



HAL
open science

Inégalités sociales et territoriales de santé : femmes et précarité : influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception : étude qualitative par focus groupe et entretiens semi-directifs à propos de 11 femmes habitant les quartiers “ Politique de la Ville ” (QPV) de Metz et fréquentant le centre social Agora en 2020

Céline Fort

► **To cite this version:**

Céline Fort. Inégalités sociales et territoriales de santé : femmes et précarité : influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception : étude qualitative par focus groupe et entretiens semi-directifs à propos de 11 femmes habitant les quartiers “ Politique de la Ville ” (QPV) de Metz et fréquentant le centre social Agora en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870537

HAL Id: hal-03870537

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870537v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

**École de Sages-Femmes
de
METZ**

***INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE :
FEMMES ET PRECARITE***

Influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception.

Étude qualitative par focus groupe et entretiens semi-directifs à propos de 11 femmes
habitant les Quartiers « Politique de la Ville » (QPV) de Metz
et fréquentant le centre social Agora en 2020

Mémoire présenté et soutenu par
FORT Céline

Directeur de mémoire : Mme MERGEN-MOREL

Sage-femme enseignante

Expert : Mme PARACHINI

Chargée de mission

Promotion 2020

REMERCIEMENTS

Je remercie avant tout les femmes du centre social Agora ayant participé à l'étude, pour leur temps, leur bienveillance et la confiance qu'elles m'ont accordée. Vous m'avez beaucoup appris.

J'adresse aussi mes remerciements :

- À Madame Catherine MERGEN-MOREL, la directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité et son implication, indispensable dans la réalisation de ce travail
- À Madame Julie PARACHINI, l'experte de ce mémoire, pour ses précieux conseils et son investissement
- À Madame Alice BLUM, référente famille au centre social Agora, sans qui rien n'aurait été possible
- À l'ensemble des sages-femmes enseignantes, pour leur accompagnement durant ces quatre années d'école
- À Élixa et Chloé, pour les nombreux souvenirs qui nous lient désormais et sans qui ces quatre années n'auraient pas été les mêmes
- À mes parents, mon frère et ma sœur, pour leur soutien sans faille, merci d'avoir cru en moi, sans vous je n'en serais pas là
- À Alexis, pour son écoute, sa patience et sa présence à mes côtés qui m'est si précieuse

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	11
1.1. LA PRÉCARITÉ ET SES IMPACTS EN MATIERE DE SANTÉ.....	11
1.1.1. Définition de la précarité.....	11
1.1.2. Inégalités sociales et territoriales	12
1.1.3. Rapport égalité hommes/femmes	12
1.1.4. La santé sexuelle des femmes.....	13
1.2. LA CONTRACEPTION ET STRATÉGIES D'ACTION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE	14
1.2.1. La contraception en France.....	14
1.2.2. Les stratégies d'actions en matière de contraception	15
1.2.3. Les modalités d'information et d'accès à la contraception	16
1.2.4. Les lieux d'accès à la contraception.....	17
1.2.5. Les difficultés identifiées en rapport avec la contraception	18
1.2.6. Les facteurs influençant les femmes dans leur choix de contraceptif	19
1.3. DIAGNOSTIC DE SANTÉ A METZ	20
1.3.1. Le contrat local de santé à Metz	20
1.3.2. Fiche action 211 du CLS « Paroles de Femmes »	21
1.3.3. Les quartiers politiques et centres sociaux de la ville de Metz.....	22
1.4. SAGE-FEMME ET PROMOTION DE LA SANTÉ	23
1.4.1. Promotion de la santé	23
1.4.2. La santé génésique	23
2. METHODOLOGIE.....	24
2.1. PROBLEMATIQUE.....	24
2.2. OBJECTIFS	24
2.3. HYPOTHESES	24
2.4. BÉNÉFICES ATTENDUS	25
2.5. TYPE D'ETUDE	25
2.6. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE	25
2.6.1. Critères d'inclusion	25
2.6.2. Critères de non-inclusion.....	25
2.6.3. Critères d'exclusion	25
2.6.4. Modalité de recrutement / nombre de sujet nécessaire	25
2.6.5. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche	25
2.7. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE	26
2.8. RECUEIL DE DONNEES.....	26
2.9. GESTION DES DONNEES	26
2.10. LIEUX DE L'ETUDE	26
2.11. PERIODE DE L'ETUDE	26
2.12. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS	26
3. RESULTATS.....	27
3.1. LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE	27
3.1.1. Le projet d'entretiens au sein du centre social Agora à Metz Nord.....	27
3.1.2. Les participantes	28
3.2. LES DONNÉES RECEUILLIES	29
3.2.1. L'utilisation de la contraception	29
3.2.2. La connaissance du corps.....	29
3.2.3. La fréquence et le motif des consultations chez le gynécologue/ sage-femme	29
3.2.4. Les professionnels prescripteurs de contraception	30
3.2.5. L'importance du fait de consulter un soignant de sexe féminin.....	30
3.2.6. Méthodes connues et utilisées	30

3.2.7.	<i>Observance de la contraception</i>	30
3.2.8.	<i>L'information éclairée</i>	31
3.2.9.	<i>L'envie d'avoir accès à l'information</i>	31
3.2.10.	<i>Les facteurs influençant le choix de la contraception</i>	31
3.2.11.	<i>Les croyances en matière de contraception :</i>	32
3.2.12.	<i>L'impact de la grossesse sur la contraception future</i>	32
3.2.13.	<i>L'importances d'avoir ses règles</i>	32
3.2.14.	<i>Le sujet de la religion</i>	33
3.2.15.	<i>La notion de transmission mère-enfant</i>	33
3.3.	LE POINT DE VUE D'ALICE BLUM SUR LA SANTE GENESIQUE DES FEMMES ET LEUR APPROCHE DE LA CONTRACEPTION	33
4.	DISCUSSION	34
4.1.	LES BIAIS DE L'ETUDE	34
4.2.	LES DIFFICULTES DE L'ETUDE	34
4.3.	ANALYSE DES RÉSULTATS	35
4.3.1.	<i>Connaissance de l'anatomie et de la physiologie du corps</i>	35
4.3.2.	<i>Connaissance des moyens de contraception</i>	35
4.3.3.	<i>Utilisation des moyens de contraception</i>	36
4.3.4.	<i>Le choix de la méthode de contraception</i>	36
4.3.5.	<i>La place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes en situation de précarité</i>	37
4.4.	LA PLACE DU CENTRE SOCIAL ET DE LA RÉFÉENTE FAMILLE DANS LA SANTÉ DES FEMMES	37
4.4.1.	<i>Le centre social</i>	37
4.4.2.	<i>Le référent famille</i>	37
4.5.	PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ..	38
4.5.1.	<i>L'accès aux professionnels et le parcours de soin</i>	38
4.5.2.	<i>Les campagnes de prévention</i>	38
4.5.3.	<i>L'information concernant leurs droits</i>	39
4.5.4.	<i>Améliorer la prise en charge contraceptive des femmes</i>	39
5.	CONCLUSION	41
	BIBLIOGRAPHIE	43
	ANNEXES	47

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée

AMODEMACES : Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

DIU : Dispositif Intra Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

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

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INED : Institut National d'Études Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPV : Observatoire National de la Politique de la Ville

QPV : Quartier Politiques de la Ville

RSA : Revenu de Solidarité Active

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En France, la prise en charge des personnes en situation de précarité fait l'objet d'une attention particulière. Bien que cela puisse concerner chacun d'entre nous à un moment de notre existence, il semblerait que les familles monoparentales, les femmes et les jeunes soient majoritairement touchés.

Durant ma vie d'étudiante et à travers les différents stages que j'ai pu mener, j'ai rencontré, souvent, des femmes en situation de précarité et j'ai pu constater les comportements très différents des sages-femmes face à ces patientes en matière de contraception. Parfois dubitatives, elles étaient souvent dans l'incompréhension quant aux représentations et réticences des femmes à l'évocation de la contraception.

C'est pourquoi mon regard en tant qu'étudiante et future professionnelle s'est tourné dans ce mémoire vers les femmes, elles-mêmes, pour comprendre comment améliorer la prise en charge de leur santé génésique.

Il m'a donc semblé pertinent de mener une étude à propos des femmes habitant les Quartiers Politique de la Ville (QPV) de Metz. Cette étude s'intéresse à l'influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception.

L'objectif principal de mon étude a donc été de décrire les connaissances et les choix contraceptifs des femmes en situation de précarité et habitantes des QPV à Metz.

Dans une première partie, les données de la littérature concernant la précarité, sa définition et ses différents aspects, ainsi que l'accès aux soins et la contraception seront présentés.

Dans une seconde partie, les résultats seront exposés.

Enfin, ces résultats seront analysés et discutés puis des axes d'amélioration de la prise en charge de ces femmes seront présentés.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1. LA PRÉCARITÉ ET SES IMPACTS EN MATIERE DE SANTÉ

1.1.1. Définition de la précarité

En France, la définition officielle de la précarité est celle établie par J. WRESINSKI, en 1987 :
« La précarité définit la condition qui résulte de l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même. » [1]

Dans le rapport Wresinski, la pauvreté traditionnelle et la nouvelle pauvreté sont réunies sous le vocable « grande pauvreté ». Pour la prévenir, il est alors nécessaire de conjurer la précarité, voire les précarités. Ces dernières se subdivisent en trois catégories. Les déficits des ressources culturelles, sociales et économiques sont à l'origine des précarités et par voie de conséquence de la grande pauvreté.

Cette définition est corrélée à celle de la vulnérabilité. En effet, en fonction de son importance, l'insécurité accroît des risques de vulnérabilité aux différents évènements de la vie. Parler de vulnérabilité, c'est parler d'exposition, de menace, de risque, de réduction de préjudice et de capacité. Être vulnérable, c'est être exposé à des facteurs de risque (personnels, sociaux, environnementaux), qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur un territoire. [2]

On s'aperçoit que dans l'ensemble des définitions, la précarité est définie comme un rapport délicat à un état d'insécurité. La personne perd ses repères et n'arrive plus à se raccrocher à des soutiens.

Les repères sont divers ; il peut s'agir d'un emploi, de rapports familiaux ou communautaires, de qualité de vie, ou même d'un contexte politique. La personne se retrouve en équilibre entre ses différents points de structure. En cas de modification d'un ou plusieurs paramètres, l'équilibre va, soit se déplacer et la personne vit dans un nouvel équilibre qui peut tout à fait lui convenir, soit une situation de déséquilibre peut apparaître ou même l'équilibre peut être rompu. Ce sont à ces niveaux que les risques de situation de précarité peuvent apparaître si les soutiens et la résistance personnelle à l'adversité ne sont pas suffisamment forts.

Cependant, ce qui semble important à noter ici est la considérable intégration nécessaire de l'environnement quand on parle de précarité. Une personne n'est pas "précaire" en soi, elle est soumise à un environnement plus ou moins défavorable qui la pousse à vivre une situation de précarité, à une perte des sécurités élémentaires ne permettant plus aux personnes et familles « *d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Cette personne vit dans une situation de précarité.

C'est dans la même optique que Pierre Larcher, médecin chargé de mission santé et précarité à la Direction générale des affaires sociales, souligne l'importance et la complexité des interrelations entre l'individu, sa santé et son environnement.

« *Tous les comportements de l'individu sont en effet liés à des interactions permanentes avec son environnement familial et communautaire, son environnement professionnel, son environnement économique, l'emploi, la qualité du logement, les services auxquels il a accès, autant qu'à l'environnement physique (climat, transports...)* ». [3]

1.1.2. Inégalités sociales et territoriales

L'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale est désormais bien documentée et définit les inégalités sociales de santé comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* ». Cette définition met en lumière le fait que les inégalités sociales de santé sont considérées comme évitables. [4,5]

Selon le rapport DREES de 2017, les Français bénéficient d'une espérance de vie élevée. Les femmes ont une espérance de vie supérieure aux hommes et cela à tout âge. [6]

Elle est de 85 ans pour les femmes et 78,9 pour les hommes dans la moyenne européenne.

L'augmentation de l'espérance de vie a été plus importante au cours des dix années précédentes. En effet, elle a progressé chez les hommes de 2,9 ans et chez les femmes de 1,9 an entre 1995 et 2005.

Cependant, les progrès sociaux de la médecine ne profitent pas à tous et les inégalités sociales de santé perdurent.

1.1.3. Rapport égalité hommes/femmes

Selon le rapport du haut conseil d'égalité entre les femmes et les hommes « *La santé et l'accès aux soins* » datant de 2017, les femmes, en général, sont plus exposées que les hommes à différentes pathologies.

Les femmes constituent la plus grande partie des personnes en situation de précarité.

Elles représentent 53% des personnes pauvres et 57% de celles-ci touchent le revenu de solidarité active (RSA). Aussi, en matière de travail, elles constituent 70% des travailleuses pauvres, 82% ont des postes à temps partiel et 62% ont des emplois non qualifiés. De plus, les femmes représentent 85% des familles monoparentales et une famille sur trois vit sous le seuil de pauvreté. [7]

Les troubles psychologiques sont renforcés pour celles confrontées à une situation de précarité : à un même niveau de « précarité », le pourcentage d'anxiodépressifs est de 41,7 % chez les femmes et de 34,4 % chez les hommes. [8]

Les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique : elles ont moins recours à une contraception (6,5 % des ouvrières n'ont aucune contraception contre 1,6 % des femmes cadres), ont plus souvent des grossesses à risque et ont moins recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes.

Les femmes vivant au sein d'un ménage ayant des revenus inférieurs à 2000 € par mois n'ont pas réalisé de frottis dans les 3 dernières années sont 31%, contre 19 % pour les femmes appartenant à un ménage ayant des revenus compris entre 2000 et 4000 €. [8]

La mortalité prématurée liée à des maladies cérébro-cardiovasculaires chez les ouvrières est en moyenne 3 fois supérieure à celle des cadres et professions intermédiaires, ce qui s'explique par des risques accrus liés aux conditions de vie (tabac, alcool, obésité, risques psychosociaux au travail), une prise en charge plus tardive chez les femmes en général (55 % des accidents cardiaques sont fatals pour les femmes et 43 % pour les hommes) et un moindre dépistage chez les « précaires » en particulier.

1.1.4. La santé sexuelle des femmes

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risque, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis* ». [9]

L'étude « FECOND » menée par l'INSERM et l'INED en 2010 met en évidence le lien entre précarité et faible prise de contraception. Si les disparités sociales se sont fortement atténuées au cours des années, en particulier pour l'usage de la pilule et du DIU (dispositif intra utérin), des inégalités sociales subsistent. Elle montre en effet que les femmes qui connaissent une situation financière plus difficile utilisent moins souvent un moyen contraceptif : 6,5 % des ouvrières sont sans aucune contraception, contre 1,6 % des femmes cadres. [10]

Selon le baromètre de la santé de l'INPES datant de 2016, plus de 7 femmes sur 10 sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode contraceptive médicalisée. [11]

Des dispositifs locaux, accompagnant des jeunes femmes en situation de précarité dressent un constat plus alarmant encore : le dispositif Jeunes et Femmes, mis en place dans les missions locales de l'Essonne, cible des jeunes femmes (21 ans de moyenne d'âge) qui ne sont ni en emploi, ni en formation. Depuis 2011, sur les 352 femmes, 46 % n'utilisaient aucune contraception. [8]

Les grossesses sont également plus fréquentes pour les femmes en situation de précarité, certaines sont non désirées, d'autres sont vécues comme l'occasion d'une resocialisation. En effet, la grossesse donne un statut social reconnu ; elle permet aux femmes de se raccrocher à une identité valorisée socialement de « mère ». [8]

La multitude de méthodes contraceptives proposées actuellement devrait permettre à chaque femme de disposer du contraceptif qu'elle aura élu le plus adapté pour elle. Cependant ce n'est pas encore une réalité pour toutes les femmes.

Au-delà de l'utilisation d'un contraceptif, les patientes en situation de précarité participent moins aux dépistages des cancers spécifiques des femmes.

En effet, chaque année, en moyenne 54 000 femmes sont diagnostiquées comme étant atteintes d'un cancer du sein et 2700 d'un cancer du col de l'utérus avec, là aussi, des inégalités entre les catégories socio-professionnelles. La survie moindre des femmes en situation de précarité à ces cancers s'explique notamment par un dépistage moins fréquent : en 2017, le taux de participation de la population cible du dépistage du cancer du sein était de 49,9% (50,7 en 2016). [12]

Aussi, sur la période 2015-2017, parmi les 17,8 millions de femmes âgées de 25 à 65ans résidant en France, 10,4 millions avaient réalisé un FCU au cours de la période 2015-2017, soit un taux de couverture nationale de 58,7%. [13]

1.2. LA CONTRACEPTION ET STRATÉGIES D'ACTION EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE

1.2.1. La contraception en France

En France, comme en Ile-de-France, la majorité des femmes utilise un moyen de contraception. Selon le rapport du CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), basé sur les données régionales extraites du baromètre santé de 2010, 91% des femmes de 15 à 54 ans utilisent un contraceptif : seules 8,8% des femmes n'en utilisent pas. [14]

La pilule est le moyen le plus utilisé : 78,6 % chez les femmes de 15 à 29 ans. Elle est principalement utilisée par les femmes de 15 à 24 ans.

A partir de 25 ans, d'autres méthodes prennent le relais, notamment le dispositif intra utérin.

Le préservatif masculin comme contraceptif et protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) est surtout utilisé chez les moins de 20 ans (18,2%) et chez les jeunes filles mineures (28%).

Les méthodes contraceptives plus récentes (implant, patch, anneau ou injection) restent minoritaires (5,7 %) mais leur utilisation a été multipliée par 4 depuis 2005 : ainsi, l'utilisation de l'implant et du dispositif intra utérin sont en augmentation régulière depuis 2005.

Cette tendance a été accentuée à partir de 2012 par la controverse liée aux risques accrus des pilules contraceptives de 3ème et 4ème génération. [14]

1.2.2. Les stratégies d'actions en matière de contraception

Le contrôle des naissances est un problème de santé publique qui concerne potentiellement, à un moment ou l'autre de la vie, l'ensemble de la population. Si l'on ne prend en compte que la population âgée de 15 à 45 ans, la contraception concerne en France approximativement 30 millions de femmes et d'hommes. [15]

Le contrôle des naissances s'inscrit dans un cadre socialement délimité, qui ajoute à la question du nombre d'enfants qu'une femme désire avoir, la notion du « meilleur moment » pour elle ou pour son couple de les avoir.

Le respect de cette double exigence suppose que les femmes sont aptes à « maîtriser » leur vie, sans prendre en compte les histoires de vie, les conditions matérielles et psychologiques dans lesquelles elles évoluent, les références culturelles et familiales qui sont les leurs et qui ont une influence sur leur existence. [15]

Si la couverture contraceptive des femmes françaises apparaît élevée, il subsiste cependant un nombre non négligeable de grossesses non désirées. Parmi les femmes qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, moins de 5% ne désirent pas de grossesse.

Ce constat amène à s'interroger, d'une part sur les raisons de la non-utilisation de contraception chez des femmes qui ont des rapports sexuels et ne désirent pas de grossesse, d'autre part sur les motifs des « échecs » de contraception rencontrés par les femmes qui, bien qu'utilisant une méthode contraceptive, sont confrontées à une grossesse non désirée. [15]

« *La stratégie d'actions en matière de contraception* » élaborée déjà par la Direction Générale de la Santé en 2007 fournit à cet égard un cadre pertinent qui a été prolongé dans le rapport d'octobre 2009 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, portant sur « *la prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence* » en insistant sur les leviers opérationnels par rapport à trois enjeux majeurs que constituent : la diffusion de la contraception, le choix de la contraception et son utilisation. [16]

Ainsi, pour une contraception encore plus accessible, il convient d'assurer un accès gratuit et confidentiel des jeunes à la contraception, de mieux connaître et utiliser les capacités des structures spécialisées en matière de planification familiale, et d'assurer le suivi des nouvelles mesures prises dans le cadre de la loi HPST (prescription et dispensation de contraceptifs oraux).

Pour une contraception plus efficace, développer la place des méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance (DIU, implant), semble pertinent, ainsi qu'anticiper les problèmes de gestion de contraception avec un discours professionnel explicite du prescripteur qui l'informerait exhaustivement des situations susceptibles de l'exposer à un risque de grossesse.

Pour une contraception mieux adaptée aux besoins et situations individuels, il conviendrait de mieux préparer les praticiens à leur rôle en matière de contraception, avec une révision des études médicales pour procéder à un ajustement des programmes et une revalorisation des enseignements dans cette perspective. Il s'agit également de revaloriser et développer la fonction de conseil en matière de contraception (disponibilité en temps suffisant, qui ne s'accommodent guère des conditions actuelles d'exercice).

Enfin, pour tirer un meilleur parti de la contraception d'urgence, l'essentiel sera de permettre d'anticiper l'urgence, avec un accès facile à la contraception d'urgence, ce qui pourrait se traduire concrètement par : la prescription systématique et détaillée d'une contraception d'urgence lors de la première prescription de contraception orale, par exemple.

Il s'agirait également d'accompagner les pharmaciens dans la délivrance en officine ainsi que donner aux infirmières scolaires notamment les moyens d'améliorer leur réponse (diminuer la réorientation vers l'extérieur des élèves ayant besoin d'une contraception d'urgence). [16]

1.2.3. Les modalités d'information et d'accès à la contraception

Le dispositif d'accès à l'information en matière de contraception est diversifié :

- **Les médecins et sages-femmes** : l'information sur les modalités d'accès à la contraception est disponible auprès de tout médecin, généraliste ou spécialiste. Les sages-femmes, ainsi que les pharmaciens contribuent également largement à la diffusion de ces informations.
- **Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)** : ces centres remplissent obligatoirement cinq missions : l'organisation de consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, la diffusion d'informations, l'organisation d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, réalisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci, une préparation à la vie de couple, des entretiens de conseil conjugal et familial, les entretiens préalables ou suivant une interruption volontaire de grossesse (IVG).
- **Les établissements d'information, de consultation et de conseil conjugal (EICCF)** : ils relèvent du secteur associatif et sont axés sur les questions éducatives et préventives (mouvement français pour le planning familial, école des parents et des éducateurs, etc.). En matière de contraception, ils accueillent, informent et orientent la population sur les questions relatives à la fécondité, à la contraception, à la sexualité et à la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH. Ils n'assurent pas de consultation médicale.
- **Les collèges et les lycées** : si des initiatives ont pu être menées auparavant, c'est la circulaire du 23 juillet 1973 (circulaire dite « Fontanet »), qui définissait les grands axes de l'information et de l'éducation sexuelle réalisées en milieu scolaire. En 1985 ont été ajoutés les thèmes concernant la puberté, la transmission de la vie, les maladies sexuellement transmissibles. [17]

La circulaire n° 98-237 du 19 novembre 1998 instaure 2 heures obligatoires d'éducation à la sexualité destinée en priorité aux élèves de 4ème et 3ème. Cette circulaire a permis de passer de la notion d'information à celle d'éducation à la sexualité dans toutes ses dimensions (biologique, psycho-affectif et social) Elle établissait un plan de formation au niveau national et

avait pour objectif de former des personnels ressources capables de former d'autres professionnels de terrain (formation de formateurs).

Enfin, l'article 22 de la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, inscrit dans le code de l'Éducation le fait « *qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène* ». Les modalités de généralisation de l'éducation à la sexualité à l'ensemble des niveaux de scolarité sont précisées par la circulaire du 13 février 2003.

1.2.4. Les lieux d'accès à la contraception

Les moyens contraceptifs non soumis à prescription sont en accès direct : il s'agit de préservatifs, masculins ou féminins, qui peuvent être achetés en pharmacie, en grande surface, dans des distributeurs publics. Ils sont également distribués gratuitement dans les CPEF et les centre de dépistage anonymes et gratuits (CDAG). Les spermicides sont disponibles en pharmacie.

Pour obtenir les moyens contraceptifs soumis à prescription, une consultation médicale est nécessaire. Elle est prise en charge par l'assurance maladie. Tous les publics, y compris les mineurs, peuvent consulter en cabinet de médecin en ville ou à l'hôpital, chez une sage-femme ou dans le cadre d'un centre de planification et d'éducation familiale. D'après le site de l'assurance maladie, Ameli, il est également possible, dans le strict cadre d'un renouvellement de contraceptif oral et pour une durée maximale de six mois, de s'adresser aux infirmiers.

L'obtention de la méthode contraceptive soumise à prescription, prise en charge ou non par l'assurance maladie, se fait en pharmacie.

Dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), un accueil spécifique est organisé pour les mineurs et les personnes non prises en charge par l'assurance maladie : la consultation et la délivrance de la méthode contraceptive par le CPEF sont anonymes et gratuites.

Les pharmaciens jouent un rôle important dans la délivrance de la contraception d'urgence, qui est gratuite, pour les mineurs. Elle peut aussi être délivrée par les infirmières scolaires, et dans les CPEF.

Malgré le dispositif existant, les difficultés d'accès peuvent subsister pour certaines populations qui peuvent être confrontées à des difficultés d'information et à des difficultés d'accès, notamment géographiques, aux moyens contraceptifs. Les difficultés d'accès peuvent également être liées à une précarité financière, ou à la réticence des pharmaciens pour délivrer les contraceptifs, même si ceci est illégal.

1.2.5. Les difficultés identifiées en rapport avec la contraception

Très peu de femmes (6,7%) n'utilisent aucune méthode contraceptive. Néanmoins, l'accès à une pratique contraceptive, en général, peut être freiné par des déterminants propres aux usagers eux-mêmes de nature très hétérogène (psychologiques, informationnels, liés à l'âge, socio-économiques, culturels, etc.). [15,18]

Le choix de la femme et de l'homme de recourir ou non à une pratique contraceptive est étroitement lié au désir de grossesse et au désir d'enfant.

Or le désir de grossesse et le désir d'enfant peuvent être marqués par une certaine ambivalence. Ce désir de grossesse et ce désir d'enfant influencent à la fois l'expression d'un besoin contraceptif auprès des professionnels, l'utilisation (bonne ou mauvaise) de la contraception et également le choix de la méthode contraceptive. Le désir d'enfant et l'acceptabilité de la contraception sont sans cesse réévalués l'un par rapport à l'autre : les effets secondaires d'une méthode de contraception sont d'autant moins acceptés que le désir de grossesse ou d'enfant est élevé.

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut être freiné par la réticence de certaines femmes à consulter un professionnel de santé parce qu'elles redoutent l'éventualité d'un examen gynécologique ou de questions que pourrait leur poser le professionnel de santé et qui relèvent de l'intime.

Le recours à la contraception suppose par ailleurs d'avoir reçu une éducation à la sexualité (quels que soient sa forme et son vecteur), y compris une information suffisante sur la contraception et sur ses possibilités d'accès. S'agissant des programmes d'éducation à la sexualité, on constate qu'ils ne sont pas appliqués de manière homogène sur le territoire et ne font pas l'objet d'évaluation. Aussi, en sont exclues certaines populations de jeunes comme les apprentis, ainsi que les jeunes en rupture familiale et/ou situation socio-économique précaire.

Il faut souligner que les programmes de prévention se sont longtemps focalisés sur la finalité préventive du VIH et des IST plutôt que sur la finalité contraceptive : en début de relation, certains jeunes peuvent avoir tendance à reléguer au second plan le risque de grossesse par rapport au risque d'infection au VIH. Cependant les campagnes récentes menées par l'Inpes (« questions d'ados », « onsexprime ») s'inscrivent dans une démarche globale de santé sexuelle des adolescents sans hiérarchisation des différentes questions. (Annexe 1)

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut également être freiné par des idées reçues sur sa propre fertilité, en particulier chez les femmes après 40 ans et chez les mineures. Enfin, le recours à la contraception en général peut également être freiné par des contraintes économiques. Les données récentes sur la contraception montrent une baisse du recours à la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans au cours des 10 dernières années. Cette diminution n'est pas compensée par l'utilisation d'autres méthodes et pourrait être attribuée, du moins en partie, à la dégradation concomitante de la situation économique dans cette tranche d'âge.

Au-delà de ces cas généraux, il existe des situations de grande difficulté sociale qui exposent tout particulièrement les femmes au risque d'absence totale de contraception. Ce sont les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile fixe où les femmes

n'ont pas la maîtrise suffisante sur leur quotidien pour s'engager dans un projet de contraception, les situations de dépendance affective sexuelle, matérielle ou psychologique par rapport à un partenaire rendant pratiquement impossible une démarche contraceptive, et enfin les situations de violence sexuelle y compris d'inceste. [18]

1.2.6. Les facteurs influençant les femmes dans leur choix de contraceptif

La plupart des méthodes contraceptives sont conçues pour les femmes et c'est bien à elles que s'adressent la majorité des programmes de planification familiale.

Cet effort très ciblé semble cependant ignorer un fait essentiel : les femmes sont souvent influencées par leur entourage quand elles décident d'utiliser un contraceptif. Certaines d'entre elles discutent avec leur mari ou leur partenaire de l'espacement des naissances et du nombre d'enfants souhaités et participent effectivement à la prise des décisions. D'autres encore seront influencées par les rumeurs ou la désinformation médiatique. [18 ; 19]

Aussi, l'approche religieuse a une place importante. En effet, les différentes Églises chrétiennes se sont positionnées contre la contraception pendant presque 2000 ans. AU XXème siècle, les attitudes ont progressivement évolué dans certaines branches du Christianisme. Par exemple, l'éthique protestante accorde une grande importance à la conscience individuelle : un couple est responsable de sa fécondité et peut donc utiliser des contraceptifs.

L'Église catholique considère toute forme de contraception artificielle dans le mariage comme immorale, mais elle permet l'espacement des naissances par des méthodes dites « naturelles » (par exemple : Billings, Ogino, etc.)

Les Églises chrétiennes n'acceptent pas l'usage de la contraception dans le but de ne pas avoir d'enfants.

L'Éthique musulmane interdit le sexe hors du mariage, mais la plupart des autorités religieuses, à l'exception des plus conservatrices, acceptent l'usage de contraceptifs pour les couples mariés. Ils ne peuvent cependant pas demeurer sans enfants grâce à la contraception.

Les courants du Judaïsme, eux, ont une appréciation différente de la contraception bien que le Talmud autorise explicitement l'usage de contraceptifs dans certaines circonstances. Les méthodes barrières sont déconsidérées au profit de la pilule.

Si les religions peuvent exercer une influence sur les positions de chacune quant à la contraception, d'autres facteurs culturels jouent également.

Les décisions des autorités du pays dans lequel on vit ou duquel on vient peuvent déterminer en partie l'opinion des individus sur les moyens de contraception.

Par exemple, les pilules utilisées sous le régime soviétique avaient mauvaise réputation à cause de leurs effets secondaires importants. Pour cette raison, les femmes de ces pays envisageaient d'autres méthodes en priorité puisqu'elles manquaient d'informations objectives.

[20]

Certaines cultures, comme la culture musulmane, accordent une place spécifique aux menstruations. Ainsi, les femmes qui en sont issues pourraient vouloir éviter les contraceptifs qui suppriment les règles si ces dernières sont vues comme purificatrices pour le corps. D'autres pourraient préférer les méthodes qui génèrent le moins de saignements irréguliers pour qu'ils ne surviennent pas lors d'une relation sexuelle. Enfin, le rapport au corps est aussi déterminé partiellement par la culture : des moyens comme l'anneau vaginal ou le diaphragme, qui nécessitent une bonne connaissance de son anatomie, peuvent pour cette raison ne pas convenir à toutes les femmes. [21]

1.3. DIAGNOSTIC DE SANTÉ A METZ

1.3.1. Le contrat local de santé à Metz

La charte d'Ottawa, acte fondateur de la promotion de la santé, reprend 5 principes stratégiques : élaborer des politiques publiques, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé.

La ville de Metz adhère au Réseau français des villes-santé OMS, son contrat local de santé est basé sur des principes et des valeurs des Villes santé OMS pour une meilleure prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques menées par la Ville afin d'agir sur les déterminants de santé.

Au carrefour des préoccupations sociales et environnementales, la santé publique œuvre au bien-être de tous.

A Metz, dans le cadre du diagnostic local de santé pour l'élaboration du CLS, les acteurs locaux, lors des focus groupes, ont priorisé la santé génésique, sexuelle, affective et les violences faites aux femmes comme les enjeux prioritaires du territoire messin.

Les constats recueillis auprès des acteurs du territoire et des femmes font état d'un manque de connaissances et de difficultés d'accès aux soins en matière de santé génésique (reproductive et sexuelle). La précarité éducative concernant la santé génésique est perçue comme un facteur aggravant fortement la santé des femmes. [22]

La ville de Metz compte 117 890 habitants selon les données du recensement de 2016 de l'INSEE. Les quartiers Politiques de la Ville de Metz sont au nombre de six dont un est commun avec la commune de Woippy. Ils comptent 27402 habitants.

Selon le diagnostic établi par l'observatoire régional de la santé fait en préambule du Contrat Local de Santé, le nombre d'allocataires est en constante progression, en particulier les bénéficiaires du RSA. Quatre allocataires sur dix sont sous le seuil de pauvreté. Une famille messine sur cinq est en situation de monoparentalité soit 5783 familles et 85,3% ont une femme à leur tête. A Metz, le taux de pauvreté concerne 37,1 % des personnes vivant en famille monoparentales.

Sur les 4076 familles en situation de monoparentalité connues de la Caf, seules 300 (soit 7%) sont composées d'un père seul. Les hommes seuls avec enfant sont donc deux fois moins représentés que dans l'ensemble de la population Insee.

Si la proportion d'hommes dans cette situation reste donc très minoritaire, leur nombre a toutefois augmenté de près de 5% par an en moyenne sur la période.

A Metz, le cancer du sein est la 1^{ère} cause d'inscription en affection longue durée (ALD) et du nombre de séjour hospitalier. Sur le dépistage organisé des cancers, les taux de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein sur l'agglomération messine sont inférieurs aux niveaux de la Lorraine et de la France métropolitaine.

Une surmortalité des femmes de plus de 65 ans est à noter.

Le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est supérieur aux niveaux de la Lorraine et de la France métropolitaine, avec pour Metz 19 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans.

Les constats sur la santé sexuelle et reproductive sont des déclarations de grossesse tardive voir l'absence de déclaration et de suivi pour les femmes en situation de précarité et l'aggravation de la fragilité de femmes lors de la grossesse qui peut être le déclencheur de violences conjugales. Les besoins identifiés en matière de santé sexuelle et reproductive sont une position d'alerte pour les femmes en situation de grossesse et de précarité et le développement d'actions d'éducation à la santé sexuelle des jeunes filles issues de familles immigrées. Globalement, les grandes campagnes de santé publique ne sont pas adaptées aux personnes en situation de précarité. Dans certains quartiers de Metz il est difficile d'avoir accès aux femmes. [22]

Aussi, le taux de pauvreté à Metz est supérieur de plus de 20 points dans les quartiers politiques de la ville. Ces 6 quartiers prioritaires représentent 27402 habitants.

1.3.2. Fiche action 211 du CLS « Paroles de Femmes »

Un des 6 axes stratégiques correspondant aux priorités du diagnostic local de santé est le suivant : agir pour la santé des femmes.

Ainsi, l'objectif est de développer les conditions propices à l'adoption des comportements favorables en matière de santé génésique, de sexualité et de vie affective.

Pour ce faire, une action phare a été mise en place en 2018. Elle est nommée « Paroles de femmes », élaborée par l'école de sage-femme du Centre Hospitalier de Metz-Thionville. (2)

Celle-ci cible toutes les femmes messines volontaires, par groupe de 12 ou 15 par centre social. Les enjeux sont d'améliorer les connaissances des femmes sur la santé génésique, la contraception, le consentement et la sexualité, améliorer l'accès aux soins, au dépistage et à la prévention et accompagner les mères dans l'éducation des enfants en matière d'anatomie et de physiologie.

Les séances se déroulent selon un cycle, composé de 4 séances de 2 heures d'information-prévention pour un groupe de femmes volontaires est proposé au sein des centres sociaux sous la forme d'un « café klatsch ».

Le contenu des séances a été co-construit avec les femmes, la référente famille du centre social et l'Ecole de Sage-Femme du CHR de Metz-Thionville.

Ces séances sont animées par des étudiantes sages-femmes et leur formatrice. Les séances se terminent par des temps d'échange individuels relatifs aux questions de sexualité et de santé génésique. [22]

1.3.3. Les quartiers politiques et centres sociaux de la ville de Metz

Définis en 2014 à partir du critère unique de concentration urbaine de bas revenus, les quartiers prioritaires de la politique de la ville rassemblent, par construction, les résidents les plus pauvres des territoires urbains. Ces habitants sont également affectés par des parcours d'insertion plus erratiques (accès au premier emploi plus long, période d'emploi plus courte...), un taux de chômage deux fois et demi plus élevé, des conditions d'emploi plus précaires (plus d'embauches en contrat à durée déterminée ou en missions d'intérim), des créateurs d'entreprises proportionnellement moins nombreux. Ces trajectoires professionnelles sont impactées par les parcours scolaires plus courts des jeunes des QPV (davantage de décrochage scolaire et d'orientation en filières professionnelles) et par leurs caractéristiques sociales (notamment activité et emploi des parents). Il existe également un effet négatif propre de la résidence en quartiers prioritaires.

Ces difficultés sont aggravées pour les jeunes peu ou pas diplômés d'une part et pour les femmes, d'autre part.

Plusieurs facteurs évoqués pour expliquer la persistance des problèmes dans ces quartiers, dont, par ailleurs, une partie de la population déménage lorsque sa situation s'améliore : isolement social, stigmatisation des quartiers, distance physique aux emplois, inadéquation entre compétences offertes et demandées, discrimination en raison de l'origine et du lieu de résidence, déficit de réseaux sociaux.

Les politiques publiques mises en œuvre au titre de la politique de la ville visent donc à rééquilibrer ces chances, tout d'abord en ciblant les politiques de droit commun pour rattraper la situation « normale » d'accès aux dispositifs : avec la mise en place d'une convention interministérielle d'objectif avec le Ministère du Travail, faisant l'objet d'un suivi régulier, les habitants des quartiers prioritaires intègrent désormais les dispositifs des politiques de l'emploi en partie ciblées en fonction de leur part dans la population concernée. [21]

Les quartiers prioritaires de Metz Métropole sont marqués par d'importantes difficultés socio-économiques et apparaissent souvent comme exclus de la dynamique territoriale de l'agglomération.

Ils ne dérogent pas aux caractéristiques des quartiers prioritaires au niveau national, présentées par l'Observatoire National de la Politique de la Ville (ONPV).

On identifie dans les quartiers prioritaires :

- De faibles revenus et une faible attractivité économique locale,
- Un faible taux d'activité de la population active de 15 à 59 ans, notamment pour les femmes,
- Un niveau de chômage nettement plus élevé que dans le reste de l'agglomération,

- Un enclavement de certains quartiers, notamment les quartiers Hauts de Vallières et Bellecroix,
- Un nombre élevé de familles monoparentales (jusqu'à 24,2% sur Bellecroix),
- Un niveau moyen de qualification professionnelle assez nettement inférieur à la moyenne,
- Une couverture par les minimas sociaux largement supérieure à la moyenne nationale,
- Une réussite scolaire des élèves plus faible.

Cinq quartiers de la ville de Metz regroupent ces critères : Borny, Bellecroix, Patrotte Metz Nord, Sablon Sud et Hauts de Vallière. [22]

La ville de Metz compte 7 Centres Sociaux ou centres socioculturels qui ont pour vocation d'être au cœur des quartiers ou des communes pour proposer des animations et un lieu de vie, d'échange et de rencontres qui donnent aux habitants la possibilité de participer à la vie du quartier ou de la commune. Les missions caractéristiques des Centres Sociaux sont d'être un équipement de proximité à vocation sociale et ouvert à tous : il participe à l'animation du développement social de son territoire et au processus d'intégration de tous les habitants. Ils sont également un équipement à vocation pluri-générationnelle en développant une approche considérant l'ensemble des couches sociales et des tranches d'âge sur son territoire.

Le centre social est animateur de la vie sociale avec la participation des habitants et des associations. Il construit également un projet participatif, partagé, solidaire et citoyen, grâce notamment au référent famille, qui met en œuvre des actions permettant de renforcer les liens sociaux, familiaux et parentaux et de travailler à la cohésion sociale et l'insertion des familles dans leur environnement. [23 ; 24]

1.4. SAGE-FEMME ET PROMOTION DE LA SANTÉ

1.4.1. Promotion de la santé

Par ses compétences spécifiques et adaptées, la sage-femme a un grand rôle à jouer dans le domaine de la promotion de la santé.

En effet, elle se place au cœur de la santé des femmes et fait partie des professionnels médicaux qui participent à l'offre de soins de premier recours.

Dès les études de sage-femme, le programme donne une large part à l'apprentissage de la prévention, de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. [23 ; 25]

Aussi, la stratégie nationale de santé favorise la prévention en instaurant le service sanitaire pour les étudiants en santé. Il s'agit de conduire des missions de prévention, notamment à propos de la sexualité et de la contraception. [26 - 28]

1.4.2. La santé gésésique

Concernant le suivi de la santé gésésique, les sages-femmes ont les compétences requises pour sa pratique.

Elles occupent dans le système de santé une place tout à fait particulière en tant que profession médicale et majoritairement féminine.

Le relationnel et l'humain, sont deux qualités sur lesquelles les sages-femmes revendiquent leur spécificité et qui font d'elles les interlocutrices de choix des patientes.

Sur le plan médical, depuis 2009 et la loi HPST, elles peuvent pratiquer le suivi gynécologique de prévention : frottis de dépistage, examen des seins, diagnostic des IST, pose de dispositif intra-utérin, implants contraceptifs et prescription de contraception orale. Plus récemment, en 2016 elles ont également acquis une nouvelle aptitude : la pratique de l'IVG médicamenteuse et le droit de prescrire et pratiquer les vaccinations à l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale. [29]

2. METHODOLOGIE

2.1. PROBLEMATIQUE

La problématique de mon étude a été la suivante : Quel est l'impact de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception des femmes habitant les QPV de Metz en 2020 ?

2.2. OBJECTIFS

L'objectif principal a été de décrire les connaissances et les choix des contraceptifs des femmes habitant les QPV en situation de précarité à Metz en 2020

Les objectifs secondaires ont été :

- Évaluer les connaissances, clichés et représentations qu'ont les femmes sur l'anatomie et la physiologie
- Évaluer les connaissances, clichés et représentations qu'ont les femmes sur les méthodes de contraception
- Décrire l'utilisation de la contraception des femmes
- Évaluer la place des femmes dans le choix de leur contraceptif
- Décrire la transmission des savoir mère-enfant en matière de contraception

2.3. HYPOTHESES

Les hypothèses relatives à mon étude ont été les suivantes :

- H1 : les femmes en situation de précarité connaissent l'anatomie et la physiologie de leur corps

- H2 : les femmes en situation de précarité connaissent les moyens contraceptifs
- H3 : les femmes en situation de précarité utilisent les moyens contraceptifs
- H4 : les femmes en situation de précarité décident elles-mêmes de leur moyen de contraception
- H5 : les sages-femmes ont une place dans la prise en charge des femmes en situation de précarité

2.4. BÉNÉFICES ATTENDUS

- Comprendre les représentations et clichés en matière de contraception
- Sensibiliser les sages-femmes sur les problématiques de la précarité en matière de contraception
- Améliorer la prise en charge des femmes en situation de précarité en matière de contraception

2.5. TYPE D'ETUDE

Étude observationnelle, descriptive monocentrique via une méthode qualitative grâce à des entretiens individuels selon diverses thématiques en lien avec la contraception des femmes habitant les QPV de Metz en 2019/2020.

2.6. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

2.6.1. Critères d'inclusion

Femmes volontaires en situation de précarité en âge de procréer, vivant sur le territoire messin et fréquentant les centres sociaux de Metz

2.6.2. Critères de non-inclusion

Femmes ne désirant pas participer, barrière linguistique

2.6.3. Critères d'exclusion

Femmes ne souhaitant plus participer après accord

2.6.4. Modalité de recrutement / nombre de sujet nécessaire

Quinze femmes (nombre en lien avec le critère estimé de saturation des données)

2.6.5. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche

Recherche non interventionnelle.

2.7. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

- Approche qualitative : anatomie, contraception
- Les femmes interrogées ont des connaissances
- Freins et levier identifiés en matière de contraception

2.8. RECUEIL DE DONNEES

Le recueil des données s'est fait par focus groupe puis entretien semi-directifs par thème.

Les données seront recueillies anonymement, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la retranscription et codage des entretiens.

Guide d'entretien en pièces jointe. (3)

L'enregistrement se fera avec l'accord de la femme.

2.9. GESTION DES DONNEES

Les données seront codées et classées par thèmes

2.10. LIEUX DE L'ETUDE

Le lieu d'étude est le centre social messin « l'Agora » situé à l'adresse suivante : 4 rue Théodore de Gargan, 57050 METZ

2.11. PERIODE DE L'ETUDE

La période de l'étude était : Février et Mars 2020

2.12. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Biais de déclaration

Biais de sélection

Biais en lien avec les études qualitatives : non représentatif de la population générale

3. RESULTATS

3.1. LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

3.1.1. Le projet d'entretiens au sein du centre social Agora à Metz Nord

Préambule :

Tout d'abord, ce projet n'aurait jamais pu avoir lieu sans l'aide de mon experte de mémoire, Madame Julie Parachini, chargée de mission pour la Politique de la Ville, à la mairie de Metz.

C'est elle qui m'a orientée vers le centre social Agora et qui m'a mise en contact avec Alice Blum, référente famille au sein du centre.

Lorsque j'ai ensuite proposé à Alice de mener mes entretiens au sein du centre social Agora, celle-ci a accepté avec enthousiasme, principalement pour sensibiliser les femmes à leur santé gynésique, cela était, selon elle, un moyen d'établir une nouvelle approche du suivi gynécologique avec elles. Il s'agissait également de les mettre en lien de confiance avec les personnels de santé chargés de prendre soin d'elle (ici, plus particulièrement la sage-femme). Mes demandes d'entretien ont été plutôt bien accueillies par les femmes fréquentant l'Agora.

Cependant, il a été nécessaire de créer un lien de confiance avec ces femmes par le biais d'ateliers, autour d'un café, ou d'une machine à coudre, lors de rendez-vous hebdomadaires. Toutes ont été d'une extrême bienveillance envers moi, et l'on a ainsi pu, en fonction de leur emploi du temps, programmer des entretiens.

Il s'agissait au départ, comme le dit Alice Blum, sûrement de rendez-vous acceptés par sympathie et dans le souci de m'aider pour mon travail, mais il est cependant à noter que la plupart des femmes ont profité de ces moments pour me poser quelques questions personnelles, en rapport avec leur contraception ou tout autre souci intime.

J'ai rencontré lors de mes entretiens onze femmes ayant de 26 à 43 ans. J'ai mené 11 entretiens. Sept dans les locaux de l'Agora, puis quatre par téléphone pour cause d'épidémie du coronavirus sur la période de février à mars 2020

Avant de mener mes entretiens, j'ai été amenée à participer à plusieurs activités au sein du centre social afin de créer du lien avec les femmes avant d'aborder avec elle le sujet de la contraception. J'ai notamment participé à un café clatsch et à plusieurs ateliers couture.

Si j'ai pu mener mes entretiens à la suite des activités partagées avec les femmes c'est parce qu'un lien de confiance a été créé entre elles et moi.

Le dialogue a d'ailleurs déjà commencé lors des différents ateliers, que l'on pourrait ainsi assimiler à des pré-focus groupes, permettant à chacune de trouver sa place.

En effet, plusieurs femmes ont abordé sans tabou leurs grossesses, la contraception, etc, lors des ateliers, ma formation de sage-femme ayant été souvent l'occasion d'amener le sujet.

Les femmes ont été très bavardes et enjouées par ces thématiques, j'ai ainsi pu atteindre le seuil de saturation sémantique aux alentours du 8^{ème} entretien.

Une fois les femmes interrogées, je me suis entretenue avec Alice Blum, référente famille au sein du centre social Agora, afin de recueillir également son point de vue au sujet de la contraception des femmes qu'elle côtoie régulièrement.

3.1.2. Les participantes

Tableau I : Caractères socio-économiques des volontaires aux entretiens semi-directifs – contraception - précarité - Agora METZ 2020 (n= 11)

Initiales des femmes	Age	Profession	Nombre d'enfants	Origines	Statut matrimonial
F	31 ans	Sans profession	2	Afghane	Mariée
H	36 ans	Sans profession (professeur en Albanie)	2	Albanaise	Mariée
A	34 ans	Sans profession	2	Albanaise	Mariée
H	32 ans	Sans profession	2	Turque	Divorcée
C	26 ans	Agent d'encadrement	1	Française	Séparée
S	37 ans	Conseillère Thermomix	3	Marocaine	En concubinage
A	38 ans	Sans profession	3	Algérienne	Mariée
B	44 ans	Sans profession	3	Marocaine	Mariée
I	40 ans	Sans profession	1	Albanaise	Divorcée
S	43 ans	Agent d'encadrement	2	Algérienne	Célibataire
C	30 ans	Sans profession	1	Française	En couple

3.2. LES DONNÉES RECEUILLIES

3.2.1. L'utilisation de la contraception

Les méthodes de contraception utilisées à l'instant T par ce panel de femmes étaient les suivantes : 3 utilisaient la pilule, 3 le stérilet au cuivre, 3 n'utilisaient rien, 2 autres n'utilisaient pas de moyen de contraception mais la méthode du retrait : *« je n'ai jamais utilisé de contraception, mais mon mari fait très attention »*

Il est à noter que sur les onze femmes, une seule n'avait jamais utilisé de contraception au cours de sa vie.

3.2.2. La connaissance du corps

Toutes les femmes rencontrées avaient connu une ou plusieurs grossesses. Il s'agissait d'un moyen pour elles, souvent, d'avoir un certain niveau de connaissance de leur corps.

Pour autant, au niveau anatomique, les termes utilisés par les femmes pour désigner des parties de leurs corps étaient rarement exacts. Elles désignaient le vagin et l'utérus en disant *« en bas »* ou *« dedans »*. Il était difficile de savoir s'il s'agissait d'un manque de connaissance ou de lacunes de vocabulaires dues aux différentes origines.

D'autre part, il était évident qu'à propos de la physiologie, il subsistait beaucoup de manques de connaissances, comme nous le verrons par la suite (les croyances à propos des règles, notamment).

3.2.3. La fréquence et le motif des consultations chez le gynécologue/ sage-femme

D'abord, toutes les femmes avaient connaissance de l'importance d'une consultation régulière chez son gynécologue mais la plupart ont avoué consulter uniquement sur signes d'appel.

« Je ne consulte pas régulièrement de gynécologue, je sais que c'est important d'y aller tous les ans mais moi je n'y vais pas car je n'ai pas de problème. J'irai quand je serai plus vieille. » *« Je ne vais pas chez la sage-femme tous les ans, juste quand j'ai un problème. »*

L'une des femmes interrogées avait un suivi régulier et pour elle, c'était un sujet de mésentente avec ses amies : *« moi je suis suivie régulièrement, mais mes copines ne comprennent pas trop pourquoi j'y vais si souvent alors que je vais bien. »*

Certaines consultaient par crainte d'avoir le même problème que leurs copines *« j'aime bien que la sage-femme regarde, car ma copine, son stérilet a bougé. »*

Aussi, deux femmes ont également fait part d'un motif pour lequel elles souhaitaient utiliser la contraception : *« le temps de régulariser les papiers »*.

3.2.4. Les professionnels prescripteurs de contraception

Concernant les professionnels de santé, sur les onze femmes interrogées, 7 avaient connaissance que la sage-femme pouvait prescrire la contraception.

Le gynécologue est revenu dans 10 entretiens, le médecin traitant dans 9 entretiens, 2 femmes ont répondu les pharmaciens.

3.2.5. L'importance du fait de consulter un soignant de sexe féminin

Six femmes ont notifié l'importance de consulter un soignant de sexe féminin : *« Le médecin c'est un homme, ce n'est pas pareil, je ne lui dis pas directement, avec la sage-femme je lui dis directement. Avec le médecin je parle du rhume, mal à la tête, tout ça, pas d'en bas. »*

3.2.6. Méthodes connues et utilisées

Les méthodes de contraception connues par les femmes étaient les suivantes : la pilule, le stérilet, et l'implant. Ces trois méthodes ont été citées pour chacune d'elles.

Deux femmes ont parlé du patch, une de l'anneau, une autre du diaphragme, et une également des spermicides.

La méthode du retrait, bien qu'elle ne soit pas étiquetée comme méthode de contraception, revenait très régulièrement lors des entretiens : l'une des femmes n'avait utilisé que ça et refusait toute contraception en raison de ses appréhensions en matière d'impact sur la santé.

Plusieurs femmes ont également parlé d'une méthode de calculs : *« il paraît qu'on peut tomber enceinte que 15 jours après les règles, mais moi, je saigne souvent, du coup je ne sais pas ou sont les jours ou je peux tomber enceinte »* ou encore *« Moi je crois que je peux tomber enceinte qu'une seule semaine dans le mois, le reste c'est bon »*.

3.2.7. Observance de la contraception

D'abord, la plupart des femmes interrogées utilisaient la pilule. Toutes la prenaient bien chaque jour et à heures fixes. Seule une femme a rapporté la prendre, uniquement quelques jours, lorsqu'elle n'était pas encore en France et que son mari revenait au pays, pour ne pas avoir ses règles à ce moment-là. C'était une pilule qu'elle empruntait à sa sœur, qui, elle, avait une prescription personnelle.

Pour certaines, lors d'un oubli de pilule, elles ne faisaient rien de particulier : *« J'ai déjà oublié un comprimé de ma plaquette, je n'ai rien fait de plus »*, *« si la femme prend la pilule pendant 2 ans par exemple, et qu'elle l'oublie une fois, ce n'est pas grave, elle est protégée »*, *« ça m'est déjà arrivé mais je ne sais pas ce qu'il fallait faire, du coup, je n'ai rien fait »*

Pour quatre femmes, lors d'un oubli de pilule, il était nécessaire de prendre deux comprimés de leur plaquette le lendemain.

Seulement trois femmes avaient connaissance de l'existence et de l'utilité de la pilule du lendemain.

3.2.8. L'information éclairée

Les femmes interrogées, à l'exception d'une d'entre elles, ont l'impression de ne pas avoir eu le choix de leur contraception.

L'une des femmes lors de l'entretien, a demandé quel pouvait être le « stérilet » qu'elle portait : *« je n'ai pas mes règles régulièrement, je ne sais pas pourquoi, je sais pas quel stérilet j'ai, ça peut-être à cause du stérilet ? »*

Souvent l'entretien a été utilisé pour elles comme un biais pour poser des questions sur leur propre contraception, ou pour évoquer d'autres problèmes intimes.

« On ne m'a jamais expliqué comment fonctionnait la pilule mais moi je ne cherchais pas à comprendre non plus, on ne m'a pas présenté les avantages et les inconvénients, d'ailleurs je ne savais pas que je pouvais prendre du poids, elle m'a pas dit ».

« Le gynécologue ne m'a pas tout expliqué, j'ai appris par mes copines qu'il existait aussi l'implant et le stérilet ».

« Quand on m'a expliqué toutes les contraceptions, je n'ai pas tout compris, juste que si je le prends je n'aurai pas d'enfants ».

3.2.9. L'envie d'avoir accès à l'information

Beaucoup de femmes ont parlé de leur expérience avec les interventions des étudiantes sages-femmes au sein du centre social. Toutes m'ont dit avoir été ravies de l'intervention.

Seules deux personnes avaient l'impression d'avoir assez de connaissances sur la contraception et ne souhaitaient pas en savoir davantage. Les autres femmes auraient aimé en savoir davantage.

Une femme en revanche avait répondu : *« Je ne pense pas avoir assez d'informations mais je ne veux pas plus d'infos, car j'ai peur d'en parler ».*

3.2.10. Les facteurs influençant le choix de la contraception

Tout d'abord, cinq personnes sur onze ont dit qu'elles ne cherchaient pas d'informations sur internet. En revanche, l'avis ou l'expérience de leurs amies/ sœurs/mères était très important : *« avec ma copine, on a posé notre stérilet en même temps, c'est important, et quand y'a quelqu'un qui est bien, une sage-femme par exemple, on en parle entre nous »*

Beaucoup d'ailleurs ont parlé de l'expérience de leurs amies, connaissances, famille : *« ma mère a eu un stérilet, elle saignait trop alors ils lui ont mis un stérilet en plastique après »*

La totalité des femmes ont dit que leur conjoint ne pouvait pas décider à leur place de leur contraception : *« mon conjoint, de toute façon il s'en fout complètement de la contraception »*

En ce qui concerne le prix, cinq femmes n'étaient pas influencées par le prix de la contraception. *« C'est trop important, je le prends quand même »*, les autres femmes ont dit qu'en cas de prix trop important elles n'arrêteraient pas la contraception mais se tourneraient plutôt vers une méthode remboursée.

3.2.11. Les croyances en matière de contraception :

Pour neuf femmes sur onze la contraception était potentiellement dangereuse pour la santé :

« Je pense que la pilule ce n'est pas bien pour la tête, et ça fait grossir, c'est pas bon pour la santé, par contre ça me fait bien dormir. », *« Une contraception peut empêcher d'avoir des enfants, peut-être mais d'un autre côté ça peut te faire du mal, comme tous les médicaments »*.

Elle pouvait également, selon les femmes, rendre stérile à long terme :

« Ma cousine a utilisé un stérilet et maintenant elle n'arrive plus à avoir d'enfants, c'est peut-être à cause de ça »

Pour certaines, lorsqu'on avançait dans l'âge, on devait se tourner davantage vers une méthode comme le stérilet : *« si on est jeune plutôt la pilule, et le stérilet après car avec les enfants on se souvient plus de prendre le comprimé »*.

Souvent, le stérilet et l'implant étaient des contraceptions plus anxiogènes pour les femmes :

« L'implant me fait peur car la sœur de ma copine, elle a perdu son implant dans la peau »

3.2.12. L'impact de la grossesse sur la contraception future

L'entretien a été l'occasion de constater que le vécu de la grossesse a un impact sur le futur suivi gynécologique. En effet, l'une des femmes en particulier a évoqué un vécu particulier de sa grossesse. *« Je suis trop pudique, durant ma grossesse j'ai eu l'impression qu'on me tripotait tout le temps. A chaque fois que j'ai eu des échographies à faire, le gynéco faisait rentrer tous les étudiants, il ne voulait pas les faire sortir. »* *« Je n'ose plus voir un gynécologue »*.

De plus, pour la plupart, la visite de sortie de la maternité a été le premier accès à la contraception.

3.2.13. L'importance d'avoir ses règles

Chacune des femmes a notifié l'importance pour elle d'avoir ses règles régulièrement.

« Parce que ça nettoie le corps », *« je pense que quand je n'ai pas mes règles, ça a des conséquences sur mon corps et mon cerveau »*, *« les règles ca enlève les déchets du corps »*, *« la femme elle change son sang qui circule dans le corps quand elle a ses règles, c'est*

important qu'elle saigne, d'ailleurs même les hommes, vu qu'ils n'ont pas leurs règles c'est bien qu'ils changent leur sang, en saignant du nez ou en donnant son sang par exemple »

Une femme a dit : « moi je veux avoir mes règles, j'aime bien qu'elles viennent car après si je n'ai pas mes règles mon ventre il va grossir. », ou encore : « je veux avoir mes règles, c'est rassurant de savoir que mon corps il fonctionne bien »

3.2.14. Le sujet de la religion

Le sujet de l'IVG a été évoqué avec certaines femmes mais il faisait partie des sujets compliqués.

« C'est les dieux qui commandent si j'ai un enfant, si je tombe enceinte je garde la grossesse »

L'une des femmes a abordé le stérilet au cuivre, lorsqu'on a abordé le sujet de l'interruption de grossesse : « d'ailleurs, y'a un stérilet qui fait féconder l'ovule et la femme elle tombe enceinte et le stérilet il tue les bébés, ça c'est vraiment pas bon dans la religion. »

« Même la pilule normalement ce n'est pas bien dans la religion, mais pour la santé de la maman, ce n'est pas bien qu'elle ait 10 enfants, c'est pour ça qu'on prend la pilule. »

« Dans le Coran, si une femme est enceinte et que le bébé la met en danger, elle peut avorter, mais s'il est handicapé, elle ne peut pas avorter. Pourquoi le faire alors que Dieu va peut-être le faire mourir après la naissance ? Pourquoi faire l'acte soi-même ? »

3.2.15. La notion de transmission mère-enfant

Les femmes rencontrées avaient toutes des enfants mais ceux-ci étaient plutôt en bas âge. Pour l'instant, la question de la transmission mère-enfant en matière d'éducation sexuelle ne se posait que très peu dans la vie de ces femmes. Cela dit, et pour beaucoup, elles avaient expliqué avoir des échanges sans tabou avec leurs sœurs/mères, et semblaient vouloir continuer en ce sens avec leurs enfants.

3.3. LE POINT DE VUE D'ALICE BLUM SUR LA SANTE GENESIQUE DES FEMMES ET LEUR APPROCHE DE LA CONTRACEPTION

Lorsque je me suis entretenue avec Alice, j'ai retrouvé beaucoup de similarités entre ce qu'elle avait pu observer et les données recueillies auprès des femmes lors de mes entretiens.

Concernant le suivi gynécologique des femmes interrogées, il était évident pour Alice que chacune des femmes avait connaissance de l'importance de consultations régulières.

Pourtant, et il s'agissait d'une particularité des femmes habitantes de QPV, qui englobait également la santé générale, elles n'avaient pas un suivi régulier et consultaient davantage sur signes d'appel, souvent par manque de temps et parce qu'elles se préoccupaient davantage de

leur famille que d'elle. Mais aussi, et notamment en matière de dépistage, il n'était pas évident pour elle de faire des démarches pour une maladie qui était invisible et dont elles n'avaient pas de symptômes au moment de la consultation.

Les femmes étaient d'avantages attelées aux exigeantes tâches du quotidien, comme l'entretien de la maison, l'éducation des enfants, les repas, la vie de famille : *« pour la plupart mères au foyer, elles sont d'avantages préoccupées par la santé de leurs enfants, que par la leur »*.

En ce qui concerne la contraception, leur approche était différente en fonction des origines. Ce qui était le plus important pour Alice, c'est qu'elles puissent avoir accès à l'information et qu'elles restent *« maître décisionnaire de leur corps »*.

Selon elle, les femmes apportaient beaucoup d'importance à l'avis de leurs amies et n'ont finalement pas de réel tabou entre femmes : *« lors de paroles de femmes, par exemple, elles ont toutes parlé de leur situation personnelle sans se connaître vraiment. »*

Parfois, les femmes se tournaient vers elle lorsqu'elles s'interrogeaient sur la contraception ou la physiologie : *« je suis parfois amenée à les rediriger vers les professionnels de santé »*.

4. DISCUSSION

4.1. LES BIAIS DE L'ETUDE

L'étude menée comporte plusieurs biais. Tout d'abord, les femmes avaient pour la plupart toutes participé, il y a quelques mois aux interventions de promotion de la santé génésique par les étudiantes sages-femmes ce qui leur a permis d'acquérir d'avantage connaissances en matière de contraception. Il aurait été pertinent de mener mon étude auparavant.

Pour autant, j'ai pu ainsi constater l'impact positif des interventions menées auprès des femmes, qui approfondissent les notions méconnues en matière de santé génésique.

Aussi, j'ai été contrainte à mener quelques entretiens par téléphone. Bien que toutes les femmes aient répondu favorablement à ma demande, cette discussion à distance était moins propice à la création du lien et aux confidences.

4.2. LES DIFFICULTES DE L'ETUDE

Premièrement, la contraception est un sujet assez délicat à aborder, souvent dans la population générale, et d'avantage auprès du public QPV. C'est pourquoi j'ai dû prendre quelques semaines afin de sympathiser avec les femmes avant de pouvoir mener mes entretiens.

Aussi, lors de mon étude, j'ai été confrontée à plusieurs difficultés : tout d'abord, il nous a été impossible de mobiliser toutes les femmes en même temps pour mener un focus group comme

il était prévu au départ. En effet, chaque femme a des contraintes différentes en fonction de sa vie de famille et malgré l'aide précieuse d'Alice Blum qui a planifié chaque entretien, cela n'a pas été faisable.

D'autre part, seulement 11 femmes ont pu être interrogées contre 15 prévues initialement à cause du Covid 19.

4.3. ANALYSE DES RÉSULTATS

4.3.1. Connaissance de l'anatomie et de la physiologie du corps

Les femmes rencontrées lors de l'étude avaient toutes des connaissances avérées concernant l'anatomie de leur corps, notamment grâce au fait qu'elles avaient chacune des enfants et, du fait de leur grossesse avaient déjà rencontré un certain nombre de professionnels de santé.

En revanche, concernant la physiologie, il semble évident qu'il subsiste beaucoup de lacunes pour la plupart d'entre elles. J'ai pu notamment me rendre compte en abordant le sujet des règles, pour la plupart d'entre elles, il est « *bon pour le corps* » de saigner, sans quoi les règles « *restent dans le ventre et font grossir* ».

Aussi, le mécanisme de l'ovulation est très peu connu, et la provenance des règles d'autant plus : le sang des règles n'est pas assimilé à la desquamation de l'endomètre mais, comme a dit l'une des femmes, à du sang similaire à celui qui coule lorsqu'on saigne du nez.

L'utilisation de la méthode du retrait pour plusieurs femmes est aussi un élément qui nous amène à penser que la physiologie du corps est méconnue. Pour les femmes qui utilisent cette méthode il s'agit d'une méthode de contraception à part entière, elles n'imaginent pas que les spermatozoïdes sont aussi présents dans le liquide pré séminal, ce qui les expose à un risque de grossesse.

L'hypothèse H1 « les femmes en situation de précarité connaissent l'anatomie de leur corps » peut donc être validée.

En revanche la deuxième partie de l'hypothèse H1 « les femmes en situation de précarité connaissent la physiologie de leur corps » est infirmée.

4.3.2. Connaissance des moyens de contraception

La grande majorité des femmes interrogées connaissaient quelques moyens de contraceptions. Les moyens qui ont été le plus cités sont les suivants : pilule, « stérilet » et implant. Il était fréquent que les femmes utilisent un terme approximatif pour les décrire, mais elles en connaissaient l'existence.

Le mode de fonctionnement des moyens de contraception est en revanche très méconnu. Aucune femme a su expliquer comment la pilule fonctionnait. D'ailleurs elles ne semblaient pas s'y intéresser. Elles savaient qu'ils s'agissaient d'empêcher une grossesse mais sans évoquer

le blocage de l'ovulation, par exemple. De la même manière elles évoquaient « *les hormones* » utilisées dans les moyens de contraception, mais elles ne savaient pas de quelles hormones il s'agissait, ni de leur rôle. Cette méconnaissance des mécanismes de contraception était d'ailleurs à l'origine de beaucoup d'appréhensions quant à l'impact de la contraception sur la santé et de dysfonctionnement d'utilisation.

Pour autant, les autres moyens de contraception ont été très peu cités (patch, anneau, etc.), et à leur évocation les femmes indiquaient ne pas les connaître.

L'hypothèse H2 « les femmes en situation de précarité connaissent les moyens de contraceptifs » est infirmée.

4.3.3. Utilisation des moyens de contraception

Toutes les femmes à l'exception d'une utilisaient ou avaient utilisé une contraception dans leur vie. Pour beaucoup, la méthode utilisée était la pilule (seules 3 personnes sur les 10 qui avaient utilisé la contraception s'étaient finalement tournées vers le stérilet), notamment car elles étaient très réticentes à l'idée d'utiliser d'autres moyens de contraception, en raison d'une mauvaise expérience relatée par l'une de leurs amies, par exemple.

L'hypothèse suivante H3 « les femmes en situation de précarité utilisent des moyens de contraception » est validée.

4.3.4. Le choix de la méthode de contraception

Les femmes communiquaient beaucoup entre elles et échangeaient ainsi facilement des informations concernant la contraception, celles-ci complétant activement les informations reçues lors des séances d'information menées par les étudiantes sages-femmes. Dans ce contexte, le facteur influençant les femmes était majoritairement le cercle d'amis et la famille.

Tout d'abord, lors des entretiens, l'importance, pour ces femmes de l'avis de leur conjoint, ou du prix du contraceptif sur leur choix a été évoqué. Toutes les femmes ont répondu, avec conviction que l'avis de leur conjoint ne leur importait pas, qu'il s'agissait de leur corps et qu'elles souhaitaient décider seules pour elles-mêmes bien qu'elles puissent en discuter avec lui, c'était « *une affaire de femmes* ».

D'autre part, la question du prix : pour certaines il s'agissait d'un frein dans le choix de la contraception, pour d'autres non, la santé étant pour elles assez importante pour y consacrer de l'argent. Dans la majorité des cas la pilule utilisée était remboursée, donc la question ne se posait pas pour elles.

Cela dit on peut se poser la question du choix éclairé, étant donné que les femmes ont quasiment toutes rapporté le fait qu'elles n'avaient pas eu l'impression d'avoir le choix de leur contraceptif lors de la consultation de gynécologie.

Il est impossible de statuer sur l'hypothèse suivante H4 « les femmes en situation de précarité décident de leur moyen de contraception ». Leur conjoint les laisse faire mais elles ont le ressenti que le professionnel de santé leur donne peu de choix.

4.3.5. La place de la sage-femme dans la prise en charge des femmes en situation de précarité

Plusieurs femmes ont dit qu'elles consultaient une sage-femme, souvent parce que l'une de leurs amies leur avait conseillé. La raison principale : le temps d'attente moins élevé et l'écoute que leur accordait la praticienne.

Il s'agissait aussi pour beaucoup d'une personne en laquelle elles avaient confiance et qui se rendait disponible pour elles.

L'hypothèse suivante H5 : « la sage-femme a une place essentielle dans la prise en charge des femmes en situation de précarité » peut être validée.

4.4. LA PLACE DU CENTRE SOCIAL ET DE LA RÉFÉRENTE FAMILLE DANS LA SANTÉ DES FEMMES

4.4.1. Le centre social

Le centre social a une place importante au sein des QPV. C'est un équipement de proximité, ouvert à l'ensemble des habitants et offrant accueil, animation, activités et services à finalité sociale. C'est un lieu d'initiatives, d'échanges et de rencontres. Différentes thématiques sont abordées et la santé en fait partie. C'est donc un endroit privilégié pour les femmes ayant besoin d'améliorer leurs compétences en matière de santé afin de faire des choix éclairés pour elles-mêmes et leur famille. De fait, c'est un endroit particulièrement pertinent pour mener des actions de promotion de la santé.

4.4.2. Le référent famille

Le référent famille est une personne qualifiée et titulaire d'un diplôme de travailleur social qui accompagne les personnes (en l'occurrence ici, les femmes) qui fréquentent les centres sociaux. Ses missions sont de promouvoir, soutenir et mettre en œuvre des actions collectives et individuelles en cohérences avec un projet social. Il s'agit d'entretenir ou renforcer le lien et la cohésion familiale par des actions centrées sur le renforcement des compétences parentales, le bien-être, l'intergénérationnel.

La santé est une thématique importante des actions menées par les référentes familles, en particulier en direction des femmes et de la santé génésique et la prévention. Ce thème était abordé à l'Agora à travers des ateliers cuisine, ou sportifs (yoga), jardinage avec la cultivation

des fruits et légumes, mais encore par exemple, comme nous l'avons abordé avant par des interventions autour de la santé génésique menées par les étudiantes sages-femmes.

Le centre social est un endroit clé qui accueille et touche toute la famille et la référente famille est souvent le premier interlocuteur des femmes lorsqu'elles sont faces à un problème de santé. C'est pourquoi elle a un rôle important en matière de prévention mais également d'information en matière de santé.

4.5. PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES

4.5.1. L'accès aux professionnels et le parcours de soin

Concernant les axes d'amélioration de la prise en charge des patientes en situation de précarité, plusieurs choses semblent pouvoir être mises en évidence.

Tout d'abord, les femmes rencontrent souvent de nombreux obstacles dans l'accès à la contraception. En tant que sage-femme nous avons là un rôle primordial à exercer.

En effet, la plupart des femmes auront, au cours de leur vie au moins une grossesse/ un enfant. Le moment de la grossesse est une période judicieuse pour élaborer un éventuel projet de contraception.

Comme cela a déjà été évoqué, la consultation post-natale est un rendez-vous clé dans la finalisation d'un projet contraceptif et doit être pleinement utilisée.

D'autre part, les femmes rencontrées lors de l'étude n'avaient, pour la plupart pas de véhicule personnel ou de permis de conduire. Aussi, et comme dit précédemment, elles occupent une place centrale au sein de la vie de famille et il est important pour elles d'avoir accès à un cabinet de praticien sans que cela soit trop chronophage ou problématique. C'est pourquoi il me semble essentiel de favoriser l'installation des cabinets au sein même des QPV.

4.5.2. Les campagnes de prévention

Il est important de renforcer la connaissance, souvent fragile des femmes en situation de précarité, par les informations au sein des centres sociaux mais aussi par les campagnes de prévention.

Les campagnes de prévention telles que celles concernant le cancer du sein ou du col de l'utérus sont importantes pour les patientes, mais elles doivent être adaptées et expliquées au sein du centre social par exemple. L'impact pour les personnes en situation de précarité n'a pas le même impact que pour la population générale.

Aussi, le dépistage organisé a un rôle évident. Les patientes reçoivent une invitation personnelle au dépistage, ce qui, nécessairement les font se sentir concernées.

Le centre social est là aussi un levier essentiel de promotion des campagnes de prévention.

En effet, à travers la thématique santé des actions menées par les référents familles, il accueille régulièrement des acteurs locaux de santé (notamment à Metz l'AMODEMACES, Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses). Ainsi les femmes ayant assisté à des séances d'information-prévention se sentent concernées par ces informations et c'est une manière aussi de dissiper les angoisses en lien avec le mot cancer.

4.5.3. L'information concernant leurs droits

Par manque d'information ou complexité des démarches, de nombreuses personnes ne demandent pas les aides sociales auxquelles elles ont droit. Pour lutter contre ce phénomène, il est important que les femmes en situation de précarité aient accès à l'information concernant leurs droits notamment pour qu'elles puissent bénéficier de consultations remboursées via la Protection Universelle Maladie (PUMA), instaurée en 2016 à la CMU-C (Mutuelle de droit commun pour les personnes dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond).

Le professionnel de santé a une place de choix dans cette information.

En effet, il est possible d'évoquer cela au décours d'une consultation, notamment durant la grossesse.

Il est à noter ici l'intérêt des cours dispensés aux étudiantes sages-femmes au cours de leur formation dans le cadre de l'unité d'enseignement de Santé Publique et portant notamment, sur les différents acteurs du système de soin, en France et en lien avec la microéconomie.

4.5.4. Améliorer la prise en charge contraceptive des femmes

Chaque femme appréhende sa contraception avec ses représentations personnelles souvent imprégnées des idéologiques familiales, culturelles et religieuses. Tant d'éléments qui rendent le choix contraceptif très complexe.

Notre rôle en tant que sage-femme est d'informer, conseiller et guider nos patientes dans cette réflexion, de la meilleure manière qu'il soit.

Ainsi, à Metz, en 2018, dans le cadre de « Paroles de Femmes », huit séances d'informations ont été menées au sein des QPV, elles avaient pour objectifs de renforcer les compétences psychosociales des femmes en matière de santé génésiques, sexuelle et de vie affective.

Au total, 26 femmes ont été touchées par ces actions.

D'autre part, les professionnels de santé, se doivent de connaître les représentations culturelles et religieuses et les entendre, les prendre en compte, malgré qu'elles soient parfois totalement opposées aux dogmes scientifiques de la médecine, leurs connaissances permettent d'en discuter. Cela contribue à élaborer un lien avec la patiente et ainsi à proposer une prise en charge adaptée à sa demande. Il est important que la patiente puisse se sentir comprise et non jugée.

Ainsi rappelons-nous toujours, que la meilleure contraception est sans aucun doute celle que la patiente aura choisie, quelles que soient ses raisons.

La seconde proposition en matière de prise en charge contraceptive est de développer l'information au sujet de la contraception d'urgence et son utilisation et la prescrire systématiquement.

En effet, lors des entretiens, j'ai pu constater que la grande majorité des femmes ne connaissaient pas ou mal la contraception d'urgence.

Or, cette méthode de « rattrapage » devrait être un réflexe en cas de contraception. Il y a donc un réel effort à faire dans ce domaine afin d'offrir une alternative aux échecs de contraception occasionnels.

Enfin, pour améliorer l'accompagnement des femmes il est primordial que les professionnels, chargés de suivre ces femmes au contexte parfois très difficile et particulier, bénéficient de suffisamment de temps lors des consultations, afin de développer une prise en charge pluridisciplinaire. C'est l'implication des acteurs de santé qui permettra à ces femmes de disposer de soins de qualité.

5. CONCLUSION

La précarité est un facteur influençant la santé génésique des femmes et plus particulièrement des femmes habitantes des QPV.

Il est évident qu'un besoin subsiste en matière de promotion de la santé et qu'il est nécessaire de perpétuer les actions menées auprès de ce public, pour pérenniser les connaissances, impliquer les femmes et lever les clichés, notamment.

C'est en ce sens que la sage-femme occupe une place de choix dans la vie des femmes.

En effet, le métier en lui-même est plutôt populaire auprès des femmes et les représentations qui s'y rapportent sont positives.

Grâce à nos compétences en matière de suivi gynécologique, nous pouvons accompagner les femmes tout au long de leur vie, notamment après une grossesse, opportunité principale de toucher les femmes en situation de précarité pour ainsi leur apporter un suivi global et adapté à leurs besoins en créant avec elle le lien de confiance qui est nécessaire dans toute relation de soin.

Aussi, l'importance du relationnel et la formation par les pairs ayant déjà fait leurs preuves il pourrait être pertinent d'imaginer que dans le cadre de la santé communautaire, on puisse impliquer une ou plusieurs femmes habitantes des QPV, faisant d'elles des référentes en matière de santé génésique pour les autres habitantes, et ainsi des interlocutrices de choix, porteuses de messages de prévention et de suivi.

BIBLIOGRAPHIE

[1]. Définition et concept du champ. 16 février 2012 [En ligne] (Consulté le 01/02/2019).
Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>

[2]. ADAM Christophe, FAUCHERRE Vincent, MICHELETTI Pierre. La santé des populations vulnérables. Ellipses marketing. 03/2017 ; 412 p.

[3]. Benoit TURDEJ. Précarité, analyse d'un concept. 2006-2007. [En ligne]. (Consulté le 27/01/2020) Disponible sur : http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m1_tudrej.pdf

[4]. Inspection générale des affaires sociales. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action [rapport]. 2011. [En ligne] Disponible sur :
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>

[5]. POTVIN L., GUI- CHARD A. Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? Inpes. 2010 [En ligne] Disponible sur :
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

[6]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France. 2017. [En ligne]. (Consulté le 08/08/2019) Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

[7]. Haut Conseil d'Égalité La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité. 2017. [En ligne]. (Consulté le 08/08/2019) Disponible sur :
<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-precarite/>

[8]. Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité. 29 mai 2017. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2019) ; Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf.pdf

[9]. OMS. Santé sexuelle. WHO. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2018) ; Disponible sur :
http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

- [10]. Ined. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Septembre 2012. [En ligne]. (Consulté le 08/08/2019). Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
- [11]. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Baromètre santé contraception. 2016 [En ligne]. (Consulté le 6/01/2019). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [12]. Institut National du Cancer. Participation au dépistage organisé du cancer du sein. 2017. [En ligne]. (Consulté le 14/04). Disponible sur : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Depistage/Le-depistage-organise-du-cancer-du-sein/Participation-au-depistage-du-cancer-du-sein>
- [13]. Santé Publique France. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2019. [En ligne]. (Consulté le 14/04). Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html
- [14]. Le CRIPS Ile-de-France. Données chiffrées sur la contraception en France. [En ligne]. (Consulté le 17/07/19). Disponible sur : <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/dossier-contraception/contraception-donnes-chiffrees.htm>
- [15]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Stratégie d'action en matière de contraception. Janvier 2007. [En ligne]. (Consulté le 17/07/2019) Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf
- [16]. Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Octobre 2009. [En ligne]. (Consulté le 09/08/2019) ; Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
- [17]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Éducation à la sexualité. Septembre 2018. [En ligne]. (Consulté le 17/09/2019). Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualite.html&xtmc=lycee&xtnp=2&xtr=23>
- [18]. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013. [En ligne]. (Consulté le 17/09/2019). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

- [19]. Barbara Barnett. Planification familiale : des décisions souvent influencées par la famille. 1998. [En ligne]. (Consulté le 27/02/2020). Disponible sur : <https://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/planification-familiale.asp>
- [20]. Melani P. --- face à la planification familiale. Configurations et relations familiales. 2005. p.90-7.
- [21]. GYN&CO. Contraception, religion et culture : un lien évident ?. 2016. [En ligne]. (Consulté le 20/08/2019). Disponible sur : <https://www.gynandco.fr/contraception-religion-et-culture-un-lien-evident/>
- [22]. Ville de Metz. Contrat local de santé du territoire messin 2017-2020 [En ligne]. (Consulté le 13/01/2019) Disponible sur : https://metz.fr/fichiers/2017/11/07/Metz_CLS_BD_planches_F1.pdf
- [23]. Observatoire National de la Politique de la Ville. Emploi et développement économique dans les quartiers prioritaires. 2018. [En ligne]. (Consulté le 07/10/2018) Disponible sur : http://publications.onpv.fr/RAPPORT_2018_T1
- [24]. Ville de Metz. Diagnostic Social de Territoire. 2016 [En ligne]. (Consulté le 07/10/2018) Disponible sur : https://www.metzmetropole.fr/fileadmin/user_upload/mediatheque_metropole/telechargement/equilibre_territorial/Diagnostic_de_territoire.pdf
- [25]. Centre socio-culturel le république Metz Sablon. [En ligne]. (Consulté le 07/10/2018) Disponible sur : <https://annuaire.action-sociale.org/?p=centre-socio-culturel-le-republique-metz-sablon-570008748&details=caracteristiques>
- [26]. Legifrance. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2018). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id>
- [27]. Legifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2018). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825&categorieLien=id>

[28]. Legifrance. DECRET n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé.[En ligne]. (Consulté le 10/07/2018). Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037051024&dateTexte=&categorieLien=id>

[29]. Legifrance. ARRETE du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2018). Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/6/12/SSAH1809646A/jo/texte>

[30]. Legifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2018). Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>

ANNEXES

Annexe 1 : Campagne de sensibilisation « on sexprime »

Annexe 2 : Paroles de Femmes

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directifs

ANNEXE I :

[Campagne de sensibilisation « On sexprime »]



ANNEXE II

[Paroles de Femmes]



PAROLES DE FEMMES

Atelier d'informations sur la santé intime
des femmes
proposé par des sages-femmes



**À PARTIR DU 23 MAI
(4 SÉANCES)
DE 9 H 15 À 11 H 15**

**AU CENTRE SOCIAL
PIOCHE AU SABLON**

Information et réservation :
03 87 63 72 15

Proposé dans la cadre
du Contrat local de santé



Allo Mairie

0 800 891 891

Service & appel
gratuits

ANNEXE III

[Guide d'entretien]

Guide d'entretien mémoire

Guide de focus groupe

Bonjour,

Je vous remercie de m'accueillir.

Je suis Céline, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Metz et pour obtenir mon diplôme, je rédige un mémoire de fin d'étude.

Mon mémoire concerne la contraception, c'est pour cela que j'aurai besoin de votre aide pour répondre à mes questions. J'ai besoin de savoir ce que vous savez ou non en matière de contraception, qu'est-ce que vous aimeriez savoir, quels ont été vos choix et vos motivations pour votre propre contraception.

Vous êtes là de manière volontaire et n'êtes en aucun cas obligées de répondre à toutes les questions.

Tout ce qui sera dit ici restera anonyme.

Merci de vous présenter en disant quel âge vous avez, si vous êtes mariées, si vous avez des enfants, quels sont vos sources de revenus, et vos origines.

Quelles sont vos connaissances en matière de :

- Santé génésique ?
- Suivi gynécologique ?
- Moyens de contraceptions ?
- Mode de fonctionnement des moyens de contraception ?

Une échelle sera proposée pour connaître la priorité des différents items avec « 0 » cela n'a aucun intérêt à « 10 » cela a beaucoup d'intérêt afin de mieux cerner la place donnée à ces items.

De quoi n'a-t-on pas parlé et qui vous tient à cœur ?

Je vous remercie de votre participation.

Entretiens semi-directifs

Présentation commune :

Bonjour,

Je suis Céline, étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Metz et pour obtenir mon diplôme, je rédige un mémoire de fin d'étude.

Mon mémoire concerne la contraception, c'est pour cela que j'aurai besoin de votre aide pour répondre à mes questions. J'ai besoin de savoir ce que vous savez ou non en matière de contraception, qu'est-ce que vous aimeriez savoir, quels ont été vos choix et vos motivations pour votre propre contraception.

Vous êtes là de manière volontaire et n'êtes en aucun cas obligées de répondre à toutes les questions.

Tout ce qui sera dit ici restera anonyme.

Profil de la patiente

Parlez-moi de vous, votre âge, votre profession, votre famille...

Relance :

- Quel âge avez-vous ?
- De quelle origine êtes-vous ?
- Où vivez-vous ?
- Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? Si oui, laquelle ?
- Êtes-vous en couple ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Nombre de grossesses
- Quelle est la source de vos revenus ?

Parcours de la patiente

- Pouvez-vous me parler de votre parcours contraceptif jusqu'à aujourd'hui ?

- A quel âge avez-vous utilisé pour la première fois une contraception ?
- Pourquoi, lors de ce premier recours à la contraception, l'avez-vous utilisé ? (but contraceptif ou autre, douleurs de règles, acné, etc.)
- Quel professionnel avez-vous consulté ?
- Comment avez-vous choisi votre première contraception ?
- Combien de temps avez-vous utilisé cette première contraception ?
- Avez-vous utilisé d'autres moyens de contraception après ? Si oui, lesquels ?
- Pourquoi avez-vous changé de contraception ?
- Selon vous quels sont les professionnels qui peuvent vous prescrire une contraception ?
- Que pensez-vous du fait de consulter un gynécologue ou une sage-femme régulièrement ? A quelle fréquence pensez-vous que cela est utile ? Pourquoi ?

Le choix contraceptif en pratique

- Vous a-t-on expliqué comment utiliser votre contraception ? Avez-vous le sentiment d'avoir bien compris ?
- Vous a-t-on présenté les avantages et inconvénients de votre moyen de contraception ?
- Vous a-t-on expliqué quoi faire en cas d'oubli ? Pouvez-vous me dire ce que vous en avez compris ?
- Avez-vous déjà dû faire face à un oubli de contraception ? Un échec de contraception ?

Représentations et idées reçues autour de la contraception

- Que représente pour vous la contraception ?
- La voyez-vous comme une contrainte ou une libération ?
- Pensez-vous que la contraception est potentiellement dangereuse pour votre santé ?
- Pensez-vous qu'à long terme elle puisse vous rendre stérile ? Si oui, quelle contraception ?
- Pensez-vous qu'il existe une contraception plus adaptée en fonction de l'âge ?
- Y-a-t-il des contraceptions qui vous font peur ? Lesquelles et pour quelles raisons ?

Les influences sur le choix de la contraception

Comment êtes-vous arrivée à choisir votre contraception ?

- Qu'est-ce qui vous a convaincu ?
- En avez-vous entendus de bons échos de par votre famille, vos amis ou les médias ?
- Avez-vous entendu de mauvais échos sur les autres contraceptifs ? Par quel biais ?
- Parlez-vous de contraception avec votre conjoint ? Le sentez-vous concerné ?
- Pourriez-vous changer de contraception sur demande de votre conjoint ?
- Est-ce que le prix d'une contraception a déjà freiné votre choix de contraception ?

Connaissances et sources d'informations

Pouvez-vous me parler des différents moyens de contraception que vous connaissez ?

- De manière générale, comment qualifieriez-vous vos connaissances sur la contraception ?
- Aimerez-vous en savoir davantage ?
- Lorsque vous avez une question sur la contraception, où cherchez-vous la réponse ?
- Faites-vous confiance aux informations données par les professionnels de santé ?

Satisfaction

Que pensez-vous de votre contraception ?

- Aimerez-vous en changer ? Si oui, pourquoi ? Quel moyen voudriez-vous utiliser, à quel professionnel allez-vous en parler ?

INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE : FEMMES ET PRECARITE
Influence de la précarité sur le choix et l'observance de la contraception.

Introduction : Les progrès sociaux de la médecine ne profitent pas à tous et les inégalités sociales et territoriales de santé perdurent. Les femmes constituent aujourd'hui la majeure partie des personnes en situation de précarité et peuvent rencontrer des difficultés à recourir au système de soins et donc d'accès à la contraception. En quoi la précarité influe sur le choix et l'observance de la contraception ?

Méthodologie : L'étude menée était une étude qualitative par focus groupe et entretiens semi-directifs, à propos de quinze femmes habitant les Quartiers Politique de la Ville (QPV) à Metz et fréquentant le centre social Agora. L'objectif principal a été de décrire les connaissances et les choix des contraceptifs des femmes habitant les QPV en situation de précarité à Metz en 2020

Résultats : La plupart des femmes interrogées utilisait une contraception bien qu'il subsistait encore des lacunes en matière de connaissance des contraceptifs mais également de la contraception d'urgence. Les femmes n'avaient pas un suivi gynécologique régulier mais consultait davantage sur signes d'appel en préférant s'adresser au personnel soignant de sexe féminin. Les facteurs influençant les femmes étaient leurs familles et les amis, avant internet et les médias. Beaucoup de croyances, notamment concernant les menstruations, impactait leur choix de contraception.

Conclusion : La précarité est un facteur influençant la santé génésique des femmes et plus particulièrement des femmes habitantes des QPV. Un besoin subsiste en matière de promotion de la santé et il est donc nécessaire de perpétuer les actions menées auprès de ce public, pour pérenniser les connaissances, impliquer les femmes et lever les clichés, c'est en ça que la sage-femme a un rôle essentiel à jouer.

Précarité, Santé, Contraception, Femmes, QPV

SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH:

Influence of precariousness on the choice and observance of contraception.

Introduction: Social progress in medicine does not benefit everyone and social and territorial inequalities in health persist. Women today constitute the majority of people in precarious situations and may encounter difficulties in using the health care system and therefore in accessing contraception. How does precariousness affect the choice of and compliance with contraception?

Methodology: The study was qualitative and was conducted through a focus group and semi-directive interviews of fifteen women living in the Urban Policy District of Metz and attending the Agora social centre. The main objective was to describe the knowledge and choice of contraceptives of women living in precarious situations in Metz in 2020.

Results: Most of the women interviewed were using contraception, although there were still gaps in knowledge about contraceptives and emergency contraception. Women did not have regular annual visit to a gynecologist but consulted more with alarm signals, preferring to turn to female health workers. Factors influencing women were more family and friends, than the internet and the media. Many beliefs, especially about menstruation, impacted their choice of contraception.

Conclusion: Precariousness is a factor influencing women's reproductive health, especially for women living in the Urban Policy District of Metz. There is still a need for health promotion and it is therefore necessary to perpetuate the actions carried out with this population, to perpetuate knowledge, involve women and remove clichés, this is where the midwife has an essential role to play.

Precariousness, Health, Contraception, Women, Urban Policy District