

Année 2025

2025 TOU3 1019

2025 TOU3 1020

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Rafaëlla PESCIARELLI
&
Nadia SALMI

Le 18-03-2025

**Attentes des femmes issues de la migration lors d'une consultation de soins
primaires abordant la santé sexuelle : une étude Photovoice.**

Directrice de thèse : Dr Lisa OUANHNON

JURY :

Madame le Professeur DUPOUY Julie

Présidente

Madame le Docteur DURRIEU Florence

Assesseur

Madame le Docteur OUANHNON Lisa

Assesseur

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUDA Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans
aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou
menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne
ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services
qui me seront demandés.

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

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

« La liberté sexuelle féminine exige également la connaissance de son corps, la compréhension de la signification de l'intégrité sexuelle. »

Bell Hooks

« Vous êtes souveraines femmes qui côtoyez la haine. »

Clara Ysé

DÉFINITIONS

Précarité :

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Migrantes :

Selon le Haut Conseil à l'Intégration (HCI) : personne née étrangère à l'étranger et résidant en France.

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM): 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.

Demandeuses d'asile :

Personne demandant la reconnaissance de la qualité de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, qui bénéficie du droit de se maintenir provisoirement sur le territoire dans l'attente d'une décision de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) et/ou de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) sur sa demande de protection. En cas d'octroi du statut de réfugié ou de la protection subsidiaire, un titre de séjour lui est délivré. En cas de rejet, le demandeur a l'obligation de quitter le territoire à moins qu'il ne soit admis à y séjourner à un autre titre.

LISTES DES ABREVIATIONS

ALDA : Association des lesbiennes Demandeuses d'Asile

AME : Aide Médicale d'État

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	MATERIEL ET METHODE.....	5
A.	TYPE D'ETUDE	5
B.	POPULATION D'ETUDE	5
C.	RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES	6
D.	RECUEIL DES DONNEES :	6
1.	<i>Élaboration du guide d'entretien</i>	6
2.	<i>Déroulement des entretiens</i>	7
3.	<i>Structures d'appui pour l'entretien</i>	8
E.	CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	8
F.	ANALYSE DES DONNEES.....	8
III.	RESULTATS.....	11
A.	SELECTION DE LA POPULATION D'ETUDE ET RECUEIL DE DONNEES	11
B.	LA FEMME MIGRANTE ET SON VECU.....	12
1.	<i>Bagage socioculturel des femmes migrantes</i>	12
2.	<i>Le statut de migrante, un frein au suivi et à l'accès aux soins</i>	13
3.	<i>L'arrivée dans un nouveau système de soin</i>	14
C.	LA SANTE GYNECOLOGIQUE, UNE PREOCCUPATION DE TOUTE UNE VIE	15
1.	<i>La fertilité, un sujet au cœur de la vie des femmes</i>	16
2.	<i>L'importance de la prévention et du dépistage</i>	17
3.	<i>La maîtrise de son corps au quotidien</i>	18
4.	<i>L'importance de la prise en charge des violences sexuelles</i>	20
D.	LA CONFRONTATION A UN NOUVEAU SYSTEME DE SOIN	22
1.	<i>La difficulté d'aborder la santé sexuelle</i>	22
2.	<i>Les compétences relationnelles des soignants : un pilier de la qualité des soins</i>	23
3.	<i>L'organisation des soins</i>	24
4.	<i>Le médecin généraliste, un acteur au centre du suivi</i>	26
E.	LA FEMME, ACTRICE PRINCIPALE DE SA SANTE	27

1.	<i>Le besoin de connaissance, au cœur de la prise en soin</i>	27
2.	<i>Les moyens d'accéder à la connaissance</i>	28
3.	<i>Vers une autonomisation des femmes</i>	30
IV.	DISCUSSION	32
A.	RESUME DES RESULTATS	32
B.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	34
C.	COMPARAISON A LA LITTERATURE	35
D.	APPLICATIONS A LA MEDECINE GENERALE ET INTERET DES RESEAUX DE SOINS.....	39
V.	CONCLUSION	40
VI.	BIBLIOGRAPHIE	41
VII.	ANNEXES	46
A.	ANNEXE 1 :	46
B.	ANNEXE 2 :	48
C.	ANNEXE 3 :	50
D.	ANNEXE 4 :	51
E.	ANNEXE 5 :	53
F.	ANNEXE 6 :	56
G.	ANNEXE 7 :	57
H.	ANNEXE 8 :	58

I. Introduction

En 2023, la population immigrée représente, en France, 7,3 millions d'individus soit environ **10,7% de la population totale** (1). Plus de 145 100 personnes ont effectué une demande d'asile durant cette même année avec une protection accordée à 60 895 d'entre elles (2). La France reste aujourd'hui perçue comme une terre d'accueil, malgré les nombreux débats d'actualité concernant les conditions d'accueil de ces personnes, notamment en matière de santé (3). **Les femmes représentent 52% de la population immigrée française** (1). Ce pourcentage est en augmentation depuis une vingtaine d'années (4). Plus globalement, le nombre de personnes en déplacement dans le monde se majore, en lien avec des conflits, la pauvreté, le manque de sécurité et d'accès aux services essentiels, mais aussi au réchauffement climatique et aux catastrophes naturelles (5).

Le terme de migrant a de multiples définitions et il existe **peu de consensus à son sujet**. En effet, derrière cette appellation coexistent des situations diverses, tant sur le plan du statut administratif que sur le plan social ou des réalités individuelles. Ainsi on distingue les termes de réfugié, demandeur d'asile, immigré (6)...

Ces définitions n'excluent pas de statut légal, les personnes pouvant être, ou non, en situation régulière, et ne précisent pas la raison de la migration, leur origine, ni la durée de résidence dans le pays d'accueil. Les situations qu'elles englobent sont donc très **variées** et **hétérogènes**, ainsi, nous utiliserons ce terme afin de désigner la population étudiée, comme il est coutume de le faire.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la migration peut améliorer ou détériorer l'état de santé des personnes. Cependant, l'état de santé des réfugiés et des migrants est souvent **moins bon** dans les pays de transit et de destination qu'au départ, en raison d'obstacles comme la langue, les différences culturelles, la discrimination institutionnelle et l'usage restreint des services de santé (7). Pourtant, l'OMS stipule que "Bénéficiaire du plus haut standard possible de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain" (8). De même, les Nations unies ont adopté, en septembre 2015 de nombreux Objectifs de

Développement Durable (ODD) dont **l'amélioration de l'état de santé et des droits humains des personnes migrantes** à l'horizon 2030 (9).

Peu d'études abordent spécifiquement la santé des personnes issues de la migration en France, notamment à cause de l'absence de définition claire du terme de migrant et des considérations éthiques empêchant le recueil de données ethniques mais aussi en raison de la **difficulté d'accès à ces populations**. En 2020, la revue trimestrielle du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publie néanmoins un dossier sur la santé des migrants qui souligne majoritairement une **dégradation de leur état après leur arrivée en France** notamment du fait des mauvaises conditions d'accueil ou de la précarité de ces populations (10).

Concernant plus particulièrement la **santé sexuelle** : elle est définie par l'OMS comme "... un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité." (11). Ainsi, elle aborde de nombreux sujets comme les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les grossesses non désirées et l'avortement, les violences mais aussi l'orientation sexuelle, le plaisir ou l'infertilité (11). Bien que les données soient peu nombreuses, la plupart des études montrent là encore une **inégalité de prise en charge entre les femmes migrantes et la population générale** (10). Elles ont ainsi un risque accru de morbi-mortalité lors de l'accouchement (12,13), un taux de dépistage plus faible concernant les cancers du sein et du col de l'utérus (14), des pratiques contraceptives différentes du reste de la population (15), un risque d'infection par le VIH plus important (16). Nombre de ces questions sont encore tabous et difficiles à aborder en consultation. Les différences culturelles, le vécu des patientes, la barrière de la langue peuvent encore accentuer cette difficulté tant du côté des femmes que des soignants (17).

Les consultations abordant la santé sexuelle peuvent être conduites par des médecins généralistes, des sage-femmes, des gynécologues. **Le médecin généraliste a une place privilégiée** en tant que soignant de premier recours mais également en tant que **coordinateur de soins** dans une démarche **holistique** de prise en soin globale des patientes.

En 2023, 89% des femmes immigrées ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste au cours des douze derniers mois en France, il s'agit donc du **professionnel de**

santé le plus consulté de cette population (18). Son approche globale des patientes et de leur famille, et son suivi dans le temps, lui permettent d'avoir un rôle essentiel dans la prise en charge de l'ensemble des aspects de la santé sexuelle. Il est également un acteur indispensable de l'empowerment des patientes.

L'empowerment en santé est défini par l'OMS comme "un processus par lequel les personnes acquièrent un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé. A ce titre, les individus et les communautés doivent développer des compétences, avoir accès à l'information et aux ressources, et avoir la possibilité de participer et d'influencer les facteurs qui affectent leur santé et leur bien-être." (19). Or, si peu d'études s'intéressent à l'état de santé des femmes issues de la migration, plus rare encore sont celles qui leur donnent la parole. De nombreuses interventions visant à un empowerment en santé sexuelle des femmes existent et ont montré leur efficacité. Leurs modalités sont variées mais **impliquent peu les médecins généralistes** qui ont pourtant un rôle important dans la prise en charge de ces femmes.

Le projet ENVOL (Empowerment iN sexual health : an interVention for migrant wOmen in generaL practice) a pour objectif de développer, par une démarche participative, une intervention d'empowerment en santé sexuelle, ciblant les femmes migrantes et adaptée à elles, dans le cadre des soins primaires. Notre travail de thèse s'intègre au sein de ce projet.

Objectifs de la thèse

L'objectif principal de notre thèse est donc d'identifier les attentes des femmes migrantes lors d'une consultation de médecine générale abordant leur santé sexuelle.

Nos objectifs secondaires sont d'une part d'identifier les représentations de ces femmes concernant la santé sexuelle, et d'autre part de rechercher les possibles freins existants lors d'une telle consultation.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Dans le cadre du projet ENVOL, nous avons mené une étude qualitative en utilisant la méthode Photovoice, basée sur des entretiens semi-dirigés individuels, pour explorer de manière approfondie la question complexe de la santé sexuelle chez les femmes migrantes. Encore peu connue des chercheurs en médecine en France, la méthode Photovoice est un concept développé par Caroline Wang et Mary Ann Burris en 1997 dans le but de créer un changement dans la communauté à travers une participation active (20). Elle est utilisée comme un moyen d'expression en proposant une discussion prenant comme support des photos prises par les populations. Cette méthode permet de recueillir le point de vue de personnes non lettrées, ne parlant pas une langue universelle, quel que soit leur âge, leur statut social ou leur état de santé dans une démarche participative (21). Les chercheuses ont fait le choix de réaliser des entretiens individuels au vu de la question de recherche, des différences culturelles et de langues entre les participantes, ainsi que des difficultés organisationnelles en lien avec l'instabilité de vie de la population d'étude.

B. Population d'étude

À l'issue de ces réflexions, nos critères d'inclusion étaient :

- Femmes issues de la migration (nées à l'étranger)
- N'ayant pas la nationalité française
- Âgées de plus de 18 ans
- Ayant des droits à l'assurance maladie
- Ayant déjà consulté un médecin généraliste
- Parlant ou non le français
- Lettrées ou non lettrées

Nos critères d'exclusion étaient :

- Femmes mineures
- Non voyantes, sourdes et muettes
- Souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère non équilibrée

Les femmes devaient avoir des droits à l'assurance maladie et avoir déjà consulté un médecin généraliste afin de s'assurer de leur connaissance minimale du système de soins français, mais aussi dans le but de maximiser la participation à l'étude. En effet, le recrutement de femmes tout juste arrivées sur le territoire semblait peu adapté, considérant la complexité et l'instabilité de la première phase d'immigration. Les femmes que nous avons souhaité interroger sont des femmes nées à l'étranger et qui s'inscrivent dans un parcours migratoire qu'elles soient ou non en situation irrégulière et quelle que soit la raison de leur migration. La démarche visait à être le plus inclusive possible afin de créer une intervention pour les femmes migrantes le plus généralisable en pratique dans le cadre du projet ENVOL.

C. Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes s'est fait via des médecins généralistes, des internes, des associations, ou des travailleurs sociaux contactés par téléphone ou par courriels. Une fiche d'information reprenant les critères d'inclusion leur a été remise, ainsi qu'une seconde fiche à donner aux potentielles participantes. Celle-ci reprenait notamment les objectifs de l'étude, la question de recherche (pour guider la prise de photographies), ainsi que le déroulement détaillé de l'étude (*Annexes 1 et 2*).

Les participantes étaient ensuite appelées par les chercheuses pour fixer un premier entretien. L'échantillonnage était raisonné, ciblant une variation maximale des profils. La sélection des participantes a été affinée au fur et à mesure des entretiens afin de diversifier les profils (selon l'âge, le pays d'origine, le niveau d'étude, l'orientation sexuelle).

D. Recueil des données :

1. Élaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été rédigé par les chercheuses à la suite d'une recherche bibliographique approfondie sur la thématique de la santé sexuelle des femmes issues de la migration et sur la méthode Photovoice (*Annexe 3*). Il était composé d'un talon épidémiologique ainsi que 6 questions ouvertes adaptées de la méthode SHOWED (21).

Chaque chercheuse a réalisé 3 entretiens tests auprès de femmes francophones non migrantes afin de tester son intelligibilité et de permettre une prise en main du guide et de la technique de l'entretien semi-dirigé. Le guide a évolué après la phase de test et suite aux premiers entretiens permettant d'obtenir une version finale (*Annexe 4*).

2. Déroulement des entretiens

Le lieu de rencontre du premier entretien était laissé au choix de la patiente (domicile, association, structure de soins). Ce premier entretien était réalisé avec un système d'interprétariat téléphonique si cela était souhaité par la participante. Il s'agissait d'interprètes professionnelles, formées à l'interprétariat et la médiation culturelle en santé (association COFRIMI (22)). Le choix du genre de l'interprète était laissé aux participantes. Les participantes avaient le choix entre un appareil photo jetable fourni par les chercheuses ou leur téléphone personnel, ce qui a nécessité une prise en compte du respect du droit à l'image. Les consignes quant au contenu des photographies étaient volontairement ouvertes. Le nombre initial de photos fixé entre 5 et 10 a été réduit à 3 ou 4, en raison du temps nécessaire pour analyser chaque cliché. A l'issue de ce premier entretien la fiche d'information présentée en *Annexe 2* leur était remise.

Un second entretien, programmé environ deux semaines plus tard, pour limiter les risques de perte de vue, a été mené par la même investigatrice avec, si nécessaire, la participation d'une interprète. Les participantes choisissaient lors de l'entretien les photos qu'elles souhaitaient utiliser comme support de discussion, et donnaient un titre à chaque photo.

L'entretien était enregistré par deux supports audio et complété par des notes personnelles (contexte, éléments non verbaux, événement extérieur). Il leur a été proposé de recevoir les résultats de l'étude et éventuellement de participer aux étapes ultérieures du projet ENVOL.

Le nombre d'entretiens n'était pas prédéfini, l'objectif étant d'atteindre une saturation des données. Enfin, un journal de bord a été tenu par les deux chercheuses dans une démarche réflexive : le but était de retracer les différentes étapes, les responsabilités assignées à chacune et de limiter les idées préconçues avant les entretiens.

3. Structures d'appui pour l'entretien

Compte tenu du vécu parfois douloureux en santé sexuelle dans la population étudiée, une fiche regroupant les adresses utiles à Toulouse a été réalisée afin d'orienter les participantes en fin d'entretien, en cas de mise en évidence de problématique médico-sociale (*Annexe 5*).

E. Considérations éthiques et règlementaires

Les participantes ont consenti librement et de façon éclairée à leur participation à cette étude. La non opposition verbale a été vérifiée lors du premier entretien. Tous les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription au moyen de pseudonymes. Les noms et prénoms des participantes ont été supprimés et remplacés par P (pour participante) associé au numéro de l'entretien. Par exemple, la patiente dans le deuxième entretien s'appelait P2. De même, en cas de citation du nom de leur médecin traitant, celui-ci a été anonymisé. Les supports audios ont été supprimés après retranscription.

La méthode de l'étude était hors Loi Jardé. La thèse a été déclarée conforme au protocole MR004 de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) à la date du 03/05/2023 sous les numéros 2023SN55 et 2023PR54 (*Annexe 6 et 7*) Le Comité Éthique du CNGE a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude le 19/07/23 sous le numéro 060723440 (*Annexe 8*). Une indemnisation de 20 euros par entretien a été remise aux participantes en compensation des contraintes de l'étude (transport, garde des enfants, ...).

F. Analyse des données

La retranscription des entretiens a été réalisée par la chercheuse qui avait mené l'entretien. Les entretiens étaient pseudonymisés et le langage non-verbal y était décrit. Après la retranscription de chaque entretien, les chercheuses ont codifié les données en les reformulant en unités de sens, afin d'extraire et de synthétiser l'essentiel du discours recueilli.

Dans un premier temps chaque chercheuse effectuait indépendamment le codage des différents verbatims. Une mise en commun des codes était ensuite réalisée. Au fur et à mesure des entretiens, les unités de sens étaient réunies en catégories, elles-mêmes regroupées en sous-thèmes puis en thèmes.

Nous avons réalisé une analyse thématique inspirée de la phénoménologie, en utilisant un codage inductif basé sur les expériences vécues des participants. L'objectif initial était de répondre aux attentes des femmes concernant les consultations en santé sexuelle. Cette démarche a naturellement conduit à une modélisation phénoménologique qui mettait en évidence que les expériences vécues par les femmes constituaient à la fois un moyen d'empowerment et expliquaient leurs attentes en santé sexuelle. Toutes ces étapes ont été faites sur logiciel N'vivo®.

Entretien	Âge	Pays d'origine	Temps de résidence en France au moment de l'entretien	Situation familiale	Suivi gynécologique	Niveau d'étude
P1	25 ans	République démocratique du Congo	2 ans (Décembre 2021)	Seule en France, enfants en République démocratique du Congo	Non	Non demandé
P2	38 ans	Côte d'Ivoire	10 mois (Avril 2023)	Seule en France, 1 enfant en Côte d'Ivoire	Oui (médecin généraliste, sage-femme)	Non demandé
P3	38 ans	République démocratique du Congo	1 an (mars 2023)	Séparée, Seule en France	Oui (gynécologue, médecin généraliste)	Licence en Sciences Commerciales BAC +3
P4	47 ans	Algérie	9 mois (Juillet 2023)	Mariée, Vit avec son conjoint en France 2 enfants en Algérie 1 enfant en France	Oui (Médecin généraliste, gynécologue)	Licence en Lettres arabes BAC +3
P5	35 ans	Albanie	6 ans (2018)	Mariée, Vit avec son conjoint en France 2 enfants en France	Oui (gynécologue)	Bac+5 Enseignante
P6	43 ans	Tchéchène	8 ans (2016)	Mariée, Vit avec son conjoint en France 1 enfant en France	Oui (médecin généraliste, gynécologue)	Baccalauréat
P7	25 ans	Arménienne	5 ans (2019)	Seule en France	Oui (médecin généraliste, gynécologue, endocrinologue)	Université
P8	25 ans	Congo Brazzaville	10 mois (Juillet 2023)	Seule en France 1 enfant de 2 mois	Oui (sage-femme, gynécologue)	Université
P9	31 ans	Syrienne	2 ans (Février 2022)	Mariée Vit en France avec son conjoint 1 enfant en France	Oui (médecin généraliste)	Université
P10	44 ans	Brésilienne	X	Seule en France, séparée 1 fille en France, deux enfants au Brésil	Oui (gynécologue)	Technicienne de cuisine Bac + 5
P11	62 ans	Mongole	9 mois (Mars 2024)	Seule en France, 3 enfants	Prochainement avec gynécologue	

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.

III. Résultats

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

Les entretiens ont été réalisés du 16 novembre 2023 au 26 novembre 2024. Au total, 16 participantes ont été recrutées pour le premier entretien.

Le recrutement s'est fait majoritairement via des travailleuses sociales, cinq ont été recrutées par des médecins généralistes, une par une interne et une par une sage-femme. Parmi les neuf femmes recrutées par des travailleuses sociales, sept faisaient partie de structures associatives (Association pour les lesbiennes Demandeuses d'Asile, Emmaüs, Casela).

Finalement, onze participantes ont réalisé les deux entretiens. Il y a eu au total quatre retraits de l'étude : deux participantes ne répondaient pas aux critères d'inclusion, deux ont été perdues de vue et une s'est retirée car elle ne souhaitait pas participer à l'étude après explication du déroulement. Leurs caractéristiques sont résumées dans le **Tableau 1**.

Les femmes ayant participé à l'intégralité de l'étude avaient entre 25 et 62 ans. La moyenne d'âge était de 37,5 ans. Elles venaient de dix pays différents et étaient arrivées en France depuis au moins 9 mois. Leur temps de séjour en France était de 21 mois en moyenne. Leur situation familiale, leur niveau d'études et leurs situations professionnelles étaient très variés.

Cinq entretiens ont été menés au sein d'une structure de soins (cabinet, hôpital La Grave), deux au domicile de la participante et quatre au sein d'une association (Emmaüs, Casela). La durée moyenne des entretiens individuels était de 1h16, l'entretien le plus court a duré 50 minutes et le plus long, 1h50. Nous avons atteint la saturation des données au neuvième entretien. Deux entretiens ont été menés afin de confirmer l'absence de nouvelle donnée. Six entretiens ont été réalisés avec l'aide d'une interprète.

B. La femme migrante et son vécu

Les femmes migrantes confrontées aux discriminations et tabous sur la santé sexuelle dans leur pays d'origine, espéraient souvent un meilleur accès aux soins dans le pays d'accueil en dépit de nombreux obstacles.

1. Bagage socioculturel des femmes migrantes

a) *Impact de la migration sur la santé*

À l'issue des entretiens, il est apparu que le trajet migratoire avait un impact significatif sur la santé psychologique des femmes. De plus, l'**éclatement de la cellule familiale** à l'issue du parcours migratoire était **source d'anxiété et d'isolement** à l'arrivée en France. Ainsi il était difficile pour ces femmes d'évoquer les enfants et la famille souvent restés dans leur pays d'origine.

P2 : “Mais les gens n'ont pas idée de d'où est ce qu'on vient, de qu'est-ce qu'on a traversé comme difficultés, qu'est-ce qu'on a dû braver. En Méditerranée des gens meurent par milliers, j'ai des amis, plein, plein, plein, plein qui sont morts. Plein. Je ne souhaite pas ça à quelqu'un.”

b) *Les discriminations*

La place des femmes était différente selon leur pays d'origine. La société exerçait souvent un contrôle significatif sur les femmes. Que ce soit par les époux, les membres de la famille ou encore le personnel médical, la femme était fréquemment perçue comme inférieure. Les participantes **dénonçaient le contrôle qu'exerçaient les hommes sur le corps des femmes**, notamment au sein du couple. Le passage à l'âge adulte avec l'arrivée des premières règles renforçait l'emprise de la société et de la famille sur leur vie.

P4 : “Je ne sais pas, c'est un homme arabe... (rires tout le monde rigole) (...) Pour lui la femme c'est une chose ... je ne sais pas, c'est pas un être humain...”

Ce contrôle s'appliquait également à l'orientation sexuelle, une participante nous a raconté son vécu en tant que femme homosexuelle en Afrique où l'**homosexualité était condamnée** et source de discrimination. Cette stigmatisation l'**empêchait d'avoir confiance envers le corps médical** pour aborder les violences subies. En France, elle était heureuse de pouvoir adhérer à des associations qui l'accompagnaient dans ses démarches.

P1 : "Chacun cache la vérité de ce qu'il est. On ne présente même pas ça auprès du médecin car c'est dangereux"

2. Le statut de migrante, un frein au suivi et à l'accès aux soins

a) *L'impact du statut administratif*

L'attente des droits à la sécurité sociale était source de stress : la lenteur administrative était souvent critiquée par les participantes. L'avance des frais n'était parfois pas envisageable ce qui **retardait leur prise en charge médicale**. La migration était souvent synonyme de **rupture du suivi médical**. Elles déploraient le fait de refaire les examens qu'elles avaient souvent déjà réalisés dans leur pays d'origine.

P2 : "Fallait attendre 3 mois pour avoir l'AME (Aide Médicale d'État) pour rencontrer un psychologue et c'est ce que j'ai fait. Après les 3 mois je suis allée. D'abord pour avoir un rendez-vous c'est pas facile, les médecins étaient en vacances et ils sont revenus, il faut relancer le rendez-vous et après ça j'ai eu un rendez-vous avec un psychologue et j'ai commencé à en parler."

Les femmes percevaient le médecin comme une figure d'autorité chargée de confirmer leurs déclarations en vue de constituer un dossier recevable par l'Office Français de la Protection des Réfugiés (OFPRA). Le rejet de la demande d'asile est parfois perçu comme une remise en question des violences subies.

P2 : "Et 5 mois on me dit non, j'ai pas été convaincante alors que j'ai des séquelles qui prouvent que effectivement j'ai subi des violences familiales."

b) *Des problématiques spécifiques aux personnes migrantes : les barrières linguistiques et culturelles*

La **barrière de la langue** entravait les consultations des femmes migrantes, **limitant à la fois leur compréhension et la qualité des échanges** avec les professionnels. Les femmes étaient demandeuses d'un interprète idéalement en présentiel. On notait une véritable entraide dans les communautés qui permet souvent de pallier le manque d'interprétariat.

P6 : "Il faut qu'il y ait un traducteur, quelqu'un parce qu'il y a les médecins généralistes qui n'acceptent pas les personnes qui ne parlent pas français et même ils n'acceptent pas si tu as un traducteur par téléphone. Ils veulent que quelqu'un vienne avec toi mais par exemple le traducteur coûte 50€ par heure. Et pour les migrants, les personnes en difficulté c'est trop cher et ce n'est pas un rendez-vous qu'ils peuvent déplacer, décaler et c'est quelque chose d'important."

Certaines femmes ont eu le sentiment d'être **jugées par le corps médical pour leurs croyances, leur culture** parfois même au vu de leur statut de migrante.

P7 : "Il y a avait une femme gynécologue j'ai vu qu'elle m'a jugée d'après mes habitudes vestimentaires. C'est vrai que j'ai la tête couverte, je porte un foulard. Oui je suis quelqu'un de religieux mais ça ne veut pas dire que je vis juste dans la religion."

3. L'arrivée dans un nouveau système de soin

a) *Aspect économique de l'accès à la santé*

Nous avons pu mesurer le contraste entre le système de soins du pays d'origine et celui français. Le système de soin français était souvent idéalisé, voire une des raisons de la migration.

P4 (à propos de l'Algérie) : "Un ami m'a aidée pour rentrer en France je pense pour accoucher ici. (...) Oui parce que là les moyens c'est tout et là-bas il n'y a pas les moyens. Il y a les médecins, les gynécologues et tout ça mais il n'y a pas le moyen."

Dans de nombreux pays, l'**accès aux soins était conditionné par le revenu des patientes** tout comme le remboursement des médicaments. Compte tenu également du lien étroit entre le soin et la nécessité de rentabilité du système, les femmes perdaient souvent confiance envers le corps médical.

P1 : "Non elle dit que, dans son pays quand une personne se présente dans son hôpital, on ne les soigne pas d'emblée, d'abord on exige l'argent. Si vous n'avez pas d'argent vous n'êtes pas soignée."

b) Différences d'organisation des soins en santé sexuelle

Au vu de l'organisation du système de soins dans leur pays d'origine, l'**hôpital était fréquemment le premier recours**. Le médecin généraliste était souvent vu de façon ponctuelle pour une plainte aiguë et il n'existait pas de suivi régulier organisé. La **santé sexuelle n'étant pas un sujet prioritaire dans leur pays d'origine**, les consultations étaient essentiellement tournées autour du suivi de grossesse.

P5 : "Et aussi c'est la même chose c'est un tabou de faire des contrôles par exemple chaque année de faire des contrôles chez le gynécologue avec peut-être le médecin généraliste."

C. La santé gynécologique, une préoccupation de toute une vie

La santé gynécologique était un point central de la vie des femmes. Elles soulignaient le lien étroit entre bien-être psychologique, bonne santé sexuelle et santé globale. Les femmes souhaitaient que les professionnels de santé se rendent compte de l'impact significatif des problématiques gynécologiques sur leur quotidien.

1. La fertilité, un sujet au cœur de la vie des femmes

a) *La place de la fertilité dans la vie des femmes*

Pour de nombreuses participantes, la **maternité était perçue comme nécessaire à leur vie** de femme. Au point que, bien au-delà d'un simple désir, cela était perçu comme une **obligation sociale et personnelle**.

P7 : “Parce que pour moi on peut vivre longtemps on peut vivre comme on veut mais à un certain moment de la vie on a besoin d’avoir des enfants. Parce que tout passe, la jeunesse, tout ce qu’on peut avoir ça va passer mais l’enfant c’est quelque chose qui nous reconforte quand on est plus âgée.”

L'absence de grossesse suscitait une inquiétude croissante à l'approche de la ménopause. La grossesse était également perçue comme un **indicateur de bonne santé gynécologique**. Ainsi, la présence de **cycles réguliers synonymes de fertilité** revêtait une importance particulière pour certaines participantes.

b) *L'importance du caractère désiré de la grossesse*

Les femmes interrogées souhaitaient **choisir les conditions de leur grossesse**. Ainsi, l'accès à l'**interruption de grossesse**, qu'elle soit volontaire (IVG) ou médicale (IMG), était un **besoin essentiel**, souvent inaccessible dans leurs pays d'origine.

P3 : “Moi quand bien même c’est vrai, là présentement je désire avoir un enfant. Mais je ne veux pas qu’on me viole pour avoir un enfant, non non non. Je suis désolée je peux être violée aujourd’hui et que je sois enceinte je serais pas d’accord, je vais demander à ce que j’avorte, je veux un enfant que je désire. “

De ce fait, les femmes ont souligné l'**importance d'avoir accès à une contraception** afin de planifier leurs grossesses.

c) *Les difficultés du parcours d'aide à la procréation*

Les femmes interrogées **critiquaient** le fait qu'en France, en tant que bénéficiaire de l'AME, elles n'aient **pas accès à la Procréation Médicalement Assistée (PMA)**. Suscitant de faux espoirs, elles auraient souhaité être prévenues en amont qu'elles ne pouvaient pas y avoir accès.

P7 : “Et moi je ne comprends pas pourquoi les femmes qui sont dans ma situation n'ont pas accès à cette procédure. (...) un bon docteur sur mon chemin qui m'a emmenée jusqu'à Toulouse, jusqu'à Purpan pour qu'on me fasse la Fécondation In Vitro (FIV). Mais on m'a refusée juste pour le fait qu'il manquait un papier. ”

De plus, le parcours de l'infertilité s'avérait long et complexe car certains professionnels de santé ne semblaient pas formés à cette prise en charge.

d) *Volonté d'un accompagnement spécifique durant la grossesse*

La grossesse était considérée comme une étape unique nécessitant un **suivi attentif**, assuré en France par des **consultations et échographies régulières**. Les cours de préparation permettaient aux femmes de mieux comprendre le déroulement de l'accouchement. Pour elles, le suivi de la grossesse restait du domaine du gynécologue et des sage-femmes mais elles ont souligné l'importance de la **disponibilité du médecin généraliste**.

P3 : “Voilà je me dis ça donc quand elle a le moindre souci elle appelle son médecin, peut être son médecin lui donne des consignes au téléphone donc elle sourit, elle est heureuse et elle attend son bébé au calme.”

Malgré le soutien médical, l'accompagnement de la famille ressortait comme essentiel particulièrement pendant le post-partum.

2. *L'importance de la prévention et du dépistage*

La peur IST et la volonté d'avoir accès aux examens pour les dépister ont été un sujet récurrent lors de nos différents entretiens.

P2 : “Une bonne santé sexuelle c’est d’abord ne pas traîner une maladie sexuellement transmissible.”

Dans leur pays d’origine, les IST et leur prévention étaient souvent tabous. Elles estimaient que les jeunes étaient particulièrement vulnérables à la transmission des IST en raison de comportements sexuels à risque. Elles déploraient une sensibilisation insuffisante des hommes.

P10 : “ N : Et vous vous trouvez ça important de faire passer ça à votre fils aussi ? T : Elle dit oui parce qu’il aura une vie active que d’ailleurs il a déjà. Je lui ai toujours dit de faire attention à lui, de faire, de se protéger et de faire attention à la personne avec qui il va être. Parce qu’il y a aussi la vie de la personne avec qui il est qui dépend de lui.”

Le rôle des associations semblait majeur pour la prévention en santé sexuelle par exemple lors de la distribution de dispositifs de protection.

Peu de participantes ont évoqué spontanément les dépistages organisés des cancers du sein et du col de l’utérus. Il semblait que ce rôle revenait principalement au médecin, chargé d’inciter à leur réalisation lors des consultations et d’en expliquer la fréquence.

P5 “Il nous manque de formation, je pense que les femmes nées à l’étranger manquent de formation. Par exemple, le dépistage, elles ne savent pas c’est quoi. Et comment ils doivent faire je pense une fois tous les 3 ans, je ne sais pas si ça va. Moi j’ai déjà fait.”

3. La maîtrise de son corps au quotidien

a) Les problématiques liées aux cycles menstruels

Les problématiques liées au cycle menstruel étaient des sujets très évoqués lors des entretiens. Les **douleurs de règles et les cycles irréguliers** arrivaient au premier plan. Pour autant ces symptômes semblaient parfois minimisés par le corps médical notamment dans

leurs pays d'origine. De plus, dans certaines cultures où les règles étaient taboues, les jeunes filles ne recevaient pas d'informations sur leur cycle menstruel, rendant les **premières règles parfois traumatisantes**.

P4 : "J'ai des douleurs comme ça chaque mois mais personne ne sait... [pleurs ... voix tremblotante] (...)Parce que les filles elles ne faut pas parler... On fait les torchons pour les règles. On le lave avec du savon, on le fait en cachette. J'ai acheté les serviettes à l'université et tout ça pendant toute ma jeunesse c'est le torchon et encore."

b) Le choix d'une contraception adaptée

Elles critiquaient la difficulté de l'accès à une contraception dans leur pays d'origine car entourée de beaucoup de tabous et d'interdits.

P4 : "Je ne sais pas on a jamais parlé de ça. Je prends la pilule toute seule en cachette..."

L et R : En cachette ? P : Oui il voudrait des enfants, des enfants des enfants et moi je peux pas."

Elles exprimaient le souhait de **bénéficier d'une consultation personnalisée concernant le choix de leur contraception**. Ainsi elles souhaitaient que les professionnels de santé s'adaptent à la situation de chaque femme.

c) L'hygiène intime

De nombreuses femmes ont évoqué la question de l'**hygiène intime**, considérée comme un **facteur clé de la santé gynécologique**. Plusieurs ont partagé des photos illustrant des produits tels que des gels et des savons spécifiquement destinés à la toilette des parties intimes. Pour plusieurs d'entre elles, la nécessité de maintenir une hygiène rigoureuse découlait de leur culture, et cette pratique était souvent transmise de génération en génération par les mères.

P9 : “Pour la santé gynécologique d’abord, c’est un moyen de prévenir les infections par exemple en utilisant les produits adaptés, en sachant comment entretenir ses parties intimes pour éviter les infections.”

Dans ce contexte, elles souhaitaient des conseils concernant les produits adaptés que ce soit pour la toilette ou les protections hygiéniques.

d) La sexualité

Les femmes, et surtout celles ayant été victimes de violences, ont mis l'accent sur l'importance fondamentale du **consentement dans toute relation sexuelle**. Une bonne santé sexuelle était pour elles conditionnée par l'existence d'une **relation respectueuse** entre les partenaires sexuels. La notion de plaisir était importante. Pour certaines le plaisir dépendait de la connaissance de l'anatomie des deux partenaires.

P1 : “Une situation triste ou de malheur quand il s’agit d’un viol ou une situation de joie et de bonheur pour ceux qui s’aiment, qui s’embrassent sur un lit, qui font les rapports sexuels sur un lit d’un commun accord.”

e) La ménopause

Bien que peu de participantes étaient ménopausées, elles décrivaient cette période comme un bouleversement hormonal pouvant même affecter la santé mentale.

P11 : “Elle a eu des bouffées de chaleur et elle sentait qu’il y avait des changements dans son corps. Elle dit que c’est important qu’on enseigne tout ce qui est en rapport avec la santé sexuelle, par exemple quand on est étudiant faudrait qu’on ait des informations sur la ménopause, ses symptômes. Elle dit qu’elle a eu des moments d’instabilité émotionnelle où elle se mettait en colère facilement, où elle était facilement heureuse, contente donc voilà.”

4. L’importance de la prise en charge des violences sexuelles

Le sujet des violences était spontanément abordé par de nombreuses participantes, non sans difficulté. Pour certaines, ces expériences ont constitué un facteur déterminant dans leur décision de venir en France.

a) *Des conséquences physiques et psychologiques*

Elles décrivaient un **sentiment de culpabilité et de honte** d'avoir été victimes de ces violences, ce qui affectait profondément leur santé mentale.

P1 décrivant une photo représentant une bouteille en verre vide, choisie pour illustrer les conséquences des violence subies par son mari : "C'est comme une bouteille après avoir bu son contenu elle n'a plus d'importance, on peut broyer la bouteille, la jeter dans la poubelle."

Les femmes exprimaient le besoin de guérir psychologiquement avant de se remettre en couple.

Les violences sexuelles comportaient un risque élevé de transmission des IST, générant une anxiété considérable chez les victimes. Celles-ci vivaient dans une peur constante de contracter une infection et redoutaient également les **répercussions sur leur fertilité**.

P1 : "(...) deux ou trois ou quatre hommes qui t'ont violée ont laissé des microbes."

b) *Le rôle du médecin dans l'accompagnement des violences*

Dans leur pays d'origine, les femmes **déploraient le manque de soutien médical face aux violences sexuelles**. Elles insistaient sur l'importance du rôle du médecin généraliste et du psychologue dans la prise en soin en France.

P2 : "Et pour l'avoir vécu auparavant et l'amélioration qu'il y a maintenant un peu, je te dis pas que je suis totalement remise mais je pense que, c'est parce qu'on m'a donné l'envie d'en parler que je me libère maintenant et ça a de bons résultats"

Elles considéraient essentiel d'**intégrer systématiquement le dépistage des violences lors des consultations médicales**, le médecin pouvant ainsi les orienter vers des structures adéquates. Elles partageaient également la nécessité d'une meilleure information sur les

droits des femmes et d'une **éducation au consentement, indispensable à la prévention des violences**. Elles évoquaient la possibilité que les médecins généralistes organisent des réunions d'information sur ces thématiques, **adressées aux hommes et aux femmes**.

P9 qui aborde ce que peut faire le médecin en termes de prévention de violences :
P9 : “Oui, peut-être pas les droits en tant que tel mais dire à une femme que son corps c'est son corps, voilà. Qu'elle sache dire non ou oui, qu'est-ce que c'est son corps. Que la femme africaine comprenne.”

D. La confrontation à un nouveau système de soin

1. La difficulté d'aborder la santé sexuelle

a) *Un sujet intime*

La santé sexuelle étant perçue comme un sujet particulièrement difficile à aborder, les femmes interrogées déclaraient préférer que ce soit au médecin généraliste d'entamer la discussion autour de la santé sexuelle, notamment concernant la question des **violences**.

Le temps de l'**examen clinique** nous a été présenté comme particulièrement stressant pour un grand nombre de femmes.

P2 : “C'était un homme la toute première fois. Je ne voulais pas. Je voulais pas et il m'a dit : non que c'est, c'est secret professionnel, qu'il n'allait pas me juger, que c'était juste pour voir si je n'avais pas de maladie, il a dit “des pathologies”. Donc je ne voulais pas, j'ai mis d'abord 30 minutes à réfléchir. Il m'a dit bon d'accord, le temps que vous vous déshabillez, enlevez les vêtements, réfléchissez et puis si vous êtes ok on va le faire. “

Pour que ce temps particulier soit mieux vécu par les patientes, le recueil du **consentement**, à chaque étape de l'examen était important. Elles souhaitaient avoir un **temps de réflexion** adapté avant chaque examen.

b) *L'aménagement du temps en consultation*

Les participantes ont souligné la nécessité d'avoir du temps en consultation afin de faire part de leurs problèmes, de pouvoir développer et détailler leurs demandes. Ce temps en consultation est également perçu comme primordial pour pouvoir **poser des questions** et terminer la consultation sans interrogation.

P8 : “Mais des fois c'est vrai que tu vas poser une question, tu vas demander quelque chose au docteur et il va te dire “soyez concise”. Mais toi tu as besoin d'avoir le temps de poser la question et d'expliquer même ta question et quand la réponse est longue ça veut dire qu'il y a plus d'explications et que c'est mieux.”

2. Les compétences relationnelles des soignants : un pilier de la qualité des soins

La relation de confiance entre professionnels de santé et patientes était au cœur d'une bonne prise en charge. Elle pouvait être fragilisée par certaines expériences passées, influençant l'adhésion au parcours de soin. **L'attitude physique** des soignants, incluant expressions faciales, gestes et humour, contribuait à établir cette confiance. Une prise en charge de qualité reposait sur une **écoute active**, sans jugement, ainsi que sur une **attitude bienveillante et empathique**. Par ailleurs, elles rappelaient la nécessité de **s'adapter à leur niveau de langage**, surtout quand le français n'était pas leur langue d'origine ou qu'elles n'avaient pas ou peu fait d'études.

P9 : “Ils (les médecins) sont là, ils posent des questions, des fois il y a des choses que tu n'as pas envie de dire, tu as peur mais tu prends la confiance parce que la personne en face de toi veut t'écouter, ne te juge pas. (...) Lorsque j'ai commencé à expliquer, elle était attentive, elle me regardait, je sentais qu'elle était attentive à ce que je disais et à la fin elle m'a expliquée.”

Pour encourager la liberté d'expression des femmes, il semblait crucial de clarifier les règles du secret professionnel.

De nombreuses participantes ont évoqué leur besoin d'être **prises en charge par des femmes**, ce critère était d'autant plus important chez les femmes victimes de violence. Ce point de vue ne faisait cependant pas l'unanimité.

P2 : “Déjà avec ce que j'ai vécu, c'est des hommes qui me l'ont fait. Donc je ne suis pas... sauf si je suis obligée, que c'est le médecin qui est là, que c'est un homme, je n'ai pas le choix je suis obligée. Mais avec ce que j'ai vécu, je suis plus à l'aise avec les médecins femmes.”

3. L'organisation des soins

a) *Les acteurs du suivi en santé sexuelle*

Les **médecins** étaient les premiers professionnels de santé auxquels elles avaient à faire en matière de suivi en santé sexuelle. De façon complémentaire, le médecin pouvait être un **gynécologue** ou bien un **médecin généraliste**, à condition d'avoir eu une formation suffisante en santé sexuelle. Les **sage-femmes** avaient une place importante, notamment lors du suivi de la grossesse.

P2 : “Je pense qu'un médecin généraliste, c'est quelqu'un qui a fait des études sur pas mal de maladies, est en mesure de diagnostiquer ou de donner un traitement favorable à n'importe quel type de maladie. Donc oui le médecin généraliste a sa place en gynécologie.”

Cependant, pour certaines participantes, cette pluralité des intervenants était également une source d'incompréhension, voire d'angoisse et de perte de temps. Par ailleurs, l'accès aux soins était compliqué par l'**éloignement géographique** de certaines participantes vivant en ruralité ainsi que par le temps d'attente pour accéder à un rendez-vous médical.

Ainsi, l'**automédication** était envisagée comme moyen imparfait de pallier l'absence de disponibilité des médecins.

P3 : “L'automédication ce n'est pas bon en général parce qu'on ne connaît pas les dosages, on ne m'a pas examinée. Mais je vais dire que c'est bon quand ça me soulage parce que le

médecin n'a pas le temps pour moi, ça me soulage mais je m'en fiche qu'il ait le temps pour moi, moi je suis déjà soulagée.”

Les participantes ont souligné le rôle des **partenaires sociaux et des associations** dans l'organisation de leur suivi. Certaines d'entre elles vivaient au sein de lieux collectifs avec des travailleuses sociales ou encore étaient dans des réseaux de soin ce qui les aidait dans leurs démarches et permettait de créer des espaces d'échanges indispensables à une bonne santé mentale.

b) Les éléments du suivi en santé sexuelle

Concernant le rythme des consultations en gynécologie, les participantes souhaitaient des consultations **régulières** et **fréquentes**. Elles valorisaient des consultations de suivi au lieu de consulter uniquement en cas de problématique aiguë comme elles pouvaient le faire dans leur pays d'origine.

P9 : “Je dirais qu'au Congo, on a pas un système comme ici en France où bah tu peux te rendre, ben en fait je sais pas, on a pas cette mentalité-là de faire des visites par mois. On va à l'hôpital quand on sait que bon, on a de la fièvre, on a mal à la tête on va se faire consulter mais sinon il n'y a pas...”

Certaines femmes suggéraient même d'avoir des visites de contrôle organisées et planifiées afin de pouvoir atteindre toutes les femmes et les sensibiliser à la **prévention**. Ces dépistages réguliers seraient rassurants afin d'éviter des retards de diagnostic.

La réalisation d'**examens complémentaires** était une partie importante de la prise en charge. Ils permettaient de rassurer les patientes sur leur bonne santé. Cependant la multiplicité des examens complémentaires pouvait s'avérer une source de confusion.

4. Le médecin généraliste, un acteur au centre du suivi

a) *Les représentations du médecin généraliste*

La place du médecin généraliste n'était pas toujours très claire dans la prise en charge en santé sexuelle. Bien souvent, la notion de médecin généraliste était nouvelle pour elles et elles déploraient leur **manque d'information** à ce sujet.

P3 : "Euh... justement c'est ce que je dis, après je ne sais pas c'est quoi son rôle. Mais j'imagine que son rôle c'est de s'occuper de ma santé en fait. En général, pas seulement de ma santé, je ne sais pas, gynécologique ou physique ou quoi mais en général."

Ainsi le médecin généraliste pouvait être vu par certaines comme un médecin du somatique, de la plainte aiguë et non comme un référent du suivi ou de la santé sexuelle.

b) *Le médecin généraliste, un véritable coordinateur des soins*

Le médecin généraliste était vu par certaines comme un véritable chef d'orchestre et le référent de leur prise en charge. Il permettait de **coordonner** les soins et de les **orienter** vers des professionnels adaptés en cas de besoin.

P6 : "Il est attentif à mes problèmes et il m'écoute et il essaie de trouver des solutions, il m'envoie chez un autre médecin s'il faut, il me rappelle de faire les examens, les contrôles. Je n'ai jamais eu la situation où je devais attendre des mois sans médicament, sans ordonnance, il me donne tout de suite, alors je n'ai pas de problème à cause de sa négligence."

Les participantes soulignaient le rôle du médecin généraliste dans la sensibilisation au suivi régulier en santé.

P8 : "Les femmes ne se font pas suivre, ne vont pas chez le médecin, et même des fois le médecin leur dit de faire des choses et elles ne le font pas. Et là les infections deviennent des

tumeurs et là ça peut même devenir des cancers et c'est là que le médecin généraliste intervient. Dans le sens où il dit il faut faire ça il faut faire ça.”

Le bon médecin généraliste s'avérait être celui qui avait une approche holistique de sa patiente. Il ne s'intéressait pas uniquement à sa pathologie mais également à son vécu, sa vie, son entourage. Elles valorisaient la continuité des soins qu'offraient les cabinets de groupe et la présence de remplaçants. Elles souhaitaient que leur famille soit suivie au même endroit.

E. La femme, actrice principale de sa santé

1. Le besoin de connaissance, au cœur de la prise en soin

a) *Besoin de connaître son corps et son fonctionnement*

Les participantes ont souligné leur **manque de connaissance** en santé sexuelle que ce soit concernant l'anatomie ou la physiologie de l'appareil génital ce qui pouvait générer une **anxiété importante**.

P3, en montrant une photographie représentant un appareil génital féminin.

P3 : “Je ne m'y connais pas trop mais en prenant cette photo je voulais un peu, un peu, mon idée c'était de ... de connaître réellement où se trouve je ne sais pas moi : la cavité, où se trouve l'enfant, où se met, où... C'est quoi l'utérus, c'est quoi tout ça là, moi je posais des questions parce que je ne comprenais pas trop.”

Elles manifestaient une volonté d'acquérir ces connaissances afin de mieux comprendre le fonctionnement de leur corps. L'acquisition de ces connaissances devait avoir lieu tôt, autour de l'adolescence, avant que les jeunes filles puissent être confrontées à des problématiques de santé sexuelle, notamment l'arrivée des premières règles.

b) Besoin de comprendre sa pathologie

Pour les participantes qui étaient suivies pour diverses pathologies gynécologiques, le besoin d'information était encore plus important. En l'absence de compréhension de leur pathologie, elles projetaient certaines inquiétudes. Ainsi, connaître l'incidence de sa pathologie, sa gravité, sa prise en charge, le fonctionnement de ses traitements et leurs effets indésirables permettaient de mieux l'appréhender et d'**adhérer au parcours de soin**.

P3 : “Parce que selon le médecin c’est dans l’utérus que le bébé reste et bon voilà et que le mien est avec des myomes et tout et je me dis bon ... Il a quelle taille l’utérus, c’est comment, c’est comment ?”

2. Les moyens d'accéder à la connaissance

a) Le médecin, un acteur indispensable

Le médecin était identifié comme un acteur important de l'éducation en santé sexuelle, car il dispose des **connaissances scientifiques**. L'intervention de celui-ci était ainsi un moyen d'outrepasser les tabous autour de la santé sexuelle et avoir des informations fiables.

P3 : “Oui, oui, oui, oui. Le médecin, je pense qu’il joue un rôle plus important pour ce qu’on n’a pas appris en famille par exemple parce qu’il y a d’autres mamans qui sont incapables de dire à leurs enfants. Et le médecin il te dit clairement.”

Concernant la transmission de ces connaissances, l'utilisation de **supports visuels** et didactiques était mise en avant comme facilitant la compréhension de notions parfois complexes.

b) Internet, un outil de choix pour accéder aux informations en santé

Bien que les professionnels de santé aient une place importante, Internet était souvent présenté comme le premier recours en matière d'accès à la connaissance et permettait d'être rassurée dans l'attente de pouvoir avoir accès à une consultation.

P2 : “Donc du coup comme j’étais là, je ne sais pas de quoi il s’agit, on me met “positif, positif, positif”, faut pas que je devienne folle donc je vais aller sur Google pour voir ce que c’est.”

En plus d’être une source rapide d’information, pouvoir y accéder seule permettait de limiter la peur du jugement des autres.

Plusieurs participantes ont également évoqué la place des **réseaux sociaux** avec notamment des professionnels de santé qui vulgarisaient certaines informations. Cependant, en cas de demande d’explications plus complexes ou personnelles, l’échange avec un professionnel restait nécessaire.

c) Le rôle de l’école dans l’éducation en santé sexuelle

Comme Internet, l’école permettait aussi de surmonter les tabous sociétaux. Certaines femmes avaient eu des cours dans leur pays mais reprochaient à ces enseignements d’être **trop tardifs** ou **incomplets**.

P3 : “Non, non, à l’école on n’a pas expliqué tout ça, non, non. A l’intérieur non. C’était juste vagin, on nous a parlé de vagin, on nous a parlé de l’estomac si je puis dire, donc ce n’était pas les détails, tout cela non. C’est avec mes recherches que j’ai compris tout ça.”

d) Les interventions de prévention, un outil d’autonomisation des femmes ?

Certaines femmes ont bénéficié d’**interventions de prévention en santé sexuelle** et étaient très enthousiastes à ce sujet. Ces groupes d’échange permettaient de réunir des femmes d’horizon différents, ayant chacune leurs problématiques. Ces espaces de discussion permettaient de **libérer la parole** sur des sujets difficiles à aborder en consultation.

P9 : “Par exemple il y a des femmes ici, elles ont souffert, elles ont parlé de leur excision, ce sont des choses dont elles ne peuvent pas parler mais quand on est dans le sujet, on parlait

je crois de la prévention des grossesses, des stérilets et tout ça et le sujet a basculé. C'est en fait en parlant des situations de la santé et des parties intimes de la femme il peut arriver que les sujets viennent et finalement on parle des sujets auxquels on ne pensait pas parler. Ça permet de libérer quoi."

Par ailleurs, ces séances d'échange étaient organisées au sein de lieux de vie pour femmes migrantes, isolées ou précaires. Ainsi, s'identifier à leurs **paires** et écouter leurs expériences leur permettait d'être mieux préparées en cas de situation similaire. Elles soulignaient qu'il était important que les intervenantes soient **formées** afin de pouvoir apporter directement des solutions aux problématiques mises en évidence

3. Vers une autonomisation des femmes

a) L'implication des femmes dans leur suivi, une nécessité

Les participantes ont souligné le besoin d'implication des femmes dans l'organisation de leur suivi en santé sexuelle. Elles critiquaient un abandon de l'investissement en santé à l'arrivée de la ménopause et en dehors de la grossesse.

P8 : "Ces femmes il faut surtout leur parler pour qu'elles prennent conscience que si elles ne vont pas chez le docteur il peut y avoir quelque chose qui peut amener à quelque chose d'autre de négatif pour leur santé. Donc il faut surtout qu'elles prennent conscience."

Elles souhaitaient être actrices de leur prise en charge, prendre leurs décisions en santé et mettre en pratique les conseils des professionnels.

b) La transmission par les pairs, un moyen d'empowerment au sein de la communauté

La santé sexuelle était perçue comme une problématique féminine. La prévention était une affaire de femme et favorisait la transmission des savoirs de mère en fille. Les participantes ont exprimé leur volonté de briser les tabous et de jouer un rôle actif dans la diffusion des connaissances, acquises auprès des professionnels de santé ou sur Internet. Ce partage de savoirs, au-delà du cercle familial, était perçu comme un acte d'émancipation, visant à

renforcer l'autonomie individuelle et collective des femmes au sein de leur communauté.

P5 : “Comme ça j'ai plus de formation pour moi-même et aussi je peux partager aussi avec les autres. (...) Moi je dis je ne veux pas faire la même erreur comme ma mère elle a fait donc j'ai déjà commencé avec ma fille. J'ai déjà commencé déjà elle sait beaucoup de choses et je trouve cela très important.”

IV. Discussion

A. Résumé des résultats

Les femmes migrantes font face à des **discriminations** dans leur pays d'origine, où les inégalités de genre et les tabous liés à la santé sexuelle sont fréquents. Bien souvent, le système de santé de leur pays d'origine ne garantit pas un accès au soin équitable et est généralement conditionné par les **revenus** des personnes. En arrivant en France, elles espèrent souvent un meilleur accès aux soins de santé, en particulier en matière de santé sexuelle, tout en cherchant à surmonter les obstacles imposés par leur statut migratoire qui limite souvent leurs **droits** et leur **bien-être**. L'**insécurité administrative** liée à leur condition de migrante impacte fortement leur santé mentale. Par ailleurs, les raisons de leur migration, leur trajet ainsi que l'éloignement de leur pays d'origine entraînent une **détresse psychologique** qu'il est nécessaire de prendre en compte.

Du début de la **puberté** jusqu'à la **ménopause**, la santé sexuelle constitue une composante essentielle de la vie des femmes. Elles attendent une prise en charge adaptée spécifique aux besoins de chaque femme. Certaines d'entre elles peuvent avoir été exposées à des **violences**, leur repérage précoce et leur prise en charge est primordial. La maîtrise de la **fertilité** est également un sujet particulièrement important pour bon nombre d'entre elles et peut affecter leurs représentations de la féminité, il nécessite donc une approche attentive. Par ailleurs, un suivi régulier intégrant des actions de **dépistage** et de **prévention** est fondamental pour maintenir une santé sexuelle optimale.

Devant l'intimité du sujet abordé, une relation **bienveillante** de **confiance** avec les divers professionnels de santé qu'elles rencontrent est cruciale. Elles souhaitent se sentir écoutées et privilégient les consultations longues. Le **médecin généraliste** dont la place est souvent méconnue est leur interlocuteur principal. Elles attendent qu'il soit un partenaire central de leur prise en charge et qu'il les épaulé dans la **coordination** de leur parcours de soin.

Leur **besoin de connaissance** de leur corps et de leurs éventuelles pathologies est capital. C'est grâce à des informations fiables, dispensées par des professionnels formés qu'elles peuvent être **actrices de leur santé** et prendre des décisions de façon éclairée. Elles soulignent le rôle des associations et des partenaires sociaux dans l'accès aux soins en santé sexuelle. L'accès à la connaissance leur est également nécessaire afin de la transmettre à leur **communauté** et contribue à leur **autonomisation** et celle de leurs **paires**.

Nous proposons une modélisation de nos résultats :

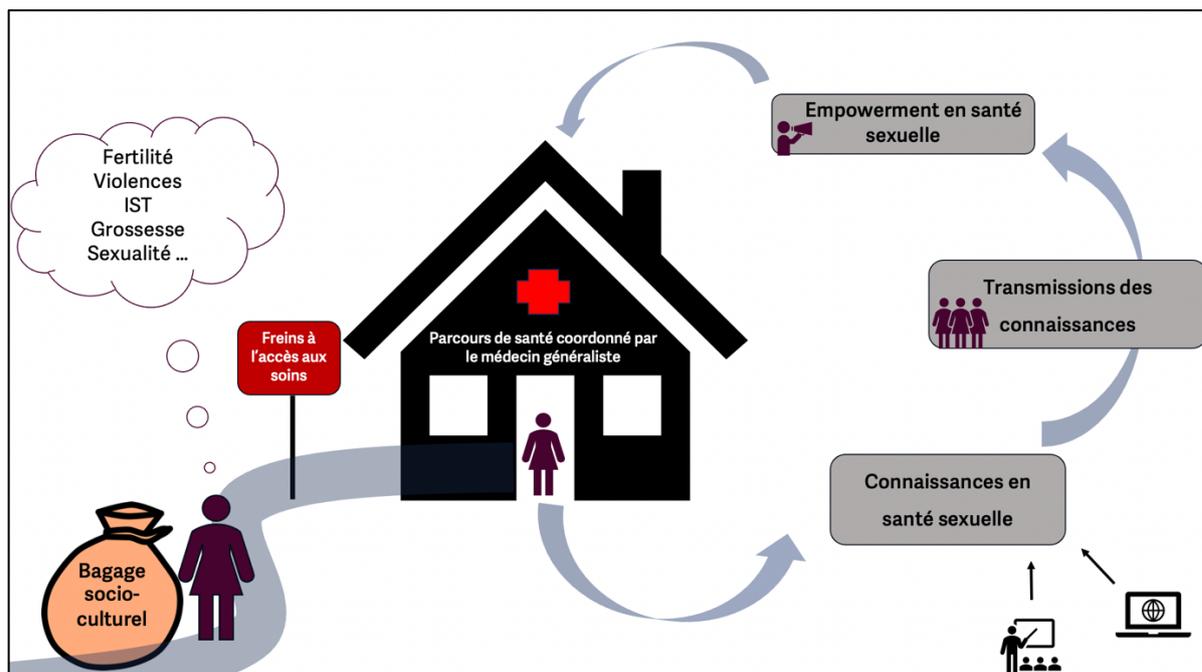


Figure 1 : Modélisation de nos résultats

Comme illustré dans la **Figure 1**, l'accès à une bonne santé sexuelle pour les femmes issues de la migration représentait un parcours semé d'obstacles. En arrivant en France, elles apportaient avec elles un bagage culturel et un vécu qui influençaient leur santé, tant sur le plan moral que physique. Leur rencontre avec le système de soins français, structuré autour du médecin généraliste, leur offrait une opportunité d'accéder à des connaissances essentielles en matière de santé sexuelle. En transmettant ces savoirs à leur communauté, elles favorisaient un processus d'autonomisation en matière de santé sexuelle permettant aux femmes de comprendre leurs corps et son fonctionnement.

B. Forces et limites de l'étude

Cette **thèse est la première de médecine générale** à utiliser ce type de méthode originale qui s'adresse directement à une **population peu étudiée** jusqu'ici : les femmes issues de la migration. L'utilisation de **photographies, de pictogrammes et le recours à l'interprétariat** a permis de **recruter des personnes non lettrées, ne parlant pas le français**. La lisibilité des fiches d'informations données aux femmes a été vérifiée grâce à **l'outil Scolarius**.

Dans une **notion de réflexivité**, nous avons tenu un journal de bord régulier et nous avons au départ discuté des idées préconçues sur le sujet afin de les prendre en compte tout au long de l'étude. N'ayant pas d'expérience dans le domaine de la recherche nous nous sommes également **formées à la méthode qualitative** (23) accompagnées par notre directrice de thèse.

Un **échantillonnage raisonné** a été réalisé via des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, permettant de **diversifier les profils des participantes** (âge, origine, situation familiale et lieu de vie). Malgré cette hétérogénéité, un biais de sélection subsistait en raison du territoire de recrutement limité et du niveau d'études élevé des participantes. Nous avons décidé **d'indemniser les femmes** car le temps consacré à l'étude pouvait être un frein à l'inclusion de participantes. La sensibilité du sujet a pu freiner le recrutement de certaines femmes, notamment les plus âgées, ce qui nous a conduit à nous appuyer sur des **personnes en qui elles avaient confiance**. De ce fait nous avons principalement **recruté des femmes déjà sensibilisées aux sujets de santé sexuelle**.

Une force de cette étude a été la **méthodologie robuste** incluant un échantillonnage raisonné, la présence de deux chercheuses, un guide validé de type SHOWED, ainsi que la triangulation des chercheuses et des données selon les critères de la grille COREQ (24). La **validité interne** reposait sur une double lecture des entretiens par les chercheuses et la supervision de la directrice de thèse, limitant ainsi les biais de subjectivité et d'interprétation. La **saturation des données** garantissait la possibilité de généraliser les résultats à plus grande échelle.

C. Comparaison à la littérature

Une revue systématique de la littérature issue du projet ENVOL réalisée par M. Kerihuel et L. Daumail a montré que la majorité des interventions (85%) visant l'empowerment en santé sexuelle abordaient les thématiques du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein (25). En effet nous avons constaté un impact individuel mais aussi en santé publique de l'insuffisance du recours au dépistage qui reste un enjeu facilement mesurable (26). Cependant, notre étude a révélé que ces thématiques étaient **peu mentionnées par les participantes**, qui manifestaient un intérêt bien plus marqué pour des sujets tels que la fertilité, les IST, l'hygiène intime et bien sur les violences sexuelles.

Or, **aucune intervention ne traitait des violences sexuelles** (25). Nous savons aujourd'hui que beaucoup de femmes quittent leur pays d'origine suite à des violences et y sont confrontées lors du trajet migratoire mais aussi à l'arrivée en France (27). L'absence relative d'interventions sur ce sujet peut s'expliquer en raison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, la **quantification des violences sexuelles** et l'évaluation de l'impact des actions menés demeurent difficile à mesurer. En effet, les violences sexuelles sont souvent sous-déclarées (stigmates sociaux, peur de représailles, manque de confiance envers les institutions) et chez les femmes migrantes la précarité administrative et le statut socio-économique freinent le signalement limitant souvent l'accès aux services de soutien et de soins de santé (28). Cependant, les **violences sexuelles** constituent un enjeu majeur de santé publique, avec des répercussions importantes sur la santé physique et mentale des victimes (27). Comme l'a montré notre étude, les professionnels de santé jouaient un rôle central dans le **repérage** et la **prise en charge** de ces situations de violence, d'où l'importance de renforcer leur formation ainsi que les interventions sur ce sujet.

Beaucoup de femmes ont pris des photographies en lien avec l'hygiène intime. Au-delà de la volonté d'être conseillée dans le choix des produits d'hygiène, elles rappelaient la difficulté pour certaines d'avoir accès à des protections menstruelles. Aujourd'hui, la **précarité menstruelle constitue un problème de santé à l'échelle mondiale** qui touche les femmes partout dans le monde. D'après l'Organisation des Nations Unies (ONU) Femmes, la sensibilisation à la menstruation avant les premières règles varie considérablement entre les pays alors que **deux milliards de femmes dans le monde ont leurs règles chaque mois** (29). Comme nous avons pu le constater, ce sujet restait souvent

associé à des fausses représentations, et les femmes mal informées étaient particulièrement **exposées à des expériences négatives**. Au-delà de garantir l'accès à des protections hygiéniques, il semblait fondamental de former les femmes sur la connaissance de leurs corps pour appréhender au mieux les événements de leur vie sexuelle.

Les femmes interrogées s'inquiétaient souvent de leur statut vis-à-vis des IST, surtout celles ayant subi des violences sexuelles. Dans le Bulletin de Santé Publique de novembre 2023, on constate une vulnérabilité aux IST chez les patients et patientes issus de la migration avec un risque accru de contamination à l'arrivée en France (27,28). De plus, l'enquête PARCOURS montre que chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne, **l'absence de logement est un déterminant majeur de l'exposition au risque de VIH** mais aussi aux violences sexuelles (30). Dans la thèse de M. Kerihuel et L. Daumail, **seulement 12 % des études traitaient du dépistage des IST chez les femmes migrantes, et aucune ne prenait en compte leur situation psycho-sociale** (25). Un suivi global en santé sexuelle apparaissait essentiel pour ces populations particulièrement vulnérables, tant à leur arrivée qu'au fil du temps, afin de garantir une prise en charge adaptée et durable.

La précarité économique constituait un déterminant majeur restreignant l'accès aux soins en santé sexuelle, rendant d'autant plus essentiel l'accompagnement social des populations migrantes. Le projet **MAKASI** démontre qu'une intervention d'empowerment intégrant un soutien aux besoins spécifiques des migrants permet d'augmenter leur couverture sociale et leur accès aux soins (31). Dans ce contexte, les femmes interrogées dans notre étude ont souligné l'importance d'évoluer dans un environnement serein et stable pour prendre en charge leur santé, mettant ainsi en évidence l'interdépendance entre la santé mentale et la santé sexuelle. L'étude ENFAMS, menée auprès de femmes et d'enfants en hébergement social dont la majorité sont nés à l'étranger, met en évidence une prévalence élevée des troubles de l'humeur (30 %) (32). Nos résultats corroboraient ces données, identifiant les violences subies comme un **facteur majeur de détresse psychologique**. Toutefois, plusieurs autres barrières persistaient et retenaient les femmes d'aller consulter : l'absence de remboursement des consultations pour les migrants, la méconnaissance de leurs droits, la barrière linguistique, les difficultés à aborder les violences et la persistance de représentations erronées (33). Par conséquent, une intervention multimodale, intégrant à la fois un **psychologue** et un **accompagnement social**, est indispensable (34). Une revue de la

littérature réalisée par O'Doherty and al. montre que les interventions psychosociales contribuent à soulager l'impact sur la santé mentale des violences subies (35).

Le **besoin de connaissance en santé sexuelle** s'est avéré une notion centrale développée par nos participantes qui appelaient à une **meilleure éducation en santé sexuelle** indispensable à leur prise de décision en la matière. Une étude espagnole montre par exemple une amélioration des pratiques contraceptives d'une population suite à une brève intervention de conseil (36). De même, une étude française, s'appuyant sur les données récoltées au sein du projet MAKASI met notamment en évidence une amélioration de la connaissance d'outils de prévention de l'infection au VIH à la suite d'une intervention d'empowerment auprès de migrants précaires d'Afrique subsaharienne (37). Les participantes ont insisté sur la volonté d'être ainsi **actrices au sein de leur parcours de soin** ce qui s'inscrit dans le concept d'empowerment en santé (38).

L'acquisition de connaissances en santé a été rendue possible pour plusieurs participantes grâce à l'intervention en France de **professionnels** via des **actions d'éducation en santé sexuelle**. Ces actions, pour la plupart, consistaient en des interventions qui se déroulaient au sein de leurs lieux de vie et créaient des **espaces d'échange entre paires**. Les professionnels encadraient les interventions et permettaient d'apporter une expertise mais les échanges restaient principalement entre femmes migrantes ce qui, selon les participantes de notre étude, permettait une libération de la parole grâce à l'identification des femmes entre elles. Ces groupes d'échanges ont facilité la communication en s'affranchissant de certains freins comme la **barrière de la langue** ou les **différences socio-culturelles**. Une revue de la littérature publiée en 2022 montre que les interventions auprès de femmes réfugiées permettent un meilleur empowerment en santé notamment lorsqu'elles impliquent des intervenant issus des même cultures ou parlant la même langue (39). Ces interventions rejoignent la notion de **santé communautaire** dont les interventions en matière de santé publique ont montré leur efficacité (40). Une étude réalisée pendant la pandémie COVID 19 montre une augmentation de la vaccination au sein d'une population de personnes migrantes grâce à l'intervention d'une équipe sanitaire communautaire dont les membres étaient eux-mêmes des personnes migrantes ayant une expertise en matière de soins (41).

Certaines participantes ont également souligné l'importance de s'être senties utiles pour leur communauté en contribuant à notre étude. **Leur participation a été un vecteur d'empowerment** en leur permettant de se sentir écoutées en dehors d'une relation de soin mais également d'aborder la problématique de la santé sexuelle avec leurs proches à l'issue de l'étude. La méthode Photovoice est ainsi une méthode de **recherche communautaire participative** qui est décrite comme une pratique prometteuse pour combler le fossé entre l'approche traditionnelle axée sur le patient individuel et l'approche globale des soins de santé primaires de l'OMS (42). La recherche communautaire participative permet ainsi d'améliorer le recrutement, la fidélisation et la pertinence culturelle des interventions comme étudié au sein de minorités ethniques aux Etats-Unis (43). Il s'agit donc d'une orientation pertinente de la recherche en santé sexuelle.

De nombreuses études et interventions se concentrent sur l'autonomisation des femmes en travaillant exclusivement avec elles, **laissant souvent les hommes en dehors de cette dynamique** (25,44). Dans notre étude, rares sont les femmes ayant mentionné leurs conjoints en matière de santé sexuelle alors même que certains maintenaient encore un contrôle sur la sexualité de leurs compagnes. Ce phénomène est également observé dans la littérature, comme le montre une étude menée auprès d'hommes marocains vivant en milieu rural. Elle souligne le rôle des hommes dans la gestion de la dynamique contraceptive du couple, alors qu'ils ont parfois une connaissance limitée du sujet (45). Dès lors, il est légitime de se demander si l'implication des hommes représente un véritable levier d'autonomisation pour les femmes ou bien si cela peut-il contribuer à renforcer le contrôle masculin sur leurs vies. Malgré cette ambivalence, les participantes de notre étude souhaitaient **éduquer leurs fils** à la santé sexuelle suggérant que leur implication dans les programmes pourrait avoir des effets bénéfiques. Même si les financements mondiaux restent majoritairement axés sur les programmes visant directement la **santé des femmes migrantes et des enfants**, il paraît important de reconnaître que les hommes devraient aussi être inclus dans des stratégies d'intervention afin de favoriser l'autonomisation des femmes en matière de santé sexuelle (44,46).

D. Applications à la médecine générale et intérêt des réseaux de soins

Au vu de la complexité d'un sujet comme celui de la santé sexuelle, il semble nécessaire de lui dédier une **consultation à part entière**. Cette dernière devrait être systématiquement proposée à tous les âges de la vie et de façon répétée. Ainsi, les femmes pourront identifier le médecin généraliste comme un **acteur clair et clef de leur santé sexuelle**. Cette consultation permettrait une prise en charge globale associant un espace de soin, de pédagogie, de parole favorisant l'empowerment et serait un moyen d'expliquer le fonctionnement du système de soin dont le rôle du médecin traitant et des examens de prévention proposés. Un temps dédié au repérage d'éventuelles **violences** ou de **souffrances psychosociales** doit être instauré et répété dans le temps au cours des consultations.

Afin d'assurer cette prise en charge globale, les médecins traitants doivent s'appuyer sur les **acteurs territoriaux déjà implantés** comme au sein de Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou encore via les réseaux associatifs et ainsi proposer une prise en charge **multidisciplinaire** associant travailleurs sociaux et professionnels du soin. Ces réseaux peuvent apporter une aide logistique et permettre aux professionnels de santé de se former. Il existe ainsi des initiatives locales destinées à coordonner les soins (comme le réseau eCare à Toulouse) dans lesquels les médecins généralistes ont une place cruciale. De même, **intégrer les patients au sein des structures de soin** (MSP par exemple) est essentiel pour les intégrer pleinement aux décisions en santé.

En lien avec ces associations, les professionnels de santé peuvent animer des **interventions** destinées à ouvrir des espaces de parole autour du sujet de la santé sexuelle auprès des femmes. Le médecin généraliste s'affirme ainsi dans son rôle de détenteur de la connaissance mais aussi comme vecteur d'empowerment.

D'autre part, les participantes de notre étude ont relevé à de nombreuses reprises leur satisfaction d'être intégrées à ce processus de recherche qui leur permettait de se sentir écoutées et considérées. Ainsi **la recherche participative peut permettre une amélioration des pratiques**.

V. Conclusion

La santé des femmes migrantes est encore aujourd'hui marquée par des inégalités, et ce, dans une situation d'augmentation des flux migratoires. La santé sexuelle plus particulièrement, les impacte tout au long de leur vie. Bien que le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans cette prise en charge, son implication en santé sexuelle avait jusqu'à présent été peu étudiée. Afin de répondre aux besoins de ces femmes, il nous a semblé nécessaire de les écouter afin de recueillir leurs attentes à ce sujet.

La méthode de recherche photovoix a permis à ces femmes de s'exprimer à travers la photographie et a été un vecteur d'empowerment. Elles ont pu formuler les difficultés auxquelles elles faisaient face en arrivant dans un nouveau système de soin et ainsi leurs attentes concernant leur prise en charge en santé sexuelle. Malgré la diversité de leurs profils, elles ont exprimé un besoin commun de mieux comprendre leur corps et de devenir actrices de leur santé. Elles ont également souligné l'importance d'un accompagnement par des professionnels de confiance, notamment le médecin généraliste, pour un suivi régulier et adapté.

Dans cette perspective, le projet ENVOL répond à ces attentes en proposant une intervention culturellement adaptée co-construite avec les participantes, contribuant ainsi à leur empowerment et à une prise en charge mieux ajustée à leurs besoins.

Le 10/03/2025

Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse le 10 mars 2025

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



VI. Bibliographie

1. Insee. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers | Insee [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
2. Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides). Rapport d'activité 2023 | Ofpra [Internet]. 2024 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/actualites/rapport-dactivite-2023>
3. Le Monde. « L'aide médicale de l'Etat est une ardente obligation morale ». 17 oct 2024 [cité 22 nov 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/10/17/l-aide-medicale-de-l-etat-est-une-ardente-obligation-morale_6353938_3232.html
4. l'Intérieur M de. <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Les-chiffres-2023-publication-annuelle-parue-le-27-juin-2024>. 2024 [cité 10 nov 2024]. Les chiffres 2023 (publication annuelle parue le 27 juin 2024). Disponible sur: <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Chiffres-cles-sejour-visas-eloignements-asile-acces-a-la-nationalite/Les-chiffres-2023-publication-annuelle-parue-le-27-juin-2024>
5. OMS OM de la S. Santé des réfugiés et des migrants [Internet]. 2022 [cité 10 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
6. OIM. International Organization for Migration. ??? [cité 10 nov 2024]. Termes clés de la migration. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
7. OMS OM de la S. Un rapport de l'OMS montre de moins bons résultats en matière de santé pour de nombreux réfugiés et migrants vulnérables [Internet]. 2022 [cité 10 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/20-07-2022-who-report-shows-poorer-health-outcomes-for-many-vulnerable-refugees-and-migrants>
8. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Constitution [Internet]. 1948 [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
9. Nations U. United Nations. United Nations; [cité 21 nov 2024]. Migration internationale | Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/global-issues/migration>

10. Haut Conseil de Santé Publique. Santé des migrants [Internet]. 2020 [cité 14 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>
11. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Sexual health [Internet]. 2006 [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health)
12. Azria E, Stewart Z, Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharoux C. [Social inequalities in maternal health]. *Gynecol Obstet Fertil*. oct 2015;43(10):676-82.
13. Osuide JO, Parsa AD, Mahmud I, Kabir R. The effect of limited access to antenatal care on pregnancy experiences and outcomes among undocumented migrant women in Europe: a systematic review. *Front Glob Womens Health*. 2024;5:1289784.
14. INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus - étude médico-économique - Phase 1 [Internet]. 2016 [cité 19 nov 2024]. 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>
15. Maraux B. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France [Internet] [These de doctorat]. Université Paris-Saclay (ComUE); 2018 [cité 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://theses.fr/2018SACLS534>
16. Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST [Internet]. 2023 [cité 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023>
17. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. « In My Culture, We Don't Know Anything About That »: Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int J Behav Med*. déc 2017;24(6):836-45.
18. Insee. Santé et recours aux soins – Immigrés et descendants d'immigrés [Internet]. 2023 [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793288?sommaire=6793391>
19. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Community Empowerment - 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes [Internet]. 2009 [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>
20. Wang C, Burris MA. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory

needs assessment. *Health Educ Behav.* juin 1997;24(3):369-87.

21. Wang CC. Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health. *J Womens Health.* mars 1999;8(2):185-92.

22. COFRIMI. Prestations d'interprétariat dans le domaine médico-social à Toulouse [Internet]. 2024 [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cofrimi.com/interpretariat>

23. GROUM.F, LEBEAU JP. Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire [Internet]. 2021 [cité 22 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/librairie/produits/produit/89>

24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue.* janv 2015;15(157):50-4.

25. KERIHUEL Marie, DAUMAIL Laure. Etat des lieux des interventions visant l'empowerment en santé sexuelle des femmes migrantes : une revue systématique de la littérature. [Toulouse]; 2024.

26. Ozturk NY, Hossain SZ, Mackey M, Adam S, Brennan P. HPV and Cervical Cancer Awareness and Screening Practices among Migrant Women: A Narrative Review. *Healthcare (Basel).* 23 mars 2024;12(7):709.

27. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women [Internet]. 2021 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>

28. Amnesty France. Amnesty France. 18 Septembre2024 [cité 23 févr 2025]. Violences sexuelles : Amnesty International dénonce les obstacles rencontrés par les femmes migrantes, transgenres et travailleuses du sexe lors des dépôts de plainte en France. Disponible sur: <https://www.amnesty.fr/presse/violences-sexuelles-amnesty-international-denonce-les-obstacles-rencontres-par-les-femmes-migrantes-transgenres-et-travailleuses-du-sexe-lors-des-depots-de-plainte-en-france>

29. ONU Femmes. ONU Femmes. 2024 [cité 11 févr 2025]. La précarité menstruelle – pourquoi des millions de filles et de femmes n'ont pas les moyens d'avoir leurs règles. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/nouvelles/article-explicatif/2024/05/la-precarite-menstruelle-pourquoi-des-millions-de-filles-et-de-femmes-nont-pas-les-moyens-davoir-leurs-regles>

30. Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et

- al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance* [Internet]. 19 nov 2015 [cité 5 févr 2025];20(46). Disponible sur: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>
31. Gosselin A, Carillon S, Coulibaly K, Ridde V, Taéron C, Kohou V, et al. Participatory development and pilot testing of the Makasi intervention: a community-based outreach intervention to improve sub-Saharan and Caribbean immigrants' empowerment in sexual health. *BMC Public Health*. 5 déc 2019;19(1):1646.
32. Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health*. févr 2016;26(1):71-6.
33. France terre d'asile. Répondre aux besoins en santé mentale des demandeurs d'asile : une étude qualitative [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/etude_sante_mentale_web.pdf
34. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry*. mai 2014;55(4):818-25.
35. O'Doherty L, Whelan M, Carter GJ, Brown K, Tarzia L, Hegarty K, et al. Interventions psychosociales pour les personnes victimes de viol et d'agression sexuelle à l'âge adulte - O'Doherty, L - 2023 | Cochrane Library. [cité 19 févr 2025]; Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013456.pub2/full/fr>
36. Díez E, López MJ, Mari-Dell'Olmo M, Nebot L, Pérez G, Villalbi JR, et al. Effects of a counselling intervention to improve contraception in deprived neighbourhoods: a randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*. 1 févr 2018;28(1):10-5.
37. Coulibaly K, Bousmah MAQ, Ravalihasy A, Taéron C, Mbiribindi R, Senne JN, et al. Bridging the knowledge gap of biomedical HIV prevention tools among sub-saharan african immigrants in France. Results from an empowerment-based intervention. *SSM Popul Health*. sept 2023;23:101468.
38. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q*. 1988;15(4):379-94.
39. Gower S, Jeemi Z, Forbes D, Kebble P, Dantas JAR. Peer Mentoring Programs for Culturally and Linguistically Diverse Refugee and Migrant Women: An Integrative Review.

Int J Environ Res Public Health. 7 oct 2022;19(19):12845.

40. Knowles M, Crowley AP, Vasan A, Kangovi S. Community Health Worker Integration with and Effectiveness in Health Care and Public Health in the United States. *Annu Rev Public Health*. 3 avr 2023;44:363-81.
41. Bekele F, Yu K, Archbold S, Mann E, Dawson-Hahn E, Aziz O. The Community Health Response Team: a culturally and linguistically tailored community response to COVID-19 addressing barriers to testing and vaccinations for refugee, immigrant and migrant communities in Atlanta, Georgia. *Front Public Health*. 2024;12:1362705.
42. Chanchien Parajón L, Hinshaw J, Sanchez V, Minkler M, Wallerstein N. Practicing Hope: Enhancing Empowerment in Primary Health Care through Community-based Participatory Research. *Am J Community Psychol*. juin 2021;67(3-4):297-311.
43. McCuistian C, Peteet B, Burlew K, Jacquez F. Sexual Health Interventions for Racial/Ethnic Minorities Using Community-Based Participatory Research: A Systematic Review. *Health Educ Behav*. févr 2023;50(1):107-20.
44. Sternberg P, Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. *Health Promot Int*. sept 2004;19(3):389-96.
45. Sebbani M, Adarmouch L, Azzahiri I, Quidi W, Cherkaoui M, Amine M. Connaissances et comportements au regard de la santé reproductive: enquête chez les marocains en zone rurale. *Pan Afr Med J*. 24 nov 2016;25:186.
46. Andro A, Loû AD du. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*. 28 déc 2009;52(4):3-12.

VII. Annexes

A. Annexe 1 :

NOTICE INFORMATION RECRUTEURS:

Intitulé de la thèse : Attentes des femmes issues de la migration lors d'une consultation en soins primaires abordant la santé sexuelle : une étude Photovoice.

Objectif :

Identifier les attentes des femmes migrantes concernant leur santé sexuelle en consultation de médecine générale. De plus, nous souhaitons caractériser les freins qu'elles peuvent avoir lors d'une consultation de ce type ainsi que leurs représentations de la santé sexuelle.

-> Qui sommes-nous ?

Nous sommes Nadia et Rafaëlla deux internes en médecine générale à Toulouse 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 réalisons une étude avec participation volontaire des patientes. Nous souhaitons évaluer les besoins et les attentes de femmes issues de la migration à l'occasion d'une consultation de santé sexuelle auprès de leur médecin généraliste. Cette étude nous permettra également d'identifier d'éventuels freins à la consultation en santé sexuelle au sein de cette population.

Les données seront anonymisées et ne seront accessibles qu'aux chercheuses.

Elles peuvent donc se retirer et dire "non" à tout moment de l'étude.

-> Pourquoi ?

La population migrante fait face à de nombreuses problématiques en ce qui concerne la santé et présente des besoins spécifiques.

Les consultations avec les médecins généralistes sont souvent complexes et peu adaptées aux réels besoins de ces populations.

La santé sexuelle est un sujet complexe à aborder en consultation pourtant il s'agit d'un véritable enjeu car souvent délaissé par les femmes.

Notre objectif est donc de questionner directement ces femmes via la méthode Photovoice sur leurs besoins. Le but étant d'utiliser les photos comme support pour les entretiens individuels ou de groupe et ainsi leur permettre de s'exprimer librement.

-> Comment ?

Dans un premier temps nous donnerons des appareils photos jetables aux femmes en leur expliquant les objectifs de l'étude et les modalités de réalisation des photos.

Elles auront alors une quinzaine de jours pour prendre autant de photos qu'elles le souhaitent.

Nous reverrons alors les femmes lors d'entretiens individuels ou collectifs accompagnées d'interprètes si besoin, au domicile ou bien à l'extérieur selon le choix des participantes. Les femmes seront indemnisées pour chaque entretien à hauteur de 20 euros.

-> **À qui s'adresse l'étude ?**

Critères d'inclusion:

- Femmes majeures issues de la migration sans limite d'âge supérieure
- Nées à l'étranger
- Ayant déjà consulté un médecin généraliste
- Ayant des droits à l'assurance maladie
- N'ayant pas la nationalité française
- Lettrées ou non lettrées, parlant ou non le français

Critères d'exclusion :

- Femmes mineures
- Non voyantes, sourdes et muettes ou souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère (trouble délirant)

Nos coordonnées:

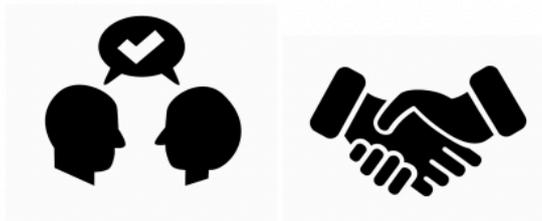
- Rafaëlla PESCIARELLI: 06-
- Nadia SALMI : 06-

Par mail au: thesevoice31@gmail.com

FICHE D'INFORMATION:

A l'attention des patientes:

Nous vous invitons à participer à une étude. Le recrutement se fait sur la base du volontariat. Le consentement est demandé par oral.



Quel est le but de cette étude?

Cette étude a pour but:

- D'identifier vos attentes concernant la **santé sexuelle/gynécologique** en consultation de médecine générale
- D'évaluer vos freins à ces consultations avec vos médecins traitants
- D'évaluer vos représentations sur la santé sexuelle

Pourquoi cette étude?

La population migrante fait face à de nombreuses problématiques en ce qui concerne la santé et peut présenter des besoins spécifiques. Les consultations avec les médecins généralistes sont souvent peu adaptées aux réels besoins de cette population.

La santé sexuelle est un sujet complexe à aborder en consultation pourtant il s'agit d'un véritable enjeu car souvent délaissé par les femmes.

Que va-t'il se passer si vous participez à l'étude?

- 1) Au cours de notre premier entretien nous vous avons expliqué notre sujet de thèse et nos objectifs.

C'est une étude qui utilise **des photos** comme moyen d'échange et de discussion avec vous. Nous allons vous expliquer comment utiliser l'appareil photo. Vous êtes invitées à prendre des photos en suivant les consignes données lors de l'entretien. Il n'y a pas de limites dans ce que vous prenez en photo tant que cela reste dans le respect du droit à l'image.



OU



- 2) Nous nous reverrons dans 15 jours avec vos photos prises pour nous remettre l'appareil photo. Nous nous occuperons de les imprimer.



En cas de besoin pendant cette période nous vous laissons nos coordonnées :

Rafaëlla Pesciarelli, chercheuse & Nadia Salmi, chercheuse



N°: 06.35.56.35.57

Contact : thesevoice31@gmail.com

- 3) Nous vous appellerons pour fixer une date d'entretien et discuter autour de ces photos pendant **30-45 min** avec un interprète si besoin.



Les entretiens **sont anonymes**, c'est-à-dire que nous n'écrivons pas vos noms et prénoms dans notre thèse et veillons à ce que personne ne puisse vous identifier. Ce que vous nous confiez sera enregistré. Nous serons les seules à avoir accès à ces enregistrements.

Quels sont vos droits?

Votre participation est **volontaire**.

Il n'y aura aucune conséquence ou problème si vous décidez d'arrêter. Vous pouvez vous retirer de l'étude jusqu'à la fin de l'analyse des données. Vous n'avez pas à donner de raison.



Comment protégeons-nous votre vie privée?

Participer à cette étude est confidentiel. Cela veut dire que les informations que vous partagez ne seront utilisées que par les chercheuses de l'étude.

Les informations que vous partagerez avec les chercheuses seront analysées de façon anonyme.

Vos données sont **stockées avec un mot de passe**.



AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE:

Objet: Autorisation de prendre et publier des images.

Je soussigné.e,

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Tél :

Mail :

Autorise à :

- me photographier
- publier ces images dans le cadre d'une exposition photographique et éventuellement dans une revue scientifique.

Ceci dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur " la santé sexuelle chez les femmes issues de la migration" sur la période 2023 à 2024.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande orale ou écrite.

Contact : thesephotovoice31@gmail.com

N°: 06.35.56.35.57

Rafaëlla Pesciarelli, chercheuse & Nadia Salmi, chercheuse

La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

*Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent.e à signer ce formulaire en mon propre nom.

*Je suis informé.e qu'en acceptant cette autorisation, les supports sur lesquels j'apparais pourront être utilisés par les chercheuses (entretiens, thèse, articles scientifiques, exposition photographique)

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à Le

Signature :

Guide d'entretien

Quelques questions générales qui nous permettront de mieux nous connaître:

- ❖ Quel âge avez-vous ?
- ❖ De quel pays venez-vous ?
- ❖ Parlez-vous français ?
- ❖ Quand êtes-vous arrivées en France ?
- ❖ Dans quel département vivez-vous ?
- ❖ Êtes-vous suivie par un médecin généraliste ?
 - si oui avez vous un suivi gynécologique avec lui/elle ?
 - Avez-vous déjà vu quelqu'un en gynécologie ?

Après ces deux semaines à prendre des photos en lien avec votre santé sexuelle, comment avez-vous vécu cette expérience ?

- ❖ Avez-vous fait face à des difficultés particulières ?
 - si oui: lesquelles ?

A propos des photos que vous avez prises :

- ❖ Par quelle image voulez vous commencer ?
 - nous pourrions parler de plusieurs images en fonction du temps qu'il reste.
- ❖ Qu'est ce qu'on voit dans cette image ?
- ❖ Qu'est ce qui est réellement représenté dans cette image ?
- ❖ En quoi cette image est-elle en lien avec la santé sexuelle/ gynécologique ?
- ❖ En quoi cela se rapporte-t-il à vos vies ?
 - si un problème est soulevé: à votre avis, pourquoi ce problème existe ?
- ❖ Comment cette image peut faire réfléchir / prendre conscience ?
- ❖ Comment pourrions-nous faire pour améliorer cela ?
 - En cas de difficulté rencontrée: comment la surmonter ? Quelle est la place du médecin généraliste pour vous aider face à cette difficulté ?
 - En cas de proposition / satisfaction: comment la renforcer/la généraliser ?
 - En cas de proposition neutre (sujets en lien avec la santé sexuelle, représentation, etc.): comment l'aborder en consultation avec votre médecin généraliste ?
- ❖ Quelle est la place du médecin généraliste pour vous aider dans cette prise en charge ?

Guide d'entretien V3

Quelques questions générales qui nous permettront de mieux nous connaître:

- ❖ Quel âge avez-vous ?
- ❖ De quel pays venez-vous?
- ❖ Parlez-vous français ?
- ❖ Quand êtes- vous arrivées en France ?
- ❖ Dans quel département vivez-vous ?
- ❖ Avez-vous des enfants ?
- ❖ Etes-vous en couple ?
- ❖ Avez-vous été à l'école/ études ?
- ❖ Êtes-vous suivie par un médecin généraliste ?
 - si oui avez vous un suivi gynécologique avec lui/elle ?
 - Avez-vous déjà vu quelqu'un en gynécologie ?

Après ces deux semaines à prendre des photos en lien avec votre santé sexuelle, comment avez-vous vécu cette expérience ?

- ❖ Avez-vous fait face à des difficultés particulières ?
 - si oui: lesquelles ?

A propos des photos que vous avez prises :

- ❖ Par quelle image voulez vous commencer ?
 - nous pourrons parler de plusieurs images en fonction du temps qu'il reste.
- ❖ Pouvez- vous mettre un titre ou une phrase qui décrirait chaque photo?
- ❖ Qu'est ce qu'on voit dans cette image ?
- ❖ Qu'est ce qui est réellement représenté dans cette image ?
 - En quoi cela se rapporte-t-il à vos vies ?
- ❖ En quoi cette image est-elle en lien avec la santé sexuelle/ gynécologique?
 - Qu'est ce que c'est pour vous la santé sexuelle ou gynécologique?
- ❖ Comment cette image peut faire réfléchir / prendre conscience ?
- ❖ Comment pourrions-nous faire pour améliorer cela en médecine générale ?
 - Quelle est la place du médecin généraliste pour vous aider dans cette prise en charge ?
- ❖ Est- ce que vous avez des choses que vous voulez rajouter ?
- ❖ Est-ce que vous avez des questions ?

Fiche contacts :

o **APIAF. Association Pour l'Initiative Autonome des Femmes pour les femmes victimes de violences**



Accueil sans rendez-vous :

- Le mardi de 13h à 16h30
- Le jeudi de 14h à 17h

Accueil les autres jours sur rendez-vous 05 62 73 72 62.

L'équipe de l'APIAF propose

- Ecoute, soutien psychologique
- Accompagnement social et juridique

Activités et ateliers

- Espace collectif d'échanges, d'activités culturelles et d'élaboration de projets
- Débats collectifs et réflexion sur des thèmes divers, à partir de l'actualité, de sujets de société
- Groupes de paroles - violences conjugales, parentalité -
- Sorties socio-culturelles
- Ateliers d'écriture

L'Apiaf dispose de 56 places d'hébergement en appartement collectif ou individuel.

Contact :

05 62 73 72 62

Adresse :

31 rue de l'Etoile
31000 Toulouse

o **GAMS=Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants**



Il a pour objectif la lutte contre **toutes les formes de violences** faites aux femmes, aux adolescentes et aux fillettes, et la **promotion de la santé maternelle et infantile** en direction des populations immigrées et issues des immigrations :



-> Possède une antenne en Occitanie :

Les antennes régionales ne sont pas ouvertes 5 jours sur 7 et ont des horaires variables, selon les régions. Si vous n'arrivez pas à les joindre, merci d'appeler le siège social national aux heures indiquées.

Contact :

06-79-78-22-44

Mail : tavieenmain@gmail.com



o Médecins du monde à Toulouse

On y trouve:

- Permanence accueil
- Prise en charge médicale
- Orientation vers structures d'aides (alimentation, hygiène, vêtements, juridiques, santé)
- Entretien écoute psychologique
- Aide dans les démarches administratives

Horaires:

Lundi, mercredi et vendredi de 9h15-11h30

Contact :

05-61-63-78-78

Adresse :

Boulevard de Bonnepos
31000 TOULOUSE

o Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)

Les CeGIDD peuvent prendre en charge de façon **anonyme ou nominative, et gratuitement** :

- Des **tests de dépistage des IST** (prise de sang, examen d'urines, prélèvements génitaux ou autres)
- Un **diagnostic clinique des IST et leur traitement sur place**
- Le **TPE** au virus VIH dans un délai maximal de 48 heures après une prise de risque
- La **Prep** au virus VIH
- **Certaines vaccinations** (hépatite A, hépatite B, papillomavirus (HPV), variole du singe, ...)

Une prise en charge **psychologique et sociale** est possible.

Les CeGIDD sont **ouverts à tous et toutes**, y compris aux :

- Mineurs, mais attention la présence d'un majeur accompagnant est indispensable avec sa pièce d'identité
- **Personnes de nationalité étrangère** (le recours à un interprète est possible)
- **Personnes sans couverture sociale** (les prestations sont gratuites)

Les consultations du CeGIDD pour dépistage, Prep au virus VIH, vaccinations et contraception sont **sur rendez-vous uniquement**.

Les consultations ont lieu durant les horaires d'ouverture du centre :

- Lundi au jeudi, de 9h à 18h,
- Vendredi, de 9h à 15h.

Contact :

05-61-77-80-32.

Adresse : sur le site hospitalier de l'hôpital La Grave
place Lange
31300 Toulouse

o **Griselidis :**



Elle s'adresse aux personnes qui proposent des services sexuels tarifés dans la rue à Toulouse et sur Internet au niveau national.

Les principales missions de l'association sont :

- La lutte contre le VIH, les Hépatites et les autres IST
- Les inégalités de santé
- L'accès au droits ; la lutte contre les violences et la stigmatisation.

Ce site est conçu comme un **site ressource par et pour les travailleuses et travailleurs du sexe.**

Contact :

Local: 05 61 62 98 61

Rue: 06 71 59 27 36

Internet: 07 48 90 11 66 ou 06 88 13 52 66

Mail : association@griselidis.com

Adresse :

4 rue Bernard Ortet

31500 Toulouse

Métro A Marengo SNCF, Bus L8 ou 14 arrêt Marengo SNCF

F. Annexe 6 :



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme PESCIARELLI Rafaëlla

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 03/05/2023

sous le numéro : **2023PR54**

Fait à Toulouse, le 05/05/2023


Pr P. BOYER

G. Annexe 7 :

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme SALMI Nadia

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 03/05/2023

sous le numéro : **2023SN55**

Fait à Toulouse, le 05/05/2023


Pr P. BOYER

H. Annexe 8 :



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 19/07/23,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude Attentes des femmes issues de la migration lors d'une consultation de soins primaires abordant la santé sexuelle : une étude Photovoice
AVIS 060723440

Considérant la qualité des réponses apportées aux questions soulevées lors d'une précédente soumission, le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude « **Attentes des femmes issues de la migration lors d'une consultation de soins primaires abordant la santé sexuelle : une étude Photovoice** ».

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

AUTRICES/AUTHORS : PESCIARELLI Rafaëlla et SALMI Nadia

DIRECTRICE DE THÈSE/THESIS SUPERVISOR : Dr Lisa OUANHNON

TITRE : Attentes des femmes issues de la migration lors d'une consultation de soins primaires abordant la santé sexuelle : une étude Photovoice.

Introduction : L'objectif était d'identifier les attentes des femmes migrantes sur une consultation de médecine générale abordant leur santé sexuelle, puis explorer leurs représentations en santé sexuelle en recherchant les possibles freins existants d'une telle consultation. **Méthodologie** : Une étude qualitative de type Photovoice, combinée à des entretiens semi-dirigés, a été réalisée auprès de femmes migrantes. L'analyse des données a suivi une approche thématique s'inspirant de la phénoménologie. **Résultats** : Les femmes migrantes subissent des discriminations en matière de santé sexuelle dans leur pays d'origine. En France, elles espèrent un meilleur accès aux soins, bien que leur statut migratoire puisse limiter leurs droits. Un suivi bienveillant et coordonné par le médecin généraliste est crucial pour instaurer une relation de confiance. Enfin, l'accès à des informations fiables sur leur santé les aide à devenir actrices de leur parcours de soins et à partager ce savoir dans leur communauté. **Discussion** : Les attentes des femmes en santé sexuelle sont diverses et dépassent les interventions habituelles. Malgré leur volonté de mieux gérer leur suivi, des obstacles comme la méconnaissance du rôle du médecin généraliste et les conséquences du parcours migratoire compliquent l'accès aux soins et impactent leur santé mentale. L'adaptation des professionnels à chaque femme est donc essentielle, faisant de la médecine transculturelle un enjeu clé pour l'empowerment en santé sexuelle.

Mots clés : Santé sexuelle - Migrantes - Empowerment – Photovoice

TITLE : Expectations of migrant women during primary care consultations addressing sexual health: a Photovoice study.

Introduction : The aim was to identify migrant women's expectations of a general medical consultation addressing their sexual health, then to explore their perceptions of sexual health, including potential barriers to such consultations. **Methodology** : A qualitative Photovoice study combined with semi-structured interviews was carried out with migrant women. Data analysis followed a thematic approach inspired by phenomenology. **Results** : Migrant women face discrimination regarding sexual health in their countries of origin. In France, they hope for better access to healthcare, although their migration status may limit their rights. Compassionate and coordinated care from general practitioners is crucial to building trust. Finally, access to reliable information about their health empowers them to take control of their healthcare journey and to share this knowledge within their communities. **Discussion** : The expectations of women regarding sexual health are diverse and go beyond traditional interventions. Despite their desire to better manage their health, obstacles such as a lack of understanding of the general practitioners' role and the consequences of migration limit their access to health care and affect their mental health. Adapting healthcare professionals' approaches to each woman's needs is therefore essential, making transcultural medicine a key factor in sexual health empowerment.

Keys words : Sexual health – Migrants – Empowerment – Photovoice

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de santé - 37 allées Jules Guesdes - 31000 Toulouse – France