

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1033

2020 TOU3 1034

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

Pauline ASTRUC et Lisa OUANHNON

le 26 mai 2020

**SANTÉ DE LA FEMME EN POPULATION MIGRANTE : ENTRE
IDÉALISATION ET CONFRONTATION**

Étude qualitative auprès des femmes migrantes à Toulouse

Thèse dirigée par : Pr Marie-Eve ROUGE-BUGAT

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Assesseur

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Assesseur

Madame le Docteur Karine PARIENTE

Assesseur

Monsieur le Docteur Nicolas THORESON

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMÉL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ASBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCCICOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DJCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINO S Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GÉNÉSTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMÉL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeurs Emérites	
		Professeur ADER Jean-Louis	
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTE Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMÉL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	M. OUVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. DAHAN Maroël (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	P.U. Médecine générale	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Professeur Associé Médecine générale	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	Mme MALAVALD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Géatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biot. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbart (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IR-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. TACK Ivan	Physiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire		
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique		
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	P.U. Médecine générale	
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. GROLLEAU-RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. BOYER Pierre	
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Mylène	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOLAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GAUNIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leïla

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur MESTHE, vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Notre souhaitons à cette occasion vous remercier d'avoir partagé votre passion de la santé de la femme et des migrants lors de vos enseignements facultaires. Votre vision de la médecine générale est une grande source d'inspiration pour nous. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre directrice de thèse,

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT, tu nous as fait l'honneur de diriger notre thèse et nous t'en sommes reconnaissantes. Merci de ta disponibilité et de tes précieux conseils, tout au long de ce travail et dans bien d'autres circonstances. Sans toi, ce projet n'aurait jamais pu voir le jour. Sois assurée de notre profond respect.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Karine PARIENTE. Nous te remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Le stage à la PASS a été une superbe expérience. Il a permis d'enrichir ce travail d'une vision différente du soin des patients migrants. Merci pour tout ce que tu transmets, aussi bien sur le plan médical qu'humain, aux internes qui croisent ton chemin.

À Monsieur le Docteur Nicolas THORESON. Tu nous as fait l'honneur de participer au jury de cette thèse et nous te remercions de l'intérêt que tu as porté à ce travail. Trouve ici l'admiration profonde pour le maître de stage et le médecin que tu es.

Monsieur le Professeur Olivier PARANT, vous avez accepté de participer au jury de cette thèse et nous en sommes très honorées. Votre regard de Professeur hospitalo-universitaire, et de spécialiste en gynécologie était essentiel pour nous. Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

Nous tenions également à adresser des remerciements à tous ceux qui ont contribué à ce travail :

À nos participantes évidemment : Eliane, Sarah, Estelle, Mathilde, Paule, Françoise, Catherine, Claire, Ikram, Maud, Imane, Hélène, Floriane, Brigitte, Sylvette, Cécile et Camille. Merci pour le temps passé à répondre à nos questions. Vous nous avez ouverts vos maisons et votre intimité. Ces moments de partages resteront longtemps dans nos mémoires.

À Monsieur Daniel ROUGE : Merci de nous avoir donné la chance de rencontrer toutes ces femmes. L'intérêt que vous avez porté à notre étude a été décisif pour la suite de sa réalisation et nous vous en sommes reconnaissantes. Cette thèse est un bel exemple de ce que peut produire la rencontre entre des acteurs de monde différents ayant un but commun : le bien-être et la santé des populations.

À madame Audrey HERNANDEZ et aux travailleurs sociaux des associations SOLIHA 31, France horizon, AVEC : Nous ne vous remercierons jamais assez pour votre enthousiasme et votre implication dans ce projet. Vous avez su persuader ces femmes de nous rencontrer, vous avez permis que ces rencontres se passent dans les meilleures conditions, pour elles et pour nous, et ce pendant plus d'une année.

Aux interprètes : Merci d'avoir permis à ces femmes de s'exprimer et d'avoir retranscrit leurs paroles pour nous. Merci spécialement à Ilham d'avoir fait le lien avec elles et également d'avoir endossé ce rôle lors de deux beaux entretiens.

Au Dr Laëtizia GIMENEZ : Nous tenions à te remercier pour le temps que tu nous as accordé et pour le regard avisé que tu as posé sur notre travail. Nous souhaitons aussi exprimer notre admiration pour toute l'aide que tu dispenses aux étudiants avec patience et bienveillance.

À Charlie MARQUIS : Merci pour tes conseils bienveillants et ton temps. Cela a été une chance pour nous d'avoir ta vision de la recherche qualitative. Il est toujours très intéressant de pouvoir échanger avec des chercheurs issus d'autres formations.

Aux animateurs des ateliers d'aide méthodologique de la faculté : Merci de vos conseils et de votre disponibilité auprès des étudiants. Ces ateliers sont non seulement une aide, mais aussi une motivation, pour les étudiants qui cherchent à réaliser des travaux de recherche de qualité.

À François Haudry : Qui a toujours répondu à nos questions et été d'une grande aide lors des démarches, alors que le confinement les avait rendues compliquées.

À Sarah pour ton apport majeur à notre travail d'analyse. **À Sélim** pour ton regard perspicace et tes compétences en informatique. **À Charline** pour ton partage d'expérience. **À Paule, Françoise, Estelle et Imane** pour vos relectures et vos précieux avis.

Remerciements personnels Pauline Astruc

Remerciements personnels de Lisa Ouahnnon

Tout d'abord, merci à **Pauline**, d'avoir partagé cette belle expérience avec moi. Merci pour tous nos papotages, nos rigolades, nos week-ends au téléphone, merci d'avoir fait de ta maison ma résidence secondaire (et merci à Camille aussi !), merci d'avoir partagé ta vision de la vie et de la femme avec moi.

Merci à tous mes maîtres de stages et les équipes qui m'ont si bien accueillie : **Olivier**, pour m'avoir fait découvrir une belle médecine générale, pleine de cœur et de générosité. **Sylvette** pour ton accueil et toute l'équipe de Prat Bonrepaux. **Arnaud**, pour ta curiosité, ton esprit critique mais toujours bienveillant et ta grande pédagogie, **Claire** et toute l'équipe d'Aurignac. **Julien**, pour ta gentillesse. **Astrid** pour ton caractère si unique. Tous les **gynécologues de Rive Gauche**, qui m'ont permis de découvrir la gynécologie. **Sophie et Laurène** pour votre gentillesse et tout ce que vous m'avez transmis sur la pédiatrie. Et enfin un grand merci à **toute l'équipe de la PASS**, qui a participé à me faire vivre trois mois très riches en découvertes et en émotions.

A mes amis de tout horizon. Merci à **Rachid** d'être mon petit frère adoptif et de toujours croire en moi. Merci à **Catherine** d'être venue avec moi dans cette folle aventure toulousaine. Merci à tous mes **colocs** : ceux de Jolimont (Eva, Christophe, Sam et Madame Loïk), à **Maria**, pour nos longues conversations sur les migrants et tant d'autres choses, et à tous les autres.

Merci à **Marie-Lyse** et sa douce voix, à **Jacques** et son humour inspirant, à ma grand-mère, à **Floriane** et sa tendresse, à tous mes oncles, tantes et cousins de si bien m'accompagner et me soutenir. Merci à **Eliane, Ikram et Kévin** d'être ma deuxième famille. Thank you **Jake** to be a so funny monkey.

Merci à mes **parents**, de m'avoir appris la tolérance et le partage. Merci d'être toujours là pour moi (même sans téléportation).

A ma sœur, **Sarah**, d'être toujours présente quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, pour me conseiller, me faire rire (parfois) ou faire la hot line excel 24h/24.

A ma deuxième sœur, **Imane**, ma compagne de toujours, d'avoir partagé tous ces moments avec moi, des fous rires au collège, au monde de la santé et des migrants.

A **Sélim**, d'être toujours à mes côtés (ou à 5000 km), de me soutenir, me supporter, me trouver des surnoms toujours plus alambiqués, et de m'apporter tant d'amour et de rires.

Table de matières

<i>Liste des abréviations</i>	1
<i>Glossaire</i>	2
<i>Introduction</i>	4
<i>Matériel et méthode</i>	6
I. Cadre Conceptuel et choix de la méthode	6
II. Population d'étude	6
a. Définition de la population cible	6
b. Echantillonnage	7
III. Recueil de données	8
a. Guide d'entretien	8
b. Modalités du recueil	9
IV. Analyse	10
a. La codification	10
b. La catégorisation	10
c. La mise en relation	10
d. L'intégration	10
e. La modélisation	10
f. La théorisation	11
V. Rôle et caractéristiques des chercheuses	11
VI. Ethique	12
<i>Résultats</i>	13
I. Sélection de la population d'étude et recueil de données	13
a. Recrutement	13
b. Population d'étude	13
c. Recueil de données	13
II. Représentations en santé de la femme	14
a. Influence culturelle	14
b. La consultation de gynécologie	18
c. Définition d'un bon soignant	22
III. Le statut de migrante	24

a.	Une nouvelle vie marquée par une instabilité majeure	24
b.	Précarité	24
c.	Méconnaissance de l'organisation des soins	25
d.	Barrière de la langue	26
IV.	La prise en charge gynécologique en France, un constat mitigé	27
a.	Un système satisfaisant	27
b.	Des soignants aidants	30
c.	Des moyens pour contourner la barrière de la langue	31
d.	Entre surmédicalisation et discrimination	32
e.	L'inexistence de prise en charge préventive	33
f.	Une réaction passive ou opposante au soin	35
	<i>Discussion</i>	37
I.	Forces et limites de l'étude et influence des chercheuses	37
II.	Essai de théorisation.....	38
III.	Application à la médecine générale	43
IV.	Perspectives.....	46
	<i>Conclusion</i>	47
	<i>Bibliographie</i>	48
	<i>Annexes</i>.....	51
	<i>Résumé - Abstract</i>.....	64

Liste des abréviations

DESA : Département des Affaires Economiques et Sociales

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FC : Fausse-couche

HCDH : Haut-Commissariat de l'ONU aux droits de l'Homme

HCR : Haut-Commissariat de l'ONU aux réfugiés

HPV : Human Papilloma Virus

IMG : Interruption Médicale de Grossesse.

INCA : Institut National du Cancer

INSEE : Institut national des Statistiques et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OIM : Organisation internationale pour les migrations

ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

Glossaire

Le mot **migrant** utilisé dans la plupart des articles et publications d'épidémiologie et de santé publique est un terme générique qui n'est pas défini par le droit international et qui désigne : « Toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale » (1).

Pour effectuer des statistiques, le terme de **migrant international** est retenu par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DESA) : « toute personne qui change de pays de résidence habituelle ». Sont exclus de cette définition les déplacements effectués « à des fins de loisirs, de vacances, de visites à des amis ou à de la famille, d'affaires, de traitement médical ou de pèlerinages religieux » (2).

Du point de vue français, un migrant arrivé sur le sol français est défini comme **immigré** c'est-à-dire une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition (3).

Un **étranger** est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française : elle possède soit une autre nationalité (à titre exclusif), soit elle n'en a aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) (3).

Il est également important de définir le terme de **réfugié** : Personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa

résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner (4).

Cette personne est dite **sous mandat** si elle peut se réclamer de la protection de l'Organisation des Nations Unies, assurée par le Haut-Commissariat pour les Réfugiés (HCR) (5).

Un **demandeur d'asile** est défini par : « Personne sollicitant la protection internationale ». Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées, le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile (6).

Introduction

A ce jour la France compte 6,5 millions d'immigrés^A dans sa population. Avec 276 576 titres de séjour délivrés en 2019, dont 36 512 attributions d'asile, la France a vocation à être une terre d'accueil pour les populations migrantes (3,7).

Le mot migrant possède une multitude de définitions dans les études de santé mais aucune officielle. Les auteurs utilisent généralement celle qui correspond le plus à la population étudiée (8). Dans notre étude, le mot « migrante » fait référence à une femme née à l'étranger, non française, arrivée en France récemment et sans titre de séjour. Une variabilité de profils peut entrer dans cette définition, en fonction du pays d'origine, de la cause de la migration ou encore de la complexité du parcours migratoire.

Depuis 2005, la France a connu, comme de nombreux pays européens, une nette augmentation du nombre d'immigrés (9). Leur santé est alors devenue un objectif social et politique prioritaire (10).

Malgré cet intérêt, les connaissances sur l'état de santé des populations migrantes restent limitées. Cela s'explique par des raisons idéologiques, qui empêchent le recueil de données ethniques dans les travaux de recherche, ainsi que par la diversité de populations regroupées sous l'appellation "migrants".

On sait néanmoins qu'il existe des disparités en matière de santé entre population migrante et population française. Les populations migrantes en France se déclarent en moins bonne santé que les français (11). De plus, diverses études s'accordent sur un moindre recours des populations migrantes aux médecins généralistes et aux spécialistes (12,13). Des disparités d'accès à des mesures de prévention ont été observées en matière de vaccination ou de dépistage (14).

Ces inégalités en santé seraient expliquées entre autres par les conditions de vie et de travail précaires de ces populations, l'exclusion sociale, une moindre connaissance du système de soins, et enfin la réponse différenciée des soignants à leurs demandes (15).

En particulier, dans le domaine de la santé de la femme, des inégalités d'accès aux campagnes de dépistage des cancers gynécologiques ont été observées (16). En ce qui concerne les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), on retrouve dans les populations migrantes un

^A Un glossaire explicitant les différents termes employés est disponible à la page 4.

taux de séropositivité pour le VIH et pour les hépatites virales supérieur aux taux nationaux (17). Des travaux sur la période périnatale ont également montré un risque accru de morbi-mortalité maternelle et de complications périnatales dans les populations migrantes, expliqués entre autres par un suivi prénatal inadéquat et des soins différés (18–20).

Cependant, peu de recherches se sont penchées sur le suivi gynécologique de ces femmes, leurs motifs de recours au soin, et leur vision du système français en matière de santé de la femme.

En France, la consultation en santé de la femme peut être assurée par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme. Les femmes ont recours à ces professionnels pour des raisons obstétricales : diagnostic et suivi de grossesse, préparation à l'accouchement, post-partum. Elles sont également amenées à consulter pour des motifs gynécologiques : devant l'apparition de symptômes (pathologie gynécologique), ou plus régulièrement pour des consultations de prévention (dépistage des cancers, évaluation du risque d'IST) ou de planification.

Ce cadre est propre à la France et est susceptible de varier d'un pays à l'autre, comme l'illustre par exemple la variabilité observée sur les préférences en matière de contraception (21).

La consultation en santé de la femme ne se limite pas à un examen médical gynécologique. Il permet d'aborder les thèmes de la vie sentimentale, sexuelle et familiale, toujours avec précaution et respect de l'intimité.

C'est donc ce domaine si particulier et riche en représentations que nous avons choisi d'étudier à l'aide d'une méthode qualitative.

L'objectif de notre étude est d'explorer le vécu du soin gynécologique français par des femmes migrantes.

Matériel et méthode

I. Cadre Conceptuel et choix de la méthode

Afin d'étudier la santé de la femme dans des populations migrantes, la recherche qualitative s'est imposée. Cette méthode rendait possible la réalisation d'un travail exploratoire large de la santé de la femme dans sa globalité et sa complexité. Ce domaine riche en représentations et en vécus, heureux comme douloureux, ne pouvait être étudié convenablement qu'avec une technique de recherche qualitative.

L'utilisation de cette méthode avec l'aide d'interprètes professionnels représentait une voie d'accès privilégiée : elle permettait d'aller à la rencontre directe de ces populations ne parlant pour la plupart pas correctement le français, et donc souvent sous-représentées dans les études en santé.

Afin d'éviter au maximum le recours à des idées préconçues dans un domaine particulièrement riche en préjugés, une analyse par théorisation ancrée a été préférée : elle a permis d'explorer un domaine peu étudié, afin de créer progressivement une hypothèse à confirmer.

II. Population d'étude

a. Définition de la population cible

Compte tenu de la question de recherche, deux points principaux ont été discutés pour définir la population d'étude : le stade migratoire et l'âge des participantes.

Après réflexion, nous avons choisi de cibler des femmes en situation stable, donc pas trop précocement dans le processus migratoire. Cette stabilité a été définie par l'obtention d'un logement et la régularisation de leur statut. Cette décision a été prise pour maximiser le taux d'adhésion à l'étude en évitant une première phase migratoire particulièrement instable et précaire, et pour améliorer la connaissance des participantes sur le système médical français.

En ce qui concerne l'âge, la population d'étude devait présenter une variation maximale des profils concernés par un suivi gynécologique. Notre population d'étude a été limitée aux femmes de plus de 18 ans afin d'avoir un vécu suffisant de prise en charge en gynécologie dans leur pays d'origine et/ou en France.

L'objectif étant de s'intéresser aux femmes migrantes en général, et non pas à une population spécifique, aucune limite n'a concerné les nationalités des participantes.

b. Echantillonnage

Pour le recrutement des participantes, les chercheuses ont travaillé conjointement avec la Mairie de Toulouse. Le domaine « lutte contre les exclusions » de la Mairie est en effet en charge d'une cohorte de familles migrantes depuis 2015. Ces familles sont logées « en diffus » sur le territoire toulousain : elles sont hébergées dans des logements individuels (appartements, mobil-homes) dans différents quartiers de la ville. Elles sont accompagnées par les travailleurs sociaux de trois associations (Soliha 31, France Horizon et AVEC) qui les aident dans leurs démarches administratives, leur recherche d'emploi et la scolarisation des enfants. Elles sont en situation régulière sur le territoire français : il s'agit donc de populations originaires de pays européens ou bénéficiant d'un statut de réfugié.

Des rencontres régulières ont donc été organisées entre les chercheuses et les équipes de travailleurs sociaux en charge de ce projet. Ils ont été les recruteurs directs des participantes. Les critères d'inclusion leur ont été communiqués. Les explications nécessaires au recrutement ont été détaillées lors des réunions, ainsi que par l'intermédiaire d'un document dédié (*Annexe 1*). Les informations données aux recruteurs ont été limitées afin d'éviter un biais de sélection et de conserver la spontanéité des participantes lors des entretiens.

Le recrutement s'est fait de manière volontaire, grâce au travail d'information d'une dizaine de travailleurs sociaux et à leur lien privilégié avec les familles. Il leur a été demandé de proposer systématiquement aux femmes entrant dans les critères, si elles acceptaient de participer à l'étude.

Le nombre d'entretiens n'a pas été préétabli, l'objectif étant d'atteindre une saturation théorique des données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer la théorisation élaborée. Les participantes à ces deux entretiens ont été choisies de manière à assurer une variété suffisante des profils en ce qui concerne le pays d'origine et l'âge des participantes.

III. Recueil de données

a. Guide d'entretien

Après avoir délimité l'objet d'étude, un guide d'entretien (*Annexe 2*) a été élaboré par les chercheuses. Il comportait en premier lieu un talon sociologique, permettant de caractériser l'échantillon (situation familiale et professionnelle, contexte migratoire, suivi médical).

Le guide était ensuite organisé en grandes parties : une question ouverte était posée pour chaque partie, avec possibilité de relances si nécessaire.

Une phase de test a été réalisée par les chercheuses suite à l'élaboration d'une première version du guide d'entretien. Elle a consisté en la réalisation d'un entretien avec une jeune femme francophone non migrante. Cela a permis de tester la compréhension des questions. De plus, les différentes techniques d'entretien ont ainsi pu être mises en pratique avant les entretiens auprès des participantes.

Le guide a évolué à la suite de cette phase test puis des premiers entretiens, après discussion entre les chercheuses et la directrice de thèse. Sa troisième et dernière version a été fixée après le troisième entretien. Des changements dans la manière de mener les entretiens se sont faits tout au long du travail, en fonction de l'expérience des chercheuses et de l'évolution de l'analyse des données.

La version finale comportait une première partie sur leur prise en charge gynécologique dans leur pays d'origine, à travers une approche biographique. Cette partie se décomposait en suivi gynécologique, puis suivi de grossesse, accouchement et post-partum. La seconde partie reprenait les mêmes items mais depuis leur arrivée en France. Des questions sur leur satisfaction et des pistes d'améliorations éventuelles y étaient également présentes. La dernière partie était une revue des principaux motifs de consultation en gynécologie des femmes en France, permettant ainsi de discuter des sujets de contraception et de dépistages, lorsque ceux-ci n'avaient pas été abordés auparavant.

b. Modalités du recueil

Les données ont été recueillies sous forme d'entretiens semi-directifs. Le sujet étudié touchant la sphère de l'intime, le format individuel s'est rapidement imposé. Les entretiens ont été menés par les deux chercheuses entre octobre 2018 et novembre 2019.

Les différentes étapes de l'étude ont été rapportées par chacune des chercheuses dans un carnet de bord individuel.

Le choix du lieu et de la date a été laissé aux participantes. Le domicile a été favorisé pour permettre un climat de confiance et parfois l'apport d'informations complémentaires sur le mode de vie et le contexte familial. Des entretiens seule à seule, en l'absence des autres membres de la famille et des travailleurs sociaux, ont été privilégiés. Les chercheuses pouvaient être accompagnées par les travailleurs sociaux lors de leur rencontre avec les participantes, afin de rassurer les femmes, souvent anxieuses devant l'incertitude du contenu et du but de cet entretien. Quelques informations générales nous avaient été communiquées à l'avance (âge, pays d'origine).

Les entretiens se faisaient avec l'aide d'interprètes professionnels, si les participantes étaient d'accord. Cela paraissait indispensable dans une recherche qualitative, afin de recueillir en détails les propos des participantes. Les interprètes devaient être exclusivement de sexe féminin, afin de minimiser la gêne induite par la présence d'une tierce personne. Nous avons fait appel à Cofrimi, un organisme spécialisé dans les domaines de l'immigration, pour sélectionner des interprètes formés et disponibles. Si possible, l'interviewer se réunissait seule avec l'interprète avant le début de l'entretien, afin de lui expliquer le but de la démarche et les modalités de la recherche qualitative.

Un temps d'information était dédié, au début de chaque entretien, afin de rassurer les participantes sur le contenu et le but de l'étude, et de se présenter à elles. Le statut de chercheuse a été mis en avant, contrairement au statut de médecin généraliste. Le but était d'éviter que les participantes se sentent jugées sur leurs connaissances médicales.

L'entretien était enregistré par deux supports audio. Quelques notes étaient prises en complément de l'enregistrement (contexte, éléments non verbaux, événement extérieur).

La retranscription intégrale des entretiens a été faite à la suite de chaque entretien, par l'interviewer. L'inclusion du non verbal a été discutée par les deux chercheuses avant le début des entretiens.

IV. Analyse

Une analyse par théorisation ancrée a été menée pour cette étude. De nombreux ouvrages de sciences sociales, ainsi que des ressources méthodologiques en recherche médicale, ont été utilisées pour l'apprentissage de cette méthode (22).

L'analyse a été réalisée sur un tableur Excel dynamique (*Annexe 3*).

Six étapes successives ont été nécessaires à la réalisation de l'analyse des résultats.

a. La codification

Après la retranscription de chaque entretien, un travail de codification a été réalisé par les chercheuses. Les données brutes ont ainsi été reformulées et transformées en mots clés, afin de dégager l'essentiel du discours recueilli.

b. La catégorisation

Le travail de conceptualisation a ensuite pu commencer, à travers l'élaboration de catégories. Une catégorie désigne « un phénomène culturel, social ou psychologique tel que perceptible dans un corpus de données » (Paillé, 1996). Les chercheuses ont donc créé des catégories à partir de leur travail de codification. Elles les ont définies et en ont décrit les propriétés.

c. La mise en relation

Cette étape a commencé dès l'élaboration des catégories. Elle s'est poursuivie par la recherche de liens entre les différentes catégories, ainsi regroupées en thèmes. Ce travail a été mené de manière continue à travers les différents entretiens réalisés. Se sont ainsi dégagés différents thèmes, chacun composé de plusieurs catégories et sous-catégories.

d. L'intégration

Au fil de l'analyse et après l'identification de thèmes principaux, un phénomène central a été mis en évidence. C'est ce qui a permis l'apparition d'une problématique.

e. La modélisation

Toujours à l'aide des données recueillies pendant les entretiens, les chercheuses ont tenté de représenter schématiquement les différents processus identifiés lors des étapes précédentes, et de les articuler autour du phénomène central.

f. La théorisation

L'étape finale a été la formulation d'une théorisation. Les chercheuses ont ici tenté de systématiser la modélisation élaborée à l'étape précédente. L'ajout de chaque nouvel entretien a permis soit de confirmer l'hypothèse formulée, soit de la confronter aux données qui la contredisent.

L'ensemble de ce travail a donc été mené de manière itérative, au fur et à mesure de l'analyse de nouveaux entretiens.

Une triangulation des sources a été effectuée : les entretiens ont été menés auprès de femmes différentes, à des moments différents. La théorisation a ensuite été confrontée à une recherche bibliographique sur le sujet.

De plus, une triangulation des investigateurs a été réalisée tout au long de ce travail : les deux chercheuses ont réalisé la codification et la catégorisation de manière indépendante, avant concertation. L'avis d'une chercheuse extérieure, Pr Marie-Eve Rougé Bugat, directrice de la thèse, a été demandé à plusieurs reprises. La méthode a été discutée avec Charlie Marquis, coordinateur de l'IFERISS (Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé & Société), et spécialisé en sciences sociales.

V. Rôle et caractéristiques des chercheuses

Ce travail a été mené par un binôme de médecins généralistes, à la fois cliniciennes et chercheuses. Il s'agissait de leur premier travail de recherche qualitative. Il a été encadré par le Professeur Marie-Eve Rougé Bugat, médecin chercheur et directrice de cette thèse. Aucune des participantes n'avait été patiente d'une des investigatrices.

Chacune des deux chercheuses a participé à la définition de l'objet d'étude, à partir de son expérience propre de clinicienne (stage à la PASS, au centre de planification, dans différents cabinets de médecine générale) et d'une recherche bibliographique menée en binôme. Les entretiens ont été répartis entre les deux chercheuses, chacune réalisant la retranscription des entretiens qu'elle a menés. L'analyse des données a été menée de manière indépendante par les deux chercheuses, avant concertation pour chaque entretien. Le regroupement en thèmes, la définition de la question de recherche, ainsi que l'élaboration de la théorisation ont été réalisés en binôme.

Une réflexion autour du principe de réflexivité a été menée par chacune des deux chercheuses.

VI. Ethique

Au début de chaque entretien, un formulaire de consentement a été signé par les participantes (*Annexe 4*). Les modalités d'enregistrement et d'anonymisation leur ont ensuite été expliquées à l'oral et avec l'aide d'un document d'information écrit (*Annexe 4*).

Lors de la retranscription des entretiens, tout élément pouvant enfreindre le principe d'anonymat a été supprimé. Un faux prénom aléatoire a été attribué à chaque enquêtée.

La thèse a débuté avant la restructuration de la commission éthique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées qui n'a donc pas répondu à la demande d'approbation. Une nouvelle demande a été soumise en mars 2020 : nous sommes en attente de réponse.

Résultats

I. Sélection de la population d'étude et recueil de données

a. Recrutement

Le taux de recrutement a été très variable selon les travailleurs sociaux. Les hommes (environ un quart d'entre eux) nous ont expliqué avoir plus de difficultés à recruter. Aborder le sujet de la santé de la femme n'était pas toujours simple. Il était même parfois difficile de s'entretenir avec les femmes : ils nous expliquaient par exemple, avoir très peu de contact direct avec les femmes syriennes, pour qui tout passait par le mari. La barrière de la langue a aussi compliqué le recrutement : faire comprendre aux femmes le principe et le but de cet entretien s'est avéré difficile. Le contexte de vie et la précarité sociale dans laquelle ces familles vivaient, ont aussi pu compliquer le recrutement. Le but de cette recherche, souvent mal compris, ne représentait pas une priorité pour elles. Chaque travailleur social a donc probablement tenté de recruter en premier lieu les femmes avec qui ils avaient le plus de facilité à communiquer, ou qui pouvaient potentiellement être intéressées par le sujet. Certaines ont accepté pour rendre service aux travailleurs sociaux qui les accompagnaient au quotidien. Trois entretiens ont dû être annulés à cause d'un voyage dans le pays d'origine ou d'un changement de situation professionnelle.

b. Population d'étude (*Annexe 6*)

La population finale était composée de 17 femmes entre 19 et 55 ans. Elles venaient de 6 pays différents : une majorité de Roumaines et Bulgares, des Syriennes, une Albanaise, une Kosovare et une Soudanaise. Elles avaient toutes une appartenance religieuse. Elles étaient mariées ou en concubinage, deux d'entre elles étaient divorcées, et toutes sauf deux avaient des enfants. Elles étaient arrivées en France depuis au moins 6 mois et avaient des niveaux d'études et des situations professionnelles très variables. Elles avaient toutes un médecin traitant.

c. Recueil de données

Nous avons réalisé 17 entretiens, d'une durée moyenne de 50 minutes (de 25 minutes à 1h40). Ils ont été réalisés en majorité au domicile des participantes, ou pour environ un quart dans les locaux des associations. La femme était seule dans deux tiers des entretiens. Dans les autres

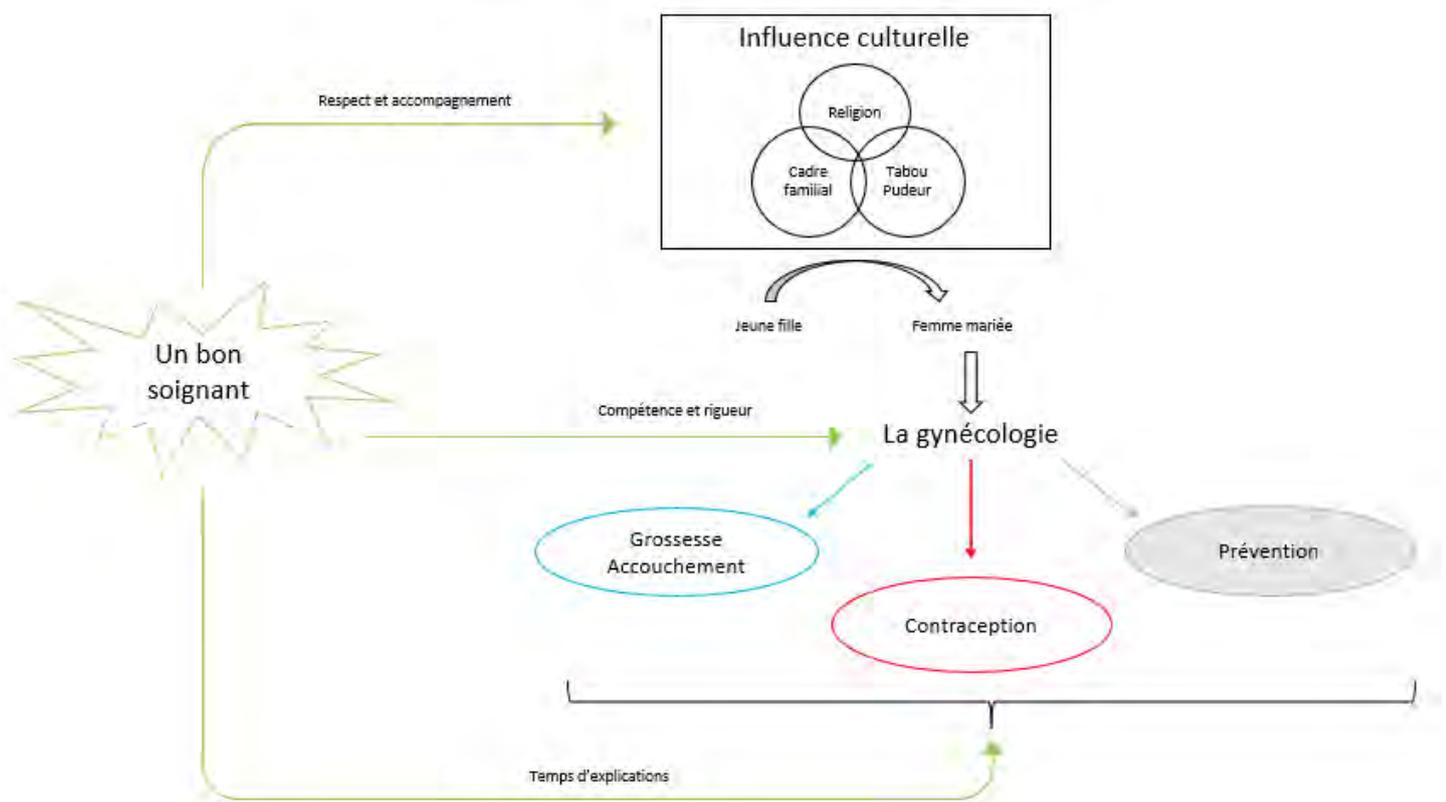
cas, la famille (enfants, mari, voire parents et beaux-parents) étaient présents dans le logement. Même si, chaque fois, il leur avait été demandé d'être isolée dans une pièce, la survenue des enfants ou d'autres membres de la famille a pu interrompre l'entretien. Deux participantes ont préféré la présence d'une tierce personne (la belle-mère et le mari), modifiant l'atmosphère de l'entretien.

Une interprète était présente à chaque entretien, sauf le premier, pour lequel la participante a préféré être seule avec l'intervieweuse. Les recommandations sur le travail d'interprétariat méticuleux demandé par la méthode qualitative ont été suivies de manière variable. Le matériel collecté a quand même été globalement de bonne qualité.

Dans plus de la moitié des entretiens, les participantes ont été mises au courant, par les travailleurs sociaux ou les interprètes, du statut de médecin de l'intervieweuse.

II. Représentations en santé de la femme

Devant la richesse des notions explorées lors des entretiens, une schématisation nous a paru nécessaire.



a. Influence culturelle

i. Un cadre familial, communautaire et religieux

Originaires de pays et de cultures très variées, les participantes avaient toutes un point commun : elles évoluaient dans un cadre familial très structuré, et portaient beaucoup d'importance à la religion et à l'avis de leur communauté.

○ *La place centrale de la religion*

Issues de courants religieux différents, la plupart des femmes ont évoqué l'importance du divin dans leur entretien. Dieu était pour une majorité d'entre elles à l'origine de tout. Il était décideur de la bonne santé comme de la maladie. Une grossesse et un accouchement étaient réussis grâce à lui. Le fait même d'être enceinte était un accomplissement de la volonté divine.

“C'est venu sans qu'on s'y attende, grâce à Dieu, Dieu est grand, j'ai eu ma fille.” Sarah

○ *Le poids de la communauté*

Au-delà de la religion, l'appartenance à une communauté a souvent été rapportée. Beaucoup ont expliqué la nécessité de se plier aux règles imposées : le mari devait faire partie de la même communauté, la virginité devait être conservée jusqu'au mariage, la gynécologie ne pouvait concerner qu'une femme mariée.

“Non dans leur culture on ne peut pas. Quand on arrive avec son mari on doit être vierge. C'est comme ça, les familles font connaissance avant et il faut être vierge.” Maud

Cette appartenance a pu parfois être ressentie comme un poids. La notion de jugement par les autres membres de la communauté était très présente.

○ *Le mariage : un changement de statut*

D'après les participantes, la religion, l'influence communautaire mais également le cadre familial, parfois strict, participait à décrire le mariage comme un tournant drastique dans la vie d'une femme. Une fois mariée, la femme changeait de statut pour passer de jeune fille à procréatrice. Elle devenait sexualisée et donc potentiellement enceinte. Le suivi gynécologique était alors justifié. La contraception n'était pas nécessaire car la grossesse était attendue. Toutes ont décrit cette transition vers le statut de mère.

“Oui si une jeune fille qui est pas mariée qui va chez le gynécologue, ils vont se demander si elle est pas enceinte, les gens vont parler. C'est un peu la culture, ça va faire du bruit (rires collectifs).” Astrid

Lorsqu'elles devenaient mère, leurs enfants devenaient leur priorité absolue. La majorité de leurs occupations et préoccupations concernaient leurs enfants, le reste passait au second plan. Leur vision de l'allaitement en est un exemple. Bien que de nombreuses femmes aient raconté les difficultés rencontrées les premiers temps, l'allaitement leur semblait toujours être une évidence, pour améliorer le bien-être du bébé.

"Parce que c'est ça qui est bon pour le bébé. Premiers 6 mois c'est important !" Imane

○ *La place du conjoint dans le monde de la santé de la femme*

Autour de ce lien mère-enfant très fort, s'articulait le reste du cadre familial. La place du mari y était décrite comme majeure. Son implication en matière de grossesse était très souvent appréciée. Le jour de l'accouchement, en particulier, une majorité de femmes trouvaient important d'être accompagnées par leur conjoint.

"C'est vraiment très bien que ta moitié rentre et voit comment tu souffres et comment le bébé sort, c'est aussi le parent. [...] C'est sa responsabilité de parent, tout de suite." Catherine

Le conjoint était souvent consulté mais non décisionnaire dans d'autres questions de gynécologie comme la contraception, ou la péridurale.

"Elle lui a dit c'est pas toi qui va avoir les douleurs, c'est moi qui vais avoir les douleurs ! (rires)" Paule

○ *Une famille traditionnelle*

La famille était souvent assez traditionnelle : un unique mariage, d'un homme et d'une femme, avec de nombreux enfants. Tandis que certaines étaient remariées, d'autres ont pu être choquées par l'idée d'avoir des enfants d'un second mariage.

"On lui a raconté qu'il y avait des femmes qui ont 5 enfants de 5 pères différents. Chez nous, ça n'existe pas ! (Rires, air surprise)." Paule

La notion d'adultère était exclue. Il leur paraissait donc en général inutile d'utiliser des préservatifs à visée préventive, ou de se faire dépister des IST dans le cadre d'un mariage.

"Elle pense que ce n'est pas la peine parce qu'elle a son mari pour la vie, elle ne change pas d'homme. Donc ce n'est pas la peine." Paule

ii. Solidarité et partage versus tabou et pudeur

A l'intérieur de ce cadre familial et communautaire, se dégageait une forte solidarité. Les femmes expliquaient souvent être très entourées par leur famille tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Beaucoup d'informations étaient transmises dans la famille sur les soins du nouveau-né et l'éducation des enfants. La mère et la belle-mère avaient ici une place toute particulière. Elles représentaient l'expérience et la connaissance en matière de gynécologie et d'éducation. Un véritable compagnonnage a souvent été décrit.

“En fait quand j'avais 14 ans, je me sentais bizarre, j'avais mal au ventre. Et ma mère, elle avait de l'expérience, elle savait ce que c'était. Elle m'a dit « toi, tu es enceinte ». Et elle m'a dit d'aller à l'hôpital.” Sylvette

De même, les participantes rapportaient souvent partager leurs expériences en gynécologie avec leurs amies ou les membres féminins de leur famille. Les sujets comme la grossesse, l'accouchement ou la contraception étaient très souvent discutés. En revanche le suivi et en particulier l'examen gynécologique étaient peu abordés. Certaines expliquaient au contraire qu'il existait un réel tabou sur tout ce qui était gynécologie, avec leurs mères, leur famille voire au sein de toute la communauté.

“On parle pas parce que les nôtres, ils ont honte. On parle pas des choses comme ça ! [...] mais même si on est trois ou quatre filles on parle pas de ça.” Mathilde

En ce qui concerne les soignants, leur parler d'intimité, et notamment de sexualité, pouvait s'avérer difficile. Plusieurs femmes ont cependant dit apprécier le fait de se confier pendant l'entretien.

“Pourquoi je raconte tout ça moi ? (Rires) [...] Non, ça fait du bien de pouvoir parler avec quelqu'un...” Catherine

Les participantes ont souvent expliqué être pudiques. Bien qu'elles n'aient pas exprimé de mauvaise expérience d'examen gynécologique, dévoiler leur intimité semblait souvent poser problème.

“Donc il lui a montré, voilà c'est la table il faut s'allonger mettre les jambes. Ohlala j'ai eu honte !!! (rires). Il m'a fait faire presque le grand écart ! (rires) Elle sait pas si c'est comme ça tout le temps mais là...” Catherine

Cela était majoré en cas de soignant de sexe masculin, ou d'examen en dehors du suivi de grossesse.

“Normalement un homme ne doit pas regarder les fesses des autres femmes !(Rires)” Sylvette

b. La consultation de gynécologie

i. *Grossesse et accouchement*

Comme nous l’avons vu, les enfants représentaient pour les femmes interrogées un point central de leur vie. La grossesse et l’accouchement se distinguaient donc comme des périodes d’importance majeure dans leur vie de femme. La grossesse était souvent une période de grande anxiété. Un suivi rapproché et des examens physiques et complémentaires multiples étaient acceptés voire appréciés. Ils permettaient avant tout de les rassurer sur la bonne santé du bébé.

L’accouchement représentait une source d’angoisse majeure pour les participantes. Elles craignaient toutes sortes de complications, la grossesse gémellaire et la césarienne. L’accouchement par voie basse était nettement préféré. Plusieurs épisiotomies ont été rapportées, sans sembler traumatisantes pour les participantes. La question de la douleur a souvent été abordée. Bien qu’une majorité avouait leur peur d’avoir mal, les avis étaient divergents sur la péridurale.

“Bien sûr, si je peux accoucher sans avoir mal, bien sûr que je voudrais.” Sylvette

D’autres, nombreuses, nous ont rapporté avoir très peur de la pose de la péridurale et des effets secondaires, qui seraient à type de lombalgies chroniques voire de paralysie.

Comme évoqué précédemment, beaucoup de femmes avaient peur d’accoucher seules : elles préféraient être accompagnées lors de l’accouchement, par leur mari ou encore par d’autres membres de leur famille.

Toutes ces craintes semblaient néanmoins effacées devant le bonheur que représentait la vue du bébé.

“Mais c’est la plus belle chose au monde, on oublie tout, dès qu’on prend l’enfant.” Brigitte

Cet objectif toujours prioritaire pour les participantes, semblait justifier les examens répétés pendant le travail. Une prise en charge hospitalière était une évidence, faite par n’importe quel professionnel, de n’importe quel âge ou sexe, à condition que celui-ci soit compétent et que l’issue soit heureuse. L’objectif de l’hospitalisation du post-partum était pour elles avant tout

de s'assurer de la bonne santé du nouveau-né. Il était d'ailleurs primordial de pouvoir rester proches de leur bébé.

“Je suis restée 5/6 jours à l'hôpital et après je rentre. Juste pour voir si le bébé a la jaunisse.”
Hélène

ii. Consultation de prévention versus pathologie gynécologique

Bien que les notions de prévention et de suivi semblaient être importantes pour les participantes dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement, elles perdaient beaucoup de valeur et d'intérêt pour le reste du suivi gynécologique. Certaines ont cependant évoqué la notion de « contrôle » : le suivi gynécologique permettait de rassurer les plus anxieuses, sans qu'elles ne sachent réellement quelles pathologies appréhender.

“Et est-ce que vous iriez la voir pour d'autres motifs que des douleurs ? - Oui pour m'ausculter, pour voir si j'ai pas des problèmes. - A quelles sortes de problèmes vous pensez ? - Je ne sais pas, si je n'ai pas quelque-chose.” Hélène

Quelques participantes ont insisté sur l'importance d'un suivi très régulier. Comme vu précédemment, suivi gynécologique rimait dans la majorité des cas avec femme mariée voire avec grossesse.

“Alors maintenant je me demande, est-ce que vous aviez un suivi gynécologique en Albanie ? - Non. Avant d'accoucher non.” Astrid

La consultation de gynécologie devenait un réflexe en cas de pathologie. Les motifs de consultations étaient alors variés : leucorrhée, douleur abdominale, brûlures mictionnelles, descente d'organe...

Les IST ont souvent été évoquées par les femmes comme un potentiel motif de consultation. Beaucoup ont semblé avoir été sensibilisées au problème, entre autres à travers l'existence de cas familiaux. Elles ne connaissaient pas en détails les différents types d'infections mais trouvaient important de se faire dépister.

“Elle ne les connaît pas, elle ne sait pas, mais elle sait qu'ils existent et elle ne veut pas prendre le risque.” Estelle

L'utilisation des préservatifs pour se protéger a été évoquée, mais uniquement en dehors du cadre marital.

En ce qui concerne le dépistage des cancers gynécologiques, il n'a que très rarement été cité comme un motif de recours spontané au gynécologue. Certaines ont expliqué avoir peur des

douleurs engendrées par l'examen en lui-même. Une des participantes a insisté sur l'anxiété provoquée par les dépistages.

“Et d'ailleurs, moins on fait d'examen, mieux on se porte, moins on psychosomatise, mieux on va.” Sarah

Le dernier temps de prévention discuté avec les participantes était la consultation du post-partum. Elle a souvent été décrite comme peu importante, évitable en l'absence de problème.

”Et ce docteur qui vous a suivi, cette dame, elle voulait vous revoir en consultation ? Pour vous ? - Non il n'y avait pas besoin.” Françoise

iii. Planification

o La contraception

Le sujet de la contraception a été abordé à tous les entretiens, mais pas toujours spontanément à l'évocation du thème de la gynécologie.

Elles étaient en général informées sur les différents moyens existants. La pilule était pour elles le moyen de contraception par défaut. Elle avait cependant le désavantage d'être très peu fiable.

“C'est un peu compliqué, elle ne sait pas comment le prendre, parce qu'il faut faire une pause, elle ne sait pas. Et si après une fois elle oublie, ça veut dire que c'est loupé et elle ne veut pas prendre de risque.” Maud

De nombreux effets secondaires ont été cités dont des troubles de l'humeur, un dérèglement ou encore le surrisque de cancer. En ce qui concerne le Dispositif Intra-Utérin (DIU) et l'implant, elles étaient souvent moins bien informées. Elles appréciaient l'impossibilité d'oubli mais relevaient des effets indésirables comme des spotting, des douleurs ou une prise de poids. La pose du DIU leur faisait souvent peur.

“Le stérilet ça te fait peur ? - Oui. Parce qu'il y a ma tante, elle a un stérilet et j'ai peur. Elle m'a expliqué comment on... Et je veux pas. Elle m'a expliqué comment ils lui ont mis. Et voilà. Je veux pas, j'aime pas.” Ikram

De manière globale, la contraception artificielle a souvent été évoquée en termes négatifs. Pour beaucoup d'entre elles, elle était nocive, et allait à l'encontre de Dieu ou de la nature.

“Je préfère laisser faire la nature. J'ai un corps, si Dieu veut que j'aie un bébé, alors j'en aurai un.” Sylvette

Pour certaines, l'idée de prendre une contraception était difficile à imaginer en période de potentielle conception : une contraception n'était envisageable qu'après avoir eu tous les enfants désirés.

“Le jour où je ne voudrais plus avoir d'enfants peut-être oui, mais là je veux encore des enfants.” Séverine

○ *Autres méthodes de planification des naissances*

Beaucoup des participantes ont donc exprimé un désintérêt voire un refus marqué de la contraception artificielle. Cela ne les empêchait pas de souhaiter une planification des naissances.

La majorité utilisaient pour cela des méthodes naturelles, réputées moins nocives. La méthode du retrait était la plus pratiquée, devant le contrôle des cycles ou des spermicides naturels. Ces méthodes semblaient très courantes dans certains pays.

“Non, non elle ne veut pas d'enfant. Elle se fait sa contraception naturelle. C'est à l'ancienne. La plupart des Syriens c'est ça, elles ne prennent pas de contraception, et elles surveillent les cycles. C'est mieux pour la santé parce que la pilule, l'implant, il y a des répercussions sur la santé, donc elle préfère ne rien prendre” Paule

De nombreuses participantes trouvaient les méthodes naturelles plus en adéquation avec leur culture ou leur religion. Elles les estimaient souvent aussi fiables voire plus que les contraceptions artificielles. Le temps et l'expérience en étaient d'ailleurs la preuve.

“Elle dit que ce n'est pas possible qu'elle tombe enceinte. Ça fait onze ans qu'elle pratique cette méthode et elle la connaît parfaitement bien.” Françoise

Certaines mentionnaient le risque de grossesse non programmée : considérée comme un cadeau de Dieu, cette grossesse deviendrait alors « désirée ». D'autres pourraient avoir recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

Dans toutes les étapes de la prise en charge gynécologique, la qualité du soignant avait une importance capitale.

c. Définition d'un bon soignant

i. *Un soignant humain*

La relation entre le soignant et la patiente était un élément majeur du soin pour les participantes : un bon soignant devait avant tout être un soignant humain. La priorité était mise dans la communication, à double sens, avec la patiente. Un bon soignant devait prendre la peine d'expliquer ce qu'il faisait, ce qu'il pensait et ce qu'il préconisait.

“J'étais contente parce que j'avais des explications à côté. Donc c'était pas que l'examen, il y avait des explications avec.” Sarah

Le bon soignant était aussi très à l'écoute : de nombreuses participantes ont exprimé le besoin de se sentir comprises par leur médecin. Elles expliquaient apprécier la communication non verbale : une gestuelle douce et réconfortante permettait de mieux passer les étapes anxiogènes ou douloureuses.

“Pour moi, un bon gynécologue, (...) c'est celui qui va prendre le temps d'examiner, de discuter, de me mettre à l'aise aussi, et pas seulement de vous écarter les jambes pour vous examiner, mais qui va faire attention à prendre le temps de discuter et examiner.” Sarah

Pour les participantes, un bon soignant devait être intègre. Un médecin, qui a prêté serment, devait vouloir le bien de son patient et non son argent.

ii. *Un soignant compétent*

Les femmes décrivaient leur soignant idéal comme compétent. Il devait être capable de faire de bons diagnostics, des prédictions justes (sur le sexe du futur bébé par exemple), et prescrire des traitements efficaces.

“Quand elle était enceinte de 4 mois, il lui a déjà dit que ce serait une fille. Donc il est très très compétent.” Catherine

Ce soignant idéal devait aussi être rigoureux. Un interrogatoire et un examen clinique exhaustif étaient, pour les participantes, gage de qualité du médecin. Les règles d'hygiène devaient être bien respectées, notamment lors de l'examen gynécologique.

“Pour moi, un bon gynécologue, c'est celui qui va faire un examen de A à Z, qui va faire attention au groupe sanguin, qui va faire attention à plein plein plein de détails.” Sarah

iii. Une préférence pour les femmes soignantes

La question du genre du médecin a été de nombreuses fois soulevée. Pour la plupart des femmes, il était préférable d'avoir un soignant de sexe féminin en gynécologie. Une femme était en effet plus apte à comprendre une autre femme. Il semblait plus facile de se confier à elle, et de lui ouvrir son intimité psychique comme physique.

“Oui, je suis plus libérée avec les femmes c'est comme ça. [...] Pour parler et pour tout (rires)” Séverine

Il a cependant été souligné de nombreuses fois que cette préférence pour le sexe féminin pouvait largement être dépassée. La santé gynécologique et encore plus obstétricale représentait pour ces femmes une priorité.

“Parce que moi dans ma vision, c'est juste mon mari qui peut me voir comme ça, pas d'autres hommes. (Rires) Mais il était docteur et j'ai laissé comme ça, c'était pour ma santé, pour ma grossesse, j'ai compris” Imane

iv. Le lien soignant-soignée

Les participantes ont souvent exprimé l'importance qu'elles accordaient au lien qu'elles avaient pu tisser avec leur médecin. Lorsqu'elles étaient satisfaites, elles étaient souvent très fidèles à ce médecin, qui les connaissait, les comprenait, et envers qui elles avaient toute confiance.

”A mon sens ce n'est pas bien de consulter à droite à gauche. C'est bien de continuer chez celui qui nous connaît déjà.” Sarah

Ce rôle a souvent fait référence à leur médecin de famille : il semblait représenter leur premier recours et soutien majeur en cas de situations complexes.

”Et après cette première consultation (chez le gynécologue), comment ça se passe si tu as des questions ou un problème ? - Il y a une femme médecin de famille. Quand j'avais envie de vomir ou mal à la tête, j'allais la voir. Elle me regardait le ventre, prenait la tension. Et c'est elle qui m'aurait dit d'aller à l'hôpital s'il y avait besoin.

[...] *Est-ce que quelqu'un vous a donné des informations sur la cigarette ? Et sur l'alimentation par exemple ?* - Oui, ça c'est la femme médecin. Elle m'a dit qu'il ne fallait pas fumer. Et qu'il fallait éviter de manger trop de sucre.” Sylvette

III. Le statut de migrante

À la suite d'un parcours de migration plus ou moins difficile, l'arrivée et l'installation en France ont, chez toutes les participantes, marqué un changement de statut. Elles sont devenues des « femmes migrantes », avec toutes les difficultés que cela implique, pour la vie quotidienne comme pour l'accès au soin.

a. Une nouvelle vie marquée par une instabilité majeure

Les femmes interviewées nous ont toutes décrit un changement radical de vie. Cela a débuté par le changement de pays et le nouveau départ. La migration a marqué pour elles une rupture avec un état de base, leur vie dans leur pays d'origine. En France, très peu d'entre elles avaient un suivi gynécologique, mais plusieurs en avaient dans leur pays.

“Honnêtement... Depuis que je suis en France, je ne suis jamais allée dans le cabinet d'un gynéco. Surtout moi qui allais si souvent voir un gynécologue en Bulgarie !” Catherine

Elles ont souvent évoqué la difficulté de recréer un lien avec leur médecin en France comparable à celui qui existait dans leur pays.

Une fois arrivées en France, elles ont décrit leur vie comme un enchaînement de déménagements, d'allers-retours dans leur pays expliqués par un éloignement familial souvent difficile.

“Ils ont fait un terrain et en octobre il va fermer. Je ne sais pas pourquoi parce que c'est bien ici, c'est bien.” Imane

Cette instabilité de vie favorisait le nomadisme médical, et la difficulté de suivi de qualité.

“Mais j'ai perdu son carnet pour les vaccins. Parce qu'on nous a sorti du squat et tout est resté là-bas.” Floriane

b. Précarité

En plus d'être instable, la vie en France semblait marquée par une précarité sociale et financière majeure.

Les participantes ont beaucoup insisté sur la difficulté d'élaborer des projets. L'absence de logement stable les a souvent obligées à vivre dans des conditions très précaires, parfois malgré la grossesse ou la maladie.

“En fait quand elle est sortie, elle n'avait pas de logement donc l'hôpital a préféré la garder quelques jours de plus jusqu'à ce qu'on lui trouve un hébergement. [...] malgré leurs efforts elle a dû retourner au squat.” Séverine

Plusieurs ont expliqué les difficultés qu'elles avaient avec les papiers administratifs. L'accès à l'Assurance maladie, par exemple, a souvent été long et difficile, obligeant les femmes à attendre pour consulter, même si elles en ressentaient le besoin.

La scolarisation des enfants semblait difficile à obtenir. De même, elles ont souvent raconté leurs échecs professionnels, enchaînant les emplois précaires. Elles étaient parfois contraintes à aller faire la manche.

“J'ai travaillé à Bordeaux dans le raisin, et ici un jour, dans une école. Je faisais le ménage. [...] Non, je cherche encore, je donne mon CV [...] et on va faire la manche.” Floriane

La lutte contre cette précarité était devenue leur priorité, faisant passer au second plan la santé, et encore plus la prévention.

“Je devais déjà me battre pour survivre. Ce n'était pas ma priorité.” Catherine

c. Méconnaissance de l'organisation des soins

Celles qui, malgré leurs conditions de vie précaires, souhaitaient un suivi médical et en particulier gynécologique, nous ont rapporté leurs difficultés à s'engager dans un système de santé méconnu. Elles ont souvent expliqué ne pas savoir à qui ou comment s'adresser.

“ (*Soupir + air embêté*) Honnêtement... Depuis que je suis en France, je ne suis jamais allée dans le cabinet d'un gynéco. Je ne sais même pas où aller.” Catherine

Les différents acteurs de soins et les moyens de les contacter étaient parfois mal compris. Contrairement à leur pays, où elles pouvaient s'appuyer sur leur réseau pour avoir des recommandations sur un professionnel de santé, ici elles étaient souvent sans ressource.

“C'était beaucoup plus simple là-bas de se renseigner, de se renseigner à droite à gauche” Sarah

Leur choix de médecin se faisait souvent sur des critères très limités. La priorité était donnée à un médecin parlant la même langue.

“Il lui faudrait une femme arabe pour qu’elle la comprenne.” Françoise

Dans une grande majorité des cas, les femmes expliquaient choisir leur médecin selon la proximité géographique, ou prendre contact avec un médecin connu d’autres membres de la famille.

Parfois, le choix se faisait même par hasard.

“Je passais à côté. J’ai vu la plaque gynécologue. Je suis rentrée pour demander un RDV.”

Sarah

d. Barrière de la langue

Toutes les démarches administratives, et entre autres l’accès aux soins, ont été vécues comme très complexes, en grande partie à cause de la barrière de la langue

“Parce que la dernière fois à la CAF, je voulais demander quelque chose, et c’était difficile, je ne pouvais pas. Parce que je ne sais pas tous les mots et tous les temps.” Imane

Même celles qui ont réussi à entreprendre un suivi ont rapidement été confrontées à des difficultés. Elles décrivaient cette barrière comme un réel frein à un suivi de qualité. Elles expliquaient avoir ressenti beaucoup de frustration lors des échanges avec les professionnels de santé. Elles avaient de grandes difficultés à exprimer ce qu’elles souhaitaient, surtout dans les détails.

“Quand j’étais chez moi, je pouvais exprimer tout, je pouvais m’exprimer, je pouvais tout expliquer, choisir les mots, dire ce qui n’allait pas. Alors qu’ici voilà, je peux pas donner tous les détails, je peux pas m’exprimer.” Sarah

Souvent, elles ne parvenaient à comprendre qu’une petite partie de ce que leur expliquait le soignant.

“D’ailleurs quand ils lui ont fait la péridurale, elle avait très soif. Elle disait qu’elle avait soif, et ils lui disaient que non il ne fallait pas qu’elle boive. Mais il n’y avait pas d’interprète.”

Paule

Ces échanges très limités semblaient majorer la difficulté de certaines situations de souffrance, et l'anxiété ressentie par les femmes.

“Elle stresse pas mal en ce moment. Elle va à ses suivis médicaux mais elle n'a pas de réponse, elle ne peut pas poser tout ce qui l'inquiète. Donc elle stresse. [...] « Donc voilà, je ne sais pas ce qui va m'arriver d'une minute à l'autre... » ” Sarah

IV. La prise en charge gynécologique en France, un constat mitigé

a. Un système satisfaisant

i. Des soins de qualité et correspondant à leurs attentes

Globalement, le système français était perçu par les participantes comme performant, avec un bon niveau sur le plan technique et de l'hygiène.

“Ici bien sûr c'est beaucoup plus développé, on peut... tout ce qui est équipement, appareils et tout ça, le niveau il est différent.” Sarah

De manière plus spécifique, l'évaluation de la prise en charge en France a surtout concerné le suivi de grossesse et l'accouchement.

Dans les modalités, le suivi de grossesse semblait similaire à ce qu'elles avaient connu : examens physiques réguliers, échographies. Le suivi en France était décrit comme régulier et très complet. Des explications sur le diabète gestationnel leur étaient données et la recherche de Trisomie 21 effectuée. Tout cela leur permettait d'avoir des informations à l'avance sur leur enfant : sexe, malformations, maladies.

“Elle a eu le suivi tous les mois, les analyses, tout tout tout. La recherche pour la trisomie 21 et le diabète.” Pauline

L'accouchement en France leur donnait accès à la péridurale, et donc à un accouchement sans douleur si elles le souhaitaient.

“Et pour ce bébé, on vous a dit que c'était possible de ne pas avoir de péridurale ? - ça c'est moi qui choisis.” Séverine

Elles ont apprécié pouvoir être accompagnées par leur mari ou leur famille pendant l'accouchement et à la maternité.

Certaines ont loué la qualité de la prise en charge en post-partum, notamment la délivrance de conseils et de matériel de puériculture.

“Même ils ont assuré sur le plan matériel. Ils m’ont donné mais tout. Tout, tout, tout, tout. Ils m’ont donné même si vous voulez des crèmes. Pour la sortie j’avais tout, pour commencer je n’avais rien à dire. “ Sarah

Elles ont également noté que le lien mère-enfant au moment de l’accouchement ou pendant les jours d’hospitalisation du post-partum était renforcé et encouragé en France. Cela entrait en résonance avec le rôle de mère décrit comme prioritaire précédemment.

“Oui et ce que je ne savais pas, c’est qu’en Roumanie, quand il y a un accouchement, une naissance, le docteur il met le bébé dans un linge, il le laisse dans une salle, tu peux venir pour allaiter et tout ça. Et ici en France, il faut que tu achètes un vêtement pour le bébé, et après il t’amène le bébé, sur toi ici (grand sourire). Et ça c’est bon !” Imane

Certaines étaient autant satisfaites du suivi de grossesse et de l’accouchement dans leur pays qu’en France, tandis que d’autres ont exprimé leur soulagement d’accoucher en France. Certaines ont même souligné la supériorité sans conteste de la France dans ce domaine.

“Il n’y a pas mieux, vraiment ! (rires) ; Mais est-ce qu’il y a des choses qu’elle voudrait améliorer ? - Elle dit qu’elle n’a jamais eu un suivi pareil !” Paule

Concernant la contraception, les participantes appréciaient la proposition de plusieurs types de méthodes et notamment de certaines méthodes non disponibles dans leur pays comme l’implant.

ii. Une organisation facilitant un accès aux soins

L’assurance maladie et surtout le tiers payant étaient souvent cités spontanément comme un élément permettant un meilleur accès aux soins en France. Cela était encore plus marqué pour les soins programmés.

“En fait une différence entre Bulgarie et France c’est que si en Bulgarie on a pas la sécurité sociale il faut tout payer alors qu’ici on peut aller librement chez le médecin et faire tous les examens sans se préoccuper tout le temps de l’argent. “ Estelle

La prise en charge à 100% et l’absence d’avance de frais leur donnait l’impression que la santé était gratuite et cela constituait un facteur rassurant. La santé n’était plus “hors de prix” et l’accès à des soins de qualité n’était plus déterminé par leur appartenance sociale ou leurs

revenus. De plus elles se sentaient désormais à l'abri de la corruption dont elles étaient victimes dans leur pays.

“ Ici [...] si elle est pas bien, ils s'occupent d'elle. Là-bas si tu les payes oui ils vont faire quelque-chose, sinon...” Maud

Les structures comme la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) étaient connues et leur permettaient d'avoir un suivi, par exemple pour leurs grossesses, en attendant que leur situation soit régularisée.

“ Si elle avait un problème, elle serait allée à la PASS ou aux urgences parce qu'elle n'avait pas encore ses papiers.” Catherine

iii. Place du médecin traitant

Nous avons pu constater chez les participantes à cette étude, que la place du médecin traitant, au cœur de ce système de soin, était comprise et approuvée.

Il pouvait être vu en première intention pour des problèmes gynécologiques ou être considéré comme un intermédiaire en donnant son avis, en proposant une orientation vers un spécialiste, ou en aidant à la prise de rendez-vous.

“Si vous êtes encore embêtée il faut que vous repreniez rendez-vous chez le gynécologue pour lui montrer. - Je vais le demander au médecin traitant, il va expliquer et me dire pourquoi. Je vais demander au médecin traitant qui me prendra rendez-vous.” Hélène

Certaines ont cependant constaté qu'ils n'étaient pas tous compétents pour les questions de gynécologie et se dirigeaient donc directement vers un gynécologue.

“ [...] le gynécologue ou parfois le médecin traitant qui fait de la gynécologie, de manière régulière, même s'il n'y a pas de problème. Déjà qu'est ce que vous en pensez que le médecin traitant fasse de la gynécologie ? - Je ne sais pas... (rires) Si le médecin traitant est gynécologue, oui, mais s'il est juste médecin pour tout, je ne vois pas pourquoi....

- Il y a certains médecins généralistes qui font tout, et de la gynécologie. Pas les accouchements mais le reste. - Je ne sais pas, parce que moi le médecin chez qui je vais il n'est pas comme ça. [...] Ma sœur y est allée, il lui a donné un mot pour qu'elle aille chez le spécialiste.” Floriane

b. Des soignants aidants

Pour la plupart des participantes, les soignants français étaient un élément majeur de satisfaction, essentiellement grâce à leur attitude envers les patientes.

i. Des qualités humaines essentielles contrastant avec un vécu moins bienveillant

Les participantes étaient particulièrement réceptives à l'humanité que dégageaient les soignants rencontrés en France.

“Ici, c'est comme si par exemple, le docteur il te voit comme si tu es quelque chose pour lui. Pas comme du business. Il donne le cœur comme ça. Il fait du travail avec le cœur.” Imane

Ils leur inspiraient confiance en délivrant des explications sur le déroulement des examens. Elles appréciaient tout particulièrement leur attitude attentionnée et leur gentillesse. Il a été souligné l'importance accordée au refus de soin et au respect de la volonté des patientes.

“Donc pendant une heure ils ont bataillé avec moi mais en toute douceur. Ils me suppliaient même à un moment. Mais à aucun moment ils ont été brusques, ils ne m'ont pas mis la pression.” Sarah

Ces qualités prenaient d'autant plus d'importance si les participantes avaient vécu de mauvaises expériences dans leur pays. Certains médecins y ont été qualifiés de prétentieux, cupides et manquant d'empathie. Des participantes nous ont même rapporté des brusqueries de la part de soignants voire de vraies violences.

“Je pleurais, j'avais trop peur... La dame m'a dit « arrête de faire ton cinéma maintenant !” Paule

ii. Des efforts de communication appréciés

Comme vu précédemment, la barrière de la langue a été très souvent citée par les interviewées. Elles ont noté cependant les efforts réalisés par certains soignants pour les comprendre et se faire comprendre en retour.

“Il y a des médecins qui se donnent plus la peine, qui essayent de comprendre, qui cherchent à bien faire leur travail.” Sarah

Ils essayaient de s'adapter au niveau de français de leur patiente. Ils posaient des questions simples et prenaient plus de temps pour expliquer. La communication non-verbale, par des gestes, était parfois utilisée. S'ils maîtrisaient une langue que parlaient leurs patientes, ils n'hésitaient pas à s'en servir.

“Quand je dis que je ne comprends pas tout de ce qui a été dit ou que les gens parlent très très vite, ils t’expliquent simplement, jusqu’à ce que tu puisses comprendre.” Catherine

c. Des moyens pour contourner la barrière de la langue

La non-maitrise du français était donc un frein à la consultation, et surtout un frein à une consultation de qualité. Elles ont relevé les moyens mis en place en France pour permettre de contourner cette barrière.

i. *Interprétariat professionnel*

Beaucoup ont pu bénéficier, notamment lors de consultations à l’hôpital, d’interprètes professionnels parlant leur langue. Même pour celles ayant un niveau de compréhension et d’expression correcte, la traduction permettait d’affiner les questions et les réponses et de s’assurer que les messages étaient réellement passés.

“Ils amènent une interprète. A chaque fois. - *C’est bien ?* - Oui, parce que je les comprends mieux. Moi je comprends, je parle un peu, mais il y a des mots que je ne comprends pas.”
Floriane

Par ailleurs certaines ont apprécié avoir la même interprète pour chaque consultation de leur suivi de grossesse par exemple.

“ Elle a une interprète algérienne qui était là aux RDV. [...] c’était toujours la même pour chaque consultation ” Paule

Cependant elles ont noté que cette solution n’était pas toujours accessible selon le lieu ou la situation. Il était plus difficile en consultation de ville, ou lors de recours non prévus aux soins comme lors de l’accouchement.

“Parfois il n’y a pas d’interprète libre et moi je peux mourir en attendant.” Sarah

Les soignants ou les patientes ont alors su trouver des alternatives.

ii. *Interprétariat “amateur”*

Parfois, de manière spontanée, les participantes ont pu bénéficier d’un interprétariat non professionnel. Dans les hôpitaux, des personnels soignants, ou même non soignants, parlant leur langue, ont parfois proposé leurs services.

“Donc ils ont appelé une agent d’entretien marocaine qui lui traduisait et qui lui disait : « pour l’instant tu accouches, et après tu bois tant que tu veux ! ».” Paule

L’aide d’une tierce personne appartenant au cercle familial ou amical a pu être mise en place et acceptée lors des consultations.

“Et quand c’est très difficile elle s’organise avec sa fille l’après-midi, quand il n’y a pas d’école. Elle voit avec les secrétaires pour pouvoir y aller avec elle.” Catherine

iii. Traducteur virtuel

Certaines nous ont cité par exemple Google translate. Cela paraissait un moyen simple et pratique lorsque la patiente ou le praticien était équipé d’un ordinateur ou d’un smartphone.

iv. Efforts de chaque partie du colloque

En plus des pratiques mises en place par certains soignants, les participantes essayaient de leur côté de s’adapter à cette contrainte. Certaines se résignaient et acceptaient de devoir se “débrouiller” (Floriane). D’autres n’hésitaient pas à signaler lorsqu’elles ne comprenaient pas, et à faire répéter. Enfin, certaines avaient pu apprendre le français.

d. Entre surmédicalisation et discrimination

Malgré les louanges sur le système et le corps médical français, les participantes ont parfois rapporté une prise en charge ressentie comme excessive.

Certaines trouvaient que les consultations de suivi de grossesse étaient trop fréquentes. Cela pouvait interférer avec la gestion de leur vie de famille. Le fait que ce rythme soit imposé et non décidé par elles-mêmes rajoutait au sentiment de privation de liberté.

“Elle n’en pouvait plus, pour la grossesse, tous les 15 jours, elle en pouvait plus. [...] Ils étaient trop impliqués, elle était trop suivie. [...] En Syrie c’est elle qui y allait et tous les mois. Ici on lui imposait tous les quinze jours. [...] Ce qui l’a agacée c’est qu’elle devait aussi s’occuper de ses autres enfants.” Françoise

Elles ont parfois trouvé que les hospitalisations du post-partum étaient trop longues.

Un mécontentement a été plus fortement exprimé à propos de la contraception. Certaines ont eu le sentiment qu’on leur imposait une contraception alors qu’elles ne souhaitaient pas en avoir.

“Elle voulait lui placer un implant. Mais elle ne veut pas de contraception. Ils ont voulu lui mettre l’implant mais elle, elle a refusé.” Paule

Sur les sujets de la grossesse et de la prévention, cette sensation pouvait être contrebalancée par la reconnaissance d’une sollicitude de la part des soignants.

“En fait si, elle a aimé qu’on s’inquiète pour elle.” Françoise

A côté d’une surmédicalisation souvent acceptée car synonyme de bienveillance, des participantes ont dû faire face à de la discrimination.

Elles ont parfois eu l’impression d’être moins bien traitées que des patientes non migrantes ou de ne pas être prioritaires.

“Déjà quand elle est dans la salle d’attente, il laisse passer les autres avant. Elle sent qu’il est différent avec eux...” Catherine

Certaines ont expliqué que le soignant, en face d’elle, faisait peu voire pas d’effort pour les comprendre ou se faire comprendre.

“Chaque fois qu’il fait comme s’il n’avait pas compris lui, elle y va avec sa fille. Et sa fille explique bien mais lui il fait comme s’il ne comprenait pas”. Catherine

Une attitude paternaliste pouvait résulter de ce manque de dialogue.

“Quand on voit que je parle pas bien, que je m’exprime pas bien, donc on me dit « ne vous inquiétez pas Madame, prenez votre traitement et tout ira bien » Sarah

Certaines notaient que leur précarité financière et sociale n’était pas prise en compte dans le choix du traitement.

“Il lui a dit d’acheter une attelle. Elle lui a coûté 40 euros. Elle ne les a pas. Il n’est pas à l’écoute.” Catherine

e. L’inexistence de prise en charge préventive

Les données concernant les motifs de consultation ayant trait à la prévention ont montré que la réalisation d’examens était très inégale selon les femmes.

i. Dépistages des cancers gynécologiques

Lorsqu'on évoquait les dépistages de cancers, nous avons pu constater que certaines n'avaient jamais eu de frottis ni d'examen sérologique dans leur pays ou en France.

“Est-ce que quelqu'un vous a déjà examiné les seins - Non jamais” Mathilde

Plusieurs nous rapportaient avoir eu un frottis de manière systématique à leur arrivée en France, ou en début de grossesse. Il a rarement été réalisé de leur propre initiative : son utilité semblait souvent mal comprise.

“ (A propos du frottis) On me l'a fait là pendant la grossesse. Mais je n'ai pas compris, on m'a dit c'est pour un cancer ou pour... [...] - Et le but, vous trouvez ça bien ? - Ben c'est bien, c'est bien pour le bébé. ” Floriane

ii. Vaccins et IST

Plusieurs nous ont expliqué avoir été dépistées des IST de manière systématique à leur arrivée en France. En pratique, la recherche d'IST en l'absence de symptôme n'était pas toujours réalisée à leur demande.

“Et vous vous ne l'avez jamais faite la prise de sang ? - Si je l'ai faite. - C'est vous qui l'avez demandé ? - Non, on nous a envoyé pour les faire. A Saint Cyprien.” Floriane

La compréhension de l'intérêt du dépistage des IST était variable selon les participantes.

De plus, il existait parfois une confusion entre infections génitales et infections urinaires.

“ Par exemple, on peut détecter par les urines. Donc si elle a quelque chose dans les urines, elle va aller voir le gynécologue. - Et vous faites la différence entre infection urinaire et infections sexuellement transmissibles ? (silence puis rires) - Euh non..” Séverine

Le vaccin contre le Papillomavirus était quant à lui très peu connu, même par celles ayant des filles. Il n'avait jamais été réalisé chez aucune des participantes.

“Et vous avez une fille qui a onze ans - Oui. [...] Elle a fait tous les vaccins. - Ok parce qu'il y a un vaccin contre le cancer du col de l'utérus, vous connaissez ? - Non, non, je connais pas.” Maud

f. Une réaction passive ou opposante au soin

i. *Désintérêt et méconnaissance en gynécologie*

Certaines participantes paraissaient manifester peu d'intérêt aux questions gynécologiques. Plusieurs d'entre elles n'avaient pas d'idées sur ce que pouvait contenir une consultation : motif de consultation, déroulement et type d'examen. D'autres ne parvenaient pas à se souvenir des traitements qu'elles avaient reçus, ou des noms ou indications des examens paracliniques qu'elles avaient réalisés.

“Parce que j'avais des douleurs de ventre. Et je suis allée chez le médecin pour voir ce qu'il s'est passé. J'y suis allée, il m'a donné des médicaments et c'est tout. - Et c'était quoi au final ? - Ben rien, ils m'ont donné des médicaments et c'était bien, c'était passé. [...] - Et tu sais ce que c'était ces médicaments ? - Non.” Ikram

Parfois, leurs connaissances ne semblaient reposer que sur de l'empirisme individuel ou familial. Elles pouvaient être influencées par des rumeurs provenant de leur entourage, ou par des idées reçues plus largement répandues dans leur pays.

“En Syrie, en fait, ils ont peur de la péridurale [...] On leur disait, à la longue, avec l'âge, si vous faites la péridurale, à la fin vous allez avoir des douleurs de dos et tout ça.” Paule

Si elles n'en avaient pas fait elles-mêmes concrètement l'expérience, il semblait difficile pour certaines de se projeter dans ce domaine.

Parfois, lors des entretiens, se dégageait même une indifférence des participantes aux questions de gynécologie.

“Et à part vérifier que tout va bien, pourquoi on irait, pour faire quels examens ? - Elle sait pas, comme elle n'y est pas allée.” Séverine

ii. *Une certaine maîtrise et affirmation de leur volonté*

Il a cependant été constaté des acquis dans certains domaines. Plusieurs participantes maîtrisaient notamment les mécanismes de contraception (pilule, contraception d'urgence) ou des éléments de physiologie (menstruations, signes de grossesse).

“ La pilule du lendemain elle prend. Mais aussi c'est parce que parfois elle a des rapports sans préservatifs. Quand elle ne veut plus le préservatif. (La femme rigole beaucoup en disant ça). C'est rare mais c'est parfois. (Rires).” Maud

De plus, de nombreuses participantes exprimaient clairement leur désir de décider par elles-mêmes. Certaines ont montré fermement une opposition au modèle type de contraception français. De même, plusieurs ont saisi l'opportunité de choisir un accouchement avec ou sans péridurale.

“Et est-ce que vous savez ce que c'est le frottis du col utérin? - Je n'ai pas envie, j'ai peur! [...] C'est obligatoire? - Rien n'est obligatoire. - Si c'est comme ça je n'ai pas envie (rires).”
Mathilde

D'autres ont même parfois voulu un deuxième avis médical ou sont retournées dans leur pays d'origine pour bénéficier d'une prise en charge qui les satisfaisait plus.

Enfin, de la défiance a parfois été exprimée sur des affirmations médicales.

“L'autre a insisté car elle lui a expliqué que cela pouvait être dangereux pour sa santé si elle retombait enceinte. [...] elle pense qu'elle voulait juste lui faire peur.” Paule

iii. Des postures modifiées par une bonne information

Lors des entretiens nous avons souvent été amenées à reformuler nos questions ou à préciser certains termes et cela les a aidées à comprendre. Pour certaines participantes cela faisait écho à des expériences vécues ou éclaircissait des notions mal comprises auparavant.

“Le frottis, c'est un petit examen, au moment de l'examen gynécologique, on met le speculum, on va froter le col de l'utérus. - Oui ça on me l'a fait !” Floriane

Nous avons aussi expliqué le fonctionnement en France lorsque celui-ci n'était pas connu.

Parfois les explications délivrées ont semblé influencer sur leurs intentions futures en matière de suivi et prévention. Par exemple l'idée de vérifier l'absence de cancer devenait opportune.

“ (Après explications sur les dépistages en France) Et vous trouvez que c'est important ça les dépistages ? - Mais bien sûr ! (Femme répondant en français). C'est bien de le faire, et anticiper s'il y a quelque-chose.” Maud

D'autres même, paraissaient étonnées de ne pas avoir été informées avant.

“Qui peut me parler de ça ? Comment je suis censée être au courant ? Ce n'est pas le travail du médecin traitant ?!” Catherine

Discussion

I. Forces et limites de l'étude et influence des chercheuses

La méthode de recherche utilisée dans cette étude était originale. La majorité des études ayant montré que les femmes migrantes étaient victimes d'inégalités, utilisaient une méthode quantitative (15). À la suite de ces résultats, il paraissait intéressant d'utiliser une méthode qualitative : cela permettait d'explorer une partie des processus menant à ces inégalités, ainsi que leurs conséquences.

L'obtention d'une saturation des données ainsi que la triangulation des investigateurs ont permis d'améliorer la validité interne de l'étude.

La méthode de recrutement était elle aussi originale. Le recrutement était réalisé de manière indirecte par des travailleurs sociaux ayant préalablement la confiance des femmes, mais ne connaissant le sujet de l'étude que superficiellement. Cela permettait de recruter des femmes qui n'étaient pas forcément intéressées a priori par le sujet de la gynécologie, limitant ainsi le biais de sélection.

Cette méthode de recrutement n'a toutefois pas permis de supprimer tout biais de sélection. Toutes les participantes étaient prises en charge par un dispositif d'inclusion municipal. Elles étaient donc toutes en situation régularisée sur le sol français. Elles bénéficiaient d'un logement et d'une couverture maladie. Elles vivaient toutes en milieu urbain.

Une des forces de l'étude était la diversité de l'échantillon sur le plan de l'âge, du pays d'origine et de la culture. Toutefois, la variabilité était limitée en ce qui concerne le niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle des participantes.

Le format de l'entretien individuel avec interprétariat était une force. Des thèmes intimes ont ainsi pu être explorés, et ce dans le détail. Si la présence d'un interprète était un préalable indispensable à l'échange, elle a pu parfois être un frein à un recueil de qualité. Le discours des participantes n'étant pas toujours retranscrit mot à mot, des pertes de données, ainsi qu'une mauvaise interprétation ont été inévitables. De plus, la présence d'une tierce personne pouvait induire une gêne supplémentaire à se livrer sans pudeur.

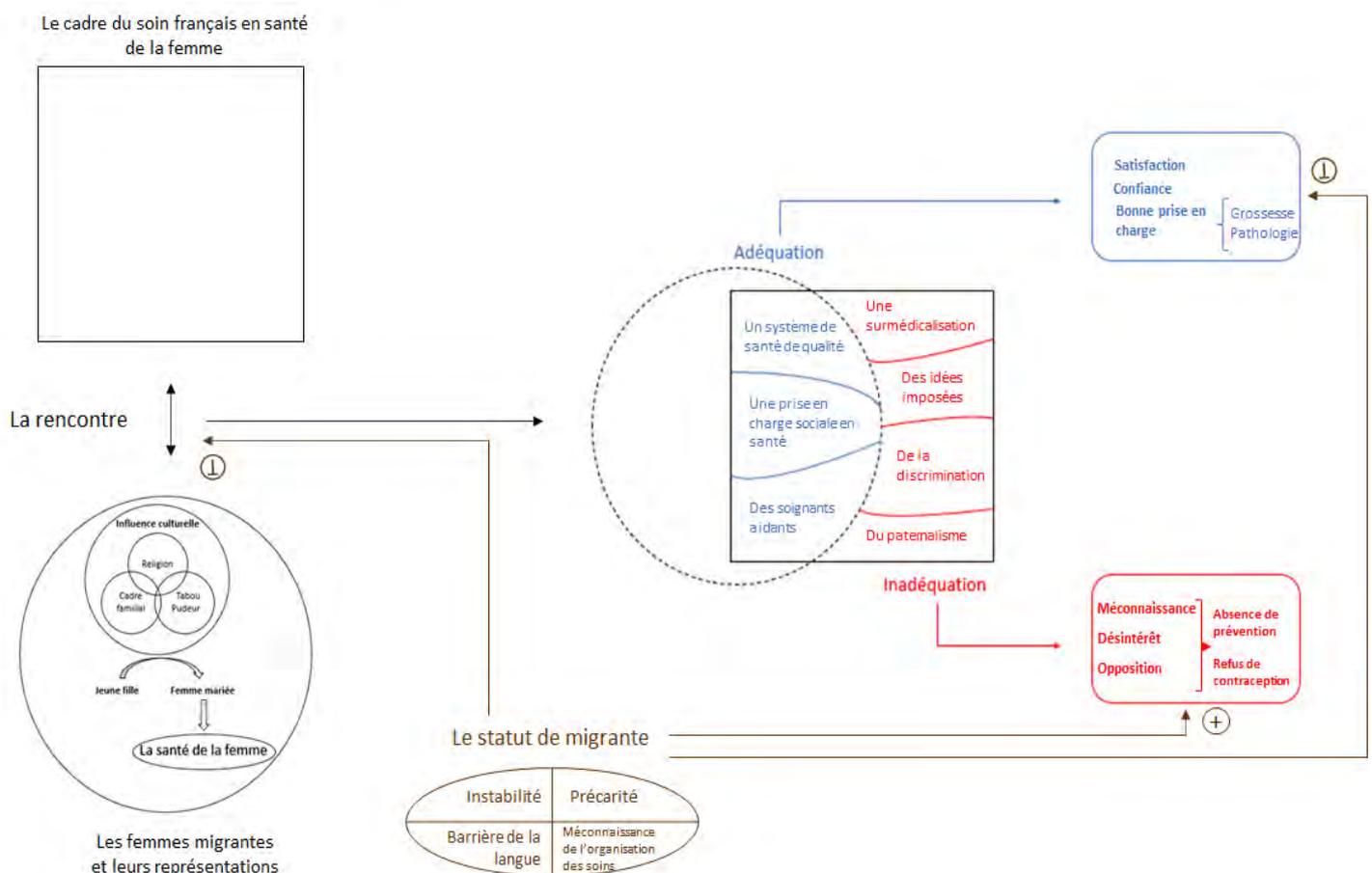
Une limite était le manque d'expérience des chercheuses en méthode qualitative au démarrage de l'étude. Cela a pu toutefois être en partie compensé par la participation à des ateliers proposés par les enseignants facultaires. De plus, l'avis d'experts extérieurs à l'étude et

compétents dans le domaine de l'épidémiologie et de la recherche qualitative ont permis d'améliorer la méthode utilisée ainsi que l'analyse des résultats obtenus.

Les chercheuses ont eu une approche réflexive sur l'influence qu'a pu avoir leurs caractéristiques (âge, sexe, profession) ainsi que leur attitude lors des entretiens. Le sexe féminin semblait un avantage, et c'est sur cette assertion également qu'il a été décidé de choisir des interprètes uniquement féminines. Il a été cependant noté que le statut de médecin des chercheuses, qui a parfois été révélé aux participantes, avait pu influencer sur les réponses aux questions. Il était susceptible d'impressionner ou de créer une distance. Le jeune âge des chercheuses a également pu modifier le discours des femmes lors des entretiens.

II. Essai de théorisation

Ce travail a mené à une théorisation pour décrire les différents processus mis en œuvre dans la prise en charge de la santé de la femme en population migrante en France. Cette théorisation peut être présentée sous forme d'une modélisation.



Au fil de l'analyse, s'est dégagé un phénomène central : la rencontre entre les femmes migrantes et le soin gynécologique français. Venant en France avec leurs références et leurs représentations dans ce domaine, elles se sont confrontées à un système de soin bien défini, organisé, et peu adaptable. De ce contact, résultait une satisfaction globale. Pourtant, plusieurs points semblaient empêcher ces femmes de rentrer dans le moule rigide de la santé de la femme en France.

Nous avons abordé la théorisation de cette rencontre à travers le prisme plus large de la théorie de l'acculturation (Redfield, Melville Herskovits et Linton 1936) (23). Cette notion de sciences humaines et sociales peut être définie ainsi : « Formule décrivant l'ensemble des phénomènes et des processus qui accompagnent la rencontre entre deux cultures différentes ». Elle a évolué à travers les travaux de nombreux chercheurs mais a toujours eu comme sujet d'étude les populations immigrées.

Tout commence donc par la rencontre entre deux entités différentes et étrangères l'une de l'autre.

D'un côté, les femmes migrantes, précédées de leur bagage culturel. Ce bagage se constituait notamment de la place accordée à la religion et à l'omnipotence de Dieu, d'un poids communautaire parfois important et d'un cadre familial traditionnel où le mari était très présent et où la maternité était centrale. Devenir « femme » et donc devenir mère était le tournant décisif de leur vie qui leur donnait enfin accès au monde de la gynécologie. Elles avaient également pour certaines eu de précédents contacts avec le monde de la santé de la femme, dans leur pays ou pendant leur parcours de migration. Ceux-ci venaient enrichir leur vision de la gynécologie.

De l'autre côté se trouvait le cadre très normatif du soin gynécologique français.

En effet, bien que n'émanant d'aucune recommandation officielle, un suivi annuel semble être une norme transmise de génération en génération chez les femmes françaises (24). Les examens de dépistages recommandés (cancers et IST) ont des populations cibles et des fréquences de réalisation bien définies (25). Le suivi de grossesse est très encadré : consultations mensuelles, examens spécifiques à des dates prédéfinies. Enfin, l'usage d'une

contraception semblerait être un passage presque obligatoire dans l'esprit du corps soignant en gynécologie. Le schéma contraceptif français est d'ailleurs stable depuis des années (26).

Le premier phénomène notable résultant de la rencontre entre ces deux entités était un contraste entre une hyper-médicalisation très satisfaisante et un sentiment de surmédicalisation. Cette notion avait déjà été décrite par Nina Gabai dans « Migration et soins transculturels : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés » (27). Les participantes ont apprécié la performance du système français, ainsi que le suivi gynécologique bien organisé et complet. Celui-ci semblait rassurant aussi bien pour les patientes que pour les soignants. Cette vision positive du soin français était aussi le résultat d'une comparaison avec le système de santé de leur pays d'origine, souvent critiqué. Mais un discours dissonant a parfois été entendu : pour certaines cela était intrusif et oppressant. Cette critique d'un système trop présent doit nous pousser à réfléchir plus largement sur la réalité exacte de la satisfaction exprimée. Comme le montrent les résultats de l'étude de Nina Gabai, elle peut cacher une perte de repères et d'habitudes culturelles que la technique vient compenser.

Nous avons ensuite relevé une méconnaissance générale des différents risques prévenus en gynécologie : le risque de cancer, le risque d'IST, le risque de complications d'une IVG résultant d'une grossesse non désirée. Ces risques paraissent parfois éloignés de leurs préoccupations ou bien simplement méconnus. Les explications sur ces risques sont donc capitales si on veut augmenter la participation à ces campagnes de dépistages.

En plus de cette méconnaissance des risques encourus, d'autres déterminants à l'absence de prise en charge préventive ou de planification ont pu être relevés dans cette étude.

Les participantes avaient notamment une vision négative de la contraception artificielle. L'impression de se voir dicter un comportement en désaccord avec leurs représentations a généré une forte opposition. Cette manière d'imposer une conduite semblait contraster avec une grande liberté de choix par ailleurs. La possibilité de décider par elles-mêmes avait été particulièrement appréciée par les participantes, par exemple dans le cadre de l'accouchement avec ou sans péridurale. Un exemple dans le domaine du suivi de grossesse a été exploré dans « Diagnostic prénatal de la drépanocytose et interruption médicale de grossesse chez les migrantes africaines » (28). Doris Bonnet y décrit l'opposition des représentations sur l'IMG

(Interruption Médicale de Grossesse) selon l'appartenance culturelle, et la confrontation des mères africaines à un système de santé qui leur est étranger, à la fois émancipateur et normatif.

Nous avons également retrouvé des freins classiques à la réalisation des dépistages tels que l'anxiété anticipatoire du résultat (29). La non-participation pourrait donc parfois être volontaire et non synonyme uniquement de méconnaissance.

La question se pose donc de l'utilité et de l'éthique de pratiquer de manière systématique des dépistages, comme cela a souvent été le cas chez les participantes à l'étude. Mal informées, elles acceptaient ces examens sans en avoir réellement compris l'objectif. Leur consentement n'était donc que partiel. La répétition de ces examens de dépistage dans le futur, de leur propre initiative, semblerait peu probable (30,31). Et d'un point de vue éthique, on peut s'interroger sur le risque à réaliser de tels tests sans que les patientes aient conscience de la gravité potentielle des résultats attendus. L'article de Doris Bonnet explore ce questionnement en décrivant les conséquences, souvent mal anticipées, du diagnostic prénatal de la drépanocytose chez des femmes africaines (28).

Malgré ce manque d'information palpable, les participantes à notre étude semblaient très satisfaites des soignants français, en particulier sur le plan humain. Leurs explications détaillées sur les examens pratiqués, leur gentillesse et tous les efforts mis en place pour dépasser la barrière de la langue ont été très appréciés. Ces véritables louanges du corps médical français ont fait contraste avec le sentiment de discrimination et la prise en charge paternaliste rapportés par plusieurs participantes. Certains soignants sembleraient ne pas prendre le temps de bien dialoguer avec leurs patientes migrantes : cela majorerait le manque de connaissance et de compréhension de ces femmes, et entraînerait même chez certaines un sentiment d'insatisfaction et de frustration. Une étude dans les maternités d'Ile-de-France (32) a mis en évidence l'influence des catégorisations ethniques sur le comportement des soignants : ces stéréotypes leur permettent d'expliquer pleinement le manque d'observance des patientes, sans remettre en question leur prise en charge, et de justifier parfois une conduite paternaliste désormais désapprouvée par le reste de la population. Plusieurs comportements similaires des soignants ont été relevés dans "*L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours*" (33). Javier Sanchis Zozaya décrit un manque d'écoute et d'explications, se traduisant par du paternalisme, ou d'une distanciation dans la relation soignant-soigné, pouvant être vécue comme de la discrimination. Sont aussi rapportées des

attitudes d'évitement, de minimisation des problèmes voire de méfiance envers ces patients. Ces comportements peuvent parfois traduire des mécanismes de défense, qualifiés de "contre-attitudes", face à cette zone d'inconfort que représente la consultation avec des populations migrantes.

Plusieurs points pourraient expliquer cet inconfort ressenti par de nombreux médecins (34,35). La consultation avec un migrant poserait tout d'abord le problème de la barrière de la langue. Le dialogue serait toujours compliqué, pour le patient comme pour le soignant. L'interprétariat n'étant disponible que dans des structures spécifiques, le médecin devrait soit recevoir le patient seul, au risque d'entraîner une incompréhension ou une frustration, soit accepter la présence d'une tierce personne. La position de cette troisième personne pourrait alors être difficile à appréhender : s'agirait-il d'un ami aidant, d'un échange commercial ou bénévole, d'un membre de l'entourage malveillant ? Même avec un patient maîtrisant assez bien la langue française, une perte d'information à double sens subsisterait souvent. De plus, la compréhension et l'expression des émotions seraient limitées : la manière de raconter les événements et la charge émotionnelle des mots prononcés peuvent beaucoup varier selon la langue (33).

En plus de la barrière de la langue, les soignants feraient face à une barrière culturelle. Les habitudes des patients migrants, leurs représentations de la médecine et de la maladie ainsi que leur façon de les exprimer pourraient être difficiles à comprendre et à accompagner pour les soignants. Cela serait d'autant plus marquant lorsque le domaine abordé touche à l'intimité comme dans la santé de la femme. Ce décalage culturel a été décrit dans l'article de Nina Gabai (27) : l'angoisse de l'accouchement et du post-partum, ainsi que le besoin d'un entourage familial très présent, exprimés par les patientes interrogées, ne sont ni perçus ni compris par les soignants de la maternité. De même, les savoir-faire du pays évoqués par les patientes sont rarement utilisés par les soignants pour qui il semble difficile d'imaginer l'émergence d'un « savoir-faire métissé ».

Au-delà de ces barrières linguistiques et culturelles, le statut même de femme migrante semblerait rendre le suivi médical et la relation médecin-patient difficiles. Notre étude montre que l'instabilité de leur quotidien, rythmé par les déménagements, les rendez-vous divers, et une vie professionnelle fluctuante permet difficilement leur inscription dans un suivi de qualité. Face à ces difficultés d'ancrage dans les soins et la précarité flagrante de ces patientes migrantes, le désarroi de nombreux médecins pourrait se faire sentir. Cela serait accentué par

le manque de connaissance des professionnels sur la prise en charge spécifique de ces populations : médecine et psychologie transculturelles, aides sociales et structures d'accueil ou d'orientation, support administratif, ...

Tous ces phénomènes résultant de la rencontre entre ces deux protagonistes ne peuvent exister que si cette rencontre a lieu. L'accès et le recours aux soins des femmes migrantes représentent donc une problématique prioritaire. Dans notre étude, ont été observés les nombreux freins empêchant l'accès à un suivi médical pour ces femmes, en particulier dans un cadre préventif. Pour beaucoup, le recours au soin n'était nécessaire qu'en cas de symptôme ressenti. Même pour celles sensibilisées à la prévention, la consultation médicale sans symptôme ne semblait pas être une priorité : elles devaient avant tout tenter de faire survivre leur famille dans un environnement étranger, instable et précaire. Le manque de connaissance sur l'organisation des soins et sur les moyens d'y avoir accès était un autre obstacle à franchir.

Au total, cette étude montre un fort contraste entre la satisfaction des femmes migrantes sur le système de soin français en santé de la femme, et la mise en évidence de nombreux freins à un suivi de qualité. Cette satisfaction apparente pourrait faussement rassurer les soignants qui risqueraient alors de diminuer leurs efforts pour améliorer la prise en charge de ces femmes migrantes.

La carence de prise en charge relevée dans cette étude est d'ailleurs confirmée par les nombreuses études quantitatives recensées dans la bibliographie thématique de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (36). En effet, les femmes migrantes souffrent d'inégalité d'accès aux soins. Dans le cadre de la prévention, le dépistage du cancer du col de l'utérus, auxquelles les femmes migrantes ont nettement moins recours que le reste de la population, est un exemple prégnant de ces inégalités (16). Même chez celles qui parviennent à y avoir accès, une inégalité de la qualité de la prise en charge est établie. Cela est vrai même dans des domaines comme la périnatalité, qui semblaient pourtant apporter pleine satisfaction aux participantes de notre étude (20).

III. Application à la médecine générale

Après avoir identifié les écueils d'une prise en charge, nous nous sommes demandé ce qui pouvait être fait à l'échelle de la consultation de médecine générale, pour améliorer la prise en charge de ces patientes en les amenant à adhérer à une démarche préventive, et ainsi réduire les risques. Ces pistes d'amélioration peuvent être présentées sous forme de modélisation (*Annexe 6*).

Lutter contre les freins engendrés par le statut de migrante :

Comme vu précédemment, le statut de femme migrante diminue les chances d'accès aux soins et de suivi de qualité. Comme préalable indispensable, il faut donc tenter d'agir sur ce facteur avec les moyens disponibles en médecine générale.

Il faut tout d'abord un temps d'explication sur l'offre de soins en santé de la femme en France : qui consulter ? Où et quand ?

L'ouverture des droits à la sécurité sociale représente une étape indispensable, de même que la lutte contre l'instabilité de vie et la précarité. Des formations médicales continues sur la prise en charge des populations précaires ainsi que la connaissance du réseau médico-social de proximité pourraient aider le médecin et la patiente dans ces démarches.

Plusieurs outils numériques de traduction existent et peuvent faciliter le dialogue en consultation. Il est parfois nécessaire de réaliser des consultations avec un interprète proche. Il convient néanmoins de rester vigilant aux interprètes malveillants et de veiller à garder un moment seul avec la patiente, par exemple pendant l'examen, afin de pouvoir parler sans filtre.

Lutter contre les discriminations, le paternalisme et les idées imposées :

Avant chaque consultation avec une patiente de culture différente, un travail d'introspection est nécessaire à chaque médecin, afin d'identifier ses propres craintes et ses zones d'inconfort.

Il serait utopique et réducteur de croire qu'il faut maîtriser totalement la culture de l'autre. Il paraît cependant nécessaire de tenter de comprendre et accepter sa différence : sa façon de vivre, sa manière de penser le soin et ses recours, son attitude face aux soignants.

Pour pousser plus loin la démarche, il est possible de se former aux médecines et soins transculturels par l'intermédiaire de formation médicale continue ou de Diplômes Universitaires.

Trouver une « accroche » au soin :

Nous avons vu que les enfants étaient une priorité pour les participantes. Les consultations de pédiatrie ou ayant trait à un état de grossesse ou à une demande contraceptive sont un moyen « d'accroche » pour proposer ensuite une consultation dédiée à la prévention. Pour ceci on pourrait tenter de dissocier chez elles la mère de la femme. Elles sont des mères mais elles sont aussi des femmes et peuvent avoir de ce fait des problèmes de santé spécifiques qui n'ont rien à voir avec la maternité mais avec leur corps de femme, leur sexualité.

Ce moment doit tenir compte de la pudeur exprimée à aborder ces thèmes. Il faut envisager que l'accès d'un soignant à leur intimité physique comme psychique soit refusé.

Proposition d'une consultation dédiée :

Au cours de cette consultation, il y aurait deux temps.

Dans un premier temps, le médecin pourrait faire état de la connaissance des patientes en matière de santé de la femme. Il pourrait ensuite explorer leurs représentations et tenter de dessiner leur cadre culturel. Celui-ci est souvent éloigné des usages français mais peut varier même parmi les femmes originaires d'un même pays.

Dans un second temps, le médecin expliquerait les avantages et éventuels effets indésirables des différents moyens de contraception et de planification. Pourraient ensuite être présentés les risques d'IST, ainsi que les dépistages des cancers et leurs modalités.

Le but serait, comme dans tout processus de soins, de faire adhérer la patiente par la compréhension de l'utilité et du bien-fondé de chaque examen. Il faut ensuite respecter le

refus de soin et ne pas être tenté de réaliser un examen « pour le bien » de la patiente si celui-ci n'est pas accepté en conscience, et en accord avec ses propres valeurs culturelles.

Ce respect est gage d'un lien de confiance qui peut se créer entre le médecin généraliste et sa patiente.

IV. Perspectives

Ces constatations sur la prise en charge de la santé de la femme en France pourraient être mises en perspectives avec les autres domaines de la médecine. Des études qualitatives pourraient ainsi être menées auprès des populations migrantes pour explorer leur vécu et leurs représentations sur la prise en charge des enfants, des personnes âgées, ou encore des patients souffrant de pathologies chroniques.

La santé de la femme présente cependant ses spécificités : la sphère de l'intime y est abordée, avec toutes ses représentations. Entre autres, la pudeur aussi bien des patientes que des soignants est mise en jeu. La compréhension des représentations et habitudes culturelles, ainsi que le franchissement de cette barrière de pudeur pourraient être possibles avec l'aide de membres issus de la communauté étudiée. La recherche participative basée sur la communauté est un processus de co-apprentissage où les chercheurs et les membres de la communauté travaillent conjointement (37). Cette méthode a par exemple fait preuve de son efficacité pour amener à un meilleur taux de dépistage du cancer du col de l'utérus des populations hispaniques aux Etats-Unis : des « promotora », membres de la communauté non professionnels de santé, ont travaillé avec les chercheurs dans une étude interventionnelle, pour éduquer au mieux les femmes hispaniques à avoir recours au frottis cervico-utérin (38). Des études interventionnelles de ce type pourraient être mises en œuvre au sein des différentes communautés représentées parmi les femmes migrantes en France : elles permettraient d'évaluer l'impact de diverses interventions faisant la promotion de la prévention en santé de la femme et ainsi espérer réduire les inégalités en santé actuellement existantes.

Conclusion

Des disparités existent en matière de santé de la femme entre population migrante et population française : un moindre accès aux campagnes de dépistage des cancers gynécologiques, des surrisques en santé maternelle et périnatale. Cependant, peu d'études s'intéressent au suivi gynécologique des femmes migrantes en France et à leur vision du système français.

Dans cette étude qualitative, nous avons exploré le vécu du soin gynécologique français par des femmes migrantes.

L'analyse du discours des participantes a mis en évidence une satisfaction globale mais aussi des dysfonctionnements lors de leur rencontre avec le système de soin français. Les éléments positifs relevés étaient la prise en charge sociale, les qualités humaines des soignants ainsi que la performance du système de santé. Bien que rassurant, le cadre très structuré mais peu adaptable du suivi gynécologique en France a suscité des réactions mitigées. Il a parfois été perçu comme oppressant, paternaliste ou discriminatoire. Ce décalage entre le système de soin et leurs représentations ainsi que les obstacles relatifs au statut de migrantes semblaient empêcher une prise en charge optimale, en particulier dans la prévention des risques.

L'identification par les soignants de leurs difficultés à prendre en charge des femmes migrantes est une première étape dans l'amélioration du suivi gynécologique de ces femmes. L'optimisation de leur prise en charge en médecine générale pourrait ensuite passer par une meilleure formation en médecine transculturelle et en santé des populations précaires. L'exploration des représentations des patientes, ainsi qu'un temps d'information sur le système de soin et les risques en santé de la femme pourraient faire l'objet d'une consultation dédiée. Il s'agirait d'un moment privilégié pour renforcer le lien médecin-patiente.

De nouvelles études qualitatives pourraient être menées auprès de populations migrantes, afin d'explorer d'autres domaines de la médecine générale. Il serait également intéressant de réaliser des études visant à évaluer des interventions de sensibilisation de femmes migrantes sur le thème de la prévention, notamment à travers une approche participative.

Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Purpan
Didier CARRIE

Bibliographie

1. Organisation Internationale pour les Migrations. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015. Disponible sur : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
2. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Droits de l'Homme. Principes et directives recommandés sur les Droits de l'Homme aux frontières internationales. Disponible sur : https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/OHCHR_Recommended_Principles_Guidelines_FR.pdf
3. INSEE. Immigrés, étrangers. Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
4. Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés. Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés [Internet]. UNHCR. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/fr-fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>
5. The United Nations High Commissariat for Refugees. Refugees [Internet]. UNHCR. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/refugees.html>
6. The United Nations High Commissariat for Refugees. Asylum-Seekers [Internet]. UNHCR. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/asylum-seekers.html>
7. l'Intérieur M de. Chiffres clés [Internet]. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>. Disponible sur : <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-cles>
8. Halligan A. How do variations in definitions of « migrant » and their application influence the access of migrants to Healthcare services? GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2016. (Regional Office for Europe).
9. OIM (Organisation Internationale pour les migrations. Etat de la migration dans le monde 2010. L'avenir des migrations : renforcer les capacités face aux changements. 2010. Disponible sur : https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_french.pdf
10. Comité économique et social européen. Journal officiel de l'Union européenne. Avis du Comité économique et social européen sur « Santé et Migration ». 27 oct 2007 ; Disponible sur : https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2007.256.01.0123.01.FRA&toc=OJ:C:2007:256:TOC
11. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite Soc.* 2005 ; no 46(3) : 89-129.
12. Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva. Immigrants' Access to Ambulatory Care in France. *Sept 2009 ; (146) : 1-6.*

13. Gusmano MK, Weisz D, Rodwin VG, Lang J, Qian M, Bocquier A, et al. Disparities in access to health care in three French regions. *Health Policy*. 1 janv 2014;114(1):31-40.
14. de Waure C, Bruno S, Furia G, Di Sciullo L, Carovillano S, Specchia ML, et al. Health inequalities: an analysis of hospitalizations with respect to migrant status, gender and geographical area. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 7 févr 2015 [cité 20 avr 2020] ; 15. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336515/>
15. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Janv 2012*; (n°. 2-3-4) : 17-21.
16. INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / étude médico-économique / Phase 1 [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>
17. Mangin F. Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au caso de médecins du monde de saint-denis, de 2012 à 2016 / screening for HIV, hepatitis and STIS among recent migrants at the healthcare and advice clinics (caso) of doctors of the world in saint-denis (france) from 2012 to 2016. 2018 ; 8.
18. Sauvegrain P. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées / access to prenatal care and maternal health of immigrant women in France. :7.
19. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen A-MN, Rich-Edwards J. Maternal mortality among migrants in Western Europe: a meta-analysis. *Matern Child Health J*. sept 2014;18(7):1628-38.
20. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med*. févr 2009;68(3):452-61.
21. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet Lond Engl*. 11 mai 2013 ; 381(9878) : 1642-52.
22. Méliani. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. In : *Recherches qualitatives* [Internet]. 2013. p. pp 435-452. Disponible sur : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf
23. Courbot C. De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire. *Hypotheses*. 2000 ; 3 (1) :121-9.
24. Fréquence de consultation d'un gynécologue France 2018 [Internet]. Statista. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/912569/frequence-de-consultation-du-medecin-obstetricien-ou-gynecologue-france/>
25. Dépistage du cancer du sein [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501534/fr/depistage-du-cancer-du-sein

26. Lemoine V, Bessarion C. Contraception. Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. Santé Publique France ; 2020.
27. Gabai N, Furtos J, Maggi-Perpoint C, Gansel Y, Danet F, Monloubou C, et al. Migration et soins périnataux : une approche transculturelle de la rencontre soignants/soignés. *Devenir*. 19 déc 2013 ; Vol. 25(4) :285-307.
28. Bonnet D. Diagnostic prénatal de la drépanocytose et interruption médicale de grossesse chez les migrantes africaines. *Sci Soc Santé*. 2005 ; 23(2) : 49-65.
29. Dujoncquoy S, Migeot V, Gohin-Pério B. Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes. *Sante Publique (Bucur)*. 2006 ; Vol. 18(4) : 533-47.
30. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitaine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins*. 2012 ; Vol. 43(4):261-8.
31. Forestier D, Vangrevelinghe G. Étude des représentations du dépistage du cancer et politique de prévention. *Sci Educ - Pour Ere Nouv*. 2006 ; Vol. 39(1) : 97-113.
32. Nacu A. À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes. *Sociol Trav*. 1 janv 2011 ; 53(1) :109-30.
33. Sanchis Zozaya J, Tzartzas K, Dominicé Dao M, Bodenmann P, Marion-Veyron R. L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours. *Forum Méd Suisse*. 11 avr 2018 ; 18(15) : 325-31.
34. Querrioux IL. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré ; 2011 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731735>
35. Bodenmann P, Gehri M. Soins aux migrants : une opportunité de pratiquer une meilleure médecine pour tous ! *Forum Méd Suisse*. 27 janv 2010 ; 10(04) :57-8.
36. Safon M-O. Centre de documentation de l'Irdes. 2018 ; 298.
37. C. Schmidt N, Fargnol V. Santé reproductive des femmes migrantes à Genève : quels défis pour une approche participative basée sur la communauté ? 2014;10(447):1985-8.
38. Thompson B, Carosso EA, Jhingan E, Wang L, Holte SE, Byrd TL, et al. Results of a randomized controlled trial to increase cervical cancer screening among rural Latinas. *Cancer*. 2017 ; 123(4) : 666-74.

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information à destination des travailleurs sociaux

- **Intitulé de la thèse** : Représentations de la santé de la femme par des femmes migrantes : étude qualitative à partir d'une cohorte de migrants en cours d'insertion sociale par la mairie de Toulouse
- **Objectif** : L'objectif de cette étude est de décrire les représentations de femmes migrantes sur la santé de la femme. L'objectif secondaire est d'identifier leurs besoins, leurs attentes et de repérer les freins à leur prise en charge. Une fois identifiés, cela pourrait aider à construire une prise en charge à la fois médicale et sociale adaptée à cette population. Une consultation dédiée à la santé de la femme pourrait être ainsi proposée. Elle pourrait servir de point d'entrée médical et amorcer ainsi la prise en charge globale des patientes.
Mieux suivies et mieux soignées, ces femmes pourraient devenir un pivot dans le recours au soin de toute leur famille.
- **Que dire aux femmes pour le recrutement** :
Attention, nous souhaiterions rester le plus large possible sur ce que nous disons aux femmes de la cohorte avant l'entretien pour pas qu'elles se renseignent avant de venir ou qu'elles appréhendent de nous rencontrer.
 - **Qui sommes-nous ?**
Nous sommes Pauline et Lisa, deux internes en médecine générale (étudiantes en 8^{ème} année de médecine) qui préparons notre thèse d'exercice (il s'agit pour nous de la dernière étape avant de devenir médecin généraliste) ;
 - **Que voulons-nous faire ?**
Nous souhaitons dégager leurs besoins concernant la santé de la femme, mais également leurs attentes possibles et les freins qui empêcheraient que la consultation dédiée à la santé de la femme se réalise dans de bonnes conditions ;
 - **Pourquoi ?**
Parce que l'accès aux soins des patients en situation de précarité est complexe. La consultation dédiée à la santé de la femme est une étape souvent redoutée. Nous souhaitons organiser une consultation dédiée à cette population. Pour cela il faut que cette consultation soit en adéquation avec leurs besoins, leurs attentes et que nous prenions en considération les freins possibles à sa bonne réalisation. Organiser la consultation en fonction de leurs besoins, appréhender l'examen de la bonne façon, parler de sujets qui les concernent sont autant de clefs qui pourront permettre une bonne prise en charge
 - **Comment ?**
Au cours d'entretiens individuels d'environ 30-45 min, avec l'aide d'interprètes si besoin, nous leur poserons des questions sur différents thèmes autour de la santé. Elles pourront y répondre librement, parler de leurs propres expériences dans leur pays d'origine et depuis leur arrivée en France.

Annexe 2 : *Différentes versions du guide d'entretien*

Guide d'entretien version 1

Les relances sont en italiques.

- D'abord quelques questions d'ordre général qui me permettront de mieux vous connaître.
 - Quel âge avez-vous ?
 - De quel pays venez-vous ?
 - Avez-vous une appartenance religieuse ?
 - Etes-vous mariée ?
 - Avez-vous des enfants ? Si oui combien et de quel âge ? Avez-vous eu d'autres grossesses (IVG, IMG, fausses couches) ?
 - Travaillez-vous ? Si oui quelle profession exercez-vous actuellement ? Auparavant ?
 - Avez-vous un médecin traitant ? Avez-vous eu des contacts avec des professionnels de santé depuis votre arrivée en France ?

- Maintenant, parlez-moi de votre suivi gynécologique dans votre pays d'origine ?
 - *Dans quelle structure était-il fait ? Par qui ?*
 - *A quelle fréquence ?*
 - *Pour quels motifs ?*
 - *Comment se déroulait l'examen gynécologique ? Comment le viviez-vous ?*
 - *Avez-vous discuté de vos questions et ressentis sur la gynécologie et les consultations de suivi avec votre famille ? Vos amis ?*
- Pour les grossesses (s'il y en a eu) :
 - *Comment s'est passé l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Y avait-il des proches avec vous ?*
 - *Avez-vous utilisé la péridurale ?*
 - *Comment s'est passé le suivi avant l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Quelle fréquence ?*
 - *Quels examens étaient pratiqués ?*
 - *Avez-vous eu un suivi après l'accouchement ?*
 - *Si oui : qu'en avez-vous pensé ?*

- Depuis que vous êtes en France, avez-vous un suivi gynécologique ?
 - Si suivi :
 - *Dans quelle structure est-il fait ? Par qui ?*
 - *A quelle fréquence ?*
 - *Pour quels motifs ?*

- *Comment s'est déroulé l'examen gynécologique ? Comment l'avez-vous vécu ? Racontez-nous le dernier par exemple.*
- Si pas de suivi :
 - Pourquoi ?
 - Aimeriez-vous avoir un suivi gynécologique ?
 - *Si oui dans quelles circonstances : où ? par qui ? pourquoi ?*
 - *Sinon : pourquoi ?*
- Pour les grossesses (s'il y en a eu) :
 - *Comment s'est passé l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Avez-vous utilisé la péridurale ?*
 - *Comment avez-vous vécu cet accouchement ?*
 - *Comment s'est passé le suivi avant l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Quelle fréquence ?*
 - *Qu'en avez-vous pensé ? Comment l'améliorer ?*
 - *Avez-vous eu un suivi après l'accouchement ?*
 - *Si oui : qu'en avez-vous pensé ? Comment l'améliorer ?*
 - *Si non :*
 - *Pourquoi ?*
 - *Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?*
 - *Comment l'envisageriez-vous ?*

Guide d'entretien version 2

Les relances sont en italiques.

- D'abord quelques questions d'ordre général qui me permettront de mieux vous connaître.
 - Quel âge avez-vous ?
 - De quel pays venez-vous ?
 - Avez-vous une appartenance religieuse ?
 - Etes-vous mariée ?
 - Avez-vous des enfants ? Si oui combien et de quel âge ? Avez-vous eu d'autres grossesses (IVG, IMG, fausses couches) ?
 - Travaillez-vous ? Si oui quelle profession exercez-vous actuellement ? Auparavant ?
 - Avez-vous un médecin traitant ? Avez-vous eu des contacts avec des professionnels de santé depuis votre arrivée en France ?

- Maintenant, parlez-moi de votre suivi gynécologique dans votre pays d'origine ?
 - Si suivi :
 - *Dans quelle structure était-il fait ? Par qui ?*
 - *A quelle fréquence ?*
 - *Pour quels motifs ?*
 - *Comment se déroulait l'examen gynécologique ? Comment le viviez-vous ?*
 - *Avez-vous discuté de vos questions et ressentis sur la gynécologie et les consultations de suivi avec votre famille ? Vos amis ?*
 - Si pas de suivi :
 - *Pourquoi ?*
 - *Auriez-vous aimé un suivi ?*
 - *Si oui dans quelles circonstances : où ? par qui ? pourquoi ?*
 - *Sinon : pourquoi ?*
 - Pour les grossesses (s'il y en a eu) :
 - *Comment s'est passé l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Y avait-il des proches avec vous ?*
 - *Avez-vous utilisé la péridurale ?*
 - *Comment s'est passé le suivi avant l'accouchement ?*
 - *Si oui :*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Quelle fréquence ?*
 - *Quels examens étaient pratiqués ?*
 - *Si pas de suivi :*
 - *Pourquoi ?*
 - *Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?*
 - *Avez-vous eu un suivi après l'accouchement ?*
 - *Si oui : qu'en avez-vous pensé ?*

- *Si non : pourquoi ? Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?*
- Depuis que vous êtes en France, avez-vous un suivi gynécologique ?
 - Si suivi :
 - *Dans quelle structure est-il fait ? Par qui ?*
 - *A quelle fréquence ?*
 - *Pour quels motifs ?*
 - *Comment s'est déroulé l'examen gynécologique ? Comment l'avez-vous vécu ? Racontez-nous le dernier par exemple.*
 - *Comment pourrions-nous améliorer ce suivi ?*
 - Si pas de suivi :
 - Pourquoi ?
 - Aimeriez-vous avoir un suivi gynécologique ?
 - *Si oui dans quelles circonstances : où ? par qui ? pourquoi ?*
 - *Sinon : pourquoi ?*
 - Pour les grossesses (s'il y en a eu) :
 - *Comment s'est passé l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Avez-vous utilisé la péridurale ?*
 - *Comment avez-vous vécu cet accouchement ?*
 - *Comment s'est passé le suivi avant l'accouchement ?*
 - *Si suivi :*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Quelle fréquence ?*
 - *Qu'en avez-vous pensé ? Comment l'améliorer ?*
 - *Si pas de suivi :*
 - *Pourquoi ?*
 - *Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?*
 - *Comment l'envisageriez-vous ?*
 - *Avez-vous eu un suivi après l'accouchement ?*
 - *Si oui : qu'en avez-vous pensé ? Comment l'améliorer ?*
 - *Si non :*
 - *Pourquoi ?*
 - *Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?*
 - *Comment l'envisageriez-vous ?*
 - *Qu'est ce qui pourrait, d'après vous, être amélioré dans le suivi proposé ?*
- *Comment envisageriez-vous la suite de votre suivi gynécologique ?*

Guide d'entretien version 3

Les relances sont en italiques.

- D'abord quelques questions d'ordre général qui me permettront de mieux vous connaître.
 - Quel âge avez-vous ?
 - De quel pays venez-vous ?
 - Avez-vous une appartenance religieuse ?
 - Quelle est votre situation familiale ?
 - Avez-vous des enfants ? Si oui combien et de quel âge ? Ont-ils un suivi médical (vaccination) ? Avez-vous eu d'autres grossesses (IVG, IMG, fausses couches) ?
 - Travaillez-vous ? Si oui quelle profession exercez-vous actuellement ? Auparavant ? Avez-vous fait des études ?
 - Avez-vous un médecin traitant ? Avez-vous eu des contacts avec des professionnels de santé depuis votre arrivée en France ?

- Maintenant, parlez-moi de votre suivi gynécologique dans votre pays d'origine ?
 - Si suivi :
 - *Dans quelle structure était-il fait ? Par qui ?*
 - *A quelle fréquence ?*
 - *Pour quels motifs ?*
 - *Comment se déroulait l'examen gynécologique ? Comment le viviez-vous ?*
 - *Avez-vous discuté de vos questions et ressentis sur la gynécologie et les consultations de suivi avec votre famille ? Vos amis ?*
 - *Qu'avez-vous pensé de ce suivi ?*
 - Si pas de suivi :
 - *Pourquoi ?*
 - *Auriez-vous aimé un suivi ?*
 - *Si oui dans quelles circonstances : où ? par qui ? pourquoi ?*
 - *Sinon : pourquoi ?*
 - Pour les grossesses (s'il y en a eu) :
 - *Comment s'est passé l'accouchement ?*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Y avait-il des proches avec vous ?*
 - *Avez-vous utilisé la péridurale ?*
 - *Qu'avez-vous pensé de la prise en charge lors de l'accouchement ?*
 - *Comment s'est passé le suivi avant l'accouchement ?*
 - *Si suivi :*
 - *Où ?*
 - *Par qui ?*
 - *Quelle fréquence ?*
 - *Quels examens étaient pratiqués ?*
 - *Si pas de suivi :*

- Pourquoi ?
 - Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?
 - Avez-vous eu un suivi après l'accouchement ?
 - Si oui : qu'en avez-vous pensé ?
 - Si non : pourquoi ? Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?
- Depuis que vous êtes en France, avez-vous un suivi gynécologique ?
 - Si suivi : racontez-moi
 - Dans quelle structure est-il fait ? Par qui ?
 - A quelle fréquence ?
 - Pour quels motifs ?
 - Comment s'est déroulé l'examen gynécologique ? Comment l'avez-vous vécu ? Racontez-nous le dernier par exemple.
 - Qu'avez-vous pensé de ce suivi ?
 - En quoi est-il différent de celui de votre pays d'origine ?
 - Comment pourrions-nous améliorer ce suivi ?
 - Si pas de suivi :
 - Pourquoi ?
 - Aimerez-vous avoir un suivi gynécologique ?
 - Si oui dans quelles circonstances : où ? par qui ? pourquoi ?
 - Sinon : pourquoi ?
 - Pour les grossesses (s'il y en a eu) :
 - Comment s'est passé l'accouchement ?
 - Où ?
 - Par qui ?
 - Avez-vous utilisé la péridurale ?
 - Comment avez-vous vécu cet accouchement ?
 - En quoi était-ce différent de celui dans votre pays d'origine ?
 - Comment s'est passé le suivi avant l'accouchement ?
 - Si suivi :
 - Où ?
 - Par qui ?
 - Quelle fréquence ?
 - Qu'en avez-vous pensé ?
 - En quoi est-il différent de celui de votre pays d'origine ?
 - Comment l'améliorer ?
 - Si pas de suivi :
 - Pourquoi ?
 - Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?
 - Comment l'envisageriez-vous ?
 - Avez-vous eu un suivi après l'accouchement ?
 - Si oui : qu'en avez-vous pensé ? En quoi est-il différent de celui de votre pays d'origine ? Comment l'améliorer ?
 - Si non :
 - Pourquoi ?
 - Auriez-vous aimé en avoir un ? Pourquoi ?
 - Comment l'envisageriez-vous ?

- *Comment envisageriez-vous la suite de votre suivi gynécologique ?*
- *A votre avis, pourquoi les femmes françaises consultent en dehors de la grossesse ?*
 - *Un des motifs principaux est la contraception. Qu'en pensez-vous ?*
 - *Que savez-vous du dépistage des cancers gynécologiques ?*
 - *Du frottis cervico-utérin ?*
 - *De l'examen des seins et de la mammographie ?*
 - *Connaissez-vous la vaccination contre le Papilloma virus ? De quoi s'agit-il ?*
 - *Est-ce important pour vous le dépistage des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites, ...) ? Pourquoi ?*
- *Avez-vous des questions ?*

Annexe 3 : Extrait du tableau d'analyse

Annexe 4 : Fo

Formulaire d'inf

Merci de porter les représentations et votre opinion ainsi trouver les dédiées à la santé

Ce recueil d'informations personnelles pour vous donner

Votre participation pour vous et votre discussion à tout

Compte	Theme	Categorie	Sous categorie	Mots clés	Clair : entretien 8 (06/05/19 Pauline)	Miriam : entretien 9 (06/05/19 Lisa)	Maud : entretien 10 Pauline 06.05.19	Lisa : 06.05.19
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Cadre familial	Solidarité familiale	Entrée de toute la famille dans le post-partum				- Et ton mari ? Il t'a aidé ? - Oui, et les enfants aussi.
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Cadre familial	Solidarité familiale	Présence de la belle-fille en hospice du post-partum				Je suis restée à l'hôpital parce que c'était le week-end. Je suis restée avec ma belle-fille parce que elle est restée avec moi.
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Cadre familial	Solidarité familiale	Belle-mère pour s'occuper des enfants pendant le post-partum				
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Culture	Influence de la culture/communauté	Virginité avant le mariage nécessaire dans culture				- Et avant votre mari vous aviez eu des rapports sexuels avec d'autres hommes ? - Non (RR plus traduction) dans leur culture on ne peut pas. Quand on arrive avec son mari on doit être vierge. C'est comme ça, les familles font connaissance avant et il faut être vierge, c'est comme ça.
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Culture	Influence de la culture/communauté	Va à l'encontre de l'avis de ses parents pour choix du mari				- Non je suis venue toute seule. Parce que je me suis mariée avec mon mari. J'ai fugué. Intervention de l'assistante sociale : - Oui, en fait elle est non rom, et son mari est rom. Et donc sa famille n'était pas trop d'accord ? - Oui, parce qu'il avait des enfants, déjà 3, et une femme aussi. Et la différence d'âge, 15 ans de différence entre moi et lui.
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Culture	Influence de la culture/communauté	Importance du mariage au sein de la même communauté	- Oui mais ils habitent dans des villes différentes en Roumanie (l'interprète me dit que les Roms vont chercher des partenaires dans des communautés d'autres villes pour éviter la consanguinité). - Ah donc vous ne vous mariez qu'entre Roms ? Avec la même religion que vous ? - Oui			
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Culture	Influence de la culture/communauté	Départ de la communauté				
1	Leur socle de pensée (Tradition/culture/re/religion)	Culture	Influence de la culture/communauté	Croyance en mauvais sort, superstition				

recherche concernant vous de votre vécu. Nous espérons une consultation et attentes.

vos informations Les réponses que vous identifier.

sans conséquence à décider de quitter la usage.

Déroulement : nous vous poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Cette séance de discussion dure entre 20 et 60 minutes suivant ce que vous allez nous dire. Si vous ne comprenez pas bien ce que nous vous demandons, n'hésitez pas à nous le dire. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser. Nous essaierons d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien, pour vous laisser entièrement la parole avant.

Les personnes présentes seront : Pauline Astruc et Lisa Ouahnnon (chercheuses), et éventuellement une interprète.

La séance sera enregistrée, nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude. Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée.

Si vous êtes d'accord pour participer, pouvez-vous nous dire que vous avez compris le déroulement de l'enquête ? Pouvez-vous nous dire oralement que vous acceptez de participer à cette enquête ?

La personne qui réalise l'enquête va signer pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom de la chercheuse :

Signature :

Formulaire de consentement :

J'accepte de participer à l'étude sur le vécu des consultations médicales dans la procédure de droit au séjour pour raison médicale.

Date :

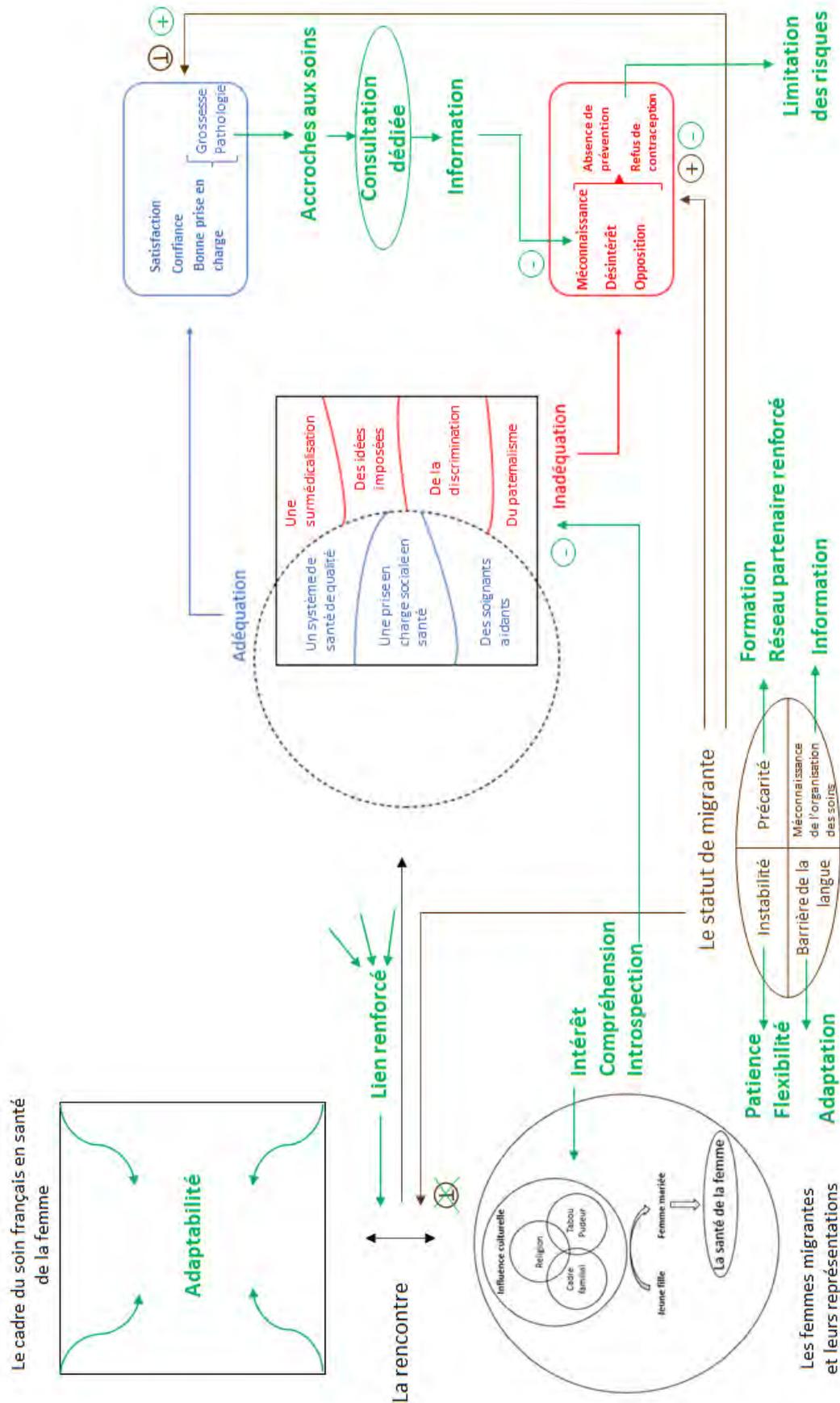
Signature :

Déclaration des conflits d'intérêts : Les chercheuses Pauline Astruc et Lisa Ouahnnon déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche

Annexe 5 : Caractéristiques des sujets de l'échantillon

Interviewée (nom anonymisé)	Date entretien	Age (ans)	Pays d'origine	Situation familiale	Enfants	Autres grossesses	Niveau d'études	Profession France/ pays d'origine	Médecin traitant (MT)/ autres	Autres commentaires
Eliane	29/11/2018	29	Soudan	Mariée	2	Grossesse en cours	Jusqu'à 15 ans	0/ dans une crèche au Soudan	MT	En France depuis plus de 3 ans
Sarah	12/12/2018	49	Bulgarie	Mariée	1 de 15 ans	1 VG	Bac +3 éco	Femme de ménage/Audit	MT et autres (pneumologue)	File née en France, arrivée en 2001 puis allers/retours
Estelle	21/02/2019	47	Bulgarie	Célibataire, divorcée	3	1 FC (fausse-couche)	2 ans d'école primaire	Femme de ménage/Pose isolant, ouvrière agricole	MT et 2/3 passages urgences	Arrivée il y a 7 ans ; Enfants adultes vivant en Bulgarie
Mathilde	26/03/2019	23	Bulgarie	Mariée	3	3 IVG	Pas de scolarité ; Analphabète	0/ Ouvrière agricole	Pas de MT	En France depuis 7 mois ; Enfants vaccinés en Bulgarie
Pauline	28/02/2019	38	Syrie	Mariée	5	0	Jusqu'à 10 ans	0/0 (mari vendeur en Syrie)	MT	Ont fui la Syrie et transité par l'Égypte
Catherine	20/03/2019	41	Bulgarie	Concubinage	1	0	0	Aide-ménagère + agriculture en France/ aide-ménagère pays	MT et autres	
Françoise	26/03/2019	31	Syrie	Mariée	3	2 FC	Jusqu'au collège ; Sait lire et écrire	0/0	MT	En France depuis peu ; Transit par la Turquie (accouchement lib-bus)
Ikram	06/05/2019	19	Roumanie	Concubinage	0	0	Jusqu'à la fin du collège en France	A été agent d'entretien, ne travaille plus (conjoint travaille)	MT et gynécologue	Arrivée dans l'enfance en France
Claire	06/05/2019	28	Roumanie	Concubinage	0	Grossesse en cours	Jusqu'en 3 ^e ; Sait lire et écrire	Jamais	Gynécologue pour la grossesse	En France depuis 8 mois
Imane	06/05/2019	23	Roumanie	Concubinage	1 (+ 3 grands enfants du mari)	0	Jusqu'à fin du lycée en Roumanie	Actuellement sans emploi, suivie par Pôle emploi (conjoint auto-entrepreneur) / Auto-entrepreneuse dans la vente	MT et gynécologue	Non Rom, a fugué de Roumanie pour rejoindre son mari, Rom, 15 ans de +, marié et 3 enfants, contre l'avis de ses parents. En France depuis 5 ans. Parle très bien le français.
Maud	06/05/2019	32	Roumanie	Concubinage	2 filles 8 et 11 ans	1 IVG	A l'école en Roumanie ; Sait lire et écrire	Auto-entrepreneuse en Fripien / Pas de travail en Roumanie	MT et gynécologue	En France depuis 2010 en ayant transité par l'Espagne
Floriane	01/07/2019	25	Bulgarie	Concubinage	1 fille de 10 ans	Grossesse en cours ; 1 IVG	Jusqu'au collège en Roumanie	Ménage/vignes en France	MT et gynécologue	En France depuis 7 ans, fille à l'école en France
Hélène	01/07/2019	55	Bulgarie	Concubinage	6 grands enfants, petits enfants	Un enfant décédé	Jusqu'en 5 ^e ; Sait lire et écrire	Pas de travail en France/ En Bulgarie : ouvrière agricole	MT et ponctuellement gynécologue	En France depuis plus de 5 ans
Sylvette	17/09/2019	20	Roumanie	Concubinage	3 enfants (1 en Roumanie)	0	CP en Roumanie	0/0 (mari en recherche)	PASS	En France depuis 1 an et demi, puis 1 aller/retour pour tenter d'aller chercher sa fille
Brigitte	16/07/19	44	Bulgare	Concubinage ; Divorcée d'un autre homme	4 enfants avec 1er mari (1 à Bordeaux)	1 FC tardive ; 1 IVG	Jusqu'à 15 ans ; Sait lire et écrire	En Italie : ouvrière agricole 6 ans puis aide à domicile	Pas de renseignement	A vécu 14 ans en Italie, en France depuis 2019
Séverine	07/11/2019	24	Kosovar	Concubinage	Une fille de 2 ans et demi	Grossesse en cours	Jusqu'au lycée	Jamais	MT et neurologue	A quitté d'elle-même la communauté Rom
Astrid	07/01/19	36	Albanaise	Concubinage	4 enfants : 10/8/7 ans et 14 mois	0	Jusqu'à 18 ans	Bénévolet en France	MT	En France depuis 2014
								Bénévolet en France		A rencontré son compagnon en France
								Bénévolet en France		En France depuis 2013
								Bénévolet en France		Transit pas Italie où elle a eu son 3ème enfant
										Jamais retournée en Albanie

Annexe 6 : Pistes d'amélioration en médecine générale : modélisation



Résumé - Abstract

AUTEURS : Pauline ASTRUC et Lisa OUANHNON
DIRECTRICE DE THÈSE : Pr Marie-Eve ROUGE-BUGAT

*Santé de la femme en population migrante : entre idéalisation et confrontation.
Etude qualitative auprès de femmes migrantes à Toulouse*

Introduction

A ce jour la France compte 6,5 millions d'immigrés. Cette population, aux cultures et représentations très différentes, souffre d'inégalités en santé. En particulier, dans le domaine de la santé de la femme, des disparités existent dans l'accès à la prévention et à des soins de qualité.

Objectif

Explorer le vécu du soin gynécologique français par des femmes migrantes.

Méthode

Dans cette étude qualitative, nous avons mené des entretiens semi-directifs individuels. L'analyse a été réalisée en utilisant la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats

Nous avons réalisé 17 entretiens, jusqu'à l'obtention d'une saturation des données.

La rencontre entre deux entités différentes et étrangères l'une de l'autre a été décrite : d'un côté, les femmes migrantes, précédées de leur bagage culturel et de leurs expériences passées en gynécologie. Ce bagage se constituait notamment de la place accordée à la religion et à l'omnipotence de Dieu, et d'un poids communautaire et familial important. Devenir « femme » et donc devenir mère était le tournant décisif de leur vie, qui leur donnait enfin accès au monde de la gynécologie. De l'autre côté se trouvait le cadre très normatif du soin gynécologique français.

Globalement, les femmes étaient très satisfaites du système français : un système de soin de qualité, une couverture maladie universelle et des soignants particulièrement humains.

Bien que rassurant, le suivi gynécologique français, très codifié, a parfois été décrit comme de la surmédicalisation. Le comportement de certains professionnels de santé a été vécu comme discriminatoire ou paternaliste. La divergence des points de vue, notamment autour de la question de la contraception, a généré une forte opposition de la part des femmes migrantes.

Leur statut de femme migrante venait amplifier tous ces obstacles à une prise en charge de qualité. Leur instabilité de vie, leur précarité, la barrière de la langue et la méconnaissance d'un nouveau système de soin, faisaient de la santé de la femme, et en particulier de la prévention, un objectif difficile à atteindre et non prioritaire.

Discussion et conclusion

L'apparente satisfaction de nos participantes faisait contraste avec les nombreuses inégalités en santé de la femme des populations migrantes en France. Ceci est une illustration de la complexité de la médecine interculturelle.

Un effort d'introspection est nécessaire aux professionnels de santé afin de prévenir l'émergence de stéréotypes et donc de comportements discriminatoires et paternalistes. La meilleure compréhension et le respect de la culture de l'autre est un préalable indispensable à tout soin interculturel. Des capacités d'adaptation à chaque patiente et une information appropriée pourraient être le meilleur moyen d'améliorer la conscience du risque des femmes migrantes, et ainsi de réduire les inégalités en santé.

***Women's Health in migrant population: between idealised vision and confrontation.
A qualitative study of migrant women in Toulouse***

Background

In 2019, there are 6.5 million migrants living in France. Optimum medical care is difficult to reach for these populations, who have a different culture, and other representations of disease and healthcare. In particular in women's Health, numerous French studies show inequalities in access and quality of care.

Objective

To explore the migrant women's experience of Women's Health care in France.

Method

For this qualitative study, in-depth semi structured individual interviews were conducted with migrant women in Toulouse. The analysis was undertaken using the grounded theorisation method.

Results

Seventeen interviews were conducted to obtain theoretical saturation of data. An intercultural encounter was described. On one side, there were migrant women who had arrived in France with their gynaecological experience from their country of origin. They had their own culture and representation. Religion and community had a big influence on their life and their health-related decision making. Becoming a wife and then a mother was a turning point, from where they could finally have access to the gynaecological care. On the other side, there was the normative Women's Health care system in France.

The women were overall very satisfied with the French system: its high technical level, the universal health coverage policy and the human qualities of Healthcare professionals. But this reassuring well-structured gynaecological follow-up was also perceived as overmedicalisation. Other women noticed some discrimination or paternalism in the Healthcare professional's attitude. When points of view were very different, about contraception for example, a true confrontation was described.

All these obstacles were amplified by the migrant's position. Their lifestyle instability and precariousness, the language barrier, and the difficulty of understanding a totally new Healthcare System made Women's Health care and, especially, preventive care, a difficult-to-achieve and non-priority goal.

Discussion and conclusion

In contrast with the global satisfaction of migrant women, there are serious inequalities in gynaecological care access and quality in France. It is another example of the complexity of intercultural medicine. An effort of introspection is needed from Healthcare professionals to avoid stereotypes and therefore discriminatory or paternalistic behaviours. This could support the acknowledgement and better appreciation of others' culture and lifestyle. Adaptability and appropriate information could be the best way to improve the risk awareness in migrant population and therefore reduce health inequalities.

Mots clés

Population migrante, santé de la femme, gynécologie, médecine interculturelle

Key words

Migrant population, Women's Health, Gynaecology, Intercultural medicine

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 04 - France