintient autour de 200000.²⁴ A noter que la France occupe une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes réversibles de contraception telle que la pilule et le stérilet.²⁵

Malgré le haut niveau de couverture contraceptive, tous les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus. Les seules méthodes à prescription médicale pris en charge par l'assurance maladie sont la pilule, le DIU, l'implant mais les autres méthodes hormonales comme l'anneau vaginal, le patch hormonal et même les pilules de troisième génération ne le sont pas. Ces méthodes de contraception sont données gratuitement dans les CPEF, CDAG-CIDDIST et les lieux associatifs (établissements d'information, de consultation et de conseil conjugal) comme le MFLPF. Par contre, ces centres ne sont pas répartis de manière égale et suffisante sur le territoire. Il n'existe pas moins de 300 CPEF en Île-de-France, avec toutefois une couverture géographique insuffisante dans certaines zones rurales en Seine et Marne et dans l'Essonne. En sachant que la population en Île-de-France est d'environ 3.000.000 de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), cela ne fait qu' 1 CPEF pour 10.000 femmes.²⁶

²³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

²⁴ Aubin, C, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », *rapport d'IGAS*, RM2009-112P, page 3

²⁵ Bajos, N, op. cit.

²⁶ Aubin, C, « Les organismes de planification, de conseils et d'éducation familiale », *Rapport IGAS*, RM2011-088P, page 33

Bien que la France se caractérise par une couverture contraceptive élevée²⁷ constituée à 80 % par des méthodes délivrées sur prescription médicale, le niveau des échecs contraceptifs est préoccupant : 72% des IVG sont réalisées chez des femmes qui utilisaient une méthode contraceptive dont pour 42 % d'entre elles, cette contraception reposait sur une méthode médicale, théoriquement très efficace.²⁸ Ces échecs reflètent une inadéquation entre les méthodes et les pratiques contraceptives.

L'information et l'éducation à la sexualité est obligatoire dans tous les établissements scolaires. Pour autant, l'information et l'éducation à la sexualité à l'école ne sont pas perçues ni appliquées comme une obligation légale.²⁹ Il est donc encore plus délicat d'organiser des séances d'information hors du système scolaire pour les femmes qui sont, d'une manière ou d'une autre, déscolarisées ou en marge du système scolaire.³⁰

D'après le rapport d'IGAS sur la contraception et l'IVG en 2009, la place de l'IVG n'est pas encore normalisée dans le système de soins français. Bien que l'on puisse trouver de nombreuses sources de données sur l'IVG les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG), la statistique annuelle d'établissement (SAE), le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les enquêtes comme les Baromètres santé de l'INPES), il existe des écarts substantiels entre les différentes sources.³¹ De plus, il demeure une grande zone d'ombre sur le sujet de l'IVG en particulier sur « le vécu de l'IVG par les femmes, le déroulement de l'IVG en ville, ou la comparaison internationale, etc. »³²

Au niveau du choix de la technique de l'IVG, la participation des femmes est trop limitée. Ce sont plutôt les établissements et leurs choix organisationnels, ainsi que la formation et l'orientation des équipes pratiquant les IVG qui orientent les décisions quant au choix de la technique.³³ De plus, cette étude montre que les équipes médicales ne sont pas toutes bien formées/informées sur la thématique de l'IVG, celle-ci tenant une place trop limitée dans leurs formations. Le nombre d'heures consacrées dans le cursus universitaire aux questions

²⁷ Baromètre santé Inpes, Contraception : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie, 2011, page 4

²⁸ Enquête COCON « contraception : from accessivlity to efficiency », Human reproduction, Vol. 18, n5, 2003

²⁹ Aubin, C, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », Rapport IGAS, RM2009-118A, 2009, page 46

³⁰ Ibid., page 45

³¹ Aubin, C, « la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », *Rapport IGAS*, RM2009-112P, 2009, page 35

³² Ibid., page 37

³³ Ibid., page 42

d'orthogénie reste faible et la place accordée à ces questions au cours de l'internat est très inégale d'une faculté de médecine à l'autre.³⁴

Depuis 2003, ce n'est pas l'état qui finance les forfaits spécifiques de l'IVG, mais l'assurance maladie.³⁵ L'IVG interventionnelle étant une activité déficitaire, les établissements hospitaliers qui la pratiquaient ont significativement diminué, passant de 729 en 2000 à 639 en 2006 en France. Cette concentration de l'offre de soins d'orthogénie dans les grands établissements publics et le désengagement du secteur privé sont en lien direct avec l'absence de rentabilité de cet acte.³⁶

Contexte réglementaires :

La loi du 28 décembre 1967, relative à la régulation des naissances, également appelée Loi NEUWIRTH, autorise la contraception et supprime des dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient.

La loi du 4 décembre 1974, portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures qui désirent garder le secret.

Par décret du 6 août 1992, ils sont autorisés à assurer, sous la responsabilité d'un médecin, le dépistage et le traitement de certaines infections sexuellement transmissibles et le dépistage de l'infection par le VIH. Depuis 2000, les activités de dépistage et de traitement réalisées dans les centres de planification concernent l'ensemble des infections sexuellement transmissibles.

La loi du 17 janvier 1975, dite loi Veil a autorisé l'IVG en France et fixé les grands principes régissant sa pratique :

- l'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse ;
- l'intervention est soumise à des conditions de délai : elle doit être réalisée avant le fin de la 10^{ème} semaine de grossesse ;
- l'acte est réalisé par un médecin, dans un établissement de santé ;

13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence ne soumet plus à prescription obligatoire les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

³⁴ Ibid., page 49

³⁵ Ibid., page 45

³⁶ Collet, M., « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », *Revue française des affaires sociales* 1/ 2011 (n° 1), p. 86-115

La loi du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception, modernise la loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales mais ne remet aucunement en cause ses grands principes : le délai de recours à l'IVG est allongé : il est porté à 12 semaines de grossesse. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens ; la loi prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville ; Les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale : l'autorisation parentale demeure la règle, toutefois l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli peut être réalisée. Dans ces situations, la mineure choisit un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches.

Par ailleurs, **la loi du 4 juillet 2001** reprend les dispositions contenues dans la loi du 13 décembre 2000, et ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années : l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ;

La loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit une prise en charge à 100% des IVG par l'assurance maladie. En 2013, le ministère des affaires sociales et de la santé rend gratuite l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (chirurgicale ou médicamenteuse).

Tableau. 1³⁷

1.2. Bilan en Île-de-France : plus d'IVG chez des femmes de 15 à 29 ans et un moindre recours à la contraception médicale par rapport à l'ensemble des femmes des autres régions :

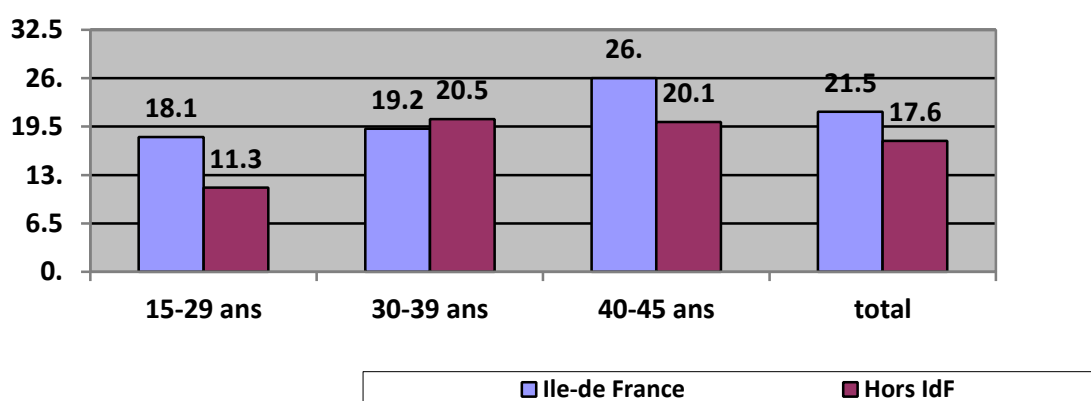
| | 15 - 29 ans | | 30 - 39 ans | | 40 - 54 ans | | Total | |
|----------------------------------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|--------|----------|
| | ÎdF | Hors ÎdF | ÎdF | Hors ÎdF | ÎdF | Hors ÎdF | ÎdF | Hors ÎdF |
| Méthode médicale seule | 62,5 | 66,5 | 71,6 | 77,9 | 69,0 | 75,7 | 67,7** | 73,5 |
| <i>pilule</i> | 51,5 | 57,2 | 41,1 | 44,4 | 30,1 | 31,4 | 40,9 | 43,7 |
| <i>DIU</i> | 4,1 | 5,7 | 24,7 | 28,4 | 33,6 | 37,0 | 20,9 | 24,4 |
| Préservatif seul | 9,4 | 8,0 | 13,3 | 8,2 | 12,7 | 9,1 | 11,8* | 8,5 |
| Double contraception dont | 16,5 | 19,4 | 6,6 | 3,7 | 3,3 | 2,6 | 8,7 | 8,2 |
| <i>pilule + préservatif</i> | 16,2 | 18,3 | 5,0 | 3,1 | 2,8 | 1,6 | 7,9 | 7,3 |
| Autres méthodes | 0,5 | 0,6 | 0,9 | 1,4 | 7,4 | 3,0 | 2,9 | 1,7 |
| Pas de contraception | 11,2 | 5,4 | 7,7 | 8,8 | 7,6 | 9,6 | 8,8 | 8,0 |

³⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, « Contraception et l'IVG : les lois », < <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html> >

<Saïd Tamim OMAR> -

Tableau 2. ³⁸

D'après le baromètre santé 2010 de l'INPES, près de 90% des franciliennes de 15-45 ans ont recours à une méthode contraceptive. Avec 8.8 % des femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, le taux de contraception en Île-de-France et celui des autres régions de France ne sont pas significativement différents. La méthode contraceptive la plus utilisée par les franciliennes est la pilule avec un taux de 48.8 % dont pour 7.9 % d'entre-elles associée à un préservatif. Ensuite vient le DIU avec un taux d'utilisation de 20.9 % puis le préservatif masculin ou féminin dont le taux est de 19.7 %.

**Tableau3.** ³⁹

Toujours selon la même source, 21.5 % des femmes franciliennes entre 15-45 ans ont déclaré avoir déjà eu recours à une IVG dans leur vie. Ce taux est supérieur en Île-de-France à celui des autres régions de France (17.6 %). Pour les deux classes d'âge extrêmes, les jeunes de 15-29 ans et les femmes de 40-45 ans, les franciliennes sont plus nombreuses à affirmer avoir eu recours à une IVG que les femmes des autres régions de France.

1.3. Les principaux programmes de l'ARS sur la connaissance et la pratique de la contraception et de l'IVG en Île-de-France :

L'ARS Île-de-France a annoncé dans un communiqué de presse d'Avril 2014 son nouveau plan d'action pour améliorer l'accès à l'IVG et le lancement du projet FRIDA visant à favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement. Ce projet s'articule autour de la notion de parcours de santé pour le recours à l'avortement, intégrant la dimension d'éducation/promotion de la santé et la prise en charge médicale de l'IVG. Globalement, c'est un programme pluriannuel qui organise, autour de 26 actions sur

³⁸ Inpes, ORS Île-de-France, « Contraception, IVG et IST chez les Franciliennes », résultats du Baromètre santé, 2010, page 1

³⁹ Ibid., page 1

l'éducation/information des femmes, l'accès facile et égalitaire sur le territoire avec la mobilisation des acteurs essentiels à sa mise en œuvre par les services de l'ARS.⁴⁰

En outre, il existe des permanences téléphoniques d'information afin de répondre aux questions du public sur la contraception et les IVG. Les permanences téléphoniques disposent d'informations sur les coordonnées des établissements de santé pratiquant les IVG, leurs disponibilités et les méthodes d'IVG possibles dans ces centres.⁴¹

En outre, il se trouve environ 35 établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) en Île-de-France. Ces centres sont des lieux d'écoute et d'information des personnes pour l'IVG et de la contraception.⁴²

1.4. Le 20^{ème} arrondissement⁴³ de Paris, l'un des arrondissements où la prévalence de la précarité est la plus élevée :

D'après des données de l'Insee, le 20^{ème} arrondissement est le troisième arrondissement le plus peuplé de Paris avec 198 042 habitants en 2011. Il est l'un des arrondissements de l'est parisien dont la population issue de l'immigration est la plus importante à Paris et même en Île-de-France.

En 2009, il existait un peu plus de 15 600 foyers allocataires de la caisse d'allocations familiales (CAF) dans le 20^{ème} vivant sous le « seuil de pauvreté », soit un revenu inférieur ou égal à 942€ par mois par unité de consommation. En prenant en compte les personnes à charge des allocations (conjoint et enfants), ces foyers à bas revenu représentent plus de 33660 habitants soit 17,5% de la population qui est ainsi concernée par ce type de précarité financière, 6 points de plus qu'en moyenne parisienne (11,5%).⁴⁴

Il existe en plus une grande précarité familiale avec 41.1% de familles monoparentales, ce taux étant de 16.1 % en Île-de-France et 13.3 en France métropolitaine.

Le taux de chômage des habitants de 15 à 64 ans dans cet arrondissement est de 13.7%, bien supérieur à celui de l'Île-de-France qui est de 11.7% et celui de la France métropolitaine de 12.3%.⁴⁵

⁴⁰ ARS Île-de-France, « Projet régionale pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement en Île-de-France », (2014-2017), page 10

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ L'annexe : carte du 20^{ème} arrondissement

⁴⁴ L'ASV du 20^{ème} arrondissement, « les déterminants sociodémographiques en 20^{ème} »

⁴⁵ Base de données Insee, < <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codegeo=COM-75120> >, 2009

En 2010, 12 150 foyers du 20^{ème} bénéficient de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), qui couvre ainsi plus de 22 470 personnes en incluant conjoint(e)s et enfant(s). Plus de 1 habitant sur 10 est couvert par ce régime (11,5 %), une part supérieure de plus de 4 points à la moyenne parisienne.

Il existe d'importants centres hospitaliers (Hôpital Tenon, Hôpital de la Croix St Simon, Hôpital Maison Blanche et Clinique du Parc de Belleville) ainsi que des centres de santé (Centre médico-social Paganini, Centre médico-social Belleville, Centre médico-social Ménilmontant, Centre Croix Rouge) sur le territoire de 20^{ème} arrondissement. Cependant, la densité des professionnels de santé est plus faible que sur l'ensemble du territoire parisien.⁴⁶

2. Les objectifs de l'enquête :

Objectif général :

Evaluer l'accès à la contraception et à l'IVG et la part, pour cet accès, des déterminants personnels et environnementaux des femmes rencontrées à MdM et dans le 20^{ème} arrondissement de Paris.

Objectifs spécifiques :

1. Mieux comprendre quantitativement et qualitativement les pratiques, les connaissances et les représentations des femmes en termes de contraception et d'IVG.
2. Améliorer l'information concernant le gradient social existant entre 2 groupes sociaux distincts et son impact éventuel sur la santé sexuelle et reproductive.
3. Dégager des pistes/principes d'intervention en matière de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la vie affective et sexuelle.
4. S'il s'avère qu'il existe des dysfonctionnements institutionnels, mettre en place des actions de plaidoyer pour un accès de tous à une éducation solide à la sexualité, un accès effectif aux méthodes de contraception et de l'IVG et au choix de ces méthodes.

⁴⁶ L'ASV de 20^{ème} arrondissement, op. cit.

<Said Tamim OMAR> -

Méthodologie :

Cette étude est la suite de l'enquête « *L'accès et les pratiques en termes de contraception et d'IVG des femmes en situation de précarité rencontrées dans les CASOs de MdM* », réalisée par Docteur Jeanine Rochefort, déléguée régionale Île-de-France de Médecins du Monde. Nous avons utilisé le même protocole⁴⁷ d'enquête et le même questionnaire d'origine.⁴⁸

Nous avons proposé à toutes les missions franciliennes de MdM de réaliser l'enquête. Cependant, pour certaines missions cette enquête n'était pas pertinente. Ainsi après en avoir discuté avec le coordinateur de la mission Lotus Bus, il est apparu que d'une part ces dernières ne connaissaient que trop bien la contraception, voire la stérilisation et l'IVG du fait de la politique de l'enfant unique en Chine mais qu'également ce sujet était infiniment douloureux à aborder pour elles. De ce fait, nous avons renoncé à réaliser l'enquête auprès des femmes concernées par cette mission. Nous avons également discuté avec l'équipe de la mission Squat de la faisabilité de l'enquête sur la mission. Les intervenants se sont engagés proposer les questionnaires aux femmes habitants dans les squats d'Île-de-France, mais vu le surcharge de travail de l'équipe et la particularité de la population cela n'a pas pu être fait.

Avant de passer les questionnaires auprès des femmes Roms d'origine roumaines habitant dans les bidonvilles, nous avons eu plusieurs entretiens avec l'équipe de la mission bidonvilles de MdM pour lui présenter les objectifs et la méthodologie de l'enquête et voir comment celle-ci pouvait s'adapter à cette population. Les femmes Roms étant rarement francophones, la présence d'un traducteur était indispensable. La coordinatrice de la mission qui était d'accord avec le principe de l'enquête et qui plus est roumanophone aurait pu nous accompagner mais était dans l'incapacité matérielle de le faire, faute de temps. Outre la nécessité de la traduction, un deuxième élément se rajoutait, à savoir que, les femmes Roms ne se sentent pas vraiment à l'aise pour aborder ces sujets avec un homme. Il ne nous était donc pas possible, en tant qu'homme de faire passer les questionnaires. Finalement, il a été décidé que ce serait la médiatrice/traductrice de la mission qui accompagnerait Jeanine Rochefort, pour faire passer les questionnaires auprès des femmes habitant les bidonvilles.

Nous avons travaillé en partenariat avec l'ASV du 20^{ème} arrondissement pour réaliser l'enquête chez des femmes en situation de vulnérabilité habitant dans le 20^{ème}

⁴⁷ Annexe 2.

⁴⁸ Annexe 3.

arrondissement. A noter que le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, dans le cadre desquels interviennent les ASV, ont pour objectif principal la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, dans une démarche de coordination des actions et des acteurs des territoires prioritaires. L'ASV nous a donc mis en contact avec plusieurs associations et établissements de santé pour conduire l'enquête auprès des femmes fréquentant ces structures. Par ailleurs, une stagiaire psychologue travaillant à l'ASV, Lauren Vasquez, nous a accompagné lors de la phase de mise en place et de mise en œuvre de l'enquête.

1. Echantillonnage et le choix de la sélection

Afin d'accroître les chances de représentativité de l'échantillon, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage aléatoire simple. Nous avons proposé l'enquête systématiquement à toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion :

- Être femme en âge de procréer de 15-49 ans
- Être femme en situation de vulnérabilité habitant dans des quartiers prioritaires du 20^{ème} arrondissement (pour l'enquête faite dans le 20^{ème} arrondissement), dans les bidonvilles (pour l'enquête faite auprès de la mission Bidonville) ou venant consulter dans les deux CASOs franciliens de MdM
- Être francophones (pour le 20^{ème} arrondissement et pour les patientes des CASOs dans le cadre de l'enquête qualitative)

Parmi les femmes rencontrées dans des établissements du 20^{ème} arrondissement, seules les femmes francophones, pour des raisons de coût de l'interprétariat, ont fait l'objet de notre enquête, idem pour le volet qualitatif de l'enquête auprès des femmes consultant dans les deux CASOs. Néanmoins, nous avons eu 2 refus (dans le 20^{ème} arrondissement) avec pour raison invoquée la barrière linguistique.

Pour évaluer les savoirs, savoir-faire et savoir-être en termes de contraception et d'IVG de femmes en situation de vulnérabilité, nous avons choisi le 20^{ème} arrondissement. Effectivement il s'agit d'un quartier où les situations de vulnérabilités (économique, familiale et sociale) sont fréquentes et où un pourcentage important de la population est issue de l'immigration. La comparaison des résultats de l'enquête sur les femmes de 20^{ème} arrondissement et ceux de l'enquête sur les femmes rencontrées dans nos missions devrait

nous permettre de documenter l'éventuel impact d'un gradient social entre ces deux populations sur leurs connaissances et pratiques de la contraception et de l'IVG.

L'ASV du 20^{ème} arrondissement a contacté plusieurs de ses partenaires pour leur demander de nous accueillir dans leur établissement afin de passer les questionnaires. C'est ainsi que nous avons passé les questionnaires auprès des femmes venant dans les locaux du centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP), du centre de la Croix Rouge HAXO, de l'antenne jeune Python, le centre Archipélia et du centre social Bas Belleville. Suite à la demande de l'ASV, ces centres ont accepté de nous accueillir dans leurs locaux et de mettre à notre disposition un espace confidentiel afin de respecter la vie privée des femmes.

La plus grande partie des entretiens s'est déroulée au sein de CASVP, 53/95 et dans le centre de Croix Rouge HAXO 29/95. Nous avons fait passer 8 questionnaires au centre social du Bas Belleville, 3 à l'antenne jeune Python et 2 à Archipélia. Vu que le centre de la Croix Rouge nous avait offert une grande salle et l'attente y étant très longue pour les femmes, nous avons réalisé 22/28 questionnaires qualitatifs dans ce centre.

Les établissements qui ont accepté de nous recevoir pour conduire notre enquête sont des structures publiques qui accueillent des femmes vulnérables habitant le 20^{ème} arrondissement. Bien que le terme « vulnérabilité » ait une signification très large, nous entendons par là la vulnérabilité économique, sociale et familiale.

Le centre d'action sociale de la Ville est un établissement public qui met en œuvre la politique municipale d'action sociale en proposant notamment de nombreuses prestations offertes par la Ville de Paris à ses habitants, au sein de ses 20 sections d'arrondissement. Il joue un rôle majeur dans l'animation de nombreux dispositifs sociaux parisiens destinés aux publics en situation de précarité.

Le centre de la Croix Rouge HAXO, situé dans le 20^{ème} arrondissement, est un centre de santé polyvalent avec accès à des consultations de médecine générale et spécialisée, à des soins dentaires et infirmiers. Il pratique le tiers payant et il assure les consultations aux tarifs conventionnés.

Archipélia est un centre social proposant des activités et des échanges visant à aider les habitants du quartier et à améliorer leur vie sociale. Il existe plusieurs activités au sein du centre comme l'atelier de paroles, atelier danse, atelier couture etc.

L'Antenne Jeunes Joseph Python est un centre d'information et formation des jeunes sur les thématiques du droit, du logement, de la santé et de l'emploi.

<Said Tamim OMAR> -

Le centre social « Maison du Bas Belleville » est situé dans le Bas Belleville, quartier prioritaire du vingtième arrondissement. Comme tous les centres sociaux, il a pour objectif d'accueillir, orienter, accompagner les habitants du quartier et réaliser des projets d'insertion, éducatifs, culturels et artistiques avec les acteurs locaux.

Nous avons eu 25 refus (soit presque 1/5) ce qui peut paraître relativement important par rapport au nombre total de questionnaires réalisés, 95. Cependant, sachant que nous intervenions pendant le temps d'attente des femmes, le nombre de refus est acceptable. 8 femmes ont refusé l'enquête réellement par faute de temps ou seulement par crainte de faute de temps, 7 ne se sentaient pas très bien, stressées, mal à la tête, 2 ne parlaient pas français et finalement 8 ont refusé de répondre aux questions sans aucune raison exprimée. Une des femmes qui a refusé l'enquête en invoquant la barrière de la langue, était accompagnée par un homme et c'est l'homme qui a refusé en disant: « *elle ne parle pas français* » elle-même a souri. Nous avons le sentiment que c'était l'homme qui a répondu à la place de la femme, ne lui laissant pas le choix.

2. Les questionnaires

Nous sommes partis du même questionnaire que celui utilisé lors de la première phase de l'enquête mais nous l'avons enrichi de certaines questions plus spécifiques pour les femmes du 20^{ème} arrondissement.

Ce questionnaire se présente sous forme d'un questionnaire quantitatif et d'un questionnaire qualitatif semi-ouvert. Les objectifs du questionnaire quantitatif sont de quantifier l'accès et les pratiques en termes de contraception et d'IVG et ceux des questionnaires qualitatifs sont de mettre en évidence les connaissances des femmes sur leur physiologie, la sexualité, la contraception et l'IVG, et leurs représentations et attitudes dans ces domaines.

Dans les questionnaires quantitatifs, nous avons abordé les questions sur les caractéristiques sociodémographiques (date de naissance, couverture maladie, nationalité, contexte familial, contexte environnemental), les données sur la SSR (nombre d'enfants, l'âge de premier et du dernier né, le fait d'avoir ou non une suivi gynécologique et sa régularité), la pratique ou non d'une contraception (l'utilisation d'une méthode contraceptive dans la vie passée, présente et future) et la pratique antérieurement ou non d'une IVG (antécédents de pratique d'IVG et si l'IVG a eu lieu en France, les méthodes utilisées, le déroulement de l'IVG, l'information donnée et le financement de l'IVG). Nous avons ajouté certaines questions au chapitre des données sociodémographiques pour les femmes du 20^{ème} arrondissement : la religion, le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, etc.

<Said Tamim OMAR> -

Dans les questionnaires qualitatifs, nous avons abordé les questions relatives aux connaissances sur la contraception et l'IVG (la définition, les méthodes existantes, le savoir-faire, le délai pour faire une IVG, les endroits où réaliser une IVG), les connaissances basiques du cycle menstruel (la durée du cycle, la période où les femmes sont plus fertiles etc.) et les attitudes et les représentations de la contraception et de l'IVG (les effets secondaires supposés de la contraception et de l'IVG sur la sexualité et sur la santé, les avantages et inconvénients de la contraception et de l'IVG, la liberté de communication sur ces sujets dans la famille ou avec les amis, l'intérêt des partenaires sur ces sujets etc.)

Nous avons dû retirer certaines questions dans les questionnaires initialement prévus, soit parce que les femmes ne se sentaient pas à l'aise pour y répondre soit que les enquêteurs percevaient que ces questions pouvaient biaiser les réponses à l'ensemble du questionnaire. Il s'agit en particulier de questions sur le fait qu'une femme ait ou non une pratique religieuse, l'âge de ses premiers rapports sexuels et si elle a des rapports avec des femmes ou non.

3. Le déroulement des entretiens

La réalisation de notre enquête quantitative prenait de 5 à 10 minutes et celle de l'enquête qualitative entre 20-30 minutes selon le niveau de langue et de compréhensions. Nous avons pu faire passer 95 questionnaires quantitatifs et 28 questionnaires quantitatifs et qualitatifs chez les femmes du 20^{ème} arrondissement.

Dans la mission bidonvilles, nous avons eu seulement 5 questionnaires qualitatifs chez les femmes Roms, où il était nécessaire d'avoir un long entretien préalable avant qu'elles n'acceptent de répondre aux questions amenant ainsi à plus d'une heure le temps de l'entretien. A noter que lors de l'enquête quantitative faite au CASOs de Saint-Denis, 11 sur 58 femmes concernées étaient Roms.

Nous avons pu faire passer les questionnaires qualitatifs en fonction de la disponibilité des femmes et de la durée d'attente pour leurs rendez-vous médical ou social.

Les questionnaires ont été proposés à toutes les femmes dans les salles d'attente des centres. C'est en fonction du temps disponible des femmes que nous avons choisi le type de questionnaire. Pour les femmes ayant le moins de temps disponible, nous n'avons proposé que le questionnaire quantitatif mais dans les centres où les temps d'attente étaient plutôt longs, nous avons proposé systématiquement à toutes les femmes le questionnaire qualitatif et quantitatif.

<Said Tamim OMAR> -

Dans un premier temps, dans la salle d'attente, pour des raisons de confidentialité et de mise en confiance, nous ne parlions pas de la contraception et de l'IVG. Nous demandions seulement aux femmes si elles souhaitaient répondre à des questions sur la santé des femmes en général. Si la personne acceptait l'entretien, nous lui proposons de conduire l'entretien dans un lieu dédié, respectant la confidentialité. Nous lui expliquions alors le sujet de l'étude en l'assurant de la confidentialité et de l'anonymat. Si elle en était d'accord alors seulement nous passions les questionnaires. A noter que dans tous les centres et avec toutes les femmes nous n'avons conduit l'enquête qu'après avoir obtenu leur consentement éclairé.

Nous avons proposé aux femmes qui se sentaient à l'aise pour répondre aux questions et étaient en capacité de le faire seule de renseigner elles-mêmes les questionnaires.

Dans le 20^{ème} arrondissement, Lauren Vasquez, étudiante en psychologie et stagiaire à l'ASV a réalisé 20 questionnaires, les 71 autres questionnaires ont été renseignés par Said Tamim, stagiaire à la délégation de MdM. Pour finir 4 questionnaires ont été auto-remplis par des femmes qui se sentaient à l'aise pour répondre seules aux questions.

Quant à la mission bidonvilles de MdM, comme dit plus haut, Jeanine Rochefort a fait passer l'ensemble des questionnaires, accompagnée par la médiatrice/traductrice de la mission, Dorinela Lucas. S'il était proposé directement par la médiatrice/traductrice aux femmes de répondre à une enquête sur la santé sexuelle et reproductive, le refus était systématique. En accord avec J. R. la médiatrice a alors demandé aux femmes si elles souhaitaient s'entretenir avec un médecin gynécologue sans autre précision, ce qu'elles acceptaient volontiers. Après des questions diverses à propos de différents symptômes ou sujets d'inquiétude de leur part auxquelles répondait le médecin, il leur était proposé de répondre à quelques questions plus particulièrement sur la contraception et l'IVG. En pratiquant ainsi il n'y a eu aucun refus. Des très riches entretiens ont pu être menés à terme. Entre le préambule nécessaire et l'enquête elle-même, l'entretien durait environ une heure trente. Compte tenu du fait que l'enquête s'est déroulée sur site (bidonvilles), il n'a pu être conduit que 5 entretiens au cours de cinq sorties différentes.

4. Le traitement statistique des informations collectées :

La grande partie des données quantitatives (la description des femmes et la pratique de la contraception et de l'IVG) a été enregistrée sur le logiciel sphinx, celui là-même qui avait été utilisé pour l'enquête réalisée par la délégation Île-de-France de MdM. Vu que nous

avons adapté et donc légèrement modifié les questionnaires pour le 20^{ème} arrondissement, nous avons dû faire une partie de l'analyse sur Excel.

Sachant que les caractéristiques sociodémographiques de la population rencontrée dans la mission bidonvilles et celle rencontrée au CASO sont très proches, nous avons simplement ajouté les questionnaires de la mission Bidonville à ceux enregistrés en 2013 et les avons analysés ensemble.

L'enquête quantitative concernant le 20^{ème} arrondissement a porté sur 95 femmes et parmi celles-ci, 28 ont, en outre, répondu aux questionnaires qualitatifs semi-ouverts.

Nous avons analysé les données qualitatives, aidé par l'équipe de la délégation. Afin de pouvoir comparer les deux enquêtes, nous avons essayé de suivre la même démarche pour les deux.

L'analyse des données qualitatives sur l'IVG n'a porté que sur 26 femmes car deux parmi les 28, appelées pour se rendre à leurs rendez-vous, ont dû interrompre l'entretien.

5. Les biais éventuels :

Tout d'abord, nous devons reconnaître que le sujet de la santé sexuelle et reproductive est plus ou moins compliqué à aborder avec les femmes et il existe encore beaucoup de réticences et de jugements négatifs de la part de certaines femmes lorsque la thématique est abordée. De ce fait et par peur d'être jugées, elles peuvent avoir une certaine réserve dans leurs réponses et nous devons nous interroger sur la sincérité de celles-ci. Il se peut que, tant les pratiques que les connaissances réelles des femmes soient sous estimées.

Dans les missions de MdM, bidonvilles et CASO, nous avons eu recours à l'interprétariat pour les femmes non francophones dans le cadre de l'enquête quantitative et dans celui de l'enquête qualitative auprès des seules femmes Roms avec la présence d'une médiatrice-interprète d'autant qu'elles sont toutes très éloignées du soin en général et encore plus du soin préventif. La présence d'un média dans la relation femmes-enquêteur peut avoir introduit un biais quant à d'éventuels jugements de la part de ce média, des mal-traductions, des sur-traductions de sa part. Toutefois la professionnelle qui est intervenue, est parfaitement connue de l'enquêtrice, elles ont déjà régulièrement travaillé ensemble et les compétences de la médiatrice-interprète ne sont plus à démontrer. Tous ces éléments laissent à penser que si biais il y a, celui-ci est minime et son impact sur les résultats négligeable.

La nécessité de la francophonie a probablement éloigné de l'enquête un public dont la culture et donc peut-être les pratiques, connaissances et représentations ne seront pas représentées dans cette étude.

Les connaissances et représentations des femmes sont évaluées sur la base de 28 questionnaires qualitatifs pouvant faire craindre des biais d'échantillonnage.

Bien que le nombre de refus de l'enquête soit dans les limites de l'acceptable, comme précisé plus haut, 25 refus sur 95 questionnaires renseignés, nous craignons qu'il puisse avoir un impact sur les résultats de l'enquête.

Quant aux auto-questionnaires, il se peut que les femmes n'aient pas compris toutes les questions ou n'aient pas pris suffisamment de temps pour y répondre, cela pouvant créer un biais pour l'enquête. Mais vu le petit nombre de ceux-ci, 4 sur 95, nous ne pensons pas que l'impact sur les résultats soit majeur.

La majorité des entretiens quantitatifs, soit 71 sur 95, et la totalité des entretiens qualitatifs dans le 20^{ème} arrondissement ont été réalisées par le stagiaire de la délégation de MdM. Vu que certaines femmes n'abordent pas ces thématiques même entre femmes, il est à craindre que le fait que l'enquêteur soit un homme et qui plus est étranger ait introduit un biais dans la sincérité des réponses.

Présentation des résultats

1. La profile sociodémographique des femmes rencontrées par l'enquête quantitative

1.1. Dans les missions de Médecins du Monde :

1.1.1. Répartition par âge :

La répartition des femmes sur cinq tranches d'âge est relativement homogène avec un peu moins de femmes de moins de 24 ans. L'âge moyen est de 32.30 ans. A noter qu'une seule femme avait moins de 18 ans et que l'âge moyen des femmes roumaines était seulement de 30.38 ans.

1.1.2. Couverture maladie :

La totalité des femmes, à l'exception de deux, ne sont pas couvertes par un régime d'assurance maladie. Dans ces deux cas, l'une est bénéficiaire de l'AME et l'autre chez l'autre n'est pas renseigné. Le taux de 96.7% des patients sans couverture maladie est représentatif de celui de la patientèle reçue dans les 2 CASOs, puisqu'il est de 84% pour les personnes accueillies à Paris et de 97.5% pour celles accueillies à Saint-Denis.

L'Afrique subsaharienne, avec 50% de la population enquêtée, est largement représentée chez les femmes rencontrées dans les missions de MdM. Ensuite ce sont les femmes roumaines qui représentent un quart de la population enquêtée, soit la totalité des femmes rencontrées dans la mission Bidonvilles et 11 des 58 femmes rencontrées au CASO de Saint-Denis de MdM.

1.1.3. Temps de séjours en France :

Seulement 9 femmes sur 62 résident depuis plus de deux ans en France. Un tiers des femmes sont sur le territoire depuis moins de trois mois et un tiers depuis moins d'un an en France.

1.1.4. Francophonie :

Plus de la moitié des femmes sont francophones. Parmi les 17 femmes qui ne s'expriment pas en français, 12 sont d'origine roumaine. Nous avons rencontrées seulement 5 femmes roumaines qui parlaient plus au moins bien la langue française.

1.1.5. Contexte du logement :

Seulement un tiers des femmes ont déclaré que un lieu de vie stable et parmi elles, 15 résident en logement personnel. Les autres femmes (soit 42) ne ressentent pas leur lieu de vie comme stable : 14 femmes roumaines vivent dans des campements illégaux, 12 femmes résident chez une amie ou la famille et les autres sont soit en hébergement d'urgence et parmi ces dernières une femme roumaine, soit à la rue.

1.1.6. Contexte familial :

Plus d'un tiers des femmes, 23 sur 62, vivent en couple, les autres vivent soit seules soit avec leurs enfants. Si on enlève les 14 femmes Roms qui vivent en couple, il reste seulement 9

<Said Tamim OMAR> -

sur 48 femmes, soit 15%, qui sont en couple, il existe donc une grande précarité-vulnérabilité familiale. A noter que 41 femmes ont déclaré avoir des enfants mais seulement 16 d'entre elles vivent avec eux. Les 25 autres ont déclaré avoir laissé leurs enfants dans leur pays d'origine et vivre seules actuellement.

L'indicateur/indice de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) chez les femmes est de 1.92. Il est proche de celui des femmes de France métropolitaine (2.0) d'après l'Ined.⁴⁹ Seulement une femme sur cinq de celles rencontrées dans les missions de MdM n'a pas d'enfant.

Le nombre moyen de grossesses de 3.6 est artificiellement gonflé par une femme roumaine qui a eu 25 grossesses. Si on la retire de l'analyse, le nombre moyen tombe à 3.1. Seulement dix femmes n'ont jamais été enceintes. Deux tiers des femmes ont déclaré avoir été enceintes de une à cinq fois.

1.1.7. Contexte sanitaire, parcours de soins :

Seulement 16 femmes sur 62 ont déclaré avoir eu un suivi gynécologique antérieurement et pour six d'entre elles dans leurs pays d'origine. Mais pour finir après avoir poussé l'interrogatoire plus précisément, ce sont seulement 4 femmes qui ont eu un vrai suivi gynécologique. Pour les 12 autres, ce suivi n'a été qu'exceptionnel.

Les raisons invoquées pour ne pas avoir de suivi gynécologiques se partagent en quatre quarts. Un gros quart des femmes ne croient pas à la nécessité d'avoir un suivi gynécologique du fait de n'avoir aucun problème de santé. Un autre gros quart déclare méconnaître totalement le système sanitaire et ne pas savoir où aller pour ce suivi. Le troisième quart, le plus important (17/62) est représenté par les femmes qui renoncent aux soins pour des problèmes financiers. Le dernier petit quart (10/62), invoquent différentes raisons : « pas de stabilité, ne peut même pas l'envisager, n'y pense pas, peur des déplacements, absence de couverture maladie et mari interdit tout contact ».

1.2. Dans le 20^{ème} arrondissement :

Bien que le profil démographique (âge, sexe, nationalité, natalité, fécondité) des femmes recrutées dans les établissements du 20^{ème} arrondissement soit comparable à celui de l'ensemble des habitants de cet arrondissement, les contextes familiaux, socioprofessionnels

⁴⁹ Ined., « Indicateurs de fécondité (nombre moyen d'enfant per femme) », http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/indicateurs_fecondite/

<Said Tamim OMAR> -

et socio-économiques peuvent être différents du fait des sites sur lesquels nous les avons rencontrées et les services proposés par ces sites.

1.2.1. Répartition par âge :

La répartition des femmes rencontrées en cinq tranches d'âge est relativement homogène avec un peu plus de femmes ayant 30 à 35 ans. L'âge moyen est de 33.09 ans soit légèrement supérieur à celui des femmes rencontrées sur les missions de MdM. La répartition par tranches d'âges, avec 20.5 % de 15 à 29 ans et 26.4 % de 30 à 45 ans est comparable dans les deux populations. A noter que nous n'avons pas inclus deux questionnaires, car les femmes concernées avaient plus de 50 ans et ne rentraient donc pas dans les critères d'inclusion de notre enquête.

1.2.2. Couverture maladie :

Les femmes concernées par l'enquête du 20^{ème} arrondissement bénéficient toutes à une exception près, d'une couverture maladie, elles sont donc a priori mieux intégrées dans le système de santé que les femmes rencontrées dans les missions de MdM. Effectivement seule une femme n'a aucune couverture maladie et deux autres femmes ne savent pas si elles en ont une ou pas. Parmi les femmes ayant une couverture maladie, 10 femmes bénéficient de l'aide médicale d'Etat (AME), 35 bénéficient de la Couverture maladie universelle (base et complémentaire) et les autres sont couvertes par le régime d'assurance maladie obligatoire. Parmi ces dernières, 10/37 femmes ne bénéficient pas d'une mutuelle complémentaire.

Plus de la moitié des femmes rencontrées dans notre enquête se sont déclarées françaises. A noter que 14 femmes sur 50 qui se sont déclarées françaises, ne sont pas pour autant nées en France et parmi ces 14, deux sont de primo-arrivantes. En conséquent, seulement 36 femmes concernées par notre enquête sont nées en France même si pour la plupart est d'évidence d'origine étrangère, par contre nous ne leur avons pas demandé leur origine. En termes de nombre, après les femmes Françaises, ce sont les 19 femmes d'origine africaine subsaharienne qui sont le plus largement représentées dans le 20^{ème} arrondissement, cependant soit seulement 1/5 des personnes rencontrées, contrairement à ce qui est observé dans les CASOs de MdM où elles sont la moitié. A noter qu'une seule femme d'origine roumaine à fait l'objet de l'enquête dans le 20^{ème} arrondissement mais que celle-ci était en France depuis dix ans, parfaitement intégrée et totalement francophone.

1.2.3. Durée de séjours en France

<Said Tamim OMAR> -

38 femmes ont toujours résidé en France, 15 y sont depuis plus de dix ans et 42, soit près de la moitié, sont arrivées il y a moins de dix ans.

1.2.4. Francophonie :

Une grande majorité de femmes maîtrisent la langue française. Presque 80 % des femmes parlent couramment la langue et les autres peuvent au moins comprendre et se faire comprendre.

1.2.5. Éducation :

Environ deux tiers des femmes ont continué leurs études au-delà de 16 ans. Ces femmes ont leur baccalauréat et certaines ont poursuivi ou poursuivent leurs études jusqu'au niveau licence ou plus. Nous n'avons pas demandé le niveau exact d'étude, ce que nous pouvons regretter pour l'analyse des données. Quatre femmes, toutes d'origine africaine, n'ont pas ou peu été scolarisées ; 3 sont ivoiriennes et une sénégalaise. A noter que 8 étudiantes ont répondu aux questionnaires.

1.2.6. Catégories socioprofessionnelles :

Seule une femme s'est déclarée en tant que profession libérale ou cadre supérieur. Nous constatons que la moitié des femmes appartient à la catégorie cadre moyen, employé et personnel de service. Les dix femmes classées parmi les ouvrières sont des travailleuses sans aucune qualification et occupent un emploi de femme de ménage.

Un tiers des femmes sont au foyer, seulement 2 d'entre elles sont en recherche d'emploi. Elles sont plutôt d'origines étrangères (21/33) parmi celles-ci 5 ont poursuivi leurs études au-delà de l'âge de 20 ans probablement dans leurs pays d'origine car 4 d'entre elles sont arrivées en France depuis moins de 5 ans. Les 12 femmes françaises ont toutes arrêté leur études avant 20 ans à l'exception d'une qui a continué jusqu'à 22 ans.

1.2.7. Contexte logement :

Près des deux tiers des femmes pensent avoir un logement stable. A noter que parmi les 57 femmes qui habitent dans un logement loué, une grande partie de ces logements est catégorisée logements social. Nous constatons qu'un quart des femmes vivent chez leurs parents ou un/une ami(e). Ces femmes qui déclarent vivre chez leurs parents ou amis ont toutes plus de 20 ans et seulement 4 d'entre elles ont entre 20 à 25 ans. Ainsi à l'exception de deux étudiantes, toutes se sentent en situation de précarité par rapport au logement. A noter que 13 femmes vivent en hébergement d'urgence ou sont hébergées par une association pour une durée de plus de 15 jours.

1.2.8. Contexte Familial :

60 femmes vivent seules et 37 d'entre elles ont des enfants qui vivent avec elles. Seul un tiers des femmes vit en couple et la majorité d'entre elles ont des enfants. Contrairement aux femmes rencontrées à MdM qui pour un grand nombre d'entre elles ont des enfants laissés « au pays », les femmes qui ont des enfants vivent avec eux, celles qui déclarent vivre sans enfant n'ont jamais eu d'enfant.

Environ 40% des femmes n'ont pas d'enfant contrairement aux femmes rencontrées à MdM qui ne sont que 21% à n'avoir jamais eu d'enfant. A contrario elles sont 6/62 (10%) à déclarer avoir eu 5 enfants et plus, alors qu'ici seulement 2/95 (2%) des femmes.

Un indicateur/indice de fécondité chez les femmes de 1.35, bien inférieur à celui de de la population générale en France (2.0) et de celui des femmes rencontrées à MdM (1.92). Presque un tiers des femmes a un enfant. Les femmes qui ont deux ou d'enfants ou plus représentent 39 % des femmes rencontrées ici, alors que c'est la moitié de celles rencontrées à MdM qui en ont deux ou plus.

Le nombre moyen de grossesses chez les femmes est de 2. Comme dit à propos des femmes rencontrées à MdM, si on croise le nombre moyen d'enfants et le nombre moyen de grossesses, nous constatons qu'il existe un nombre important de grossesses qui n'ont pas été menées à terme.

Au moins une femme sur cinq a été enceinte quatre fois et plus, à MdM c'est une sur trois.

1.2.9. Contexte sanitaire, parcours de soins :

Une grande partie des femmes, 86/95, ont déclaré avoir un médecin traitant en France. Parmi les 9 femmes restantes, nous avons 3 non réponses et 6 qui déclarent ne pas en avoir. Ces dernières se situent parmi les primo-arrivantes à l'exception d'une qui a toujours vécu en France.

Deux tiers des femmes, soit 64/95, ont un suivi gynécologique plus au moins régulier, nous sommes bien loin des seulement 4 sur 62 (10 fois moins) de MdM qui ont déclaré avoir ce suivi.

À noter que seulement 16 femmes ont répondu avoir consulté un gynécologue en secteur 2, deux femmes ont consulté des médecins généralistes alternativement en secteur 1 et 2 et les autres n'ont consulté, que des médecins en secteur 1.

44 % des femmes ont consulté dans des cabinets de ville pour leur suivi gynécologique, 35 % dans des centres de santé et environ 20 % dans les hôpitaux publics comme l'hôpital Tenon, l'hôpital Robert Debré, la Maternité de Lilas, etc.

Nous constatons que 80 % des femmes ont consulté un médecin pour leur suivi gynécologique il y a moins d'un an, 17 % entre un et trois ans et 3 % il y a plus de trois ans.

Un tiers des femmes (31/95) n'a aucun suivi gynécologique contre 46/62 soit plus des 2/3 parmi les patientes de MdM. Presque la moitié d'entre elles, soit 15 femmes, ne voit pas la nécessité de consulter un médecin et se sent en bonne santé. Ce fait témoigne que ces femmes ne sont pas dans une démarche préventive. Cinq femmes ont déclaré qu'elles ne savent pas où aller pour consulter un gynécologue et deux femmes sur 31 soit moins de 1 sur 10 renoncent complètement aux soins pour des raisons financières alors qu'elles sont 17/46 soit près de 4 sur 10 à invoquer cette raison à MdM. Les sept autres femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique ont donné comme motifs, « *Je suis pudique, J'ai honte de voir un médecin, j'ai peur des médecins ou j'ai peur de tous les hommes etc.* »

2. Le profil sociodémographique des femmes rencontrées par l'enquête qualitative

2.1. Dans les missions de MdM

Nous avons passé 22 questionnaires qualitatifs dans les missions de MdM, parmi 17 dans les CASOs de MdM et 5 dans la mission bidonvilles. L'âge moyen pour l'ensemble des femmes est de 29.6.

Il existe 5 femmes Roms de bidonvilles et 17 autres d'origine africaine avec la prédominance de 6 camerounaises. A l'exception de 5 femmes roumaines, toutes les femmes sont parfaitement francophones.

Onze femmes sont arrivées depuis moins de 3 mois en France, parmi elles 3 camerounaises et 2 roumaines. Sept femmes sont arrivées entre 3 mois et un an. Donc seulement 3 femmes sont en France depuis plus d'un an.

A l'exception de 5 femmes roumaines en couple, toutes les 17 femmes africaines vivent seule dont 12 entre elles ont laissé leurs enfants dans leur pays d'origine.

Sept femmes déclarent avoir un lieu de vie stable dont 5 camerounaises. Toutes les femmes roumaines vivent dans des campements illégaux.

Seulement 8 femmes n'ont pas d'enfant dont 4 camerounaises et les 14 autres ont de 1 à 8 enfants.

Seulement deux femmes, une camerounaise et une ivoirienne, déclarent avoir un suivi gynécologique.

2.2. Dans le 20^{ème} arrondissement

Nous nous sommes entretenues avec 28 femmes dont 17 françaises, et 3 algériennes. Parmi les femmes françaises, 12 sont nées en France. Pour le reste des femmes, la période de séjour sur le territoire français est très variable.

L'âge moyen pour ces femmes est de 31.5 ans sensiblement égal à celui de l'ensemble des femmes de l'enquête.

Toutes les femmes parlent couramment la langue française. Quant à l'éducation, 5 femmes sur 28 sont actuellement étudiantes, une femme n'est jamais allée à l'école, trois femmes ont fait des études jusqu'à 16 ans au moins et le reste, 19 femmes, ont continué d'étudier au-delà de l'âge de 16 ans. Le pourcentage des femmes qui ont continué leurs études au-delà de 16 ans dans l'enquête qualitative de 67% (19/28) est comparable avec celui de l'ensemble de des femmes rencontrées dans le 20^{ème} arrondissement qui est 61% (58/95).

Huit femmes vivent en couple dont 5 avec des enfants et 20 femmes sont seules dont 7 avec leurs enfants.

Huit femmes sont sans profession, 2 ouvrières, 3 étudiantes, 8 employées et 5 cadres moyens. La proportion des femmes par rapport à leur catégorie socioprofessionnelle est aussi toute à fait comparable avec celui de toutes les femmes de l'enquête toute fois avec un peu plus des femmes de catégorie cadre moyen.

Enquête quantitative :

1. La pratique de la contraception

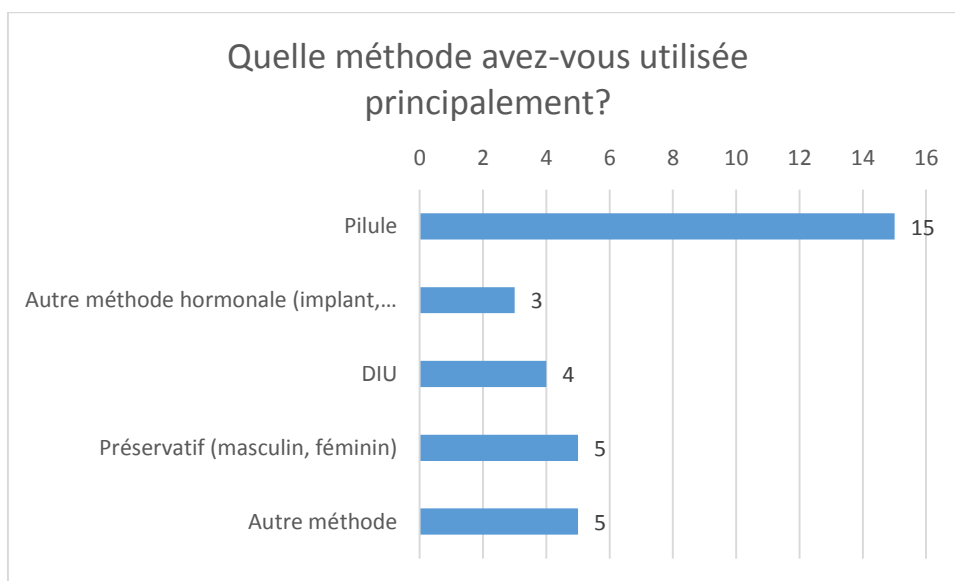
1.1. Dans les missions de MdM :

1.1.1. Antécédent de l'utilisation d'une méthode

contraceptive : La moitié des femmes ont utilisé une méthode contraceptive (avec l'hégémonie de la pilule) dans leur vie mais le taux d'interruption est élevé

Un peu plus de la moitié des femmes ont utilisé une méthode contraceptive au cours de leur vie.

Parmi les 28 femmes qui n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive, 8 déclarent de n'avoir jamais eu de rapport sexuel ou de partenaire bien que 4 d'entre elles ont été enceintes au moins une fois, il est possible qu'elles aient entendu avoir un partenaire stable, 6 femmes/leurs partenaires souhaitent avoir un enfant dont trois sont des femmes roumaines, 5 n'ont aucune préoccupation par rapport à la contraception, deux ne savent pas où s'adresser pour obtenir une contraception, une seule se déclare stérile et finalement pour 3 l'usage d'une méthode contraceptive est interdit par leur famille ou/et leur religion. A noter que parmi les femmes qui répondent « autres motifs », certaines évoquent les effets secondaires de la contraception.



Parmi 33 femmes qui ont utilisé une méthode contraceptive, presque la moitié (15) a utilisé la pilule, 5 le préservatif et 5 autres des méthodes hormonales autres que la pilule. Nous avons classé la pilule d'urgence et l'abstinence dans des « autres méthodes » déclarées par les femmes.

A savoir que seulement 6 femmes n'ont pas interrompu leur moyen de contraception. Au contraire 24 femmes ont arrêté ou changé de méthode pour des différentes raisons : 5

<Said Tamim OMAR> -

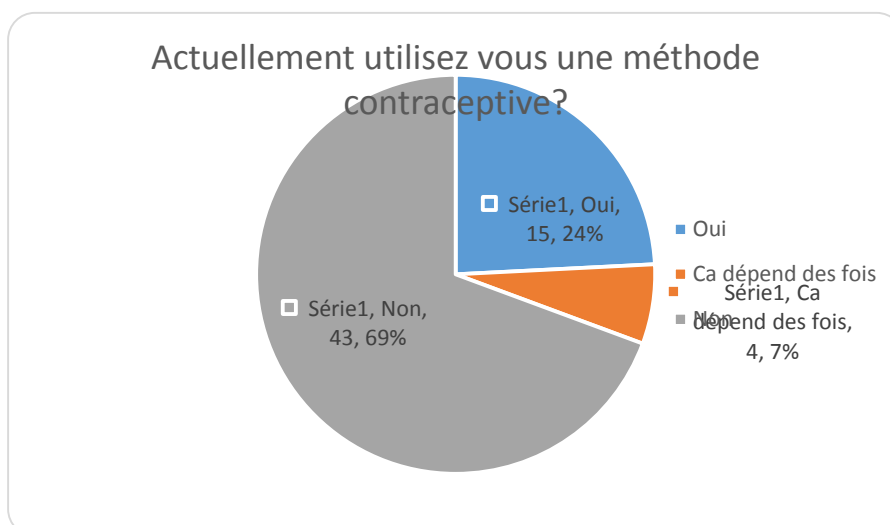
déclarent à cause des effets secondaires, 7 pour un désir de maternité, 5 n'ont plus de relation sexuelle, 2 à cause des problèmes financiers et 9 « d'autres motifs ». Parmi elles, trois femmes ne savaient pas où aller, deux ont eu peur de tomber enceinte et une femme qui déclarent avoir eu peur de devenir stérile.

Seulement un tiers des femmes (17/46) confirment que les professionnels de santé leur ont proposé une méthode contraceptive après un accouchement ou une IVG. Il faut remarquer que 13 femmes sont exclues de cette question pour n'avoir jamais accouché ni avoir eu recours à l'IVG. De plus l'item n'a pas été renseigné pour 3 autres femmes.

La plupart des méthodes proposées par des professionnels de santé sont des méthodes hormonales notamment la pilule, le DIU et l'implant.

11 femmes sur 17, soit les 2/3, ont eu recours aux méthodes proposées par le médecin.

1.1.2. L'utilisation actuelle de contraception : un taux de prévalence de la contraception de seulement 13 %, très inférieur au taux de 80% en Île-de-France si l'on considère les seules méthodes réputées sûres



Seulement 19/62 femmes disent utiliser une méthode contraceptive au jour de l'enquête mais parmi elles, 4 répondent « ça dépend des fois ». Il y a donc lieu de ramener à 15 le nombre de ces femmes soit seulement 1/4 d'entre elles.

Ces méthodes sont très variées, c'est toutefois le préservatif qui est le plus cité par 9 femmes africaines et une indienne. La pilule est indiquée par une femme roumaine et lui a été prescrite à la suite d'une IVG en France. L'implant n'est utilisé que par deux personnes, l'une d'origine haïtienne, mis en place dans des suites de fausse couches et l'autre d'origine roumaine. Le DIU est utilisé par deux femmes, une roumaine et une algérienne. Deux

femmes utilisent une méthode naturelle à l'exclusion de toute autres méthodes. Les trois personnes qui ont subi une stérilisation tubaire sont l'une camerounaise, âgée de 47 ans, a eu cinq enfants et a été stérilisée lors du cinquième accouchement par césarienne, et deux femmes roumaines de 30 et 24 ans. Cette dernière, qui a eu trois enfants, n'a jamais pratiqué d'IVG mais est en désir de maternité, est incapable de dire les raisons de cette stérilisation qui a été pratiquée au cours d'une césarienne, sans son consentement préalable et dont on lui a fait part seulement à son réveil après l'intervention.

A savoir que seulement 8 femmes utilisent une méthode contraceptive sûre, une pilule, deux implants, 2 DIU et 3 stérilisations par cinq femmes roumaines, une algérienne, une haïtienne et une camerounaise. Les deux femmes, haïtienne et algérienne, sont depuis plus de deux ans en France, la camerounaise est depuis moins d'un an et les roumaines sont arrivées : pour deux entre elles, entre trois mois et un an et pour deux autres depuis moins de trois mois.

Parmi les 43 femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive au jour de l'enquête, 13 déclarent ne pas avoir de rapports sexuels ou de partenaire, 20 souhaitent être enceintes ou sont déjà enceintes, 5 ne savent pas où aller pour obtenir une contraception et 1 évoque des problèmes financiers.

Seulement un tiers des femmes souhaiterait bénéficier d'une méthode contraceptive au jour de l'enquête et seulement trois femmes l'envisagent à la suite d'une maternité.

Parmi les femmes qui souhaiteraient bénéficier d'une méthode contraceptive, 11 ne savent pas à qui s'adresser pour la l'obtenir, 6 citent le médecin ou le gynécologue et 2 autres le centre de planification familiale.

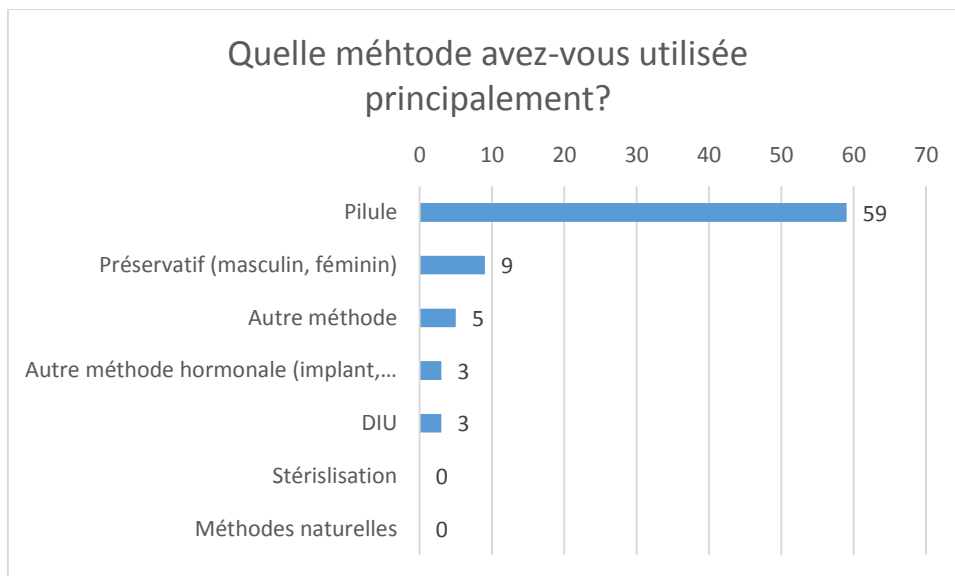
1.2. Dans le 20^{ème} arrondissement :

1.2.1. Antécédent de l'utilisation d'une méthode contraceptive : Un niveau de pratique relativement bon mais un taux important d'interruption

Une femme sur cinq n'a jamais utilisé au moins une méthode contraceptive.

Parmi ces 19 femmes qui n'ont pas utilisé au moins une méthode contraceptive ; 11 ont répondu n'avoir jamais eu de rapport sexuel dont 8 sont des femmes françaises de 18 à 26 ans et 2 ont déclaré ne pas pouvoir avoir d'enfants. Cinq femmes ont donné d'autres raisons, comme : « *je ne tombe pas enceinte, Dieu m'en a donné déjà deux, j'allaitais mes enfants* »

donc je ne tombais pas enceinte et il n'y avait pas besoin de contraception, j'ai peur de prendre du poids ».



Parmi 76 femmes qui ont pratiqué une méthode contraceptive, 59 ont utilisé la pilule en tant que méthode principale; 9 le préservatif, 5 des méthodes hormonales, essentiellement l'implant et seulement 3 le DIU.

Pourtant la pratique d'une contraception n'est pas aussi schématique qu'il y paraît. Beaucoup de femmes ont utilisé plusieurs méthodes durant leur vie sexuelle. Seulement 21 femmes n'ont utilisé que la pilule, 9 femmes que le préservatif et une femme que le stérilet. Toutes les autres ont déjà utilisé au moins deux méthodes contraceptives.

Nous retenons que 21 femmes ont déjà pris la pilule et utilisé le préservatif, soit pour beaucoup d'entre elles, en alternance afin, disent-elles, « *d'avoir des ruptures contraceptives pour que leur corps ne soit pas saturé par la contraception* ». Ce phénomène est en lien avec des représentations concernant la pilule œstre-progestative qui ont été largement véhiculées par de nombreux professionnels de santé dans les décennies antérieures et qui paradoxalement n'a jamais concerné les autres méthodes hormonales.

Les méthodes naturelles sont utilisées de moins en moins en tant que méthode contraceptive principale par les femmes. Seulement 8 femmes y ont eu recours en alternance avec d'autres méthodes principalement avec la pilule.

Deux tiers des femmes disent avoir interrompu leurs principales méthodes de contraception pour différents problèmes rapportés à tort ou à raison à ces méthodes.

Nous remarquons que 18 femmes ont interrompu leur contraception à cause des effets secondaires ou d'effets qu'elles pensaient associés à leurs moyens de contraception. Parmi ces femmes 10 sont françaises, employées, avec un bon niveau d'études, la moitié âgées plus de 40 ans. Onze femmes déclarent avoir suspendu leur contraception soit par désir de grossesse ou soit parce qu'enceintes au jour de l'enquête. Nous n'avons rencontré qu'une femme qui avait renoncé à poursuivre sa méthode contraceptive pour des raisons financières.

Parmi les 14 femmes qui ont déclaré « autre motif », nous avons constaté que 2 d'entre elles ont changé de méthode en passant à une méthode hormonale « sûre » afin d'être certaines de l'efficacité de la méthode, 2 ont eu peur des effets sur leur santé de la contraception, 4 étaient lassées de prendre la pilule ou/et l'oubliaient et les six autres ont dit que c'était « leurs choix » sans le motiver.

Nous avons demandé aux femmes, s'il leur avait été proposé une méthode contraceptive après leur(s) accouchement(s) ou une IVG. Nous voulions savoir si les professionnels de santé sont sensibilisés et se préoccupent de proposer une contraception dans les suites de couches et d'IVG. Environ 80 % des femmes en suite de couches ou ayant eu recours à une IVG (52/68) se sont vu proposer par les professionnels de santé une/des méthode(s) contraceptive(s).

Si nous saluons cette pratique vertueuse, il est regrettable cependant, d'après les femmes, que les méthodes proposées soit quasi exclusivement hormonales avec l'hégémonie de la pilule à 75 %, autres méthodes hormonales 18 %, le DIU seulement 6 %.

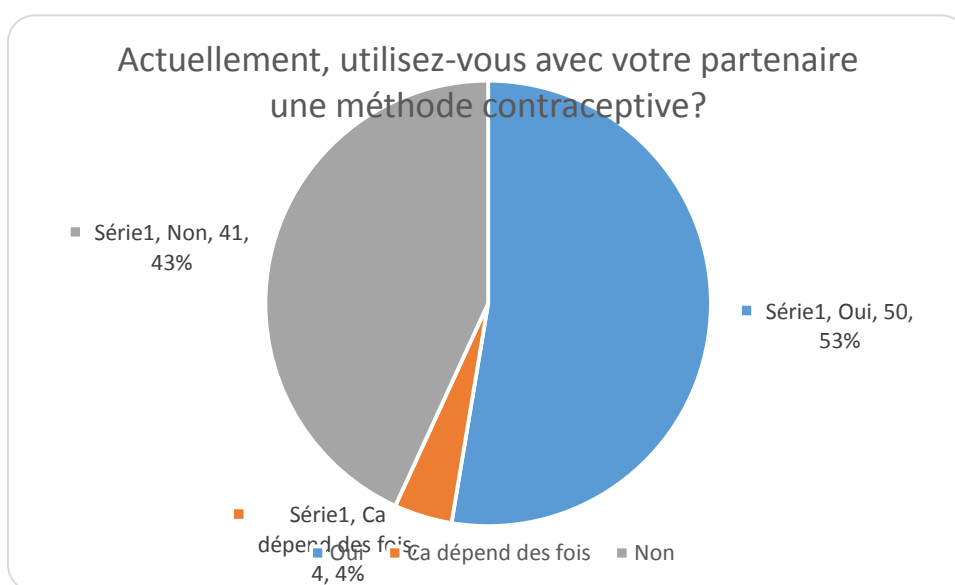
A noter qu'un tiers (14/49) des femmes non pas eu recours à ces méthodes contraceptives bien que proposées. Parmi ces 14 femmes, 8 sont françaises, 4 africaines, une est polonaise et une haïtienne : deux d'entre elles n'ont jamais été scolarisées, 6 femmes ont arrêté leurs études avant 18 ans et 6 les ont poursuivies au-delà de 18 ans et si elles ont poursuivi toutes ont plus de 40 ans aujourd'hui.

A l'exception de trois femmes qui ont déclaré n'avoir pas de partenaire après leur accouchement ou IVG, donc sans besoin d'une contraception, toutes les femmes ont donné des raisons très négatives/ erronées pour ne pas avoir eu recours à la contraception proposée. Elles avaient soit des jugements globalement négatifs comme « la contraception n'est pas bonne », soit un jugement « médical » négatif comme « ce n'est pas bon pour la santé, beaucoup d'effets secondaires », soit elles déclaraient en « avoir marre » d'utiliser la contraception et la contraception n'est pas quelque chose qui les intéresse. A noter des idées

<Said Tamim OMAR> -

erronées sur la contraception chez certaines femmes. Prenons l'exemple d'une femme Française de 35 ans qui a expliqué que « pendant qu'elle allaitait ses enfants elle était censée être à l'abri d'une grossesse ». Pour elle, l'allaitement est une méthode contraceptive sûre jusqu'aux deux ans de l'enfant.

1.2.2. L'utilisation actuelle de la contraception : Un taux d'utilisation relativement faible qui pourrait être en lien avec le profil sociodémographique des femmes



Nous avons noté qu'un peu plus de la moitié des femmes utilisent une méthode contraceptive régulière au jour de l'enquête et quatre femmes l'utilisent seulement de temps en temps.

Parmi les femmes qui utilisent un contraceptif au jour de l'enquête, 21 utilisent le préservatif, 20 la pilule, 7 l'implant, 6 le DIU et 8 les méthodes naturelles, soit toutefois seulement 33 femmes qui utilisent une méthode sûre.

A noter que nous n'avons pas trouvé des caractères très spécifiques pour des femmes qui utilisent une méthode contraceptive sûre. Elles sont de toutes les nationalités avec l'âge moyen plus jeune pour celles qui ont recours à la pilule par rapport à celles qui utilisent le DIU. Parmi elles, 15 femmes sont au foyer et 13 ont arrêté leurs études avant 20 ans.

Parmi les 59 qui ont utilisé la pilule dans leur vie comme méthode principale, seulement 19 continuent à l'utiliser, 19 ont arrêté complètement de pratiquer une contraception, 8 utilisent la pilule, 5 le DIU, 4 l'implant et 3 les méthodes naturelles.

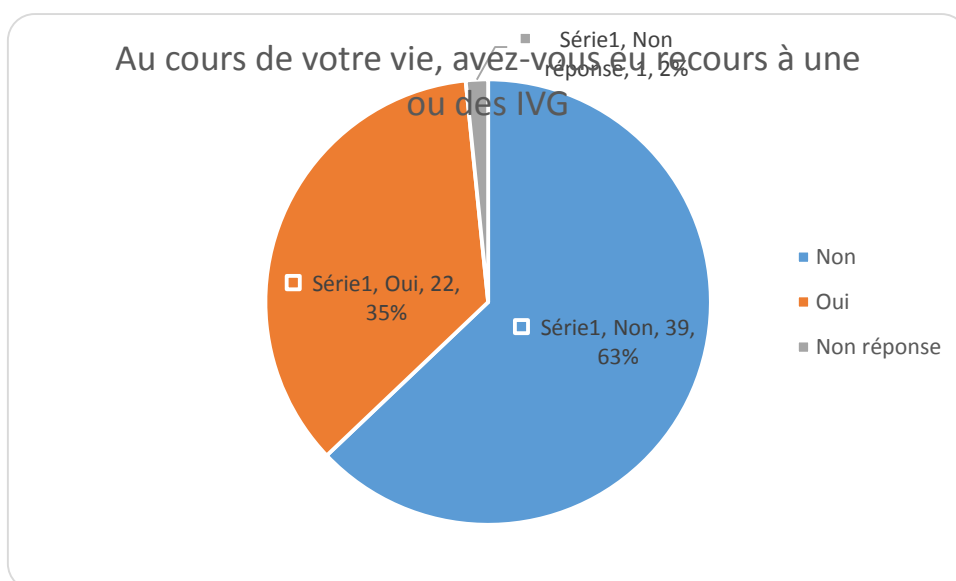
Presque la moitié (18/41) des femmes qui n'utilise pas une méthode contraceptive actuellement, a déclaré de ne pas avoir de partenaire ou de rapport sexuel. Parmi elles, 11,

<Said Tamim OMAR> -

d'un âge moyen de 23 ans, n'ont jamais pratiqué contraception, 6 ont utilisé la pilule et une le préservatif. Pour l'autre moitié, sont cités le souhait d'avoir un enfant, d'être enceinte le jour de l'enquête, la peur de ne plus pouvoir être enceinte et un jugement négatif sur la contraception.

2. La pratique de l'IVG

2.1. Dans des missions de MdM : une prévalence plus élevée chez les femmes Roms mais pour l'ensemble des femmes de même niveau qu'en population générale francilienne et même inférieure si les femmes romaines sont extraites de l'analyse



Le taux de prévalence de l'IVG chez les femmes concernées par notre enquête dans des missions de MdM est de 35% soit 22 sur 62. A noter que 10 femmes roumaines sur 16 ont pratiqué l'IVG, soit plus de la moitié. Si on les retire de l'analyse, la prévalence de l'IVG chez les femmes d'autres nationalités tombe à 26% soit seulement 1/4 des femmes alors que toutes origines confondues elles sont 1/3 à avoir eu recours à l'IVG. A préciser que seulement 4 femmes ont eu recours à l'IVG en France et deux d'entre elles, une roumaine et une camerounaise, sont en France depuis moins de trois mois. Les autres y ont toutes eu recours dans leurs pays d'origine.

Plus de la moitié des femmes 13/22 ont fait une seule IVG, 3 en ont fait 2, deux en ont fait trois et trois femmes roumaines en ont fait respectivement 6, 7 et 20. Le nombre moyen d'IVG par l'ensemble des femmes de 0.93, est artificiellement gonflé par la seule femme roumaine ayant pratiqué 20 IVG. Si on la retire de l'analyse, le nombre de moyen d'IVG par l'ensemble des femmes tombe à 0.62. Si on rapport le nombre moyen d'IVG aux seules

<Said Tamim OMAR> -

femmes ayant pratiqué au moins une IVG celui-ci est de 2.5, toutefois rapporter à la seule femme Roms il est de 4.2, et de 1.1 pour les autres femmes. Si on extrait la seule femme Roms ayant fait 20 IVG, le nombre moyen tombe chez les femmes Roms à 2.2.

Moins de la moitié d'entre elles (9/22) ont eu recours à l'IVG quand elles avaient 20 ans ou moins et 12 autres entre 20 et 30 ans. L'âge moyen pour faire une IVG est de 21.3 ans chez des femmes rencontrées dans des missions de MdM.

A l'exception de deux femmes qui ont fait leur IVG par méthode médicamenteuse, la totalité des femmes ont eu recours à l'aspiration.

Les 4 ayant eu recours à l'IVG en France, ont obtenu leurs rendez-vous facilement mais trois d'entre elles n'ont pas pu choisir leur méthode d'IVG.

A la question : « Pour quelles raisons avez-vous eu recours à l'IVG et vous avez toujours été enceinte quand vous le souhaitiez », les items ont été très peu renseignés. Les enquêtrices de l'approche qualitative ont noté massivement peu d'intérêt pour les questions relatives à l'IVG, non pas que les femmes ne se sentent pas concernées mais plutôt résignées devant leur destin de femmes et avec des représentations négatives à très négatives de l'IVG.

2.2. Dans le 20^{ème} arrondissement : Une prévalence plus élevée qu'en population générale francilienne

Parmi les femmes concernées par notre enquête quantitative, un tiers des femmes (27/95) ont eu recours à une ou plus d'IVG dans leur vie. Le nombre moyen d'IVG pratiqué par l'ensemble des femmes est de 0.44 et par les femmes qui ont pratiqué au moins 1 IVG il est de 1.55 ce qui est inférieur à celui des femmes rencontrées au MdM, où il est de 2. Nous ne constatons pas de lien entre la nationalité et la pratique de l'IVG, la moitié des femmes, 12/27, qui ont pratiqué l'IVG est française, et pour rappel également la moitié de notre population dans le 20^{ème} arrondissement est française.

Un grand nombre des femmes (18/27) ont eu une seule fois recours à l'IVG, six femmes y ont eu recours deux fois et trois femmes, respectivement trois, quatre et cinq fois dans leur vie.

Un tiers des femmes (9/27) ont eu recours à l'IVG quand elles avaient moins de 20 ans, 10 femmes entre 20 et 30 ans et 4 femmes plus de trente ans. L'item n'est pas renseigné pour 4 femmes. L'âge moyen pour faire la première IVG dans notre enquête est 24 ans.

<Said Tamim OMAR> -

Trois quarts d'entre elles (19/27) ont eu une IVG par aspiration et un quart (6/27) par méthode médicamenteuse. A noter que deux femmes n'ont pas répondu à cette question.

Ce sont seulement deux femmes françaises et trois femmes ivoiriennes qui n'ont pas fait leurs IVG en France, sinon 22 des 27 femmes les ont toutes faites en France. Ainsi nous avons eu la possibilité d'approfondir le processus de pratique de l'IVG en France.

La majorité des femmes (19/22) déclarent qu'elles ont pris et eu leurs rendez-vous très facilement.

Exactement la moitié des femmes (11/22) ont reconnu qu'elles n'ont pas choisi leur méthode d'IVG. Pour la plupart d'entre elles c'est l'équipe médicale qui l'a imposée sans offrir de choix.

Presque la moitié des femmes (9/22) ont ajouté qu'elles ont payé pour la pratique de leur IVG. Parmi ces femmes 5 ont la couverture maladie normale avec mutuelle et 3 sont bénéficiaires de la CMU-CMU-C et une de l'AME, ce qui est parfaitement illégal pour ces quatre dernières. Les autres y ont eu accès gratuitement.

Pour la majorité des femmes qui a fait son (ses) IVG en France (19/22), l'équipe médicale a demandé un examen biologique et la pratique d'une échographie préalables ainsi que proposé une (des) méthode(s) contraceptive(s) après leur IVG.

Parmi les 68 femmes qui n'ont jamais eu recours à l'IVG, 24 n'avaient jamais été enceintes, 36, soit plus de la moitié, ont déclaré qu'elles avaient été enceintes quand elles le souhaitaient et 8 ont reconnu qu'au moins une fois leur grossesse n'était pas souhaitée mais que cependant, elles n'avaient pas eu recours à l'IVG.

Enquête qualitative :

1. Les connaissances des femmes sur la contraception et le cycle menstruel

1.1. Dans les missions de MdM

1.1.1. La connaissance de la contraception : Une méconnaissance du terme « contraception » mais aussi des méthodes contraceptives

Seulement neuf femmes sur 22 soit un peu plus d'1/3, déclarent que la contraception est un moyen pour éviter la grossesse, 3 d'entre elles rajoutent qu'en plus cela protège des maladies

<Said Tamim OMAR> -

et 12, soit plus de la moitié, déclarent ne pas savoir. Une femme algérienne a déclaré que c'est seulement pour « éviter les maladies ».

Il existe une méconnaissance massive des femmes roumaines concernées par l'enquête du terme « contraception », puisque les 5 femmes roumaines déclarent ne pas savoir. Par contre elles citent deux ou trois méthodes contraceptives. C'est donc plus un problème de sémantique que de méconnaissance vraie.

Un tiers des femmes, soit 8, citent au moins trois méthodes contraceptives, 6 femmes citent deux méthodes et seulement deux femmes ne nomment que le préservatif. Seulement 4 femmes toute d'origine africaine, déclarent ne pas savoir et deux autres donnent des réponses erronées. L'implant est cité en tant que méthode contraceptive seulement trois fois dont deux fois par des femmes roumaines et une fois par une femme camerounaise. La seule femme qui cite la pilule d'urgence en tant que méthode contraceptive est une camerounaise de 20 ans qui utilise en alternance la pilule de lendemain et le préservatif. Par ailleurs la seule femme qui cite le préservatif féminin est une ivoirienne de 25 ans et réside depuis plus d'un an en France.

La majorité des femmes ne connaissent pas la contraception d'urgence. Seulement trois femmes déclarent la connaître ; une congolaise et deux camerounaises.

Pour la plupart des femmes, soit 15 sur 22, le préservatif est une méthode contraceptive. Par contre, 6 femmes dont trois roumaines déclarent ne pas savoir et une des femmes camerounaises insiste sur la protection contre les IST du préservatif.

Dix femmes connaissent l'existence du préservatif féminin témoignant d'une relativement bonne connaissance mais d'usage probablement très limité puisqu'une seule l'a cité spontanément. Une femme roumaine s'est montrée particulièrement intéressée par son existence et l'envisage comme un vrai moyen d'autonomisation.

Il existe une grande méconnaissance par rapport aux modalités de prise de la pilule, 17 femmes déclarent ne pas savoir, quatre répondent « une tous les jours » et une répond « par la bouche ».

Par contre plus de la moitié des femmes, 12 sur 22, pensent à faire des examens biologiques réguliers lors d'une pratique contraceptive. Seulement trois autres n'en voient pas la nécessité et les 5 dernières disent ne pas savoir.

1.1.2. Les connaissances du cycle menstruel : des connaissances très approximatives de la physiologie sexuelle

Il est reconnu que la durée du cycle menstruel peut être variable d'une femme à l'autre, et chez une même femme d'un cycle à l'autre, qu'il dure en moyenne 28 jours, mais que sa durée normale peut aller de 23 et 35 jours. Plus de la moitié des femmes, de toutes nationalités confondues, concernées par notre enquête, soit 13 sur 22, connaissent la durée de cycle. Par contre 3 confondent la durée du cycle avec celle des règles et 5 autres répondent ne pas savoir. Parmi les femmes roumaines une seule donne une réponse erronée.

Douze femmes connaissent le premier jour du cycle qui est le premier jour des règles et parmi elles 4 des 5 femmes roumaines et 4 des 6 femmes camerounaises. Par contre 10 autres donnent des réponses erronées ou disent ne pas savoir.

Seulement un tiers des femmes (8/22) connaissent plus au moins bien leur période de fécondité pendant leur cycle. Les 2/3 d'entre elles, donnent soit des réponses erronées (7) et autres déclarent ne pas savoir (7). Aucune réponse exactes chez les 5 femmes roumaines, 2 donnent des réponses erronées et 3 déclarent ne pas savoir. A noter qu'une femme algérienne se confie totalement à Dieu en déclarant « Dieu décide ».

Moins de la moitié des femmes, soit 9 sur 22, sait qu'on ne peut pas tomber enceinte si on a des rapports sexuels pendant les règles. Par contre 4 femmes donnent des réponses fausses et 9 déclarent ne pas savoir.

1.1.3. Les représentations de la contraception : Un sujet encore « tabou » pour certaines femmes

La moitié des femmes déclare ne pas savoir s'il existe des effets de la contraception sur la sexualité. Seulement 7 femmes affirment qu'il n'existe pas d'effets tandis que 4 autres disent le contraire mais sans aucune précision.

A la question : « Si vous n'aviez pas vos règles alors que vous pratiquez une contraception hormonale que penseriez-vous ? » Seulement une femme algérienne évoque la possibilité d'aménorrhée par l'utilisation d'une contraception hormonale et une roumaine dit qu'il « n'y a pas de problème ». Par contre 9 femmes pensent à la grossesse, 7 femmes déclarent ne pas savoir et 3 femmes portent des jugements négatifs telle que « stérilité et/ou ce n'est pas bon de ne pas avoir ses règles ».

Nous avons demandé aux femmes les effets de la contraception en général : 5 d'entre elles parlent de stérilité avec inquiétude, seulement 2 évoquent des effets secondaires telle que la prise de poids et les nausées et 6 répondent ne pas savoir.

Seule un peu plus de la moitié des femmes (14/22) déclarent parler avec leur mari de contraception et parmi elles deux dont une algérienne et une camerounaise évoquent des réactions opposantes de leur part. Sept autres femmes, toute d'origine africaines, disent ne pas en parler avec leur mari. Quatorze femmes déclarent parler de contraception avec d'autres femmes notamment leurs sœurs ou dans leur famille. A noter que pour huit femmes sur 22 soit presque 1/3, ce n'est pas possible d'en parler avec leur entourage. A l'exception de deux, ce sont les mêmes femmes qui ne peuvent pas parler avec leur mari. Douze femmes parlent/parleraient avec leurs filles de contraception. Par contre trois n'en parlent(ront) pas avec leurs filles et seulement une dit que « c'est tabou ». A noter que cet item n'est pas renseigné par 7 femmes.

1.2. Dans le 20^{ème} arrondissement

1.2.1. **La connaissance de la contraception : des connaissances relativement bonnes tant du terme "contraception" lui-même que des méthodes contraceptives, avec toutefois un bémol sur les modalités de prise de la pilule**

Sur les 28 questionnaires qualitatifs passés auprès des femmes du 20^{ème} arrondissement, 26 femmes donnent des réponses exactes à la question sur la définition de la contraception. Parmi ces femmes, huit, toutes d'origine française, parlent également de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Cela montre que la presque totalité des femmes connaît au moins le terme « contraception », même si une grande partie d'entre elles n'utilise pas de moyen contraceptif actuellement. Les deux femmes qui donnent des réponses erronées sont une congolaise qui parle de protection contre les maladies et infections et une française qui définit la contraception comme « un moyen de libertinage sexuelle ».⁵⁰

Nous avons demandé aux femmes de citer une ou plusieurs méthodes contraceptives. 20 femmes sur 28, soit plus des 2/3, citent au moins trois méthodes contraceptives, 5 en citent deux et 2 femmes une seule. Seulement une femme dit ne pas être en mesure de citer au moins une méthode contraceptive mais elle en donne cependant une bonne définition et elle utilise le préservatif. A savoir que pour elle, le préservatif ne peut pas être une méthode de

⁵⁰ Annexe : Vous pouvez trouver les réponses des femmes sur la question de la définition de la contraception.

contraception du fait de son risque de rupture et l'assimile donc à une simple protection des IST.

Les quatre femmes qui citent les méthodes naturelles sont toutes d'origine étrangère : deux algériennes, une congolaise et une péruvienne. Bien évidemment cela ne prouve pas que les françaises ne connaissent ou n'utilisent pas les méthodes naturelles mais leur usage est probablement plus répandu chez les femmes d'origine étrangère.

Parmi les femmes concernées par notre enquête, seulement 4 ne connaissent pas la pilule du lendemain, mais les 24 autres sont bien informées. Ces quatre femmes sont toutes d'origine africaine : une algérienne, une sénégalaise, une guinéenne et une congolaise. A noter que nous avons demandé d'abord aux femmes si elles connaissent « la contraception d'urgence » et en cas d'incompréhension, nous avons précisé « la pilule du lendemain ». Nous avons ainsi remarqué que la majorité connaît cette méthode de contraception mais sous le vocable de « la pilule du lendemain ».

Deux tiers des femmes rencontrées dans notre enquête (20/28) connaissent le préservatif en tant que méthode contraceptive, quatre le définissent comme seulement une protection contre les infections sexuellement transmissibles et quatre autres ne croient pas que le préservatif soit une méthode contraceptive.

La majorité des femmes (22/28) sait qu'il existe un modèle féminin du préservatif, bien que la plupart d'entre elles n'aient pas eu l'opportunité de le voir. Par contre, cinq femmes n'en connaissent pas l'existence et une femme croit même qu'il ne peut pas exister de préservatif féminin. Il est important de souligner que la totalité des femmes françaises ont connaissance du préservatif féminin.

La moitié des femmes (14/28) donnent des réponses erronées sur les modalités de prise de la pilule et cinq femmes avouent même ne pas savoir comment la prendre. Seulement 4 réponses exactes et 5 réponses partiellement exactes ont été enregistrées. Nous pensons que les interlocuteurs ne sont pas allés au fond de la question, sinon les 5 femmes qui ont donné les réponses incomplètement exactes, auraient pu répondre avec exactitude.⁵¹

Seulement trois femmes ne pensent pas qu'il faille faire des examens réguliers quand on utilise une méthode contraceptive. A l'inverse 18 affirment le besoin d'en faire. Pour finir, 7

⁵¹ Annexe : Vous allez trouver les réponses des femmes sur la question de la mode d'emploi de la pilule

femmes déclarent ne pas savoir qu'un suivi médical régulier est nécessaire lors de l'utilisation d'une méthode contraceptive hormonale ou d'un DIU.

1.2.2. Les connaissances du cycle menstruel : Des méconnaissances plus ou moins comparables avec celles de la population rencontrée à MdM

La connaissance du cycle menstruel est indispensable afin d'utiliser efficacement certaines méthodes de contraception.

20 femmes sur 28 connaissent la durée du cycle, trois donnent des réponses erronées et quatre déclarent ne pas savoir. Les réponses erronées sont données par deux femmes françaises et une pakistanaise qui confondent la durée du cycle avec la période d'utilisation de certaines pilules (21 jours). Parmi les femmes qui reconnaissent ne pas connaître la durée du cycle, deux femmes sont françaises, une congolaise et une sénégalaise. A noter une non-réponse à cette question.

Lors du démarrage d'une contraception par pilule, il faut commencer la prise du contraceptif le premier jour de cycle. Pour autant, un grand nombre de femmes ne connaissent pas le premier jour de cycle. Seulement 8 femmes sur 28 donnent des réponses exactes, 8 femmes des réponses erronées et 12 femmes disent ne pas savoir.⁵²

A la question, « existe-t-il une période où vous êtes plus fertile pendant le cycle » moins de la moitié des femmes (12/28) donnent des réponses plus au moins correctes. Par contre 7 femmes donnent des réponses totalement erronées et 9 ont dit ne pas savoir.

Et à la question « peut-on tomber enceinte lors de rapport sexuel pendant les règles », 10 femmes sur 28 pensent que oui. Seulement 10 femmes donnent des réponses exactes et 8 n'ont aucun avis sur la question. Soulignons que seulement 6 sur 17 des Françaises répondent correctement.

1.2.3. Les représentations de la contraception : Des représentations négatives de la contraception mais des comportements plutôt ouverts

Moins de la moitié des femmes (12/28) dans notre enquête pense que la contraception n'a pas d'effet sur la sexualité. 9 femmes croient que la contraception a des effets négatifs sur la sexualité comme une « diminution du désir/de la libido, moins de contact moins rassurant et moins de sensation lors d'utilisation de préservatif ». Une femme cite « la stérilité, obésité et d'autres maladies ». La notion que la pratique d'une contraception, en particulier l'usage de

⁵² Annexe : vous pouvez trouver les réponses des femmes sur le premier jour de cycle
<Said Tamim OMAR> -

la pilule, entraîne une baisse de la libido a été régulièrement évoquée au début de l'utilisation de la contraception en France mais on voit qu'elle perdure encore aujourd'hui car cet effet est évoqué par deux femmes françaises. Les 7 autres femmes n'ont aucun avis sur d'éventuels effets de la contraception sur la sexualité.

Nous avons demandé aux femmes « à quoi elles penseraient si elles n'avaient pas leurs règles alors qu'elles utilisent une méthode contraceptive hormonale et avaient des rapports sexuels non-protégés ». La plupart des femmes, 18 sur 28, soit les 2/3 évoquent la possibilité d'une grossesse, 8 autres femmes suggèrent la possibilité d'un dérèglement hormonal mais aussi la probabilité d'une grossesse. Seulement deux femmes n'expriment aucun avis sur cette situation.⁵³

Un grand nombre des femmes ont des représentations très négatives de la contraception. Dans notre enquête, 8 femmes déclarent que l'utilisation de la contraception peut rendre stérile dont 6 femmes françaises, une congolaise et une péruvienne, 3 femmes évoquent le risque de cancer, 3 autres femmes parlent de problèmes cardiovasculaires et 6 femmes ont des visions généralement négatives et erronées. A contrario de cette représentation globalement négative, 3 femmes indiquent que la contraception ne représente pas un danger pour la santé et est très efficace.

Pour éviter de tomber enceinte, parmi les femmes concernées par l'enquête qualitative, 5 femmes utilisent le préservatif, 11 femmes les méthodes hormonales, 3 femmes les méthodes naturelles et 6 femmes préfèrent l'abstinence. 19 des femmes qui disent pratiquer une contraception, disent l'avoir choisie seule; 3 femmes en accord avec leur conjoint et une en accord avec sa gynécologue. Nous n'avons pas rencontré de cas où la méthode contraceptive ait été imposée par le mari ou une autre personne.

A noter que la moitié des femmes (13/28) sont parfaitement soutenues par leur partenaire dans le choix et la pratique de leur contraception. Pour trois femmes, les conjoints se montrent indifférents, alors que pour deux autres les partenaires s'opposent à leurs choix, néanmoins, elles continuent à l'utiliser. Cet item n'a pas été renseigné par 10 femmes dont 6 pratiquant l'abstinence, ce qui est relativement important pour notre petit échantillon.

Bien que la contraception soit un sujet banal pour la majeure partie des femmes, il existe encore des femmes qui ne sont pas en mesure d'en parler même avec d'autres femmes. Deux

⁵³ Annexe : trouver des réponses des femmes par rapport à la question : que penseriez-vous si vous n'aviez pas vos règles en faisant une contraception ?

<Said Tamim OMAR> -

tiers des femmes concernées (18/28) déclarent qu'elles parlent entre femmes de cette thématique, par contre 5 avouent ne pas en parler du tout même avec des femmes et une dit être isolée et ne pas avoir de contact ni avec sa famille ni avec des amis. Les femmes qui déclarent ne pas parler de contraception avec les autres femmes sont plutôt d'origine étrangère : deux algériennes, une guinéenne, une congolaise et seulement une française. Bien que toutes ces femmes utilisent une méthode contraceptive, elles ne trouvent pas d'intérêt à en parler avec leur entourage ou bien c'est leur entourage qui n'est pas prêt à aborder cette thématique avec elles. Quoi qu'il en soit, il apparaît que la contraception reste un sujet tabou pour certaines femmes et leur entourage.

Par contre, à l'exception d'une, aucune femme ne déclare avoir un problème à parler de la contraception avec sa(ses) fille(s). La totalité des femmes déclarent qu'elles en ont déjà parlé ou qu'elles en parleront avec elle(s). La seule femme faisant exception a bien précisé, qu'elle parlait avec les autres femmes mais, sans en donner la raison, pas avec sa propre fille.

2. Les connaissances et les représentations de l'IVG

2.1. Dans des missions de MdM :

2.1.1. Les connaissances de l'IVG : Une méconnaissance massive des méthodes et des lieux pour pratiquer une IVG

Les connaissances des femmes sur l'IVG sont encore moins bonnes que leurs connaissances sur la contraception. Comme vu plus haut, moins des femmes ont eu recours à l'IVG qu'à la contraception et en particulier celles concernées par l'enquête qualitative de MdM, 9 /22 ont eu recours à l'IVG dans leur vie dont pour 6 d'entre elles une seule fois, et pour les 3 autres respectivement 2, 6 et 20 fois.

Nous pouvons évaluer les connaissances des femmes sur l'IVG en constatant que seulement 5 femmes peuvent citer l'aspiration comme méthode d'IVG, les 17 autres déclarent de ne pas savoir. Cinq femmes cite l'aspiration en tant que méthode d'IVG, parmi elles quatre sont roumaines et une camerounaise et ont pratiqué au moins une fois d'IVG.

Un tiers des femmes, soit 8 sur 22 dont 5 roumaines, une guinéenne, une algérienne et une camerounaise, connaissent le délai pour faire une IVG, 4 donnent des réponses erronées et 10 autres déclarent ne pas savoir. A noter que l'algérienne et la camerounaise qui connaissent le délai réglementaire n'ont jamais pratiqué d'IVG.

La plupart des femmes (16/22) ne savent pas où aller pour bénéficier d'une IVG ; seulement 5 disent l'hôpital et une dernière cite la (le) gynécologue.

2.1.2. Les représentations de l'IVG : Une pratique jugée globalement « honteuse » et dangereuse par la plupart des femmes

Parmi la population concernée dans notre enquête qualitative, cinq femmes ne connaissent aucun avantages à l'IVG par rapport à la contraception ou vice versa, et toutes, à l'exception d'une, celle-là même qui sur les questions relatives à la contraception avait assimilé la contraception à seulement un médicament, déclarent préférer la contraception avec des représentations très négatives de l'IVG. Cinq utilisent le vocable « *tuer un bébé* ». Pour l'une des femmes, la pratique de l'IVG « *n'est pas bien* ». Trois évoquent des problèmes de santé pour la maman pouvant aller jusqu'à la mort. L'une dit « *les catholiques n'aiment pas* ».

Si les femmes devraient faire une IVG, 19 en parleraient, pour 17 d'entre elles à leur mari, et éventuellement amie, mère, sœur, pour une seulement à une amie. Un médecin est cité une fois comme interlocuteur et une femme déclare qu'elle ne voudrait en parler à personne avec un sentiment de honte.

Seulement 3 femmes ne pensent pas que l'IVG soit dangereuse. Pour les autres 14, la réponse est positive. Pour plus d'un tiers d'entre elles, soit six, le risque est mortel pour la femme « *Au Cameroun, les filles qui avortent peuvent mourir* ». Pour trois femmes, le risque de stérilité est évoqué, l'une parle même de « *destruction de l'utérus* ». Quatre sur cinq femmes roumaines pensent que la pratique de l'IVG « *abime* » l'utérus et enfin une n'a aucune représentation des conséquences éventuelles d'une IVG.

La totalité des femmes partagent l'idée de ne pas recommander à quelqu'un de faire une IVG. Pour la plupart d'entre elles « *c'est un danger, c'est un péché, elle ne veut pas influencer* ».

2.2. Dans le 20ème arrondissement :

2.2.1. Les connaissances de l'IVG : Des méconnaissances comparables à celles de la population de MdM

Dans notre enquête qualitative, 6 femmes sur 26 ont eu recours à une IVG au cours de leur vie dont 5 en France. Généralement, elles sont plutôt satisfaites de leur accompagnement lors de cet événement par leur famille soit par un travailleur social, soit les deux, pour avoir des informations et prendre les rendez-vous dans les centres de santé.

Presque un tiers des femmes (8/26) réussit à citer, plus au moins clairement, les deux méthodes de pratique d'IVG. Six femmes répondent partiellement ou citent seulement une méthode d'IVG. L'autre moitié des femmes (12/26) soit fait une réponse erronée, soit déclaré ne pas savoir.⁵⁴ Seulement 3 de 6 femmes qui ont fait une IVG les peuvent citer une seule méthode IVG. Ce qui interroge sur qui a fait le choix de la méthode lors d'IVG ; très probablement le professionnel de santé.

Seulement 8 femmes sur 26 connaissaient le délai réglementaire pour faire une IVG. Bien que les réponses ne soient pas toujours très précises nous considérons cependant comme exactes. Les réponses correctes sont majoritairement données par les femmes françaises : 5 femmes françaises, une pakistanaise et une algérienne. Nous avons 10 réponses erronées et 8/26 réponses « NSP ». Cela veut dire que les trois quart des femmes ne connaissent pas le délai pour faire une IVG en France.

La majorité des femmes connaît les sites pour faire une IVG : 7/26 citent, « les hôpitaux » mais sans certitude pour un certain d'entre elles, trois citent « le gynécologue » et seulement 7 citent les hôpitaux, des médecins libéraux et les centres de planification.

2.2.2. Les représentations de l'IVG : Une pratique encore jugé dangereuse mais que les femmes peuvent éventuellement recommander à d'autres femmes mais pas à leur(s) propre(s) fille(s)

Dans le but de connaître leurs représentations nous avons demandé aux femmes les éventuels avantages de l'IVG par rapport à la contraception et vice versa. Nous avons constaté qu'à peu près la moitié des femmes ont des représentations négatives de l'IVG, soit une représentation négative générale, soit une représentation négative morale comme « il n'existe pas d'avantages, c'est obligé etc. ». Parmi ces femmes trois ont parlé de crime, « tuer un enfant ». Au contraire, 6 femmes ont évoqué des points positifs de l'IVG. Les femmes qui avaient une représentation positive sont : 4 femmes françaises dont 2 étudiantes, une femme haïtienne et une femme guinéenne. Le reste du groupe, soit 6/26 femmes, ont répondu n'avoir aucune idée sur la question.

La majorité des femmes pensent que si elles devaient avoir recours à une IVG, elles en parleraient avec quelqu'un. Bien qu'il soit peu important de connaître la personne avec qui elles en parleraient, on peut noter que: 12 femmes choisiraient leur partenaire, 5 leurs ami(e)s, 4 leur familles proche et leur mère et 2 les professionnels de santé. Nous avons

⁵⁴ Annexe : la réponse des femmes à la question : connaissez-vous les différentes méthodes d'IVG ?
<Said Tamim OMAR> -

rencontré une femme péruvienne qui a répondu qu'elle parlerait avec sa fille. Au contraire 6 femmes ont répondu que si elles devaient avoir recours à une IVG, elles n'en parleraient à personne. Pour ces femmes-là, avoir recours à une IVG était « un sujet personnel », « un péché », « quelque chose de compliqué, pas facile à parler et peur d'être jugée » et « une honte, pas bien perçue ». De même, une femme guinéenne a répondu qu'elle ne pouvait pas en parler car « *c'est un crime dans son pays et que ce n'était pas bon d'en parler* ».

La plupart des femmes (20/26) pense que la pratique de l'IVG peut être dangereuse pour la santé. La stérilité à la suite d'une IVG est le danger le plus souvent évoqué par les femmes, (12 fois). Ensuite c'est l'hémorragie qui est citée 5 fois, puis son corollaire, le danger de mort 3 fois et finalement la punition divine est nommée 3 fois. Nous notons de nombreux autres dangers évoqués par les femmes, mais il n'est pas très utile d'en prolonger la liste.⁵⁵

Nous avons rencontré quatre femmes ; deux françaises, une algérienne et une pakistanaise, qui pensent que l'IVG est un acte maîtrisé en France et si il est pratiqué dans les délais réglementaires, il ne présente aucun danger particulier.

A peu près la moitié des femmes (10/26) partagent l'idée qu'elles recommanderaient la pratique de l'IVG aux autres femmes si ces dernières ne veulent pas garder l'enfant et sont dans les délais pour la pratique, mais l'autre moitié (12/26) dit qu'elles ne recommanderaient jamais la pratique d'une IVG à d'autres femmes. Les raisons données pour ne pas recommander l'IVG aux autres femmes sont l'écho de leur(s) représentation(s) de l'IVG. Elles font des réponses comme : « C'est personnel », « je n'ai jamais fait donc je ne sais pas comment ça se passe », « on fait une erreur il faut prendre la suite », « ce n'est pas une bonne chose », « il y a la contraception, il faut éviter » et « c'est la mort d'un enfant ».

Par contre, la majorité des femmes (17/26) ne recommanderaient pas la pratique de l'IVG à leurs propres filles. Ces femmes-là donnent de nombreuses raisons comme : « ça sera elle qui décide », « c'est une vie on l'accepte », « il faut être responsable », « elle sera assez avertie, je la tue » etc.

Nous avons eu seulement 5 femmes sur 26 qui recommanderaient la pratique de l'IVG à leurs filles, si ces dernières avaient vraiment besoin d'en faire une. Dans tous les cas, toutes les femmes privilégient la contraception à l'IVG mais dans certains cas, elles acceptent l'IVG comme le choix de dernier recours.

⁵⁵ Annexe : la liste des réponses des femmes par rapport aux dangers de l'IVG
<Said Tamim OMAR> -

Analyse et discussion

Nationalité : Un quart des femmes rencontrées dans des missions de MdM sont des femmes roumaines et presque la moitié est des femmes d'origine africaine. Par contre dans 20^{ème} arrondissement la moitié se déclare française dont 36/95 sont née en France et 19/95 sont d'origine africaine subsaharienne. La majorité des femmes dans les deux populations sont des migrantes ou d'origine étrangère née en France. Pourtant la part de chaque nationalité est différente dans les deux populations. Nous avons essayé de découvrir s'il s'avère un lien entre un caractère spécifique et une nationalité unique.

Le temps de séjour en France : Les femmes rencontrées à MdM séjournent en France depuis beaucoup moins longtemps que les femmes du 20^{ème} arrondissement et ne sont pas, comme elles, pour la plupart intégrées à leur environnement. Plus de la moitié des femmes rencontrées à MdM est arrivée en France depuis un an ou moins et seulement 9/62 femmes sont sur le territoire depuis plus de deux ans. Par contre, dans 20^{ème} arrondissement 38/95 femmes sont nées en France et seulement la moitié des femmes y sont depuis moins de dix ans.

Contexte du logement : Il existe une précarité par rapport au logement dans les deux populations concernées mais cette précarité est plus profonde chez les femmes rencontrées dans les missions de MdM. Seulement 1/3 des femmes ont un lieu de vie stable dans les missions de MdM, 12/62 vivent chez un ami ou la famille et presque la totalité des femmes roumaines vivent dans des campements illégaux. Par contre, 2/3 des femmes du 20^{ème} arrondissement ont un logement personnel, seulement 13/95 sont dans un logement d'urgence et 20/95 chez un ami ou la famille.

Francophonie : Pour les femmes de MdM se surajoute la barrière linguistique presque un tiers des femmes (17/62) ne parle pas du tout la langue française. Parmi les femmes de 20^{ème} arrondissement, nous avons eu seulement 2 refus à cause de problème linguistique.

Couverture maladie : A l'exception de deux, la totalité des femmes au MdM sont sans une couverture maladie. Bien que les femmes du 20^{ème} arrondissement soient mieux intégrées plus de la moitié d'entre elles ont une couverture maladie (AME ou CMU-CMU-C) qui nécessite un renouvellement annuel avec donc des risques de rupture de cette couverture et les risques pour les bénéficiaires de la CMU-CMU-C et de l'AME d'être

victimes de refus de soins de la part professionnels de santé.⁵⁶ De plus pour cette catégorie de femmes, la situation de précarité financière est patente puisque ces couvertures maladies (AME CMU CMUC) attribuées pour des revenus inférieurs à 721€/mois pour une personne seule par mois, à laquelle s'ajoute la précarité administrative pour la femme relevant de l'AME.

Nous regrettons de ne pas avoir demandé aux bénéficiaires de la CMU, si elles relèvent de la seule CMU de base ou de la base plus la complémentaire. Toutefois après des croisements avec les modes de vie, les catégories socioprofessionnelles, nous pouvons conclure que 35 femmes sont bénéficiaires de la CMU, et parmi elles 11 ne relèvent que de la CMU de base sans complémentaire.

Suivi gynécologique : seulement quatre femmes sur 62 ont eu un vrai suivi gynécologique parmi les femmes rencontrées à MdM. Elles se montrent très éloignées du soin et en particulier du soin préventif. A contrario, avec deux tiers d'entre elles qui ont un suivi gynécologique plus ou moins régulier, les femmes rencontrées dans le 20^{ème} arrondissement, malgré une situation de grande vulnérabilité pour la plupart, sont bien intégrées dans un parcours de soins préventif surtout si l'on considère que 80% d'entre elles ont consulté leurs médecins pour ce suivi il y a moins d'un an.

Dans 20^{ème} arrondissement la moitié des femmes qui n'ont pas un suivi gynécologique ne voient pas la nécessité d'en avoir une. Par contre les raisons invoquées par les femmes à MdM pour ne pas avoir des suivis gynécologiques se partagent en quatre quarts : le fait de n'avoir aucun problème de santé donc pas de nécessité, la méconnaissance totale du système sanitaire donc ne savent pas où aller, des problèmes financiers et d'autres raisons comme « pas de stabilité, ne peut même pas l'envisager, n'y pense pas, pas de couverture maladie et mari interdit tout contact ».

Niveau d'étude et travail : les femmes de 20^{ème} arrondissement ont globalement un bon niveau d'éducation, deux tiers d'entre elles ont continué leurs études au-delà de 16 ans. Par contre la moitié des femmes travaillent soit comme ouvriers non-qualifiés soit elles ne travaillent pas. Parmi 31 femmes qui sont sans profession 18 ont continué leurs études au-delà de 16 ans et 7 au-delà de 20 ans. (Nous avons seulement ajouté la question sur le

⁵⁶ Rapport remis au Premier ministre mars, « LES REFUS DE SOINS OPPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C, DE L'ACS ET DE L'AME », 2014
<Said Tamim OMAR> -

niveau d'étude et la profession dans les questionnaires de 20^{ème} arrondissement, donc ces données n'existent pas sur les femmes rencontrées à MdM.)

Contexte familiale : Une grande vulnérabilité liée au contexte familial des femmes dans les deux populations puisque deux tiers des femmes habitent seules soit avec soit sans enfant. En outre chez les femmes rencontrées à MdM un grand nombre d'entre elles 25/62 ont dû laisser leurs enfants dans leurs pays d'origine.

De plus, les femmes rencontrées dans les missions de MdM avec un indice de fécondité de 1.92 ont un nombre d'enfant plus important que les femmes dans 20^{ème} arrondissement (1.35). Pour comparaison les femmes au MdM ont 119 enfants pour 62 femmes alors que celles du 20^{ème} arrondissement ont 128 enfants pour 95 femmes.

L'antécédent de l'utilisation de la contraception, de 53% chez les femmes rencontrées à MdM, il passe à 80% chez les femmes du 20^{ème} arrondissement. Si on va plus loin dans l'analyse, pour les deux populations l'utilisation de pilule en tant que méthode principale est la plus fréquente des méthodes. Par contre et pour des raisons différentes ce sont les deux tiers des femmes dans les deux groupes qui ont interrompu leur(s) méthode(s) contraceptive(s). Parmi des femmes rencontrées à MdM, 5 déclarent à cause des effets secondaires, 7 pour un désir de maternité, 5 n'ont plus de relations sexuelles, 2 pour des problèmes financiers et 9 « autre motifs ». Nous constatons que dans le 20^{ème} arrondissement, ce sont 18 femmes qui ont interrompu leur contraception soit à cause d'effets secondaires qu'elles rapportent à tort ou à raison à la contraception. Parmi ces femmes 10 sont françaises employées avec des bons niveaux d'études, la moitié âgée plus de 40 ans. Deux femmes l'ont arrêté par peur. Nous voyons bien que les informations passées par les médias et certaines associations contre la contraception influencent la pratique des femmes.

Parmi les 8 étudiantes du 20^{ème} arrondissement concernées par notre enquête, quatre (âgée de 18, 22, 22, 26) n'ont pas de rapport sexuel et ne pratiquent pas de contraception pour des raisons religieuses et quatre autres (âgée 22, 22, 29 et 40) utilisent la pilule ou/et le préservatif.

Les motifs pour n'avoir jamais utilisé une contraception sont très différents parmi les femmes. Dans le 20^{ème} arrondissement, 19 femmes n'ont jamais utilisé la contraception parce que 11 d'entre elles n'ont jamais eu de rapport sexuel ou n'ont pas eu de partenaire (8 femmes françaises de 18 à 26 ans), 2 ne peuvent pas avoir des enfants, pour 2 c'est interdit

<Said Tamim OMAR> -

par la famille et/ou par la religion et finalement 5 ont des représentations négatives/erronées de la contraception. Par contre parmi les 28 femmes à MdM qui n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive, 8 déclarent n'avoir jamais eu de rapport sexuel ou de partenaire bien que 4 d'entre elles aient été enceintes au moins une fois, il est possible qu'elles aient compris avoir un partenaire stable, 6 femmes/leurs partenaires souhaitent avoir un enfant dont parmi elles trois sont roumaines, 5 n'ont aucune préoccupation par rapport à la contraception, deux ne savent pas où s'adresser pour obtenir une contraception, une seule était stérile et finalement pour 3 l'usage d'une méthode contraceptive était interdit par leur famille ou/et leur religion. A noter que parmi les femmes qui répondent d « autres motifs », certaines évoquent les effets secondaires de la contraception.

Le taux de prévalence de la contraception aujourd'hui dans les deux groupes est très inférieur à celui d'Ile de France. D'après notre enquête, les prévalences sont seulement et respectivement de 53% et 24% chez les femmes rencontrées dans le 20^{ème} arrondissement et à MdM. Cette même prévalence est de 90% en Île-de-France. A savoir que seulement 5/62, soit 8% des femmes dans des missions de MdM et 33/95 soit 35% des femmes de 20^{ème} arrondissement utilise une méthode contraceptive sûre (la pilule, les DIU, les autres méthodes hormonales).

A noter que l'utilisation de la contraception est corrélée aux profils sociodémographiques mais aussi au niveau de vulnérabilité-précarité des femmes. C'est ainsi que 78% (39/50) des femmes (du 20^{ème} arrondissement) qui utilisent une contraception au jour de l'enquête ont poursuivi leurs études au-delà de 16 ans. De même, 74% d'entre elles sont dans un logement stable, location ou hébergement personnel. Par contre le lien entre l'utilisation de la contraception et la catégorie socioprofessionnelle n'est pas très clair, si la presque la totalité (10/11) des cadres moyens pratique une contraception, les femmes employées sont moins nombreuses à le faire que (18/32) les femmes sans profession (18/33).

Si on rapporte la prévalence de la contraception au niveau de vulnérabilité-précarité le gradient est respecté, plus le niveau de vulnérabilité qui confine à la précarité-exclusion chez les femmes rencontrées à MdM est élevé, plus la prévalence de la contraception est faible.

Par contre le taux de prévalence de l'IVG est supérieur à celui de l'Île-de-France puisque ce sont 35% des femmes rencontrées à MdM et 28.40% des femmes de 20^{ème} arrondissement qui ont eu recours à une ou plus d'IVG dans leur vie alors que ce taux est

<Said Tamim OMAR> -

seulement de 21% en population générale en Île-de-France. Là encore l'évolution du taux de prévalence est corrélée au gradient social. Meilleur est celui-ci moindre est la prévalence.

Le nombre moyen d'IVG par femmes ayant pratiqué une IVG est de l'ordre 2.5 chez les femmes rencontrées à MdM et de 1,55 dans le 20^{ème} arrondissement. Toutefois (CFsupra) rapporté aux seules femmes Roms il est de 4.2, et donc de 1.1 pour les autres femmes. Si on extrait la seule femme Roms ayant fait 20 IVG, le nombre moyen tombe chez les femmes Roms à 2.2.

Connaissance de la contraception : Il existe une méconnaissance massive du terme « contraception », des méthodes contraceptives et des modalités de prise de pilule chez les femmes rencontrées à MdM. Par contre, chez celles rencontrées dans le 20^{ème} arrondissement les connaissances du terme "contraception" et des méthodes contraceptives sont relativement bonnes avec toutefois un bémol sur la modalité de prise de la pilule. En revanche les méconnaissances sont partagées par les deux groupes concernant le cycle menstruel et la période de fécondité pendant le cycle menstruel.

Les représentations de la contraception : Les femmes de 20^{ème} arrondissement sont plus ouvertes par rapport à la contraception avec leur entourage et mari que les femmes de MdM. Par contre, la contraception représente plus de danger chez les femmes de 20^{ème} arrondissement qu'à MdM. Pour illustrer ce propos, dans le 20^{ème} arrondissement, toutes les femmes qui utilisent une contraception en parlent avec leur partenaire, un grand nombre des femmes (deux tiers) en parlent avec leur entourage, la totalité des femmes parle/parlerait avec leur(s) fille(s). Par contre pour la plupart d'entre elles (20/28) c'est une pratique dangereuse qui peut rendre stérile, provoquer un cancer et autres maladie mortelles. Mais chez les femmes à MdM, ce sont seulement 14/22 femmes qui en parlent avec leur partenaire et seulement 7/22 citent des dangers de la contraception (5 citent la stérilisation et 2 des effets secondaires).

A noter que, dans 20^{ème} arrondissement, seulement trois femmes pensent que la contraception ne présente aucun danger pour la santé ; une algérienne née en France âgée de 20 ans, une française âgée de 25 ans et une autre algérienne âgée de 34 ans. La première a son baccalauréat et travaille en tant qu'employée et deux autres ont poursuivi leurs études jusqu'à 24 ans et travaillent en tant que cadres moyens.

Des connaissances sur l'IVG : Bien que les connaissances des femmes de 20^{ème} arrondissement sur l'IVG soient médiocres, à peine un quart des femmes peuvent citer les méthodes d'IVG, elles sont cependant meilleures que celles des femmes rencontrées à MdM. Quant au délai réglementaire pour pratiquer une IVG les méconnaissances de deux populations sont tout à fait comparables.

Pour la plupart des femmes des deux groupes, l'IVG est très dangereuse voire mortelle. Leurs représentations de l'IVG sont plus au moins comparables. La plupart des femmes préfère la contraception à l'IVG, pour quelques une l'IVG est vraiment le dernier recours et certaines ne peuvent même pas l'envisager.

A l'exception de la pratique et des connaissances des femmes roumaines sur l'IVG tous les autres paramètres évalués par notre enquête ne sont pas influencés par l'âge ou la nationalité. En croisant ces deux items, âge et nationalité avec pratique ou pas, connaissances ou méconnaissances de la contraception et de l'IVG aucune différence significative n'est mise en évidence. Nous pourrions conclure que sur notre échantillon les profils personnels des femmes n'influencent pas leurs connaissances et leurs pratiques.

Conclusions et recommandations

Les femmes dans les deux populations sont des femmes précaires et en situation de vulnérabilité mais la type et le niveau de la précarité sont différents. Les femmes rencontrées à MdM comparées à celles du 20^{ème} arrondissement sont dans une précarité plus profonde et plus complexe avec accumulation de plusieurs précarités qui confine à l'exclusion. Elles séjournent irrégulièrement sur le territoire français pour la plupart et la totalité d'entre elles est sans couverture maladie. S'ajoutent à cela, la barrière linguistique (les difficultés d'apprentissage et l'écriture), et la précarité du logement (2/3 vivent dans un logement instable), une précarité familiale et sociale (2/3 seules soit avec soit sans enfant). Les femmes du 20^{ème} arrondissement sont aussi dans une situation de précarité familiale et sociale (2/3 vivent seule et la moitié d'entre elles n'ont pas d'enfant). Elles sont également touchées par une précarité économique (la moitié des femmes sont des bénéficiaires d'AME, CMU et CMUc, attribuées pour des revenus inférieurs à 721€/mois pour une personne seule par mois, à laquelle s'ajoutent la précarité administrative pour la femme relevant de l'AME) et une précarité par rapport à logement (1/3 femmes vivent dans une résidence d'urgence et chez

un ami ou la famille). Mais elles parlent la langue française et sont installées depuis plus longtemps sur le territoire français et intégrées dans la cité.

En comparant le taux de pratique de la contraception et les connaissances sur celles-ci, nous constatons, qu'ils sont meilleurs chez les femmes du 20^{ème} arrondissement que chez celles de MdM et moins bons que ceux des femmes en Île-de-France. Nous pouvons conclure qu'il existe un lien entre les connaissances et la pratiques des femmes et leur niveau de précarité et de hiérarchie sociale, ce que les sociologues appellent le gradient social. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, on peut objectiver des écarts existant sur l'ensemble de la hiérarchie sociale. Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population.

La contraception et l'IVG représentent encore un sujet "tabou" et des pratiques jugées très dangereuse par les femmes rencontrées dans des missions de MdM alors que les femmes de 20^{ème} arrondissement sont plutôt ouvertes sur ce sujet (elles communiquent sur ce sujet avec son entourage) même si l'aspect dangereux existe aussi pour elles. En s'intégrant dans la société française, il semble que les femmes arrivent à communiquer sur ces sujets plus tranquillement, plus facilement, le tabou pèse moins mais les représentations évoluent peu. Cela nécessite un énorme travail dans le temps.

Un tiers des femmes concernées par l'enquête qualitative de MdM ne peuvent pas parler sur ce sujet ni avec leur mari ni avec d'autre femmes. La contraception et l'IVG est très loin d'être un sujet anodin. Bien que le contexte réglementaire soit très en faveur de la pratique de la contraception et de l'IVG et que l'accès à la contraception soit gratuit pour l'ensemble des femmes, son utilisation par l'ensemble de la population est loin d'être de fait.

Les connaissances des femmes de 20^{ème} arrondissement sur la définition et les méthodes contraceptives sont meilleures que celles des femmes rencontrées à MdM et la plupart d'entre elles connaissent les méthodes contraceptives. Néanmoins 20/28 des femmes expliquent que la contraception est dangereuse (elles citent la stérilité 10 fois, cancer 3, cardio 3, 6 autres dangers erronés). Nous pouvons comprendre que les connaissances basiques des femmes sur ce sujet ne sont pas suffisantes pour qu'elles aient un regard objectif et juste. Il faut que les femmes soient formées et informées sur ces thématiques de la SSR

par des programmes solides de formation et ne pas laissée celle-ci aux soins de la rumeur ou groupes de lobbying anti-contraception et anti-IVG.

Vu que les femmes en 20^{ème} arrondissement ont une bonne suivi gynécologique, on pourrait espérer que les professionnels qui assurent ce suivi transmettent des messages de prévention en termes de SSR et particulièrement sur la contraception et l'IVG. Même si environ 80 % des femmes en suite de couches ou ayant eu recours à une IVG (52/68) se sont vu proposer par les professionnels de santé une/des méthode(s) contraceptive(s), elles sont loin d'être 80% à suivre cette méthode, il y a donc lieu de s'interroger sur le choix des méthodes proposées aux femmes. Les professionnels devraient se rappeler « que la meilleure méthode de contraception est celle choisie par la femme », cet adage doit s'appliquer à toutes les femmes et y compris aux femmes en situation de précarité-vulnérabilité.

D'après la loi de la Santé Publique de 2004, toutes les femmes ont le droit à l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions si elles décident d'y avoir recours. Donc pour que la femme puisse prendre sa décision quant au choix d'une méthode adaptée, il lui faut avoir des bonnes connaissances et de toute évidence cela n'est pas le cas pour les femmes que nous avons rencontrées.

Recommandations :

- Inciter et former au counseling les médecins généralistes et les professionnels de santé en général afin de mieux informer les usagers (femmes et hommes) sur le fonctionnement de leur corps (système reproductif entre autre) et sur les DIVERS moyens de contraception
- former les professionnels de santé dans au cours de leur formation initiale et continue à la clinique de la précarité-vulnérabilité
- Proposer des informations collectives aux usagers des structures (MDM, partenaires du 20^{ème} arrondissement- associations, écoles...) adaptées à leur demande et à leurs besoins en matière de SSR et prenant en compte les DSC (déterminants socio-culturels)
- Renforcer les compétences des professionnels relais (animateurs, éducateurs...) sur ce sujet (connaissance du corps, des structures ressources (CPEF...))
- Avoir recours à l'interprétariat/médiation professionnel pour mieux informer/éduquer les femmes qui sont dans une précarité liée aux problèmes linguistique
- Promouvoir le droit à l'information notamment sur IVG

<Said Tamim OMAR> -

- Développer les partenariats avec des structures comme les CEPF, centres IVG, médecins généralistes, réseaux (REVO), PMI etc. afin qu'elles soient mieux identifiées et servent de relais pour la prise en charge, l'information, la mise en place de groupes de paroles et l'inscription des femmes dans un parcours de soin tant curatif que préventif

Bibliographie

- ARS Île-de-France, « Projet régionale pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement en Île-de-France », (2014-2017), page 10
- Aubin, C, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », *rapport d'IGAS*, RM2009-112P, page 3
- Aubin, C, « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 », *Rapport IGAS*, RM2009-118A, 2009, page 46
- Aubin, C, « la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », *Rapport IGAS*, RM2009-112P, 2009, page 35
- Aubin, C, « Les organismes de planification, de conseils et d'éducation familiale », *Rapport IGAS*, RM2011-088P, page 33
- Baromètre santé Inpes, Contraception : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie, 2011, page 4
- Base de données Insee, < <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=COM-75120> >, 2009
- Collet, M., « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », *Revue française des affaires sociales* 1/ 2011 (n° 1), p. 86-115
- Délégation Île-de-France, « Rapport annuel, 2013 »
- Enquête COCON « contraception : from accessibility to efficiency », *Human reproduction*, Vol. 18, n5, 2003
- Ined., « Indicateurs de fécondité (nombre moyen d'enfant per femme) », <http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/indicateurs_fecondite/>
- Inpes, ORS Île-de-France, « Contraception, IVG et IST chez les Franciliennes », résultats du Baromètre santé, 2010, page 1
- L'ASV du 20^{ème} arrondissement, « les déterminent sociodémographique en 20^{ème} »
- Lauren Vasquez, Rapport du stage « Présentation de l'Atelier Santé Ville », page 5
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- MdM, « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France », rapport 2012, octobre 2013, page 5
- Médecins Du Monde, 2012 L'essentiel
- Médecins du Monde, Rapport moral 2012
- Ministère des affaires sociales et de la santé, « Contraception et l'IVG : les lois », < <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html> >
- Ministère des affaires sociales et de la santé, « toute l'information sur l'interruption volontaire de la grossesse », < <http://www.sante.gouv.fr/ivg> >
- Nathalie, B, « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre », 2009, page 43
- Nations Unies, « Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement », 1994, page 35
- OMS, « Santé reproductive », <http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/>
- OMS, « santé reproductive », <www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/index.html>

<Prénom NOM> -

- Rapport HAS, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles
- Site internet de MdM : www.medecinsdumonde.net

Liste des annexes

1. Protocole de l'enquête initiale
2. Questionnaire de l'enquête quantitative
3. Questionnaire de l'enquête qualitative
4. Carte du 20^{ème} arrondissement

Annexe 1. Le protocole de l'enquête initiale

Enquête sur l'accès et les pratiques en termes de contraception et d'IVG des femmes en situation de précarité rencontrées dans les missions. MdM en Il de France

I. Introduction

Dans ses 2 CASOs franciliens, à Paris et à Saint-Denis, MdM rencontre un nombre relativement important de femmes en âge de procréer. Ces femmes sont toutes en situation de très grande précarité, plus de 90% en situation irrégulière de séjour, plus de 80 % n'ont pas de couverture maladie, plus de 75 % vivent en logement précaire voire sont à la rue.

Leur revenu moyen est ce 300 €/mois

Quels accès pour ces femmes à la contraception et à l'IVG?

Le contexte

Un cadre réglementaire relativement favorable:

→ La contraception :

- Depuis la loi Neuwirth en 1967 et ses multiples amendements, le dernier datant de 2001, l'accès à la contraception peut sembler relativement aisé.
- La loi relative à la santé publique du 09/08/ 2004 vient compléter le dispositif législatif avec son objectif N°97 qui dispose : "**qu'il faut assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours**"
- Les lieux d'accès à la contraception (CPEF, Centre de Planification Et d'Education Familiale) sont répartis inégalement ? sur le territoire francilien. **La loi stipule qu'un accueil spécifique doit y être organisé pour les mineurs et les personnes non prises en charge par l'assurance maladie. Consultations et délivrance de contraceptifs sont gratuits et anonymes.**

<Said Tamim OMAR> -

On ne compte pas moins de 300 CPEF en Ile de France, avec toutefois une couverture géographique insuffisante dans certaines zones rurales en Seine et Marne et Essonne. pour une population d'environ 3.000.000 de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans)⁵⁷ soit 1CPEF pour 10.000 femmes...

Dans un rapport de 2007⁵⁸, la DGS constate que

« Malgré le dispositif existant, des difficultés d'accès peuvent subsister pour certaines populations qui peuvent être confrontées à des difficultés d'information et à des difficultés d'accès, notamment géographiques, aux moyens contraceptifs. Les difficultés d'accès peuvent également être liées à une précarité financière. »

Et précise

« ...celles qui sont en situation d'exclusion (0,4 à 0,5% de la population, soit environ 300 000 personnes résidant sur le territoire français, dont une population importante de jeunes. »

Ajoutant :

« Or l'accès à la contraception a un coût, qu'il s'agisse de celui qui permet d'accéder aux professionnels de santé ou celui qui permet d'accéder aux moyens contraceptifs qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. »

Il est important de remarquer « l'hégémonie », en France, de la contraception hormonale par voie orale (pilule) qui représente 55.5% des méthodes contraceptives chez les femmes âgées de 15 à 49 ans mais 75% chez les femmes de 15 à 35 ans⁵⁹

Les seules méthodes à prescription médicale, prises en charge par l'assurance maladie, sont la pilule, le DIU et l'implant. L'anneau vaginal, le patch hormonal ne le sont pas. Les préservatifs masculins et féminins pèsent pour seulement 10.3%. ils sont distribués gratuitement dans le CPEF, CDAG-CIDIST et les lieux associatifs (établissements d'Information, de Consultation et de Conseil conjugal) comme le MFLPF par exemple.

→ L'interruption volontaire de grossesse :

- L'IVG décriminalisée par la loi du 17/01/75, remboursée par la Sécurité Sociale par la loi du 31/12/82, modifiée par la loi du 04/07/2001 qui inscrit le droit à l'IVG dans le code de la santé publique et renforce les conditions d'application du délit

⁵⁷ Sources : SAE, INSEE, 2008 rp, 2009-2010 ELP

⁵⁸ Stratégie d'actions en matière de contraception-Ministère de la Santé, de la jeunesse et de sports-Janvier 2007-Page 23

⁵⁹ L'état de santé de la population en France-Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique Rapport 2011_ page 331

d'entrave, supprime pour les majeures l'obligation de consultation psycho-sociale et oblige les établissements de santé à organiser l'activité et l'ouvre à la médecine de ville pour l'IVG médicamenteuse, et signe la fin du quota maximal. En 2008, la loi de financement de la SS autorise la pratique de l'IVG médicamenteuse dans tous les centres de PMI et de santé.

- L'accès à l'IVG est inscrit dans la circulaire des soins urgents et vitaux de 2005 (article L254-1 du CASF), la circulaire du 16 mars 2005 inclut également dans le champ d'application les situations suivantes :

« l' IVG et interruption médicale de grossesse pour les personnes sans couverture maladie. »

Malgré ce cadre, le nombre d'IVG reste stable aux environs de 200.000/an, l'indicateur de fertilité est constant, 2 enfants par femme et la pratique de la contraception est la plus élevée en Europe puisqu'elle couvre 80% de la population en âge de procréer.⁶⁰

- Un accès aux centres d'orthogénie souvent difficile tant pour des raisons internes aux établissements que liées à la couverture géographique par ceux-ci. Dans son rapport l'IGAS⁶¹ note :

« Dans tous les cas, en l'absence d'implication forte de responsables ayant la capacité

d'influence nécessaire pour faire prévaloir l'importance de cette mission de service public,

l'orthogénie tend à se voir reléguer à un moindre niveau de priorité que d'autres activités jugées plus porteuses et/ou plus valorisantes pour l'établissement. Ce qui se répercute sur les attributions de moyens en locaux et en personnel et donc sur les conditions d'accueil des patientes, qui varient très significativement d'un établissement à l'autre » et ajoute :

« Le nombre des établissements hospitaliers qui pratiquent des IVG a significativement

diminué au cours des dernières années : ils n'étaient plus que 639 en 2006 contre 729 en 2000. Cette évolution résulte essentiellement de l'abandon de cette activité par des « petits établissements (moins de 250 IVG dans l'année) alors que le nombre de ceux pratiquant plus de 1 000 IVG dans l'année a au contraire augmenté et qu'ils assurent une part croissante de l'activité total »

⁶⁰ IGAS, Rapport N°RM 2009-page 16

⁶¹ IGAS, Rapport N°RM 2009-page 30-31

<Said Tamim OMAR> -

Ces éléments peuvent laisser à penser une difficulté croissante pour l'accès aux établissements pour l'ensemble de la population et a fortiori pour les personnes les plus éloignées du soin.

Certes la généralisation de la pratique de l'IVG médicamenteuse peut apparaître comme un facteur facilitant, mais est-elle vraiment adaptée à toutes les populations et cette généralisation permet-elle aux femmes d'avoir le choix de la méthode ?

L'ARS Ile de France note dans son rapport sur l'IVG⁶² :

Une absence de réflexion commune entre les très nombreux partenaires concernés par cette prise en charge

Un accès à une prévention de qualité insuffisamment évaluée

Un accès à l'information insuffisant Un accès à une première consultation en moins de cinq jours difficile à évaluer

Des inégalités d'accès :

- Un accès géographique à évaluer
- Un accès financier différent selon l'entrée dans le parcours de santé
- Un accès à un choix partiel dans certains établissements
- Un accès à l'IVG jusqu'à 14 SA jugé insatisfaisant

Nos constats à MdM

- taux des femmes pratiquant une contraception : 29.8%
- taux des femmes n'ayant jamais pratiqué de contraception 63,6%
- incidence de l'IVG : 2,7%/ Vs 1.45% en population générale (données DREES 2008)
- Moyenne d'IVG/femme : 2,98 /Vs 0,53% en population générale (données INED 2007)

La population cible :

Les femmes en âge de procréer (14 - 49 ans) rencontrées dans les CASOs franciliens.

Cette population cible pourrait être étendue à l'ensemble des femmes de la même tranche d'âges rencontrées sur l'ensemble des missions franciliennes.

Les objectifs de l'enquête:

⁶² [Rapport IVG 2012](#)

1. Enquête quantitative

→ **Objectiver quantitativement ce faible recours à la contraception et a contrario l'important recours à l'IVG et faire des croisements avec**

- la typologie des femmes:
 - Origine géographique
 - Ancienneté sur le territoire
 - Tranche d'âge
 - Vivant seules ou en couple
 - Parité
 - l'âge des enfants
 - Gestité
 - Existence d'une couverture maladie
 - Francophone ou non
 - Antécédents d'utilisation d'une méthode contraceptive
 - Suivi gynécologique. Si oui, par qui. Si non, pourquoi ?
 - Antécédents d'IVG
 - Age de la 1^{ère} IVG
 - Désir d'enfants
- Leur contexte environnemental :
 - Lieu de vie stable ou non
 - Proximité d'un CPEF
 - Conditions d'accueil dans le CPEF :
Avec ou sans R-V

Délais des R-V

Accès à la traduction

Accès à l'échographie

etc..
-

Si les observations se confirment,

- **Identifier les causes**
- **Construire éventuellement un plaidoyer s'il s'avère que ces indicateurs péjoratifs sont en lien avec des dysfonctionnements institutionnels ou du système de santé.**

2. Enquête qualitative

Une approche qualitative dans le prolongement de cette étude quantitative nous permettrait d'identifier des déterminants personnels et environnementaux

<Said Tamim OMAR> -

- proposer des actions d'éducation pour la santé et/ou des actions s'appuyant sur la participation communautaire.

II. Méthodologie :

La réalisation de cette enquête sera dans un premier temps proposée aux 2 CASOs franciliens mais pourra aussi être proposée aux autres missions d'Ile de France qui souhaiteraient y participer (Lotus Bus, Squat, Bidonvilles).

Elle se fera sur une période initiale de 3 mois, après analyse et évaluation elle pourra être prolongée à nouveau de 3 mois.

Pour les personnes non francophones il sera fait appel à l'interprétariat.

Les objectifs opérationnels:

- Constituer un groupe de pilotage :
 - Les référents SSR de la délégation
 - Une personne référente par CASO
- Recruter les moyens humains pour la conduite des entretiens : ceux-ci pourront être les personnels de santé dans le cadre de leur activité, AMI ou consultations médicales et d'autres personnes spécifiquement dédiées à l'enquête.
- Recruter des moyens humains pour la saisie et l'analyse des données issues des questionnaires
- Construire un questionnaire pour l'enquête quantitative :
Reprendre le questionnaire utilisé pour l'enquête « prévention des cancers, contraception et IVG » en le complétant et le réadaptant.
- Construire un questionnaire pour l'enquête qualitative, éventuellement sous forme d'une enquête CAP
- Construire un outil de saisie informatique et d'analyse des données recueillies
- Organiser le recueil de données soit comme dit supra lors des consultations médicales ou AMI mais également et en particulier pour l'enquête qualitative lors d'entretiens spécifiques. Dans les CASOs ceux-ci pourront être proposés aux personnes pendant leurs temps d'attente.
L'enquête qualitative auprès des femmes non francophones ne sera conduite qu'en présence **d'un traducteur bénévole**, en raison de sa durée plus longue et du coût élevé de l'interprétariat professionnel qui s'en suivrait
- Saisir sur outil informatique les données recueillies et les analyser.

III. Analyses et discussion

<Said Tamim OMAR> -

IV. ConclusionsV. Construction d'un plaidoyer et diffusion de celui-ciVI. Chronogramme :1 Chronogramme :

| | <u>juin</u> | <u>juil.</u> | <u>aout.</u> | <u>oct</u> | <u>nov</u> | <u>décem.</u> | <u>janvier</u> | <u>février</u> |
|--|-------------|--------------|--------------|------------|------------|---------------|----------------|----------------|
| <u>programmat. :</u> <u>recrutement</u> <u>des moyens</u> <u>humains</u> <u>constructions</u> <u>des outils</u> | | | | | | | | |
| <u>recueils des</u> <u>données</u> | | | | | | | | |
| <u>Saisie et</u> <u>analyses des</u> <u>données</u> | | | | | | | | |
| <u>Conclusions,</u> <u>contruction du</u> <u>plaidoyer et</u> <u>diffusion</u> | | | | | | | | |

Annexe 2.


**ENQUETE QANTITATIVE ET QUALITATIVE
AUPRES DES FEMMES DE 14 A 49 ANS**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Délégation Ile-de-France – 62 bis avenue Parmentier – 75011 PARIS

ETUDE QUANTITATIVE AUPRES DES FEMMES DE 14 A 49 ANS

NOM DE L'ENQUETEUR : _____

A. LIEU : Paris ? Centres santé Centre Social Centre de Planification et
d'Education Familiale PMI Antenne jeune

B. DATE : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa)
2. Couverture maladie : Non Oui
2.1 Laquelle ? AME CMU/ Couverture médicale de base (sans mutuelle)
3. Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? Non Oui Ne sait pas
4. Bénéficiez vous d'une de l'ACS ? Non Oui Ne sait pas

5. Nationalité : _____

Si étrangère

5.1. Parlez-vous le français ?

- Très mal Mal Bien Très bien Couramment

5.2. Depuis combien de temps vivez-vous en France ? Moins de 3mois 3 à 12 mois
 12 à 24 mois Plus de 2 ans

6. Avez-vous une religion ? ? Oui Non Ne sait pas
6.1 Si oui, laquelle ?

<Said Tamim OMAR> -

- ₁ Catholique
- ₂ Musulmane
- ₃ Israélite
- ₄ Protestante
- ₅ Autres :

6.2 Diriez-vous que vous pratiquez :

- ₁ Vous ne pratiquez pas du tout ₂ Vous pratiquez de temps en temps ₃ Vous pratiquez régulièrement ₄ Ne sait pas

7. A quel âge avez-vous arrêté de fréquenter l'école ou l'université ?

|__|__| ans n'ai jamais allé à l'école Etudes en cours

8. Catégorie socioprofessionnelle :

- ₁ Personnel de service
- ₂ Ouvriers agricoles
- ₃ Ouvriers
- ₄ Employés
- ₅ Agriculteurs, exploitants
- ₆ Cadres moyens
- ₇ Professions libérales, cadres supérieurs
- ₈ Sans profession
- ₉ Autres :

Contexte environnemental

9. Vivez-vous actuellement en couple ? ₁ Oui ₂ Non

10. Concernant votre logement, quelle est votre situation actuellement ?

- ₁ Logement personnel
- ₂ Hébergée par de la famille ou des amis
- ₃ Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)
- ₄ Occupant un terrain sans droit (campement illégal)
- ₅ Sans domicile fixe (à la rue)
- ₆ Hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée ≤ à 15 jrs
- ₇ Hébergée par un organisme ou une association pour une durée > à 15 jrs (Hôtels, foyers, CADA, etc.)

<Said Tamim OMAR> -

₈ Autre, précisez : _____

11. **Quel était votre âge lors de votre 1^{er} rapport sexuel ?**
 |__|__| ans Non concernée (n'a pas eu de rapports sexuels)

| |
|----------------|
| SANTE : |
|----------------|

12. **Parité ?**

12.1 Nb d'accouchements : |__|__|

12.2 Nb d'enfants : |__|__|

12.3 Age du premier-né : |__|__|

12.4 Age du dernier-né : |__|__|

13. **Nombre de grossesses** |__|__|

14. **Avez-vous un médecin traitant en France ?** ₁ Oui ₂ Non

15. **Suivi gynécologique (en dehors des grossesses) :** ₁ Oui ₂ Non

Si oui

15.1. Où ?

₁ Centre de santé, si oui lequel ? : _____

₂ Centre de planification familiale

₃ Cabinet de ville

₄ Centre de PMI

₅ Autre, précisez : _____

15.2 Par qui ?

₁ Gynécologue (H ou F)

₂ Médecin traitant (H ou F)

₃ Sage-femme (H ou F)

₁ Secteur 1

₂ Secteur 2

15.3. Quand a eu lieu votre dernière consultation pour un examen gynécologique ?

₁ < 1 an

₂ Entre 1 an et 3 ans

₃ 3 ans ou plus

₄ Ne sait pas

Ou précisez l'année de la dernière consultation : |__|__| |__|__|

<Said Tamim OMAR> -

Si non**15.4. Pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)**₁ Vous n'avez aucun symptôme ou problème de santé₂ Vous ne savez pas où aller₃ Problème financier₄ On ne vous a jamais proposé de le faire₅ Peur de se déplacer₆ N'ose pas parler de ce sujet avec des inconnus₇ Autre raison, précisez_ _ _ _ _₈ [NSP/Ne veut pas dire]**15.5 Avez vous déjà passé une mammographie ?** ₁ Oui ₂ Non**15.6 Avez vous déjà fait un frottis du col de l'utérus (frottis vaginal) ?** ₁ Oui ₂ Non**CONTRACEPTION****Si vous avez ou avez eu des rapports avec une femme :****16. Avez-vous déjà eu recours à une méthode contraceptive ?**₁ Oui ₂ Non

Si oui, laquelle ? _ _ _ _ _

Si vous avez ou avez eu des rapports avec un homme :**17. Antérieurement, avez-vous déjà eu recours à une méthode contraceptive ?**₁ Oui → aller à la question 16.2. ₂ Non**Si non****17.1. Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)**₁ Vous n'aviez pas de rapports sexuels ou pas de partenaire₂ Vous et/ou votre partenaire souhaitiez avoir un enfant₃ Vous ne pouviez pas ou plus avoir d'enfant₄ Vous ne saviez pas où aller pour bénéficier d'une contraception₅ Parce que c'était trop cher₆ Parce que votre famille ne souhaitait pas que vous utilisiez une contraception₇ Parce que votre religion vous interdisait l'usage de la contraception

<Said Tamim OMAR> -

₈ La contraception est quelque chose qui ne vous préoccupait pas vraiment

₉ Autres, préciser : _____

–

₁₀ [Ne sait pas/Ne connaît pas]

Si oui

17.2. Laquelle principalement ?

₁ Pilule

₂ Autre méthode (implant, patch, anneau vaginal, injection trimestrielle)

₃ DIU

₄ Préservatif (masculin ou féminin)

₅ Stérilisation contraceptive, ligature des trompes

₆ Méthodes naturelles (températures, ogino ou calendrier, le retrait...)

₇ Autre méthode, précisez : _____

17.2.1 Si vous avez coché au moins deux réponses, est ce parce que vous utilisiez plusieurs méthodes contraceptives en même temps ? ₁ Oui ₂ Non

18. Avez-vous dû l'interrompre ? ₁ Oui ₂ Non → aller à la question 18

Si oui

18.1. Pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Effets secondaires

₂ Désir de maternité

₃ Plus de relations sexuelles

₄ Problèmes financiers

₅ Autre motif, précisez : _____

Pour les femmes ayant un ou des partenaires :

19. Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ?

₁ Oui toujours

₂ Cela dépend des fois

₃ Non

₄ Ne sait pas

₅ Non concernée

Si oui

<Said Tamim OMAR> -

19.1 Quelles sont les méthodes que vous utilisez actuellement pour éviter de tomber enceinte ? (plusieurs méthodes possibles, ne pas citer les réponses)

- ₁ Pilule
- ₂ Préservatif masculin
- ₃ Préservatif féminin
- ₄ DIU
- ₅ Autre méthode (implant, patch, anneau vaginal)
- ₆ Stérilisation contraceptive, ligature des trompes
- ₇ Méthode naturelle (températures, calendrier, retrait, ogino...)
- ₈ Autre méthode, précisez : _____

19.1.1 Si vous avez coché au moins deux réponses, est ce parce que vous utilisez plusieurs méthodes contraceptives en même temps ?

- ₁ Oui ₂ Non

19.1.2 A quel point vous estimez-vous satisfaite de votre moyen de contraception ?

- ₁ Pas du tout ₂ Peu satisfaite ₃ Assez satisfaite ₄ Très satisfaite
satisfaite

19.1.3. Vous utilisez ce moyen de contraception :

- ₁ Car c'est la seule méthode que vous connaissez
- ₂ Par préférence
- ₃ Autres : _____

Si non

19.2. Pour quelle(s) raison(s) ne faites-vous rien pour éviter une grossesse ? (Plusieurs réponses possibles, ne pas citer les réponses)

- ₁ Pas de rapports sexuels ou pas de partenaire actuellement
- ₂ Enceinte ou souhaite avoir un enfant
- ₃ Ne connaît pas toutes les méthodes disponibles
- ₄ Vous ne pouvez pas ou plus avoir d'enfant
- ₅ Vous avez eu une mauvaise expérience antérieure et vous ne connaissez pas d'autre méthode
- ₆ Ne sait pas où aller pour obtenir des informations sur la contraception

<Said Tamim OMAR> -

- ₇ La contraception est trop chère
- ₈ Votre famille est contre la contraception
- ₉ Parce que votre religion vous interdit l'usage de la contraception
- ₁₀ Pas préoccupée par la contraception
- ₁₁ Autre, précisez : _____
- ₁₂ Ne sait pas

20. Souhaiteriez-vous aujourd'hui utiliser une méthode contraceptive ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Plus tard (après un accouchement par exemple)

Si oui

20.1. Si vous souhaitiez utiliser une méthode contraceptive, à qui vous adresseriez vous?
(plusieurs réponses possibles)

- ₁ Médecin
- ₂ Gynécologue
- ₃ Centre de santé
- ₄ Centre de planification familiale
- ₅ Sage-femme
- ₆ Pharmacien
- ₇ Centre de PMI
- ₈ L'un de vos proches
- ₉ Service d'aide et d'écoute téléphonique
- ₁₀ Forum Internet ou Foire à questions
- ₈ Autre, précisez : _____

21. Pour les femmes ayant vécu une grossesse : Après un accouchement ou une IVG vous-a-t-on proposé une méthode contraceptive ?

- ₁ Oui ₂ Non → aller à la question 20.3

Si oui

21.1. Laquelle ?

- ₁ Pilule
- ₂ Autre méthode (implant, patch, anneau vaginal, injection trimestrielle)
- ₃ DIU
- ₄ Préservatif (masculin ou féminin)
- ₅ Stérilisation contraceptive, ligature des trompes
- ₆ Méthodes naturelles (températures, ogino ou calendrier, le retrait...)
- ₇ Autre méthode, précisez : _____

21.2. Avez-vous déjà eu recours à cette méthode ? ₁ Oui ₂ Non

Si non

<Said Tamim OMAR> -

21.3. Pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Parce que c'est trop cher
- ₂ Parce que votre famille ne souhaite pas que vous utilisiez une contraception
- ₃ Parce que votre religion vous interdit l'usage de la contraception
- ₄ La contraception est quelque chose qui ne vous préoccupe pas vraiment
- ₅ Autres, préciser : _____
- ₆ [Ne sait pas/Ne veut pas dire]

22. En quelles sources d'informations ou en quels médias avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ?

- ₁ Médecins
- ₂ Presse spécialisée dans la santé
- ₃ Journaux
- ₄ Internet
- ₅ Magazines féminins
- ₆ Planning familial
- ₇ Entourage
- ₈ Pharmacie
- ₉ Brochures/dépliants/prospectus
- ₁₀ Associations de prévention
- ₁₁ Milieu scolaire
- ₁₂ Aucune
- ₁₃ Autres : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**23. Au cours de votre vie, avez-vous réalisé une ou des interruption(s) volontaire(s) de grossesse (IVG) ?**

- ₁ Oui ₂ Non → aller à la question 23 ₃ Ne veut pas dire → aller à la question 23

Si Oui**23.1. Nombre d'IVG pratiquées ?** |__|__|**23.2. A quel âge avez-vous pratiqué votre 1^{re} IVG ?** |__|__|**23.3. Quelle méthode ?**

- ₁ Aspiration :
- ₁ Sous anesthésie générale
- ₂ Sous anesthésie locale
- ₂ Médicamenteuse
- ₃ Autre, précisez : _____

23.4. IVG pratiquée(s) en France ? ₁ Oui ₂ Non

<Said Tamim OMAR> -

⇒ **Si Oui, avez-vous eu facilement accès à l'IVG ?**

23.4.1 Avez-vous facilement trouvé des informations/des conseils quant à la démarche à suivre ?

₁ Oui ₂ Non

23.4.2 Vous avez obtenu facilement un R-V ?

₁ Oui ₂ Non

23.4.3 Vous avez pu choisir la méthode d'IVG ?

₁ Oui ₂ Non

23.4.4 Avez-vous dû payer pour l'IVG ?

₁ Oui ₂ Non

23.4.5 Vous a-t-on demandé de faire des examens biologiques, une échographie avant la consultation au centre d'IVG ?

₁ Oui ₂ Non

23.4.6 Vous a-t-on proposé une méthode contraceptive dans les suites de l'IVG ?

₁ Oui ₂ Non

→ Pour les personnes n'ayant pas de couverture maladie :

23.4.7 A-t-on accepté de vous faire l'IVG même si vous n'aviez pas de couverture maladie ?

₁ Oui ₂ Non

23.5. Pour quelles raisons avez-vous eu recours à une ou plusieurs IVG ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Vous souhaitiez être enceinte mais pas à la période où la grossesse est survenue

₂ Vous n'utilisiez pas de contraception à l'époque

₃ Vous avez eu un problème avec votre contraception (oubli, mauvais fonctionnement...)

₄ Vous ne connaissiez pas la contraception d'urgence (pilule ou DIU)

₅ Vous ne souhaitez plus avoir d'enfant (L'IVG est un moyen de régulation des naissances)

₆ Autre raison, précisez : _ _ _ _ _

₇ [Ne sait pas/Ne veut pas dire/ne peut pas dire]

Pour les personnes n'ayant jamais eu d'IVG

24. Vous n'avez jamais eu recours à une IVG parce que vous avez toujours été enceinte quand vous le souhaitiez ?

₁ Oui ₂ Non

24.1 Si non, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas eu recours à l'IVG alors que vous n'aviez pas prévu cette grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Vous souhaitiez être enceinte même si vous ne l'aviez pas prévu

₂ Vous ne souhaitiez pas être enceinte mais vous avez accepté cette grossesse

<Said Tamim OMAR> -

- ₃ Votre mari ou votre entourage s'est opposé à une IVG
- ₄ Pour des raisons religieuses
- ₅ Vous ne saviez pas à qui vous adresser ou comment procéder
- ₆ Autre raison, précisez : _ _ _ _ _
- ₇ [Ne sait pas/Ne veut pas dire/ne peut pas dire]

Annexe 3.

ETUDE QUALITATIVE AUPRES DES FEMMES DE 14 A 49 ANS**CONTRACEPTION****1. Les connaissances****1.1****Connaissances sur la contraception**

- ⇒ Qu'est-ce qu'est la contraception ?
- ⇒ Pouvez citer 1 ou plusieurs méthode(s) contraceptive(s) ?
- ⇒ Connaissez-vous la contraception d'urgence ?
- ⇒ Le préservatif est-il une méthode de contraception ?
- ⇒ Existe-t-il des préservatifs féminins ?
- ⇒ Comment doit-on prendre la pilule ?
- ⇒ Faut-il faire régulièrement des examens quand on utilise une méthode contraceptive ?

1.2**Connaissances basiques du cycle menstruel**

- ⇒ Connaissez-vous la durée d'un cycle ?
- ⇒ Quel est le 1^{er} jour du cycle ?
- ⇒ Existe-t-il une période du cycle où vous êtes plus fertile ?
- ⇒ Peut-on être enceinte si on a des rapports pendant les règles ?

2. Les attitudes et représentations :

2.1 Contraception et sexualité :

⇒ Selon vous la pratique d'une contraception a-t-elle des effets sur la sexualité

₁ Oui ₂ Non

Si oui, lesquels ?

2.2 Aménorrhée et contraception

⇒ Si vous n'aviez pas vos règles alors que vous pratiquez une contraception que penseriez-vous ?

2.3 Selon vous, quels effets peut avoir la pratique d'une contraception ? :

(ne pas poser ces questions sauf si la femme bloque pour répondre, seulement valeur d'orientation pour conduire l'entretien La contraception rend-elle stérile, il est dangereux de prendre la pilule, pourquoi ? de porter un stérilet ou un implant ? et le préservatif ?)

3. Les pratiques :

3.1 Comment faites-vous pour ne pas être enceinte si vous ne le souhaitez pas ?

3.2 En parlez-vous avec votre mari - votre compagnon ? ₁ Oui
₂ Non

Si oui, comment a-t-il réagi ? (*soutenant, opposant, indifférent, argumentant*)

Si non, pourquoi ?

3.3 Est-ce vous qui avez choisi votre contraception, seule, avec votre mari ou autre et dans ce cas qui ?

₁ Oui ₂ Non

3.4 Vous a-t-elle été imposée ? ₁ Oui ₂ Non

Si oui, par qui ?

3.5 Parlez- vous de contraception avec d'autres femmes, de votre famille, de vos amies ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui, avec qui ?

Si non, pourquoi ?

3.6 En parlez/ parleriez –vous avec votre fille ? ₁ Oui ₂ Non

Si non pourquoi ?

Interruptions volontaires de grossesse

1. Les connaissances :

1.1 Connaissez-vous différentes méthodes de pratique de l'IVG ?

1.2 Connaissez-vous les délais pour pratiquer une IVG ?

1.3 Savez-vous où aller si vous souhaitez faire une IVG ?

2. Les attitudes et représentations

2.1 Quels sont les avantages de l'IVG / la contraception

2.2 Quels sont les avantages de la contraception/l'IVG

2.3 Si vous deviez faire une IVG, en parleriez-vous ? ₁ Oui ₂ Non

<Said Tamim OMAR> -

Si Oui

- ₁ Avec votre mari
- ₂ Avec une amie
- ₃ Avec une autre personne, qui ?

Si Non, Pourquoi ?

2.4 La pratique de l'IVG peut-elle être dangereuse pour votre santé ? 1 Oui 2 Non

Si Oui, pourquoi ?**Si non pourquoi ?****3. Les pratiques**

3.1 si vous avez déjà eu recours à une/ des IVG(s), Souhaiteriez-vous pratiquer une méthode contraceptive maintenant ?

- 1 Oui 2 Non

Si Oui, laquelle choisiriez-vous ?**Si Non, Pourquoi ?**

3.2 si vous avez eu recours une /des IVG en France, comment avez-vous su où aller, avez-vous dû être accompagnée, par qui, comment se sont déroulées les procédures de la prise de rendez-vous à la visite de contrôle ?

3.3 Conseilleriez-vous la pratique de l'IVG à d'autres femmes ? 1 Oui 2 Non

Si oui pourquoi ?

<Said Tamim OMAR> -

Si non pourquoi ?

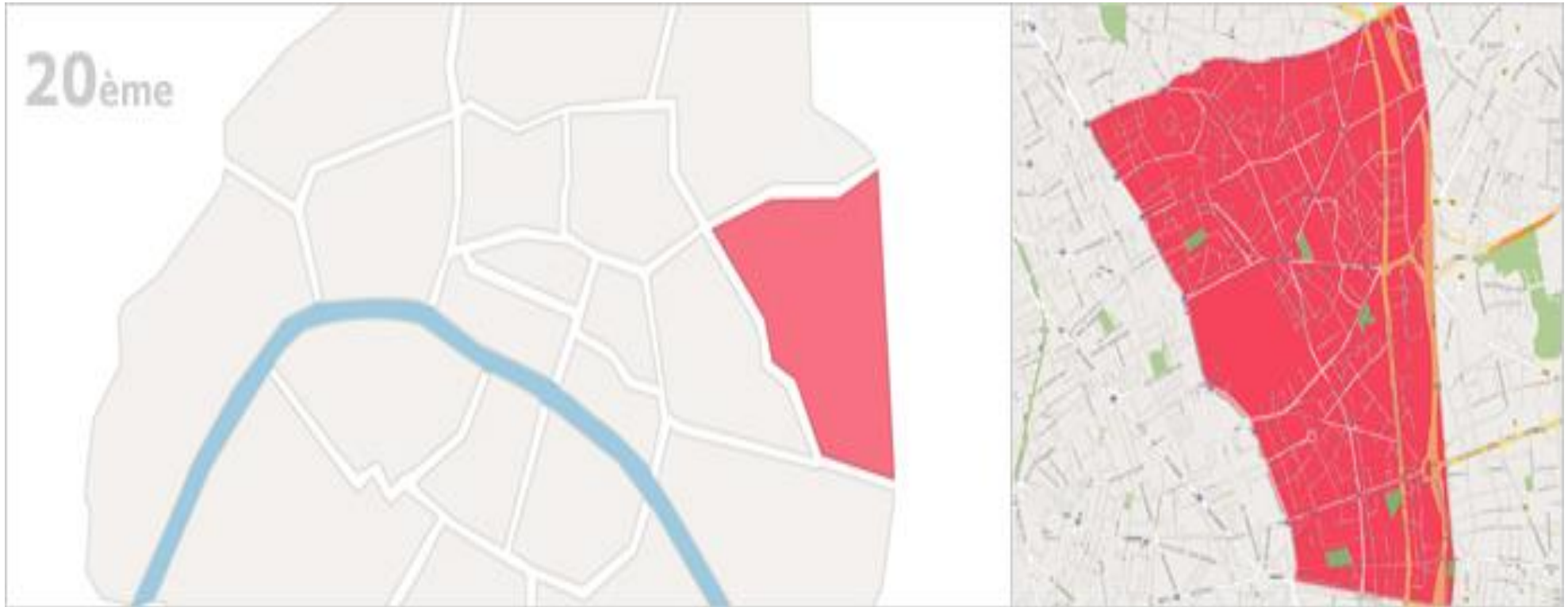
3.4 Conseilleriez-vous la pratique de l'IVG à votre fille ? 1 Oui 2 Non

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

3.5 Utiliseriez-vous la pratique de l'IVG comme une méthode pour réguler les naissances, sans passer par une méthode contraceptive ? (A adapter selon la personne)

Annexe 4. 20^{ème} arrondissement



<Said Tamim OMAR> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2013-2014>

<Said Tamim OMAR> -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – <2013-2014>

| | | |
|--|------------|--------------|
| OMAR | Said Tamim | 10 septembre |
| Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique | | |
| Les connaissances et les pratiques de la contraception et de l'IVG chez des femmes en situation de vulnérabilité - précarité en Île-de-France | | |
| Promotion 2013-2014 | | |
| <p>Résumé : Cette enquête est la confrontation des connaissances et des pratiques de la contraception et de l'IVG chez deux populations vulnérable-précaires : des femmes rencontrées dans les missions de Médecins du Monde et des femmes vulnérables de 20^{ème} arrondissement.</p> <p>Les femmes dans les deux populations sont des femmes précaires et en situation de vulnérabilité mais la type et le niveau de la précarité sont différents. Les femmes rencontrées à MdM comparées à celles du 20^{ème} arrondissement sont dans une précarité plus profonde et plus complexe avec accumulation de plusieurs précarités qui confine à l'exclusion.</p> <p>La contraception et l'IVG représentent encore un sujet "tabou" et des pratiques jugées très dangereuse par les femmes rencontrées dans des missions de MdM alors que les femmes de 20^{ème} arrondissement sont plutôt ouvertes sur ce sujet (elles communiquent sur ce sujet avec son entourage) même si l'aspect dangereux existe aussi pour elles.</p> <p>En comparant le taux de pratique de la contraception et les connaissances sur celles-ci, nous constatons, qu'ils sont meilleurs chez les femmes du 20^{ème} arrondissement que chez celles de MdM et moins bons que ceux des femmes en Île-de-France. Nous constatons qu'il existe un lien entre les connaissances et la pratiques des femmes et leur niveau de précarité et de hiérarchie sociale, ce que les sociologues appellent le gradient social. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, on peut objectiver des écarts existant sur l'ensemble de la hiérarchie sociale.</p> <p>Pour avoir l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions, d'après la loi 2004, nous avons proposé certaines recommandations que vous pouvez trouver dans le corps de texte.</p> | | |
| <p>Mots clés : <Contraception, Interruption volontaire de grossesse, santé sexuelle et reproductive, Vulnérabilité, Précarité, Les connaissances, La pratique, Île-de-France, Médecins du Monde, 20^{ème} arrondissement ></p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |

