

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 193

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : GHEORGHE Gabriela - Daria

Date et lieu de naissance : 02/08/1993 à Roşiorii de Vede, Roumanie

Titre de la Thèse

Les déterminants des choix contraceptifs des femmes migrantes primo-arrivantes en France

Président de thèse : Pr. DERUELLE Philippe

Directeur de thèse : Dr. DUMAS Claire

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition MARS 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
 - **Doyen de la Faculté**
 - **Premier Doyen de la Faculté**
 - **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1988)
(1988-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
 - **Chargé de mission auprès du Doyen**
 - **Responsable Administratif**
- M. DENEKEN Michel
 - M. SIBILIA Jean
 - M. DERUELLE Philippe
 - M. DORNER Marc
 - M. MANTZ Jean-Marie
 - M. VINCENDON Guy
 - M. GERLINGER Pierre
 - M. LUDÉS Bertrand
 - M. VICENTE Gilbert
 - M. STEEGMANN Geoffrey



**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Sélimak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

P0224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepiere	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepiere - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepiere	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Sélimak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEU Remy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepiere	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepiere	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0182	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepiere	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine Interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
	BONNEMAIS Laurent M0009 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepiere	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0016	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
	BOURGIN Fabrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepeire	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepeire	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0046	RP6 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXE / Hôp. de Hautepeire	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0189	RP6 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepeire	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepeire	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepeire	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepeire	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFH-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	* Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	* IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	* Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	* Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepeire	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	* Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeire	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeire	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0184	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0186	RP6 CS	* Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoit P0078	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JEGEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénom	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0064	NRP6 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.BIHC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	* Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie III/HP)	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence P0202	NRP6 CS	* Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0152 / P0217	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marc P0190	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGG / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	* Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0191	NRP6 CS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Génologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	* Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-GMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	* Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0216	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-GMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Serv. d'imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	* Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELAOCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-GMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	* Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	* ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	* ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RF0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBLIA Jean P0146	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil * Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP0 NCS	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepleire 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepleire - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CspI : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle

P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018.

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable → 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) → 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) → 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERGETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> - Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénom	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MO142			
AGIN Amaud M0001		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0100		* Pôle d'imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		* Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		* Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 immunologie
CAZZATO Roberto M0118		* Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		* Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn M0012		* Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CERRIER Thomas M0198		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		* Pôle d'imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DAL-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLE Pascal M0021		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		* Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILIOSETTI Denis M0025	CS	* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		* Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARGAN-RASTEI Laura M0119		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		* Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		* Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		* Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRAGNY-PACINI Agata M0134		* Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine * Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LVAUX Thomas M0042		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénom	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		* Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Aina M0127		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		* Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOŠAVLJEVIĆ Mirjana M0058		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0005		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. AZ) M0060		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		* Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Gommel / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aina M0096		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0123		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0125		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		* Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emille M0142		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		* Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		* Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		* Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0007	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dir CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dir DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dir SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme DIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0088	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepeiere
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANG
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Fiore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepeiere
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepeiere
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNGCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.99
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine interne) / 15.10.17	ORL / 01.09.10 (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.16	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOGGARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINEGGO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAGSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.09.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.06	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HU8) :

- NHC - *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC - *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP - *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67095 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A mon Président de jury, Monsieur le Professeur DERUELLE Philippe,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez accepter ma profonde reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Docteur DUMAS Claire,

Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce travail et de m'avoir soutenu tout au long de ce chemin, pour vos conseils et pour votre écoute.

A Monsieur le Professeur GRIES Jean-Luc,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger de la qualité de mon travail. Je vous remercie aussi pour les riches échanges que l'on a eu lors de ma période syndicale.

A Docteur DEMARE Nicolas,

Je ne saurais pas te remercier pour tout ce que tu m'as appris pendant le stage SASPAS. Tu m'as fait aimer davantage la médecine générale. Merci aussi de m'accompagner en tant que membre de mon jury.

A mes parents, Irena et Gabriel,

Je ne serai pas arrivée ici sans votre amour et votre soutien inconditionnel, votre patience et votre écoute. Je ne peux pas dire en mots tout l'amour et la reconnaissance que je vous porte et comment je suis fière d'être votre fille. Je vous aime de tout mon cœur et la distance ne touchera jamais à cet amour. *Va iubesc mult.*

A ma grand-mère, Marieta,

Je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi, pour avoir été à mes côtés depuis mon enfance et pour tes excellents petits plats, un merveilleux soutien pendant des longues heures d'études. Je t'aime. *Iti multumesc din suflet.*

A mes cousins, Silviu et Cosmin,

De l'enfance jusqu'à aujourd'hui, nous avons partagé des merveilleuses années ensemble et il nous reste encore des beaux souvenirs à créer. Je suis heureuse de vous avoir à mes côtés. *Va imbratisez.*

A ma cousine, Iulia,

Je suis reconnaissante pour tous les beaux moments qu'on a partagé depuis mon arrivée à Strasbourg et je te remercie d'être là pour moi. Te pup.

A Ioana,

On a commencé cette aventure ensemble et depuis on a partagé énormément de choses, un appartement, des moments excellents et d'autres plus difficiles. Merci d'être là, toujours à mes côtés. Je suis heureuse de te compter parmi mes meilleures amies. Strasbourg et ces cinq dernières années n'auraient pas été aussi les mêmes sans toi.

A Marine,

Par chance, je t'ai rencontré dès le premier jour de l'internat et nous voilà, cinq ans et des merveilleux souvenirs plus tard. Une très belle rencontre qui a donné naissance à une merveilleuse amitié. Je ne saurai pas te remercier pour tout ce qu'on a partagé et il n'y a pas de mots pour te dire la place que tu as dans mon cœur.

A Audrey,

Le syndicat nous a réunies, l'amitié a continué à nous lier. Merci pour d'être toi, pour ta douceur et ton écoute. Je t'embrasse.

A Louise-Marie,

Merci pour ces belles années d'amitié qui ont passé et pour toutes les années à venir, qui seront, j'en suis sûre, pleins de bons moments, de rires et de partages.

A Marie,

Encore un beau lien créé par le syndicat, je te remercie pour ton amitié.

A Alistair,

Merci pour ton amitié, pour les moments passés au SARRA-IMG jusqu'à l'ISNAR-IMG, pour les concerts et les sorties.

A mes amies de faculté, Anamaria, Bianca, Simona, Alexandra, Lavinia, Mihaela

Je vous remercie pour cette expérience incroyable qui n'aurait pas été la même sans vous. Les années passent mais notre amitié est toujours aussi forte. Je suis heureuse de vous avoir toujours à mes côtés.

A mes ami(e)s d'Erasmus, Pablo, Ilham, Angela, Carmen, Maria,

C'est à côté de vous que j'ai découvert Paris, vous avez illuminé ma quatrième année de médecine et rendu meilleures mes années d'études avec votre amitié.

A mes ami(e)s du SARRA-IMG, Marine, Audrey, Marie, Alistair, Elodie, Flore, Nils, Camille, Corinne et tous les autres, bien trop nombreux pour vous nommer ici,

Mon expérience de l'internat est beaucoup plus lumineuse grâce à vous. Merci pour ces moments que l'on a vécus ensemble, qui sont devenu des chers souvenirs.

A mes ami(e)s de l'ISNAR-IMG, Karim, Lucie, Pierre, Marianne, Ninon, Elisabeth, Sarah et toute l'équipe,

Merci pour toutes les semaines et les week-ends de bureau, pour tout ce que j'ai appris, pour les rires et pour votre amitié.

A Morgan, Maya et Sanaria,

Je suis heureuse de vous compter aujourd'hui parmi mes amies et de vous avoir à mes côtés, je vous remercie pour votre amitié, pour votre soutien et pour les moments de bonheur.

A tous les chefs et les maîtres de stage que j'ai rencontré pendant mon internat,

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez appris et pour avoir façonné mon parcours professionnel. Mon internat était une expérience merveilleuse et cela est aussi grâce à vous.

A tous mes co-internes,

Vous avez fait partie de cette merveilleuse expérience. Je vous remercie pour tous les beaux souvenirs.

A mes collègues de master, Catherine et tous les autres qui sont trop nombreux pour les citer mais aussi à mes enseignants de master,

C'était un plaisir de partager deux ans de master avec vous, j'ai beaucoup appris et j'ai passé des merveilleux moments avec vous.

Enfin, à toutes les femmes migrantes, la source d'inspiration pour ce travail,

Merci pour votre force et pour votre courage. Ce travail n'aurait pas été possible sans vos témoignages.

Table de matières

Liste des illustrations.....	17
Liste des abréviations	18
1. Introduction	19
2. Contraception et migration.....	20
2.1. Contraception: une évolution.....	20
A) Histoire de la contraception	20
B) Moyens de contraception	23
C) Contraception en France et ailleurs	37
2.2 Migration : une histoire	40
A) Migration : lexique	40
B) Migrations au niveau mondial.....	43
C) Migrations en France.....	45
D) Femmes et migrations.....	51
3. Objectifs de l'étude	53
4. Matériels et méthodes	54
5. Résultats	58
A) L'identification des articles à analyser.....	58
B) Résultats de chaque étude.....	61
C) Caractéristiques des études sélectionnées pour la revue de littérature :.....	82
6. Discussion.....	84

A)	Statistiques concernant l'utilisation de la contraception	84
B)	Facteurs influençant la fécondité et l'adoption d'une méthode contraceptive	88
C)	Utilisation de la contraception dans le pays d'origine.....	94
D)	Adaptation et utilisation de la contraception dans le pays d'accueil.....	97
E)	Comparaison de l'utilisation des moyens contraceptifs	102
F)	L'utilisation de la pilule.....	106
G)	L'utilisation des injectables	108
H)	La contraception et la place du médecin.....	112
I)	La contraception et la place de l'interprète	121
J)	La contraception et la place du partenaire et de la famille.....	124
K)	La contraception et la place de la religion	128
7.	L'étude : limites et perspectives	131
8.	Conclusions.....	133
9.	Bibliographie	138

Liste des illustrations

Figure 1	page 17
Figure 2	page 34
Figure 3	page 39
Figure 4	page 39
Figure 5	page 44
Figure 6	page 45
Figure 7	page 47
Figure 8	page 53
Tableau 1	page 64

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

COREQ : COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMO : Densité Minérale Osseuse

ENFAMS : Enfants et Familles sans Logement Personnel en Ile-de-France

FDA : Food and Drug Administration

FSH : Hormone Folliculo-Stimulant

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LiSSa : Littérature Scientifique en Santé

LH : Hormone Lutéinisant

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

ONU : Organisation des Nations Unies

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Materno - Infantile

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

SANRA : Scale for the quality Assessment of Narrative Review Articles

STROBE : *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*

SUDoc : *Système Universitaire de Documentation*

Introduction

La trajectoire qui amène les femmes migrantes primo-arrivantes en France à choisir une méthode contraceptive est parsemée de plusieurs déterminants, chacun ayant son degré d'importance. Ces déterminants peuvent être inhérents à la femme, comme l'âge, sa propre perception de son état de santé, la motivation qui la mène à utiliser une contraception ou, au contraire, à la refuser. Cependant, il y a aussi d'autres facteurs que l'on peut considérer comme extrinsèques, parmi lesquels on peut citer les conditions socio-économiques, l'influence du partenaire ainsi que l'opinion de la famille ou des amis.

De tout cet éventail de paramètres, il reste aussi à évaluer la place à accorder au propre trajet migratoire des femmes ainsi que la place des professionnels de santé qu'elles sont amenées à côtoyer sur leur parcours. Occupent-ils une place aussi centrale que l'on pourrait le penser ou sont-ils juste des facteurs parmi d'autres ?

L'évolution de la migration a permis l'accueil d'un nombre significatif de personnes migrantes sur le territoire français, personnes qui peuvent franchir le seuil d'un cabinet de consultation en tant que patients. Dans un monde où la migration se féminise, il y a des fortes chances que les médecins généralistes soient confrontés à la question de la contraception chez leurs patientes migrantes. L'idée de cette thèse était d'essayer de leur apporter une réponse pertinente et justifiée sur le plan médical mais aussi bienveillante sur le plan humain.

1. Contraception et migration

2.1. Contraception: une évolution

A) Histoire de la contraception

La contraception désigne l'ensemble des méthodes utilisées afin de prévenir la fécondation. Bien que la signification du mot contraception n'ait pas changé, les moyens contraceptifs, eux, ont parcouru un long chemin depuis les premiers moyens utilisés jusqu'à nos jours. Lors de la période préhistorique, la question de la contraception se posait probablement peu. Cela était dû en partie à des conditions de vie éprouvantes qui condamnaient les enfants à n'arriver pas à l'âge adulte mais aussi aux habitudes de vie, avec un allaitement prolongé, jusqu'à l'âge de trois ans, qui agissait en tant que méthode contraceptive naturelle(1). Avec la diminution du nomadisme et l'apparition des premières civilisations, on remarque une augmentation de la fertilité et une nécessité croissante de recourir à une contraception afin de prévenir les grossesses non désirées.

Parmi les méthodes contraceptives les plus inédites, on peut citer un mélange de matières fécales de crocodile avec du lait aigre, employée en Egypte Antique en tant que méthode barrière. Aux égyptiens, on attribue aussi la première utilisation du préservatif, fabriqué probablement avec des peaux ou des intestins d'origine animale, quoiqu'il y ait des débats sur leur utilisation en tant que moyen contraceptif, protection pénienne ou habit de cérémonie(2)

Soranus, un médecin grec, conseillait aux femmes un autre moyen inédit, quoique inefficace. Il s'agissait d'éternuer et de faire sept sauts en arrière juste après le rapport sexuel, technique qui empêcherait les spermatozoïdes d'avancer(1). Les grecques ont aussi découvert une herbe considérée comme magique et qui valait son poids en or, le silphion. Plante

endémique de la région connue aujourd'hui sous le nom de Lybie, elle a été utilisée jusqu'à son extinction. Malgré de nombreuses tentatives, les essais pour la cultiver sur la côte méditerranéenne sont restés infructueux. A ce jour, les chercheurs ne sont pas sûrs qu'elle ait été utilisée pour prévenir la fécondation ou en tant que moyen d'avortement(1).

Plus tard, l'utilisation des méthodes barrières masculines devient de plus en plus répandue, partiellement à cause d'une augmentation de la transmission de la syphilis et c'était initialement plus un moyen pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles que les grossesses. Casanova utilisait des préservatifs fait avec des intestins d'animaux mais aussi en coton, qu'il serrait et refermait avec des rubans roses. Il les testait aussi en les enflant afin de vérifier leur étanchéité(1).

En 1844, Charles Goodwin dépose le brevet pour la vulcanisation du caoutchouc, ce qui entraîne l'industrialisation de la production des préservatifs. A l'époque, ils n'étaient pas à usage unique mais destinés à être réutilisés après lavage(1).

Dès le XIXème siècle, des dispositifs intra-utérins (DIU) sont décrits en Allemagne, soit sous forme d'anneaux vaginaux qui s'étendaient jusqu'à l'intérieur de l'utérus soit sous forme d'anneaux uniquement intra-utérins(3). Fabriqués à l'époque en soie ou métal, leur utilisation n'a pas été très répandue suite à un risque accru d'infection et jusqu'aux années 1960, on ne retrouve pas beaucoup de publications scientifiques concernant ce moyen contraceptif(1).

L'association mestranol/norethynodrel, commercialisée sous le nom d'Enovid, sera mise sur le marché en 1957, d'abord pour traiter les troubles menstruels. Le 11 mai 1960, la Food and Drug Administration (FDA) donne l'autorisation de mise sur le marché pour son utilisation en tant que moyen contraceptif(4).

Vers les années 1970, les recherches pour les dispositifs intra-utérins sont reprises, avec le développement des thermoplastiques, matériaux qui pouvaient être pliés et qui revenaient ensuite à leur forme d'origine(3). Cependant, c'est seulement l'ajout du cuivre au dispositif qui a permis d'augmenter son efficacité. C'est après cette modification que la FDA accorde en 1976 l'autorisation de mise sur le marché au premier dispositif intra-utérin(5) en cuivre et en 2000 au premier dispositif intra-utérin hormonal.

B) Moyens de contraception

Cette partie s'intéresse à la liste exhaustive des moyens de contraceptions disponibles à l'heure actuelle.

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

Figure 1 : Efficacité des méthodes contraceptives(6)

a) Méthodes naturelles :

Les méthodes naturelles sont des méthodes qui sont basées sur l'évitement des rapports sexuels lors de la période d'ovulation. Il y a plusieurs techniques :

- La méthode du retrait ou le coït interrompu :
- Les méthodes d'abstinence périodique(7) :
 - La méthode de la température :

Consiste à surveiller quotidiennement la courbe de température de la femme, au lever et à la même heure, le but étant d'identifier une augmentation légère de la température concomitante à l'ovulation. Cette méthode peut être faussée lors des événements intercurrents, telle une infection avec syndrome fébrile.

- La méthode de la glaire cervicale ou la méthode Billings :

Consiste à surveiller l'aspect des glaires cervicales, qui deviennent plus abondantes et fluides lors de l'ovulation. Il est fréquent que l'on associe cette méthode à celle de la température(8).

- La méthode du calendrier ou la méthode Ogino :

Consiste en l'abstinence lors de l'ovulation ainsi que des jours qui la précèdent et la suivent. C'est une méthode difficilement réalisable en absence de cycles réguliers. En plus, pour être plus efficace, il est conseillé d'observer au moins 12 cycles(8).

- Les trousses de prédiction de l'ovulation :

Consiste à surveiller l'augmentation de l'hormone lutéinisant (LH) présent dans les urines, qui survient 24 à 48h avant l'ovulation(9).

Ces méthodes sont déconseillées aux femmes en péri-ménopause à cause des cycles irréguliers mais aussi aux adolescentes qui, en plus d'une irrégularité du cycle, ont un indice de fertilité élevé(10). Par ailleurs, ces méthodes ne protègent pas des infections (IST) et maladies sexuellement transmissibles (MST).

b) Méthodes barrière :

- Les spermicides :

Ce sont des produits qui sont commercialisés sous des formes variées : ovule, gel ou crème ainsi que éponges ou tampons. Ce sont des produits souvent à base de chlorure de benzalkonium, qui a comme action l'immobilisation et la neutralisation des spermatozoïdes. Afin qu'ils soient efficaces, il faut qu'ils soient placés dans le vagin en moyenne 10 minutes avant le rapport sexuel, le temps que le produit dissémine au niveau muqueux. Sauf pour l'éponge, l'application doit être renouvelée si rapports successifs. Leur durée d'action varie en fonction du produit, allant de quatre heures pour les gels et les crèmes et jusqu'à vingt-quatre heures pour les éponges et tampons(11).

- Le préservatif masculin :

Seule méthode, avec le préservatif féminin, qui protège contre les infections et les maladies sexuellement transmissibles. Ils sont fabriqués en latex mais il existe aussi des alternatives en polyuréthane en cas d'allergie au latex(12).

- Le préservatif féminin :

Deuxième méthode barrière qui protège contre les IST et les MST. Contrairement au préservatif, il peut se placer jusqu'à huit heures avant le rapport sexuel mais doit aussi être renouvelé lors de chaque rapport. Il s'agit d'un dispositif composé de deux anneaux souples et d'une gaine en nitrile ou polyuréthane ce qui permet son utilisation même en cas d'allergie au latex(13). L'anneau fermé est inséré au fond du vagin et permet la mise en place du préservatif alors que l'anneau ouvert va recouvrir les organes génitaux externes féminins(12).

- Diaphragme :

Il s'agit d'une coupelle réutilisable en caoutchouc ou latex, utilisée le plus souvent en association avec un spermicide pour augmenter l'efficacité. Il faut le placer au niveau du vagin au moins 15 minutes avant le rapport sexuel et ne pas l'enlever pendant les huit heures qui suivent, afin de permettre une meilleure action du spermicide(13). La détermination de la taille adaptée se fait lors d'une consultation avec un professionnel de santé ainsi que les explications concernant une utilisation adaptée.

- Cape cervicale :

Un dispositif en forme de dôme en silicone ou latex qui s'insère au fond du vagin et peut être mise en place jusqu'à deux heures avant le rapport. Très similaire au diaphragme, elle est réutilisable et son efficacité est augmentée si utilisée concomitant avec un spermicide(12).

Sauf pour les spermicides, il existe un risque de déchirure ou de déplacement des autres méthodes contraceptives barrière lors des rapports.

c) Contraception hormonale :

- La pilule contraceptive :
- ❖ La pilule oestroprogestative :

On peut parler de trois classifications quand on parle de la pilule oestroprogestative : en fonction du type d'estrogène utilisé, en fonction du type de progestatif utilisé et en fonction de l'association entre l'œstrogène et le progestérone(14).

a) Le type d'estrogène :

La plupart des pilules contiennent de l'éthinylestradiol à un dosage égal ou inférieur de 40 microgrammes, d'où leur appellation de microdosées. Une concentration entre 35 et 50 microgrammes se retrouve dans les pilules de première et deuxième génération et de 15 à 35 microgrammes dans les pilules de troisième génération. Il est important de souligner qu'en dessous de 20 microgrammes, l'inhibition de l'ovulation est due au progestatif associé. Il existe aussi quelques pilules plus récentes qui contiennent de l'estradiol(14).

b) Le type de progestatif :

Les progestatifs de première génération sont à base de noréthistérone (plus disponible en France, dernière commercialisation de la pilule Triella était en 2016(15)), avec une forte activité androgénique. Les progestatifs de deuxième génération sont à base de lévonorgestrel et ont une moindre activité androgénique que ceux de première génération. Ceux de troisième génération contiennent du désogestrel, gestodène ou norgestimate et par leur forte activité antigonadotrope permettent une baisse du dosage d'œstrogènes. Il existe aussi des progestatifs d'autres générations, parfois appelés de quatrième génération, à base de drospirénone, acétate de chlormadinone ou diénogest(14). On peut aussi mentionner les

pilules qui contiennent de l'acétate de cyprotérone, suspendue en 2013 à la suite du surrisque de méningiome mais réintroduites en 2014 en tant que traitement anti-acnéique(16).

Le risque thromboembolique est plus important lors de l'utilisation des pilules de troisième génération : 9 à 12 accidents par an pour 10.000 utilisatrices versus 5 à 7 accidents pour les pilules de première et deuxième génération(17). La différence persiste même si le risque global diminue après la première année d'utilisation, proportionnellement avec la durée d'utilisation de la pilule. Le risque thromboembolique varierait aussi en fonction de la quantité d'oestroprogestatif, avec un moindre risque lors des dosages moins importants(17).

c) Le type d'association :

Les pilules sont appelées monophasiques lorsqu'elles délivrent la même quantité d'hormones pendant 21 jours. Lorsque ces quantités varient en fonction de la phase du cycle, elles sont biphasiques, triphasiques ou multiphasiques. Les pilules biphasiques utilisent deux dosages, plus bas pendant la première partie du cycle que pendant la seconde. Les pilules triphasiques comportent trois dosages, avec un dosage de progestatif qui augmente progressivement jusqu'à atteindre son pic en fin de cycle et un dosage d'estrogène qui est équivalent en début et fin du cycle avec un pic au milieu. Quant aux pilules multiphasiques, elles ne contiennent pas de progestatif au début et à la fin du cycle et le dosage d'estrogène baisse progressivement(4).

Les mécanismes d'action sont en nombre de trois :

- le rétrocontrôle négatif de l'axe hypothalamo-hypophysaire provoque une inhibition de la sécrétion de LH (hormone lutéinisant) et FSH (hormone folliculostimulant) qui entraîne un blocage de l'évolution folliculaire et une inhibition de l'ovulation
- l'atrophie de l'endomètre le rend impropre à la nidation

- l'épaississement de la glaire cervicale grâce à l'action des progestatifs(4).

Il y a plusieurs contre-indications à l'utilisation de la pilule oestroprogestative parmi lesquelles on peut mentionner(17):

- Avant 35 ans et migraines avec aura ou après 35 ans et tabagisme
- Antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle ainsi qu'un évènement thromboembolique en cours, avec ou sans facteur déclenchant
- Présence des facteurs de risque de thrombose veineuse ou artérielle
- Tumeur maligne hormonodépendante connue ou suspectée (organes génitaux, sein)
- Aménorrhées inexplicables ainsi que saignements vaginaux d'étiologie inconnue
- Tumeur hépatique ainsi qu'antécédent d'affection hépatique sans normalisation des tests ou pathologie hépatique en cours
- Tumeur pancréatique, pancréatite ou antécédent de pancréatite associée à une hypertriglycémie sévère

❖ La pilule progestative :

Il existe deux types de pilule progestative : une à base de progestatif de troisième génération, le désogestrel dosé à 75 microgrammes et une à base de progestatif de deuxième génération, lévonorgestrel à dose de 30 microgrammes par jour. Il s'agit d'une contraception à prendre en continu et qui est habituellement proposée en deuxième intention, lors d'une contre-indication à une pilule oestroprogestative ou en post-partum(4).

Leur mécanisme d'action est représenté par une modification de la glaire cervicale, une diminution de la motilité tubaire, une atrophie endométriale ainsi qu'une inhibition de l'ovulation pour les pilules à base de désogestrel.

Elles ont comme avantage un impact neutre sur le métabolisme glucidique et lipidique et l'absence de surrisque d'évènement thromboembolique mais peuvent poser certaines contraintes, comme la prise quotidienne à heure fixe et des troubles menstruels de type spotting.

Parmi les contre-indications on peut compter un évènement thromboembolique en cours ainsi qu'un antécédent ou une tumeur hormonosensible en évolution, des métrorragies non expliquées, un antécédent ou une pathologie hépatique sévère en cours(17).

❖ La contraception d'urgence :

Il s'agit d'une méthode considérée de rattrapage et ne doit pas être utilisée de manière régulière. Le dispositif intra-utérin implantable sera discuté lors du chapitre dédié. La pilule à base de lévonorgestrel à dose de 1.5mg (versus 30 microgrammes pour les contraceptifs microdosés) est plus efficace si prise le plus tôt possible après le rapport mais peut être utilisée jusqu'à 72 heures après. Son mode d'action principal est de retarder et/ou bloquer l'ovulation suite à l'inhibition du pic de LH ce qui la rend inefficace si utilisé après l'ovulation ; il y a aussi un effet d'épaississement de la glaire cervicale. La pilule à base d'ulipristal acétate, un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone, peut être administrée jusqu'à cinq jours après le rapport. Elle empêche l'action de la progestérone, inhibant l'ovulation mais aussi la nidation car rend l'utérus impropre pour ce processus.

• Patch contraceptif :

Il s'agit d'une association oestroprogestative qui contient 203 microgrammes d'éthinylestradiol et 33.9 microgrammes de norelgestromine(18). Chaque boîte contient un nombre de trois patchs et chaque patch doit être utilisé pendant une semaine ce qui implique c'est lors de la quatrième semaine que l'hémorragie de privation a lieu. L'initiation de la

méthode contraceptive a lieu le premier jour de règles et le patch doit se coller sur une peau sèche, sans risque de frottements, sans pli ni pilosité excessive, comme la cuisse, l'épaule ou le ventre(19). Il ne faut pas positionner deux fois de suite au même endroit afin d'éviter le risque d'irritation. Le patch diminue le risque d'oubli par rapport à la pilule et si néanmoins cela survient, le patch peut être maintenu au même endroit pendant 9 jours même s'il est conseillé de le changer le même jour de la semaine(4).

- Anneau vaginal :

Il s'agit d'un anneau souple qui diffuse des hormones oestroprogestatives suite au contact avec la chaleur et l'humidité à l'intérieur du vagin. Sa position importe peu pour son efficacité mais plus il sera proche du col utérin, moindre sera le risque d'expulsion. Il sera mis en place pendant trois semaines et retiré lors de la quatrième semaine, moment de l'hémorragie de privation. Son mode d'action principal est sur l'inhibition de l'ovulation avec un effet associé d'épaississement des sécrétions cervicales(17). Il ne protège pas contre les IST et les MST et son risque thromboembolique est équivalent aux pilules de première et deuxième génération mais il présente un moindre risque d'oubli par rapport à la pilule(20). Si l'anneau vaginal est expulsé lors d'un rapport sexuel, il doit être remplacé dans les trois heures qui suivent ou, à défaut, utiliser un moyen contraceptif d'urgence(20).

- Implant contraceptif :

Le seul implant contraceptif commercialisé actuellement est le Nexplanon®, qui contient une dose de 68mg d'étonogestrel et qui remplace en 2011 l'Implanon, grâce à sa propriété radio-opaque(4). Il s'insère au niveau de la face interne du bras non-dominant grâce à l'applicateur soit entre le premier et le troisième jour du cycle chez une femme n'ayant pas de contraception soit dans la semaine qui suit le dernier comprimé actif chez la femme ayant déjà une contraception(21). Il peut être aussi posé dans les suites d'une interruption

volontaire de grossesse ou d'un accouchement et est efficace immédiatement(21). Une fois inséré, la patiente et le professionnel de santé vérifient son emplacement en sous-cutané(22). Il peut être maintenu en place pendant trois ans avec un suivi initial prévu quelques mois après la et un suivi régulier une fois par an par la suite. L'effet contraceptif principal du Nexplanon® est dû à l'inhibition de l'ovulation mais comme tout progestatif, il agit aussi en épaississant les glaires cervicales(17).

Le Nexplanon® a comme effets indésirables des phénomènes de spotting, d'intensité réduite ou augmentée, chez une femme sur cinq(17). Il peut être utilisé en cas d'antécédent de thrombose mais pas si une thrombose est en cours. De même, il est aussi contre-indiqué en cas d'hémorragies génitales d'origine non diagnostiquée, de présence ou antécédent d'affection hépatique ou de tumeur du foie ainsi que des tumeurs malignes hormonodépendantes, avérées ou suspectées(17).

- Les progestatifs injectables :

Une seule spécialité injectable est actuellement commercialisée en France, il s'agit du Dépo-Provera®, qui contient 150mg d'acétate de médroxyprogestérone(17). Il s'agit d'un médicament qui s'injecte en voie intra-musculaire profonde et qui a un effet d'action de trois mois. Il est indiqué lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser un autre moyen contraceptif(17). Son effet contraceptif est principalement dû à l'inhibition de l'ovulation grâce à son action antigonadotrope ainsi qu'à la modification de la glaire cervicale et de l'endomètre(17).

Le retour à la fertilité avec la reprise de l'ovulation peut être constaté entre trois et douze mois après la dernière injection de Depo-Provera®(17). En raison d'une diminution de la densité minérale osseuse (DMO), ce contraceptif n'est pas recommandé aux femmes ayant des facteurs de risque d'ostéoporose(17). A cause de cet effet, la Food and Drug Administration (FDA) déconseille un usage prolongé au-delà des deux ans(23).

- Le dispositif intra-utérin hormonal :

Sera traité en-dessous, en parallèle avec celui au cuivre.

d) Le dispositif intra-utérin (DIU) :

- Le DIU au cuivre :

Il y a plusieurs dispositifs intra-utérins qui présentent une tige sur laquelle s'enroule un fil en cuivre ainsi que des bras latéraux flexibles, dont la disposition (en forme de T ou sphérique) peut varier. La surface en cuivre ainsi que les dimensions peuvent varier afin de s'adapter à la cavité utérine(17). Il y a aussi un fil de nylon, attaché à la base de la tige, qui permet de contrôler la présence de DIU et de le retirer(17). Il s'agit d'un dispositif radio-opaque qui permet une visualisation facile sur les radiographies et il est aussi visible sur les échographies.

Il peut être inséré en première partie du cycle, préférablement à la fin des règles pour faciliter la pose, mais aussi à partir de 48h et jusqu'à six semaines après une interruption volontaire de grossesse (IVG) et jusqu'à douze semaines après un accouchement(24). Il peut être utilisé aussi en tant que méthode contraceptive d'urgence, plus efficace que la pilule lorsqu'il est posé dans les cinq jours qui suivent l'ovulation(25). Il est recommandé d'effectuer un premier contrôle entre un et trois mois après la pose et annuellement par la suite jusqu'au retrait(24). Il a une durée d'action qui varie entre quatre et dix ans(17).

Il agit principalement grâce à l'effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes, inhibant la fécondation, mais aussi car il crée une inflammation de l'endomètre qui empêche la nidation(17).

Il y a plusieurs effets indésirables et risques associés à la pose de DIU, qui doivent être bien expliqués à la patiente avant comme un risque d'infection, cependant faible, notamment le

premier mois après la pose(26). On peut citer aussi l'expulsion avec un risque accru lors des trois premiers cycles après la pose ou si pose dans les 48 heures suivant une IVG ou un accouchement. D'autres risques sont le déplacement ou la perforation ainsi que, chez moins de 1% des femmes, la grossesse extra-utérine(26). Il est contre-indiqué en cas de tumeurs de l'utérus ou du col, grossesse ou suspicion de grossesse, IST et MST en cours, fausse couche ou IVG septique ainsi que dans le cas d'une maladie inflammatoire pelvienne(27).

- Le DIU au lévonorgestrel :

Il y a trois types en fonction du dosage hormonal : 13.2 mg, 19.5mg et 52 mg (20 microgrammes/24 heures). Tout comme le DIU en cuivre, il est composé d'une tige et de deux bras flexibles, attaché en bas à un fil de nylon. Il libère progressivement du lévonorgestrel, son mode d'action étant dû à l'opacification de la glaire cervicale ainsi qu'à l'atrophie de l'endomètre(28).

Les conditions et indications de pose sont similaires au DIU au cuivre. Exception fait l'indication de contraception d'urgence, pour laquelle le DIU hormonal n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM). En plus, le stérilet qui contient 52mg de lévonorgestrel est aussi indiqué lors des ménorragies fonctionnelles, lorsqu'une cause organique n'a pas été retenue(17).

Parmi les risques et les effets indésirables on compte ceux présentés pour le DIU en cuivre. Le stérilet hormonal augmente aussi le risque d'oligoménorrhée ou d'aménorrhée chez 57% et respectivement 16% des patientes suivies un an après la pose(26). Un surrisque de cancer du sein est supposé chez les femmes utilisant le stérilet, supposition qui se base sur le risque décelé chez les femmes utilisant une contraception oestro-progestative car les populations utilisant seulement des contraceptifs à base de progestatifs sont moins nombreuses et donc les résultats sont moins concluents(26).

e) Stérilisation à visée contraceptive:

- La stérilisation masculine:

La stérilisation masculine consiste à bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes au niveau du gland depuis les testicules, soit par occlusion soit par section du canal. Le chirurgien y accède grâce à une petite ouverture au niveau des bourses lors d'une intervention réalisée en ambulatoire, sous anesthésie locale(29).

L'effet de la vasectomie n'est pas immédiat car il faut compter entre 8 et 16 semaines et environ 20 éjaculations avant la réalisation d'un premier spermogramme(17). Il est donc indiqué d'associer un autre moyen contraceptif jusqu'à ce qu'une azoospermie soit objectivée(17).

Comme la stérilisation féminine, la vasectomie est considérée une contraception définitive. Cependant, il y a des techniques chirurgicales qui peuvent permettre de rétablir la perméabilité avec un taux de grossesse inférieur ou égal à 50% suite à ces interventions(17).

Il n'y a pas de complications à long terme et pas d'atteinte de la performance sexuelle. A court terme, on retrouve des hémorragies et des hématomes, des infections, des douleurs scrotales et un taux d'échec d'environ 1%(17).

- La stérilisation féminine:

Les techniques utilisées en France sont(17):

- des techniques de section ou de ligature tubaire : la technique la plus utilisée, celle de Pomeroy, implique la ligature et ensuite le sectionnement des trompes
- des techniques électriques

- des techniques d'obstruction par la mise en place d'un dispositif médical tel comme un anneau (anneaux de Yoon) ou un clip (Filshie ou Hulka-Clemens).

La stérilisation féminine peut se réaliser par laparotomie, culdoscopie ainsi que coelioscopie, cette dernière étant la voie d'abord la plus utilisée. Les techniques de stérilisation féminine ont une action immédiate et sont considérées comme irréversibles(17).

Il existe des complications à court terme, comme la perforation lors de l'électrocoagulation ainsi que les hématomes, les infections, les hémorragies liées à l'intervention chirurgicale(17). Parmi les complications à long terme, un risque de grossesse extra-utérine a été décrit mais pas de surrisque pour le cancer du sein, de l'endomètre ou du col et il y aurait même un effet protecteur contre le cancer de l'ovaire(17).

C) Contraception en France et ailleurs

Le baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) recense en 2010 une utilisation contraceptive chez 91 % des femmes françaises entre 15-19 ans(30). Dans des pays comme le Burkina Faso ou l'Irak, le taux est inférieur à 50%(31). Au Mali, le taux varie en fonction des régions, avec un maximum de 20% en zone urbaine et un minimum de 2% dans la région de Mopti(32).

Depuis 2010, on observe un changement discret dans l'utilisation des méthodes contraceptives en France, avec une augmentation de l'utilisation du dispositif intra-utérin ou de l'implant. Néanmoins, le "schéma contraceptif français" reste stable : utilisation du préservatif lors du début de la vie sexuelle qui sera remplacé, au moment d'une activité sexuelle régulière, par la pilule(33). Enfin, le dispositif intra-utérin, malgré son utilisation possible chez les femmes nullipares, est privilégié une fois atteint le nombre souhaité d'enfants(34). Cependant, on observe un taux d'utilisation du DIU qui a augmenté quatre fois depuis 2005(30).

A échelle mondiale, la méthode contraceptive la plus utilisée est la stérilisation, notamment la stérilisation féminine. Alors qu'en France il s'agit d'une méthode perçue comme étant de dernier recours, car seulement 5% des femmes ont opté pour ce choix, il y a des pays où elle est plus répandue. Il s'agit principalement du continent nord-américain, avec un pourcentage de 54% au Mexique et 43% aux Etats-Unis(31).

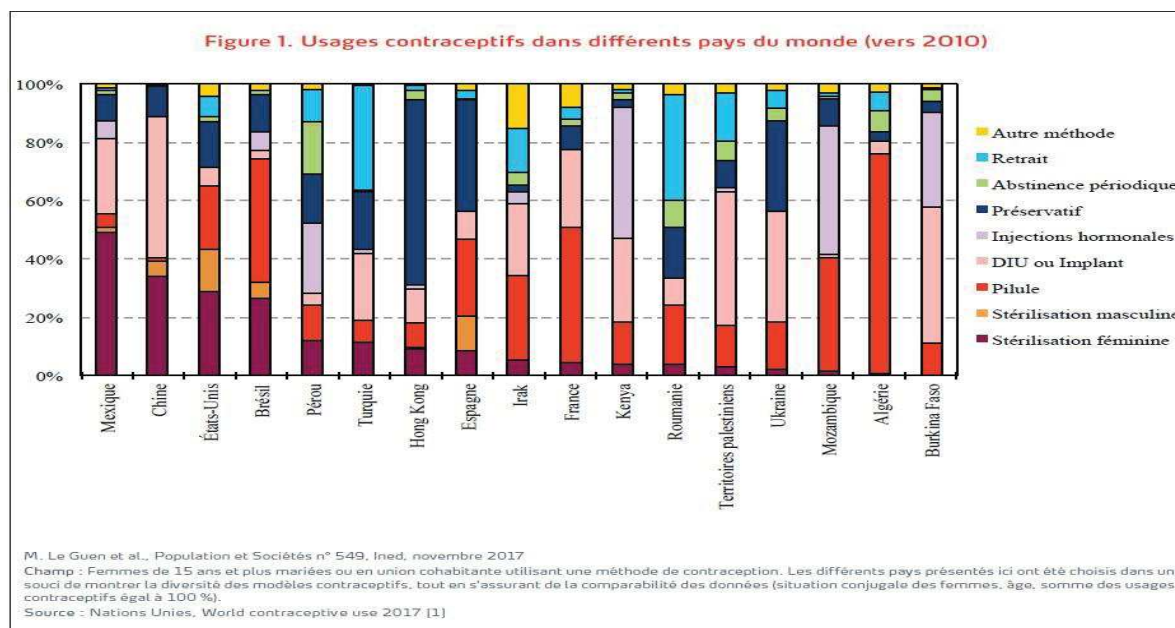


Figure 2 : Usages contraceptifs dans différents pays du monde(31)

L'implant est le moyen préféré par les femmes du Burkina Faso lorsqu'elles choisissent une contraception, avec une prépondérance de 45% alors qu'en Chine ou Palestine 48% et 46% des femmes respectivement choisissent le dispositif intra-utérin implantable(31). La pilule, employée par la majorité des françaises, des algériennes ou des brésiliennes, n'occupe pas une place privilégiée parmi les choix des femmes chinoises ou mexicaines, qui recourent, comme vu précédemment, à d'autres moyens contraceptifs(31). En ce qui concerne l'injection hormonale, peu employée en France, elle est utilisée par 45% des femmes au Kenya et Mozambique(31).

On peut déduire de ces chiffres qu'alors que les pays considérés comme "industrialisés" préfèrent des moyens contraceptifs réversibles et de courte durée, les autres pays optent pour des moyens durables et/ou irréversibles(34).

On peut parler aussi d'inégalités en termes d'accès à la contraception, qui varient géographiquement. En Afrique subsaharienne, on estime un pourcentage de 24% des femmes bénéficiant des services de planning familial contre 18% en Afrique du Nord, Amérique

Latine ou Asie. En Europe, le taux s'élève à environ 10%(34). Pour Mireille Le Guen, sociologue, "ces différences d'usages entre pays ne peuvent s'expliquer que par l'analyse des contextes historiques et sociaux qui ont accompagné le développement du recours à la contraception."(31)

2.2 Migration : une histoire

A) Migration : lexique

La migration comporte un champ sémantique et lexical vaste, à la hauteur de la complexité de ce sujet. Avant d'avancer dans l'analyse de la migration en France et de la place occupée par les femmes dans ce processus, il paraît important de rappeler quelques éléments-clés de ce vocabulaire.

Demandeur d'asile : "Personne sollicitant la protection internationale. Dans les pays appliquant des procédures d'examen individualisées, le demandeur d'asile est une personne dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel. Tout demandeur d'asile n'est pas nécessairement reconnu comme réfugié à l'issue du processus, mais tout réfugié a, dans un premier temps, été demandeur d'asile."
“(35)

Emigration : "Action de quitter son Etat de résidence pour s'installer dans un Etat étranger. Le droit international reconnaît à chacun le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et n'admet sa restriction que dans des circonstances exceptionnelles. Ce droit au départ ne s'accompagne d'aucun droit d'entrer sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat d'origine."
“(35)

Etranger : "Personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment).”(36)

Immigration : “Action de se rendre dans un Etat dont on ne possède pas la nationalité avec l’intention de s’y installer”(35)

Immigré : “Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l’Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l’étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l’étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. À l’inverse, certains immigrés ont pu devenir français, les autres restant étrangers. Les populations étrangère et immigrée ne se confondent pas totalement : un immigré n’est pas nécessairement étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d’immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s’il devient français par acquisition. C’est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l’origine géographique d’un immigré.”(36)

Migrant : “Au niveau international, il n’existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Ce terme s’applique habituellement lorsque la décision d’émigrer est prise librement par l’individu concerné, pour des raisons « de convenance personnelle » et sans intervention d’un facteur contraignant externe. Ce terme s’applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fins d’améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives ou celles de leur famille.”(35)

Migration : “Déplacement d’une personne ou d’un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées.”(35)

Réfugié : “Personne qui, craignant avec raison d’être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n’a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. ”(35)

B) Migrations au niveau mondial

Au niveau mondial, le nombre de migrants internationaux s'élevait à 281 millions en 2020 selon le World Migration Report 2020 publié par l'Organisation des Nations Unies (ONU)(37). Ces chiffres représentent 3.6% de la population mondiale. Cette même année, l'Europe et l'Asie accueillaient 61% de la population totale des migrants, avec 87 millions et 86 millions respectivement. L'Amérique du Nord représente 21% du total, suivie par l'Afrique avec 9%, l'Amérique Latine et les Caraïbes avec 5% et enfin l'Océanie avec 3%(38). Le classement change alors que l'on regarde le nombre de migrants rapporté à la population dans chaque région. C'est en Océanie où on retrouve la proportion la plus élevée avec 22%, puis en Amérique du Nord avec 16% et en Europe avec 12%.(38)

Alors que l'on remarque en même temps que l'augmentation des migrants internationaux une augmentation du nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile, le pourcentage n'arrive pas à dépasser 12% du nombre total de migrants internationaux(37). Nous allons nous concentrer pour la suite de ce travail sur les migrants internationaux même si le nombre de migrants internes est nettement plus important. On compte 740 millions de personnes qui se sont déplacés au sein de leur pays(38).

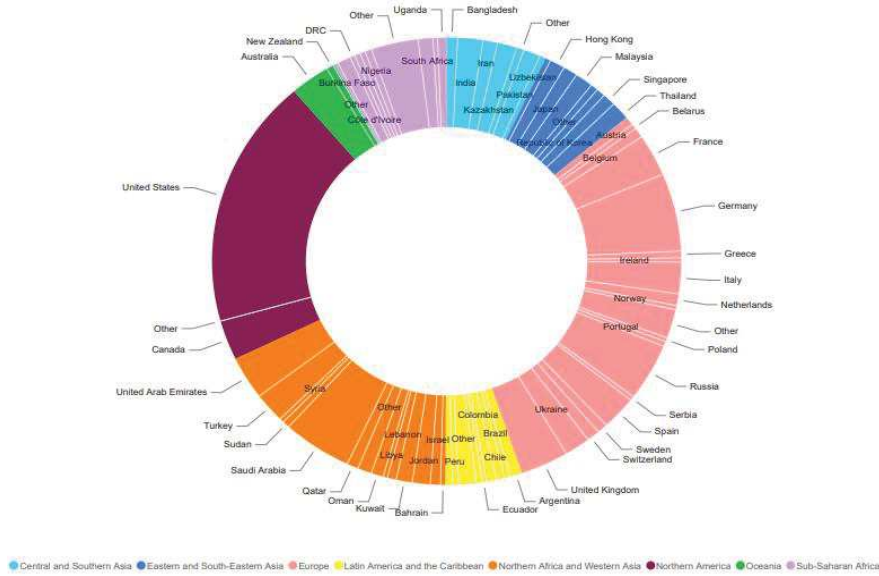


Figure 3 : Distribution proportionnelle des migrants internationaux en fonction de leur pays d'accueil(38)

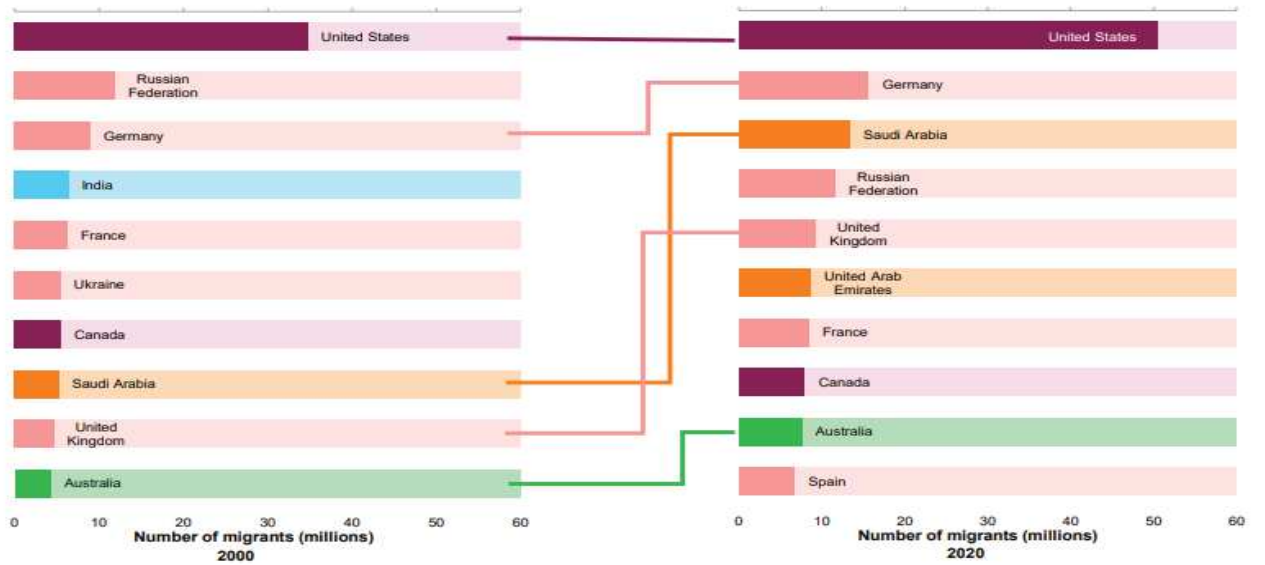


Figure 4 : Les dix pays ayant le plus grand nombre de migrants internationaux(38)

C) Migrations en France

Le mot migration et ses dérivés, immigration et émigration, ont commencé à avoir du sens après l'invention de l'Etat, bien que la mobilité et le nomadisme existaient bien avant, comme précisé par l'historien Gérard Noiriel(39). En France, on peut parler de trois grandes vagues d'immigration, chacune avec ses particularités et correspondant à des périodes de développement économique(39).

L'immigration en France commence réellement à partir de la fin du XIXème siècle, accélérée par les progrès de la révolution industrielle. Cette première vague a un caractère principalement frontalier avec des ouvriers qui arrivent pour travailler dans l'industrie de l'acier ou de la poudre explosive, afin de combler le déficit démographique français. C'est aussi cette période qui marque le début de la migration des populations venant des colonies comme le Maroc ou l'Algérie(40).

Vers 1911, lors d'une période de diminution de la natalité, la France compte environ 39.6 millions d'habitants, sans compter les territoires de l'Alsace et Moselle, annexés à l'Allemagne(41). En 1914, le nombre total d'étrangers est estimé à presque un million d'habitants avec 7% de la population de Paris constituée par des migrants(40). A la fin du XIXème siècle, l'ouverture des frontières était totale et les étrangers n'avaient pas besoin de passeport afin de pouvoir rentrer sur le territoire français(39).

La deuxième vague d'immigration commence lors de la Première Guerre Mondiale, quand le besoin de combattants étrangers est accru en France. Cette tendance va continuer pendant la période entre deux guerres avec l'arrivée des réfugiés politiques de diverses nationalités mais aussi des ouvriers venus prêter main forte dans les fabriques et dans les fermes(40). Cette deuxième vague se caractérise par une diversité des nationalités des migrants mais aussi par une forte mobilité. A la fin des années 1920, la France compte plus d'immigrants que les

Etats-Unis(39). L'immigration coloniale se poursuit mais avec un faible taux statistique. C'est à ce moment qu'une évolution des différentes mesures censées contrôler l'afflux des étrangers en France est observée, mesures sur lesquelles on reviendra lors du chapitre dédié.

Le régime de Vichy est marqué par une politique nationaliste, avec la création d'une commission de révision des naturalisations(42). Cette commission est justement une réponse à la politique précédente, considérée comme de "relâchement", avec notamment la loi sur la nationalité de 10 août 1927(42). Cette loi permettait aux étrangers de demander la nationalité française après trois ans sur le territoire contrairement aux dix ans auparavant. Parmi les mesures prises par le régime de Vichy à l'égard des étrangers, on peut mentionner la dénaturalisation des citoyens français indésirables, l'expulsion des réfugiés espagnols ou allemands, la déportation des juifs(43). D'un point de vue législatif, les dénaturalisations s'arrêtent le 24 mai 1944. Cependant, d'un point de vue administratif, les démarches à suivre restent compliquées car, par rapport à la dénaturalisation, les personnes concernées ne sont pas contactées automatiquement afin de rétablir leurs droits, ce qui se traduira par des nombreuses cartes d'identité non réclamées(42).

La troisième vague historique d'immigration a lieu lors des Trente Glorieuses, concomitante avec une période de reconstruction de l'Etat, qui favorise une migration plus durable(40). Cependant, progressivement on remarque une tendance à limiter l'immigration avec une fermeture des frontières vers le milieu des années 1970 et un arrêt de l'immigration motivée par le travail(44). Cela ne va pas arrêter le flux d'étrangers mais va engendrer un basculement avec une forte augmentation de la migration pour regroupement familial(40).

Aujourd'hui, on compte un paysage migratoire très varié avec des personnes originaires d'Amérique latine, d'Asie et d'Afrique. On constate aussi des nouveaux parcours migratoires

en provenance des pays tels comme la Chine ou le Pakistan mais aussi des pays de l'Europe de l'Est comme la Roumanie et la Bulgarie(44).

La fin du XXème siècle voit réapparaître dans le paysage public des débats concernant l'immigration, ayant lieu sur le fond d'une émergence dans la sphère politique d'un discours centré autour les « bons » et les « mauvais » immigrés, popularisé par le Front National. Comme en 1986 le Front National critique l'obtention automatique de la nationalité française des enfants nés des deux parents étrangers(45), la deuxième loi Pasqua, en 1993, répond à ce que le ministre considère comme étant une demande de ses électeurs. Cette loi va introduire la démarche volontaire de demande de nationalité de la part des enfants nés en France de parents étrangers, entre l'âge de 16 et 21 ans, à la place d'une obtention automatique de celle-ci. Par ailleurs, elle allonge les délais de naturalisations acquises suite aux mariages entre un français et un étranger de un an à deux ans(46). En 1998, il y a un nouveau changement qui rétablit la possibilité de l'acquisition de la nationalité française par les enfants nés sur le territoire et y ayant habité depuis au moins cinq ans, sous demande à partir de l'âge de 13 ans(47).

Avec la politique de Nicolas Sarkozy, centrée sur l'immigration « choisie » et pas sur l'immigration « subie », on voit la création des quotas de migration, censés favoriser l'arrivée des personnes qui pourraient travailler dans des domaines considérés comme étant en tension. Le gouvernement devra ainsi fixer des grandes lignes et des chiffres prévisionnels pour les séjours aux fins d'emploi, d'études ou de regroupement familial(48). La loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration conditionne la délivrance d'une carte de résident de dix ans à « une intégration effective dans la société française » et rend aussi obligatoire le contrat d'accueil et d'intégration(49). Suite à ce contrat, tout étranger qui se voit accepter une carte de séjour en France se doit de suivre une formation civique, avec une présentation des institutions et des valeurs de la République et aussi une formation

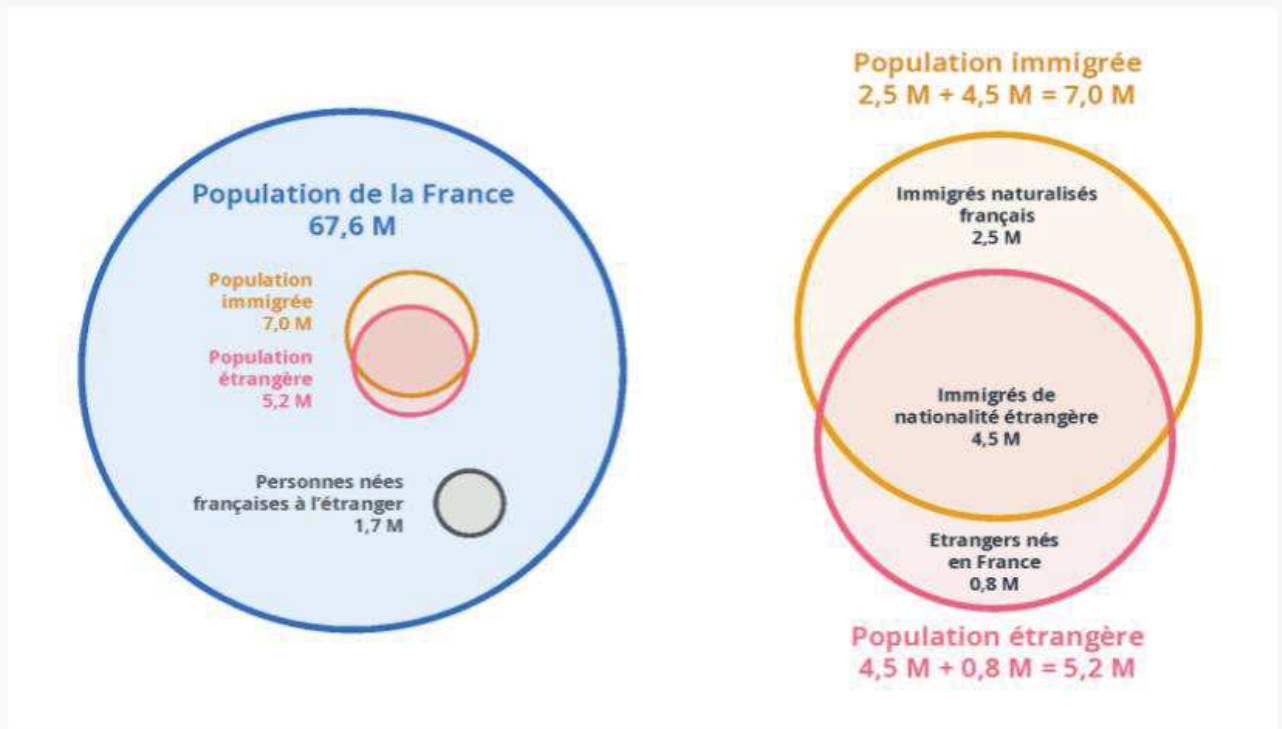
linguistique, si nécessaire. La délivrance de la carte de résident sera ainsi conditionnée par « l'intégration républicaine de l'étranger dans la société française, appréciée en particulier au regard de son engagement personnel à respecter les principes qui régissent la République française, du respect effectif de ces principes et de sa connaissance suffisante de la langue française »(48).

Ces dispositions seront renforcées par la loi du 16 juin 2011, dite « la loi Besson » qui insiste sur « l'assimilation linguistique et culturelle des étrangers postulant à la nationalité française »(47). Elle met aussi en place trois directives européennes, une concernant les conditions d'entrée et de séjour sur le territoire français des immigrants hautement qualifiés, une sur les sanctions contre les employeurs des personnes en situation irrégulière et une sur les conditions de retour de ces derniers(49). Dans le contexte des crises économiques de 2008 et le printemps arabe en 2011, la loi de 2011 finit par arrêter le mouvement « d'immigration choisie ».

Le plus récemment au niveau législatif en ce qui concerne le droit des étrangers et des migrants, on compte la réforme du droit d'asile précisée dans la Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 qui permet de raccourcir les délais d'obtention du droit d'asile(49).

En 2021 en France, d'après l'INSEE (l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) on compte 7 millions d'immigrés et 5.2 millions d'étrangers soit 10.3% et 7.7% de la population française, respectivement(36).

Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2021



Note : données provisoires, issues d'estimations avancées de la population.

Lecture : en 2021, 4 454 000 immigrés de nationalité étrangère vivent en France.

Champ : France.

Source : Insee, estimations de population.

Figure 5 : Décomposition de la population vivant en France selon le lieu de naissance et la nationalité en 2021(36)

En ce qui concerne les origines des immigrés, 47.5% sont nés en Afrique, notamment en Algérie (12.7%), au Maroc (12%) et en Tunisie (4.5%) et 32.2% en Europe avec le Portugal (8.6%) et l'Espagne (3.5%)(36).

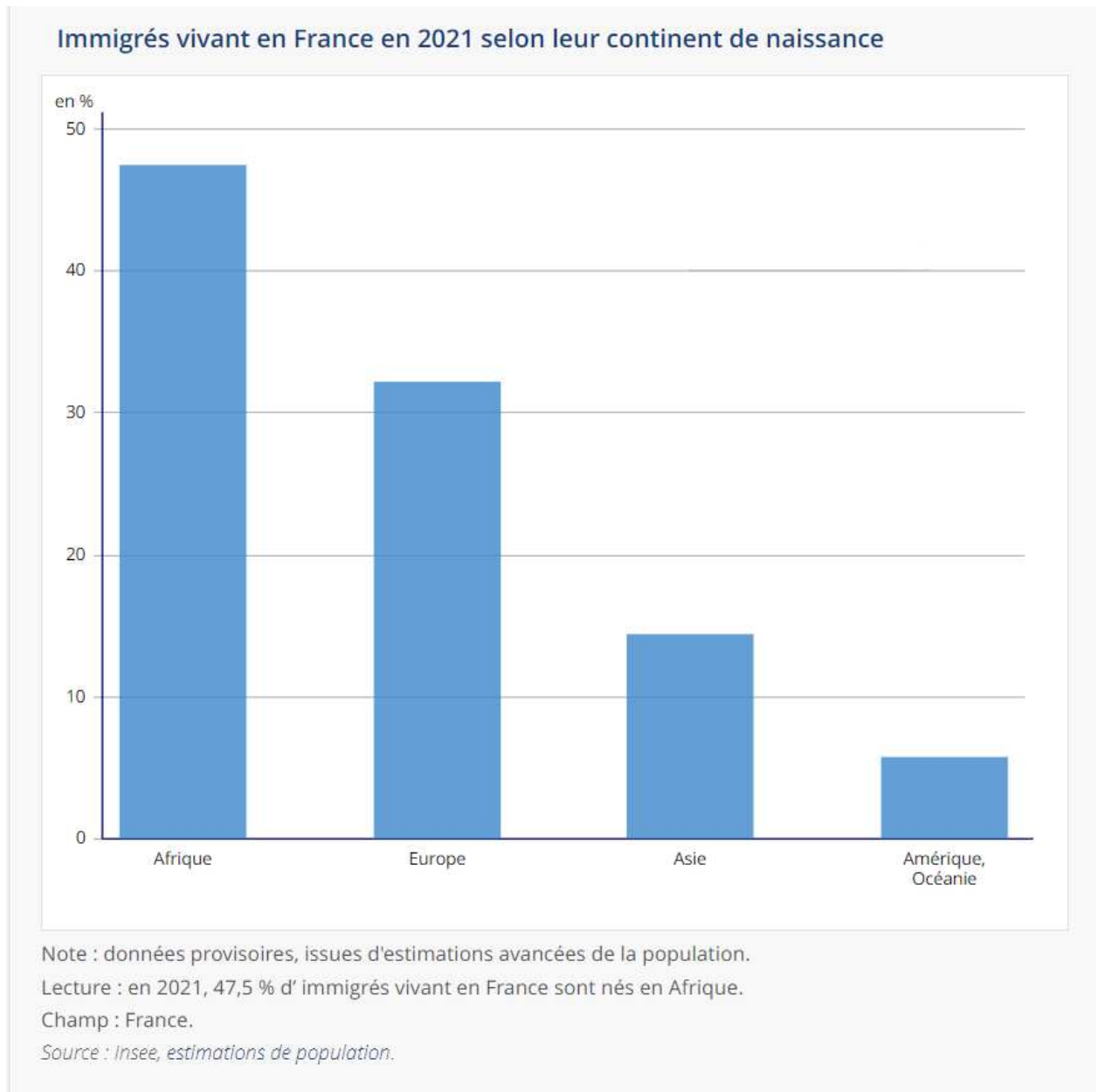


Figure 6 : Immigrés vivant en France selon leur continent de naissance(36)

D) Femmes et migrations

Les femmes ont toujours fait partie du phénomène migratoire, qu'il s'agisse des femmes seules ou célibataires, en couple ou avec des enfants. Cependant, leur participation et leur présence n'ont été que récemment discutées dans les travaux des sciences sociales(50). Il faut attendre les années 1980 pour trouver des références sur les femmes migrantes dans la littérature, littérature qui commence enfin à les considérer comme des actrices à part entière de la migration(50).

Les femmes se retrouvent donc à migrer aussi seules et pas uniquement dans le but d'un regroupement familial. Parfois elles peuvent même être celles qui initient cette migration. Elles peuvent aussi migrer pour des raisons liées au travail ou à leurs études mais aussi de manière clandestine ou en tant que demandeuses d'asile, afin de quitter une société en guerre ou patriarcale : « elles développent toutes des parcours migratoires en affirmant leur identité professionnelle dans des stratégies élaborées de projets personnels, d'émancipation sociale, culturelle et économique »(50).

Alors que jusque dans les années 1970 on comptait une prédominance masculine dans le flux migratoire, due à la nécessité d'avoir de la main-d'œuvre dans la période après-guerre, au milieu des années 1970 on freine ce type de migration, ce qui voit une augmentation du regroupement familial. A partir de cette date, la proportion des femmes ne cesse d'augmenter, qu'il s'agisse d'une immigration familiale ou pas. Contrairement à 1975, où les femmes représentaient 44% de la population immigrée, en 2021 on compte 52%. Aujourd'hui, la migration féminine devient donc majoritaire(36).



Figure 7 : Population immigrée en France par sexe(36)

2. Objectifs de l'étude

Cette thèse a comme objectif la réalisation d'un état des lieux de la littérature sur le sujet de la contraception et ses déterminants chez les femmes migrantes primo-arrivantes en France, afin de pouvoir mieux accompagner les professionnels de santé dans leur prise en charge de ces patientes, mais aussi afin de pouvoir répondre aux besoins et attentes spécifiques de cette population.

Cette étude va ainsi s'intéresser aux déterminants qui pourraient agir dans les choix contraceptifs des femmes migrantes :

- Les connaissances des méthodes contraceptives des femmes migrantes
- L'utilisation des certaines méthodes contraceptives dans la population générale versus dans la population des femmes migrantes
- Le rôle des médecins et des professionnels de santé dans le choix contraceptif
- Le rôle de l'interprétariat dans la décision contraceptive
- L'impact du partenaire et de la famille dans l'attitude des femmes concernant les moyens contraceptifs
- L'influence de la religion dans l'adoption des pratiques contraceptives

3. Matériels et méthodes

Cette revue systématique de littérature a été réalisée en respectant les critères PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ainsi qu'en suivant les lignes directrices telles que présentées dans « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions » aussi que les recommandations de l'article de Zaugg V. et al. « Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques ».

a. La question de recherche

Cette revue de littérature porte sur les déterminants des choix contraceptifs des femmes migrantes primo-arrivantes en France, thématique qui constitue ma question de recherche.

b. Base de données et équations de recherche

Afin de réaliser cette revue de littérature, des recherches ont été réalisées dans les bases de données nationales du *Système Universitaire de Documentation* (SUDoc), du site internet *Littérature Scientifique en Santé* (LiSSa) ainsi que du *Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française* (CISMeF). Les bases de données internationales consultées ont été PubMed et Science Direct ainsi que Google Scholar pour la littérature grise. Les sites francophones Cairn et Persee ont été consultés afin d'approfondir le point de vue sociologique.

Les équations de recherche ont été adaptées en fonction de chaque site et base de données consultés, en concertation avec les bibliothécaires du service des bibliothèques de la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg.

Le SUDoc a été interrogé selon les deux équations suivantes :

**migrant (Mots du titre) OU immigrant (Mots du titre) ET contracept* (Tous les mots)
ET france (Tous les mots)**

**migrant (Mots sujet) ET immigrant (Mots du titre) ET contracept* (Tous les mots) ET
france (Tous les mots)**

La base de données LiSSa a été interrogée avec l'équation de recherche :

**((migrant.tl) OU (migrant.mc) OU (immigrant.tl) OU (immigrant.mc)) ET
((contracept*.tl) OU (contracept*.mc)) ET ((france.tl) OU (france.mc))**

Les deux équations de recherche utilisées pour le CISMeF ont été :

**((population de passage et migrants.ti) OU (population de passage et migrants.mc) OU
(émigrants et immigrants.ti) OU (émigrants et immigrants.mc)) ET ((contraceptifs.ti)
OU (contraceptifs.mc) OU (contraception.ti) OU (contraception.mc)) ET ((France.ti)
OU (France.mc))**

france.tc ET migrant.tc ET contracept.tc

Pour PubMed deux équations de recherche ont également été utilisées :

**((migrant[MeSH Terms]) OR (immigrant[MeSH Terms])) AND ((contraception[MeSH
Terms]) OR (contraceptive[MeSH Terms])) AND (france[MeSH Terms])**

((migrant) OR (immigrant)) AND (contraception) AND (france)

Google Scholar a été interrogé avec l'équation de recherche :

contraception migrant france

ScienceDirect a été interrogé avec l'équation de recherche :

contraception migrant france

L'équation de recherche suivante a été utilisée pour le site Cairn :

contraception migrant france

L'équation de recherche utilisée pour le site Persee a été :

contraception migrant france

c. Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité sont divisés en deux grandes parties, les critères d'inclusion et les critères d'exclusion.

Les critères d'inclusion

Les études recherchées devaient être rédigées en français ou en anglais, en fonction du moteur de recherche utilisé.

J'ai inclu des articles ainsi que des thèses et des livres ayant répondu aux équations de recherche.

Les critères d'exclusion

Les documents, que ce soient des articles, des thèses ou des livres, devaient être disponibles pour la lecture, soit en ligne soit auprès des bibliothèques universitaires de Strasbourg. Ainsi, tous les documents non accessibles ont été exclus.

Le titre et le résumé devaient être en lien avec le sujet de thèse ou contenir les mots-clés comme définies par les équations de recherche, les documents qui portaient uniquement sur des sujets annexes, tels comme les pathologies des patients migrants sans discuter la

contraception ont été exclus. De même, tout article qui étudiait une population migrante qui ne résidait pas en France a été également exclu.

d. Recherche et sélection des études

Les études ont été sélectionnées après recherche dans les bases de données mentionnées ci-dessus. La sélection des études s'est faite en trois parties, d'abord en fonction du titre ensuite après lecture du résumé et enfin après lecture du document dans son entièreté. La première sélection a été réalisée par Daria Gheorghe, la thésarde et une deuxième sélection a été réalisée par Dr. Claire Dumas, la directrice de thèse, afin de diminuer les risques de biais inhérents à la sélection des études.

e. Analyse de la qualité des études

Après avoir sélectionné les études qui seraient incluses dans la revue de littérature, celles-ci ont été évaluées individuellement grâce à des outils d'évaluation selon le type de document à analyser : STROBE (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*) pour les études observationnelles, SANRA (*Scale for the quality Assessment of Narrative Review Articles*) pour les revues narratives de littérature et COREQ (*COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research*) pour les études qualitatives. Après réalisation de chaque check-list afférente à chaque type d'article, un score a été réalisé. Pour des raisons d'homogénéisation, ces scores ont été transformés en pourcentages.

4. Résultats

A) L'identification des articles à analyser

Le nombre d'articles identifiés lors des différentes recherches dans les bases de données s'élève à un total de 238, repartis de la manière suivante : SUDoc - 7, LiSSA – 46, CISMef – 36, PubMed – 23, Google Scholar – 66, Science Direct – 11, Cairn – 15, Persee – 34.

La mise en page des articles en Excel a permis l'identification et l'élimination de 27 doublons. Ces doublons étaient représentés soit par un article identique retrouvé sur deux moteurs de recherche différents soit par le même article en français et sa traduction en anglais.

Un nombre de 211 articles a été analysé en fonction du titre avec une exclusion de 94 articles. Parmi les articles exclus, 61 étaient hors sujet de recherche comme l'article « *Adoption et portage chronique du virus B* ». 24 traitaient le sujet de manière incomplète, comme dans « *Ces corps qui ne comptent pas : les musulmanes voilées en France et au Royaume-Uni* » qui traite sur le sujet des femmes migrantes en France mais sans aborder la contraception. 9 articles identifiés ne respectaient pas tous les critères de recherches requis comme « *Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada* », étude qui n'a pas été réalisée en France alors que cela faisait partie des mots-clés dans les équations de recherche utilisées.

Parmi les 117 articles à analyser en fonction du résumé, 5 articles ont été exclus car le résumé n'était pas disponible et 76 articles ont été exclus car le résumé ne répondait pas complètement aux critères de recherche préalablement établis comme « *La contraception en*

France : un bilan après 30 ans de libéralisation » qui analyse le comportement contraceptif mais uniquement des femmes françaises.

37 articles ont été analysés en fonction de leur contenu. Parmi les 37, 3 articles étaient indisponibles pour la lecture en totalité et 11 articles ont été exclus comme « *A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women* » qui traite de la contraception chez les femmes migrantes mais malgré avoir utilisé « France » dans les mots-clés pour leur recherche d'articles, ne retrouve finalement aucun résultat concernant les femmes migrantes en France.

Au total, 23 articles ont été inclus dans la réalisation de cette revue narrative de littérature.

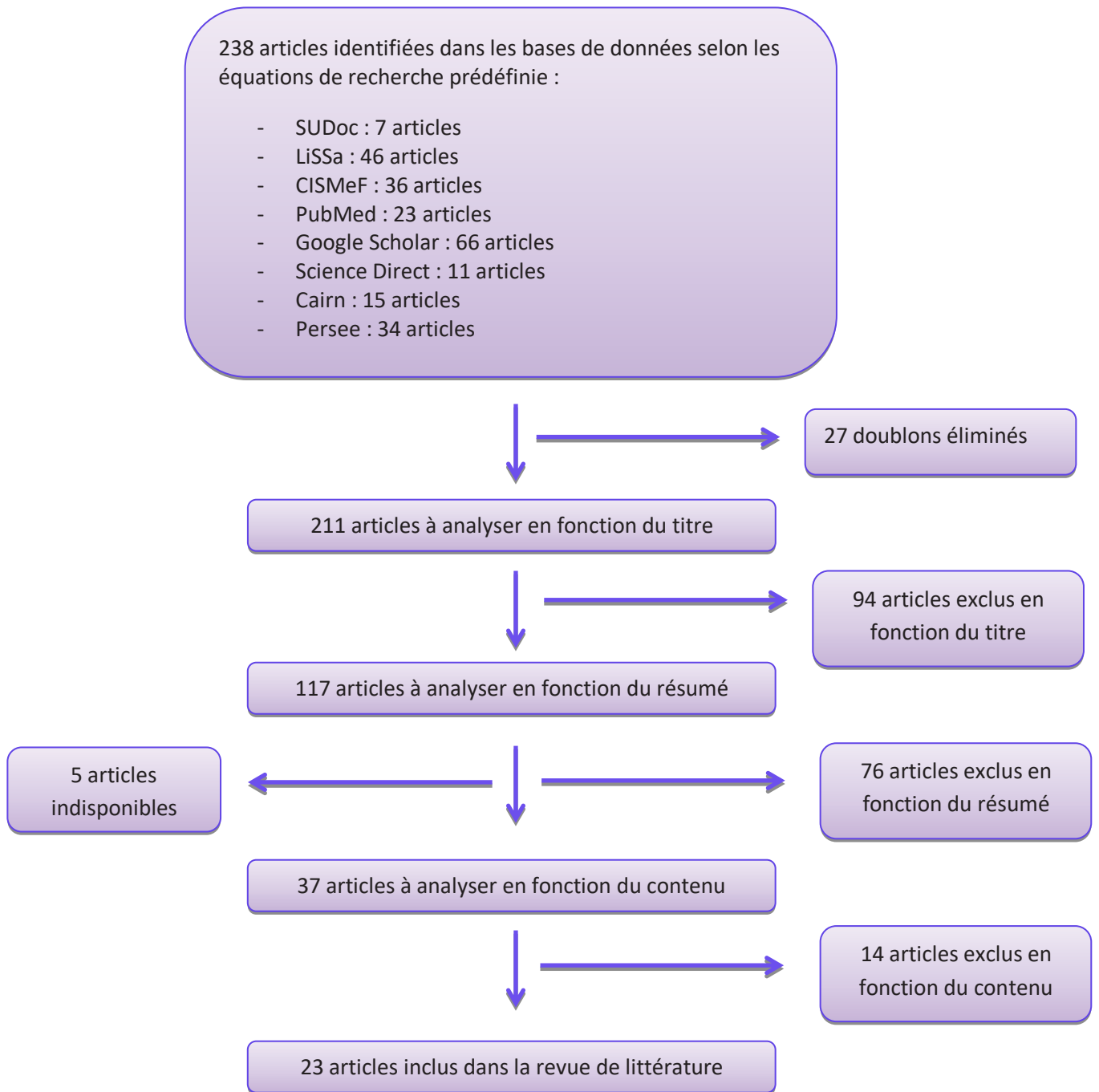


Figure 8 : Diagramme de flux de la revue systématique de littérature

B) Résultats de chaque étude

Les 23 articles sélectionnés sont présentés ci-dessous et seront détaillés à la fin de ce tableau :

Auteur	Titre de l'article	Date de publication	Type d'étude	Objectif de étude	Conclusions	Qualité de l'étude
Anne Genereux	<i>"A review of migration and fertility theory through the lens of African immigrant fertility in France"</i>	Février 2007	Etude transversale descriptive	Comparer quatre pays avec des typologies démographiques différentes : traditionnelle (Mali), classique (Sénégal), perturbée par le SIDA (Cameroun) et perturbée par la guerre (Rwanda) et évaluer les théories de la fertilité et de la migration afin de pouvoir comprendre l'impact de la migration sur la fertilité.	"Les femmes immigrantes ressentent d'une part une pression d'avoir des enfants, venant de leurs maris et de leurs familles. De l'autre part, elles ressentent la pression d'utiliser une contraception de la part des professionnels de santé avec qui elles interagissent. La contraception devient donc centrale dans les conflits maritaux car les hommes craignent d'avoir moins de contrôle sur la fertilité de leurs femmes."	STROBE 68%
Mireille Le Guen	<i>"Cinquante ans de contraception légale en France"</i>	Novembre 2017	Revue narrative de littérature	Comparer les habitudes contraceptives en France à celles observées ailleurs dans le monde.	"La contraception orale reste le premier moyen de contraception utilisé par les femmes nées en France mais ce n'est pas le cas des migrantes nées en Afrique subsaharienne, qui ont davantage recours à l'implant."	SANRA 83.33%
Henri Leridon	<i>"Contraception : les femmes entre médecins et maris"</i>	Septembre 2004	Etude qualitative	S'intéresser aux utilisatrices de contraception hormonale injectable	"C'est souvent après des parcours contraceptifs compliqués et après avoir envisagé une stérilisation que les médecins orientent les femmes vers les contraceptifs injectables, à la fois une méthode moins astreignante que la pilule, plus discrète (quand le mari n'est pas favorable) et réversible dans un délai raisonnable."	COREQ 34.37%

Bernard Blanc	“ <i>Contraception in North-African immigrants</i> ”	Mai 1982	Etude transversale descriptive	Etudier l'utilisation de la contraception chez la femme originaire du nord de l'Afrique ayant émigrée en France.	“La contraception orale est utilisée dans 60% des cas mais le taux d'utilisation à long terme est très bas. L'utilisation d'un DIU a augmenté de 20% à 52% ce qui en fait le moyen contraceptif le plus utilisé à long terme. 12% des femmes choisissent une contraception injectable. Seulement 6 femmes ont choisi la ligature des trompes même si cela avait été conseillée à plus de 12 patientes. La contraception mécanique n'est pas prise en compte par ce groupe de femmes qui adoptent une attitude plus traditionaliste envers la contraception.”	STROBE 31.81%
Catherine Poncet	“Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status”	Décembre 2013	Etude qualitative	Etudier les liens entre le statut socioéconomique et le choix d'une méthode contraceptive parmi les femmes immigrantes de première et deuxième génération.	“Les femmes (tous groupes confondus) utilisent surtout la CO ensuite le DIU puis le préservatif. Plus de 60% des migrantes de deuxième génération utilisent la pilule comme unique contraceptif et elles sont aussi plus nombreuses à utiliser d'autres méthodes, y compris non médicales, comme le retrait. Les femmes migrantes avec un niveau plus bas d'études ou sans emploi sont jusqu'à trois fois moins enclines à utiliser un DIU (surtout de deuxième génération) et sont jusqu'à 30% moins nombreuses à utiliser une contraception alors qu'il n'y a pas de corrélation avec le statut socio-économique chez les non-immigrantes. Environ 23% des non-immigrantes utilisent le DIU, plus que les migrantes de première et deuxième génération et celles sans éducation formelle utilisaient la CO quatre fois plus que celles avec un diplôme de baccalauréat.”	COREQ 46.87%

Hélène Brétin	<i>“Contraceptive Prescribing Practices of Family Planning Centers in Ile-de-France”</i>	Janvier 1991	Etude transversale descriptive	Etudier la prescription et l'utilisation des moyens contraceptifs en Ile-de-France.	“Les femmes auxquelles on a prescrit la pilule étaient jeunes, célibataires et avaient un niveau d'études plus élevé. La majorité des femmes chez qui on avait prescrit des DIU ou des injectables étaient mariées et vivaient avec leur partenaire. La plupart étaient des femmes au foyer ou travaillaient dans le secteur des services. Une proportion plus élevée de ces femmes n'avait pas de couverture sociale (10% comparé à 5% pour les utilisatrices de pilule et 3% de DIU) et habitait dans un foyer avec plus de cinq personnes. Même si la CO est la première méthode contraceptive utilisée par les françaises, elle est moins prescrite chez les femmes originaires d'Afrique du Nord et saharienne. Les immigrants de première génération de ces groupes utilisent la contraception plus tard et après plusieurs grossesses. Le DIU était plus prescrit dans cette population que chez les françaises. Les injectables étaient utilisés moins souvent que la pilule et le DIU avec des différences concernant la nationalité des femmes qui utilisent une contraception injectable.”	STROBE 86.36%
----------------------	--	--------------	--------------------------------	---	---	------------------

Carolyn Sargent	“ <i>Contraceptive secrets: body battles among North and West African migrants in Paris</i> ”	Mai 2012	Etude qualitative	Explorer comment les migrants en France, notamment originaires de la vallée du Sénégal et de l’Afrique du Nord, négocient leur contraception.	<p>“70% des femmes participant à l’étude entre 2000 et 2005 ont utilisé une contraception sans que leur partenaire soit au courant. La plupart prenait la pilule et une minorité avait utilisé soit le DIU soit les injectables à un moment donné ; quelques-unes utilisaient l’allaitement qui est considéré comme efficace afin d’espacer les grossesses. Elles apprécient la possibilité d’une utilisation des contraceptives en secret, soit avec la méthode injectable soit avec l’implant. L’utilisation de la pilule est plus difficile : en post-partum, les horaires stricts et le risque d’oubli peuvent se traduire par un échec de contraception. En plus, la pilule est devenue tellement connue que si une femme ne tombe pas enceinte dans l’année suivant l’accouchement, son mari peut chercher la boîte de CO. En effet, en traduisant le mot contraception, beaucoup d’interprètes utilisent le mot <i>pilule</i>.</p> <p>L’injection a l’avantage d’être invisible mais l’utilisateur n’a plus de contrôle sur ce moyen. De même, l’implant offre une contraception sur le long terme mais avec des effets indésirables (spotting). Les décisions de prescrire la pilule sans explication, les injections comme dernier recours pour les migrantes non intégrées et plus récemment, l’encouragement pour utiliser l’implant, ne sont pas tellement basés sur des critères médicaux mais sur des représentations professionnelles et institutionnelles de genre, ethnicité et milieu social des femmes migrantes d’Afrique”</p>	COREQ 40.62% COREQ 43.75%
------------------------	---	----------	-------------------	---	--	------------------------------------

Carolyn Sargent	<i>“Counseling Contraception for Malian Migrants in Paris: Global, State, and Personal Politics”</i>	Juin 2005	Etude qualitative	Déterminer comment les facteurs personnels, étatiques et internationaux s’articulent afin de modeler les stratégies reproductives et les relations dans la population migrante venant de Mali.	“L’utilisation des contraceptives par les migrantes originaires de Mali en France s’approche plus des habitudes des femmes françaises que de celles de Mali. En 2000, parmi 78 femmes interviewées, 70% disent avoir utilisé au moins une fois une contraception, principalement la pilule (90%). Ce taux d’utilisation est étonnant comparé au Mali où seulement 16% des femmes ont déjà utilisé une méthode contraceptive. Parmi les 176 femmes du groupe étudié entre 1998 et 2002, 91% étaient familiarisées avec certaines formes de contraception : 40% ont appris sur la contraception en Afrique et 60% en France. Celles qui ont eu leurs premières informations en Afrique avaient pour la plupart entendu des amies parler de la pilule alors qu’en France les femmes recevaient ces informations dans un contexte hospitalier (61%) ou dans une PMI (9%). A la question si elles ont senti de la pression pour utiliser un contraceptif, 50% ont dit que personne ne les a encouragées mais qu’on leur en avait parlé de la pilule après l’accouchement et qu’on leur avait proposé une prescription. 35% ont été conseillées par une sage-femme, 5% par un médecin et 8% ont pris seules cette décision. “	COREQ 53.125%
------------------------	--	-----------	-------------------	--	---	------------------

Joanna Arousell	<i>“Culture and religious beliefs in relation to reproductive health”</i>	Avril 2015	Revue narrative de littérature	Montrer que les connaissances des musulmans pratiquants concernant la santé sexuelle sont limitées, dû à un manque de guides pratiques concernant la santé sexuelle et reproductive adressés aux musulmans.	“La pratique religieuse régulière est associée à un début plus tardif des relations sexuelles mais en même temps à une moindre utilisation des contraceptifs. Le contrôle exercé par la famille et les amis, particulièrement présent pour les femmes, pourrait même agir comme une barrière contre les mesures de contraception ce qui se traduit par plus de risques parmi les générations plus jeunes de musulmans pratiquants. “	SANRA 66.66%
Charlotte Imbert	<i>“Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom”</i>	Avril 2013	Etude qualitative	Elaborer un projet d'éducation à la santé reproductive et sexuelle destiné aux femmes roms et saisir le rapport culturel spécifique à la santé, à la sexualité et à la reproduction de cette population.	“1/10 femmes bénéficie d'un moyen contraceptif et d'un suivi de grossesse. Il existe une méconnaissance des moyens contraceptifs ainsi qu'une méfiance et une crainte des effets indésirables. Il y a une valorisation du retrait, perçu comme un signe d'attention de leur mari. Le recours aux contraceptifs est mal vu aussi à cause des interdits religieux sur la contraception et l'avortement, générateurs de culpabilité mais peuvent être envisagées une fois que le couple a pu avoir des enfants. “	COREQ 65.62%
Nasima Moujoud	<i>“Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires”</i>	Janvier 2008	Revue narrative de littérature	Etablir si la migration représente ou non un “progrès” pour les femmes migrantes	“L'usage de la contraception et la baisse de la fécondité sont considérés comme de nouveaux comportements liés à l'immigration. Cependant, il ne faut pas seulement opposer la société de départ et la société d'arrivée mais aussi d'interroger comment les migrantes défavorisées de diverses origines géographiques partagent entre elles et avec des femmes autochtones des conditions concrètes d'exploitation et de domination et éventuellement des formes de luttes. “	SANRA 50%

Emma Begland	<i>“Évaluation d'une stratégie de dépistage multiple, en médecine de premier recours, chez la population migrante primo-arrivante à Marseille. Étude quantitative auprès des patients consultant à la PASS”</i>	Avril 2018	Etude transversale descriptive	Evaluer un protocole de dépistage complet, en vue de standardiser la prise en charge de la population migrante en médecine de premier recours afin de proposer un bilan de santé rapide et pertinent réalisable à partir du cabinet de médecine générale et ainsi d'homogénéiser les pratiques en France	“Parmi 33 femmes, seulement 7 disposaient d'un moyen de contraception : 6 femmes utilisaient le préservatif et une femme le DIU hormonal. Les européennes étaient majoritaires, avec 5 femmes sur les 7 totales. Aucune femme africaine n'utilisait de contraceptif. De nombreuses femmes se sont montrées enthousiastes à la découverte des méthodes existantes, explicitées sur la brochure <i>“Choisir sa contraception”</i> ”	STROBE 54.54%
Manuel Carballo	<i>“Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women”</i>	Mai 2006	Revue narrative de littérature	Avec les tendances de migrations qui sont devenues de plus en plus complexes ces dernières 40 années, le nombre de femmes migrantes a aussi augmenté. Elles constituent actuellement presque la moitié de la population migratoire avec une grande majorité ayant émigré vers des pays industrialisés. C'est pour cela qu'il y a une nécessité, plus que jamais, de documenter et collecter des données liées à l'expérience migratoire féminine.	“Les femmes migrantes n'ont pas, pour la plupart, connaissance des services de planning familial dans les pays d'accueil et elles consultent moins que les femmes originaires de ces pays. La prise de décision concernant les problématiques de planning familial, y compris la contraception, est influencée par des facteurs culturels et dans beaucoup de cas les femmes appréhendent la réaction des membres de leurs familles s'ils apprenaient qu'elles allaient dans des services de PMI. Des quiproquos sur l'impact de la contraception ont souvent lieu surtout quand il n'y a pas d'accès à un interprète ou quand l'interprétariat est réalisé par quelqu'un de leur communauté.”	SANRA 50%
Elena Ambrosetti	<i>“Femmes, rapports de genre et dynamiques migratoires”</i>	Janvier 2008	Revue narrative de littérature	Passer en revue les avancées dans différentes disciplines	“Les connaissances et l'usage de la contraception sont plus répandus chez les femmes migrantes que chez leurs compatriotes restées dans le pays d'origine.”	SANRA 50%

Henri Leridon	<i>“La diffusion des méthodes modernes de contraception : une étude dans une consultation hospitalière”</i>	Octobre 1977	Etude transversale descriptive	Dans certains départements d'obstétrique et de gynécologie des hôpitaux publics existent des consultations spécialisées de contraception, dont le présent article tente d'analyser le rôle.	“L'utilisation de moyens contraceptifs est légèrement plus importante chez les étrangères que chez les françaises (89,8 % contre 83,7 %). Sur le long terme, les méthodes plus efficaces (pilule et stérilet) sont plus utilisées par les françaises que par les étrangères (77,3 % contre 71,8 %) même s'il existe une différence significative dans la prescription de contraceptifs en fonction de la nationalité : le stérilet est prescrit deux fois plus souvent aux étrangères qu'aux françaises. Il y a un taux de continuité plus élevé pour le stérilet (78,6 %) que pour la pilule (67,5 %), ce qui pourrait s'expliquer par des raisons de commodité, quelle que soit la nationalité.”	STROBE 63.63%
--------------------------	---	-----------------	--------------------------------------	---	--	------------------

Elise Marsicano	<i>“Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrants et des d’Afrique subsaharienne vivant en France”</i>	Novembre 2012	Synthèse d’étude qualitative	Mobiliser une approche sociologique de la sexualité conduit à étudier les processus qui structurent les pratiques sexuelles et préventives des migrantes.	<p>“Parmi les migrantes qui ont commencé leur vie sexuelle avant 1980, seules 7 % des femmes déclarent avoir utilisé une protection. Parmi celles dont le premier rapport sexuel s’est déroulé après 2000, ces pourcentages atteignent 58 %. En revanche, l’utilisation du préservatif ne s’accompagne que rarement de l’utilisation d’une autre méthode contraceptive : la double utilisation ne concerne que 7 % des femmes qui ont commencé leur vie sexuelle après 2000. L’utilisation d’une méthode autre que le préservatif est peu fréquente (5 % après 2000), proportion beaucoup moins élevée que parmi les femmes françaises du même âge (35 % des femmes et 18 % des hommes). Cette faible prévalence contraceptive peut également traduire un manque d’information sur la contraception, ainsi que des difficultés. Cela peut être lié à l’absence de légitimité de la sexualité des jeunes, saillante dans certains milieux sociaux. Enfin, on ne peut exclure l’hypothèse que certains de ces premiers rapports sexuels aient eu lieu dans le cadre du mariage. La faible prévalence contraceptive et préventive ne doit pas être analysée sous le prisme des besoins non satisfaits en termes de contraception car peut aussi traduire l’absence d’utilité de la contraception lorsqu’une grossesse est recherchée.”</p>	COREQ 68.78%
------------------------	--	---------------	------------------------------	---	---	--------------

François Bourdillon	“La santé des populations d'origine étrangère en France”	Novembre 1991	Revue narrative de littérature	Une partie de la population d'origine étrangère appartient aux groupes défavorisés, cette population pose par ailleurs des problèmes particuliers qui évoluent avec le profil de la migration elle-même. Il nous paraît utile de refaire le point sur la santé de cette population.	“51% des femmes maghrébines et 49% des européennes utilisent une contraception contre 69% des françaises. La proportion de femmes de nationalité étrangère utilisant soit la pilule soit le stérilet (34%) est beaucoup plus faible que chez les françaises (54%)”	SANRA 66.66%
Henriette Dahan Kalev	<i>“Liberté, Égalité, Islamité: Coping strategies of female immigrants from the Maghreb in France”</i>	Mai 2012	Revue narrative de littérature	Discuter les problématiques d'intégration face auxquelles se trouvent les femmes migrantes de Nord Afrique en France et explorer les stratégies de coping qu'elles développent	Les femmes migrantes se retrouvent sous la pression de leurs maris et de leurs familles pour avoir des enfants et en même temps par les professionnels de santé français pour avoir une contraception. C'est ainsi que la contraception devient centrale dans les conflits maritiaux ; les hommes ressentent cette interférence comme une perte de contrôle sur la fertilité de leurs femmes. La littérature montre que le comportement des femmes concernées n'est pas uniforme et qu'elles essayent de trouver une solution à ce dilemme, sous différentes formes, en fonction des circonstances culturelle	SANRA 83.33%
Delphine Duillet-Dupont	<i>“Parcours médical des migrants primo arrivants à Angers.”</i>	Mars 2016	Etude transversale descriptive	L'objectif est d'effectuer une description du parcours médical des migrants primo-arrivants majeurs à Angers, afin de mieux cibler les mesures d'intervention qui permettraient d'améliorer leur prise en charge médicale.	Beaucoup de migrantes sont des femmes jeunes en âge de procréer. L'accès à la contraception n'est pas aisé lors des périodes de migration et beaucoup de femmes sont originaires de pays dont le taux de fécondité est élevé.	STROBE 68.18%
Andrée Michel	<i>“Sur l'usage des méthodes contraceptives dans la population algérienne à Paris”</i>	Fevrier 1971	Enquête qualitative	Recueillir des données qui portent sur la modernisation des familles algériennes vivant dans la région parisienne : connaissance et utilisation des méthodes contraceptives, nombre désiré d'enfants, âge préféré au mariage, aspirations relatives à l'éducation des enfants.	C'est parmi ceux qui ont résidé le plus longtemps en France que se trouve le pourcentage le plus élevé d'algériens ayant pratiqué au moins une méthode contraceptive. Par exemple, en-dessous de 30 ans, 43% de femmes pratiquent une méthode parmi celles qui sont en France depuis 10 ans et 23 % seulement parmi les femmes arrivées il y a moins de 5 ans.	COREQ 21.87%

Barbara Maraux	<i>“Pratiques contraceptives des femmes immigrées d’Afrique subsaharienne en France”</i>	Décembre 2018	Etude transversale descriptive	Etudier les aspects génésiques, sociaux et d’histoire migratoire relatifs à l’usage d’une contraception médicale en France chez les immigrées africaines afin d’estimer dans quelle mesure le système de soins répond favorablement à leurs attentes	Parmi les femmes sexuellement actives et sans désir de grossesse, la prévalence de contraception moderne est importante avec sept femmes sur dix (73%) qui utilisent un moyen de contraception médicale et 15% qui utilisent le préservatif, tandis que 12% des femmes n’utilisent aucune de ces deux méthodes dont 3% déclarent n’utiliser aucune méthode contraceptive et 9% une méthode naturelle. En population générale, la couverture contraceptive par méthodes médicales et l’usage du préservatif sont très similaires (79% et 12% respectivement). La pilule est la méthode la plus utilisée (41%), suivie par l’implant contraceptif (19%) puis le dispositif intra-utérin (11%). La stérilisation contraceptive est marginale (moins de 2%). A différence de la population générale, aucune femme n’a déclaré utiliser l’injection, le patch contraceptif, l’anneau vaginal ou la contraception d’urgence. L’adhésion des femmes africaines au modèle contraceptif existant en France est très forte et traduit à la fois l’accès facilité à la contraception et leur capacité à se saisir de cette ressource pour maîtriser leur fécondité dans le contexte migratoire.	STROBE 86.36%
---------------------------	--	------------------	--------------------------------------	--	--	------------------

Hélène Bretin	<i>“Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France ”</i>	Septembre 2004	Etude qualitative	En mettant en regard les expériences médicales et féminines, le propos est de montrer à la fois le caractère relégué de l'injection dans le contexte de diffusion accrue de la pilule et du stérilet depuis les années soixante-dix, et le sens que peut prendre sa mobilisation dans ces conditions.	Le recours au contraceptif injectable s'élabore non pas tant sur des critères médicaux, que sur des critères qui articulent la condition sociale des femmes et la norme du contrôle de la fécondité. L'injection hormonale est un mode de contraception médicale mineur qui s'apparente plutôt au « dernier recours », ce que confirme son indication officielle : «contraceptif à longue durée d'action lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser une autre méthode». Peu courante, l'injection devient le signe distinctif d'un groupe de femmes désignées comme très majoritairement étrangères, essentiellement maghrébines et africaines. La découverte de pratiques discriminatoires (certaines maternités ayant utilisé les injections de façon ciblée auprès de femmes immigrées non francophones) a pu renforcer un point de vue négatif et la conviction que des alternatives peuvent être proposées.	COREQ 28.12%
----------------------	---	----------------	-------------------	---	---	-----------------

Michèle Fellous	<i>“Contraception et migration”</i>	et Janvier 1982	Enquête qualitative	Quelle évolution pourra être retracée à travers le choix d’une contraception moderne ? Dans quel modèle va-t-elle s’insérer : correspond-elle à l’adoption d’un trait de la société dominante mais sans que rien ne change dans les rapports de couple et le statut de la femme ? Au contraire, crée-t-elle un bouleversement dans les modèles d’origine ; quels nouveaux modèles seront alors induits ?	On observe l’importance de la contraception sur le vécu des règles : les femmes observent la régularité de leur cycle. Beaucoup de femmes expriment la même inquiétude par rapport à celles-ci : elle peut déterminer le rejet ou le changement d’une contraception. Le critère « d’efficacité », en fonction duquel sont présentés les contraceptifs n’est peut-être pas le seul qui fonde une classification acceptable pour la femme. Les femmes sont indifférentes au sexe du médecin, mises à part les femmes maghrébines plus âgées ou ayant plus de cinq enfants, qui souhaitent s’adresser à une femme mariée et mère de plusieurs enfants. Les autres femmes disent choisir un homme ou une femme : l’étiquette de médecin semblant annuler la différence.	COREQ 40.62%
------------------------	-------------------------------------	-----------------	---------------------	--	---	-----------------

Tableau 1: Résultats des études

Le premier article, “*A review of migration and fertility theory through the lens of African immigrant fertility in France*”(51), analyse les femmes migrantes qui sont originaires de quatre pays ayant des tendances démographiques différentes : Mali, Sénégal, Cameroun et Rwanda. Selon Michel Bozon, sociologue, le pays d’origine et sa typologie démographique jouent un rôle décisif dans le comportement lié à la contraception, même une fois le couple arrivé dans le pays d’accueil. Pour Généreux, les relations entre le pays d’origine et le pays d’accueil sont aussi à prendre en compte dans la fertilité car l’arrivée d’une famille dans une communauté bien représentée à l’étranger peut diminuer l’impact du pays d’accueil sur leurs habitudes contraceptives. Elle met aussi en évidence la double pression ressentie par ces femmes, peu importe leurs origines, car d’une part elles se retrouvent face à des maris et à des familles qui souhaitent ou demandent des enfants et d’une autre part face à des médecins ou des professionnels de santé qui leur conseillent de moyens contraceptifs.

Dans le deuxième article, “*Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation*”(31) M. Le Guen analyse de l’évolution des moyens contraceptifs en France pendant les cinquante dernières années mais aussi une analyse comparative entre les habitudes contraceptives françaises et celles à l’étranger. Une tendance qui se démarque est l’utilisation prédominante de la pilule comme moyen contraceptif préféré par les françaises. Cette tendance n’est pas partagée par les femmes migrantes originaires d’Afrique sub-saharienne, qui semblent recourir plus facilement à l’implant qu’à la pilule.

L’article de Henri Leridon, “*Contraception : les femmes entre médecins et maris*”(52) s’intéresse à une méthode contraceptive en particulier, le contraceptif injectable. Alors qu’il s’agit d’un moyen répandu au niveau mondial, son utilisation est restreinte en France. Les femmes migrantes se voient proposer ce moyen lorsque le professionnel de santé, en l’occurrence le médecin, estime leur parcours contraceptif et migratoire comme compliqué, ainsi que leur situation familiale, car c’est un moyen d’utilisation plus discrète que la pilule.

“*Contraception in North-African immigrants*”(53) de B. Blanc analyse les habitudes contraceptives de 500 femmes originaires d’Afrique du Nord. On retrouve une prévalence de la pilule avec un pourcentage d’utilisation de jusqu’à 60% mais c’est un moyen qui a tendance à être remplacé récemment par le dispositif intra-utérin, qui est actuellement le moyen le plus utilisé au long terme. La place de l’homme et de la religion, surtout de l’interprétation parfois erronée des certains passages du Coran, sont considérés comme des facteurs importants dans la limitation de l’utilisation des contraceptifs.

C. Poncet, dans son article “*Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status*”(54), réalise des comparaisons entre les femmes migrantes de première génération, les femmes migrantes de deuxième génération et les femmes non migrantes en France, sur un échantillon national de 7070 femmes âgées de 18 à 45 ans. Le premier contraceptif utilisé dans cet échantillon national est la pilule, suivi par le DIU et ensuite le préservatif. Les femmes migrantes ont tendance à privilégier la pilule comme contraceptif unique mais elles utilisent aussi d’autres méthodes, même non médicales. Lorsqu’elles ont un niveau socio-économique plus bas, elles sont encore moins prédisposées à utiliser un dispositif intra-utérin, utilisant jusqu’à quatre fois plus la pilule que celles ayant un diplôme de fin d’études secondaires. L’étude retrouve par ailleurs un moindre usage contraceptif parmi les femmes migrantes de première génération ou de deuxième génération ayant un niveau socio-économique plus bas que parmi les femmes françaises du même niveau.

Dans son article de 1991 qui traite sur les pratiques contraceptives en Ile-de-France, “*Contraceptive Prescribing Practices of Family Planning Centers in Ile-de-France*”(55), H. Brétin retrouve une utilisation très répandue de la pilule, notamment parmi les femmes jeunes ayant un niveau d’études plus élevé que la moyenne. En ce qui concerne le DIU, il est surtout prescrit aux femmes mariées, avec un niveau socio-économique plus bas. On observe aussi

des différences en fonction des origines, les femmes migrantes se voient moins prescrire la pilule que les françaises et plus d'autres moyens, utilisés moins souvent par ces dernières, telles comme le DIU et notamment les injectables.

C. Sargent, dans l'article "*Counseling Contraception for Malian Migrants in Paris: Global, State, and Personal Politics*"(56), retrouve que les femmes migrantes originaires de Mali adoptent des habitudes contraceptives qui se rapprochent plus des femmes françaises que des celles du pays d'origine, avec une utilisation d'un moyen contraceptif au moins une fois de 70% comparé aux femmes de Mali qui en ont utilisé dans une proportion de 16%. Le rôle du médecin est très important dans les discussions concernant les contraceptifs, avec une majorité ayant été conseillé par les médecins après l'accouchement ou dans des centres de PMI (Protection Materno-Infantile) comparé à leurs conationales qui en avaient surtout entendu parler lors des discussions avec des amies.

Dans son article "*Contraceptive secrets : Body battles among North and West African migrants in Paris*"(57), C. Sargent décrit le moyen contraceptif comme un secret avec 70% des femmes prenant une contraception sans informer leurs partenaires de cette utilisation. Les moyens le plus discrets sont le DIU et l'implant ; la pilule, quoique largement utilisé, contraint les femmes à une observance du traitement qui à défaut les expose à un risque de grossesse. Par ailleurs, comme c'est le moyen de contraception le plus connu, leurs partenaires risquent de chercher la boîte de contraceptifs. Tel que dans son étude précédente, on peut observer des différences de contraception selon les représentations des professionnels médicaux en ce qui concerne le genre, l'ethnicité et le milieu socio-économique des femmes migrantes qu'ils examinent.

J. Arousell, dans "*Culture and religious beliefs in relation to reproductive health*"(58) parle de l'impact de la religion sur l'utilisation de la contraception. Une pratique religieuse régulière serait associée à un début tardif de la vie sexuelle mais aussi à une moindre

utilisation des contraceptifs, par crainte de la réaction de la famille et des amis, ce qui engendre plus de risques liés à une grossesse non désirée ou des IST parmi les jeunes musulmans pratiquants.

Dans une étude publiée en 2013 par C. Imbert, *“Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom”*(59), on observe une méconnaissance des moyens contraceptifs mais aussi une crainte concernant les effets indésirables. Le moyen contraceptif le plus valorisé dans cette population est celui du retrait, perçu par les femmes comme un signe d’attention de la part de leurs maris.

N. Moujoud réalise en 2008 une revue narrative de littérature, *“Effets de la migration sur les femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires”*(60), ayant comme question de recherche l’éventuel progrès dans les rapports sociaux de genre, progrès qui pourrait être engendré par la migration des femmes. Un des résultats évoqués est le fait que l’immigration a un impact très clair sur l’usage de la contraception et par conséquent sur la baisse de la fécondité. Cependant, l’auteurice attire l’attention sur le piège de généraliser le comportement d’un groupe hétérogène comme les femmes migrantes, ayant des origines et des niveaux socio-économiques différents et qu’il ne faut pas seulement opposer la société de départ et la société d’arrivée mais de s’intéresser à ce que ces femmes partagent entre-elles.

Le travail de thèse de E. Begland, *“Évaluation d’une stratégie de dépistage multiple, en médecine de premier recours, chez la population migrante primo-arrivante à Marseille. Étude quantitative auprès des patients consultant à la PASS”*(61) met en évidence une grande majorité des femmes suivies par la Permanence d’Accès aux Soins de Santé (PASS) n’ayant pas de moyen contraceptif avec un pourcentage à hauteur de 79%. Sur les 33 femmes il y avait donc 7 qui utilisaient une contraception, dont 6 le préservatif et une femme le DIU hormonal. Parmi les 7 femmes, il y a une prévalence parmi les européennes, qui sont

représentées à hauteur de 5 et un manque de femmes africaines, car aucune n'utilisait de contraceptif au moment de l'étude.

Dans "*Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women*"(62), M. Carballo publie les résultats d'une revue narrative de littérature. Un des résultats qui ressort de cette analyse est lié à la place des hommes et des familles dans la décision contraceptive des femmes, qui appréhendent la réaction des proches s'ils devaient apprendre qu'elles consultaient à la PMI. Par ailleurs, le fait d'avoir accès à un interprète autre qu'un proche ou quelqu'un de la famille faciliterait la communication et diminuerait le risque de malentendus et des quiproquos.

Dans "*Femmes, rapports de genre et dynamiques migratoires*"(63), une revue de littérature publiée par E. Ambrosetti, il en ressort que les femmes migrantes connaissent mais aussi utilisent plus des moyens contraceptifs que leurs compatriotes qui sont restées dans le pays d'origine.

Une étude publiée en 1977 par H. Leridon, "*La diffusion des méthodes modernes de contraception: une étude dans une consultation hospitalière*"(64) essaye d'analyser le rôle des consultations spécialisées dédiées à la contraception, mise en place dans certains hôpitaux. On constate une utilisation plus importante des moyens contraceptifs chez les femmes migrantes que chez les françaises (89,8 % contre 83,7 %). Alors que ces dernières utilisent plus la pilule, les femmes migrantes se voient prescrire deux fois plus le stérilet, même si celui-ci est aussi utilisé par les femmes de nationalité française.

E. Marsicano réalise une synthèse d'études qualitatives qui s'intitule "Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrants de l'Afrique subsaharienne vivant en France"(65). En comparant le taux d'utilisation de contraception, elle remarque une augmentation entre 1980 (avec un taux à 7%) et 2000 (avec un taux à 58%). Le taux des années 2000, considéré comme faible, peut être dû à un manque

de connaissances ou des difficultés d'accès à la contraception. Il ne faut pas oublier qu'il peut aussi refléter l'absence d'utilité d'une contraception alors que le couple souhaite une grossesse.

“*La santé des populations d'origine étrangère en France*”(66), une revue de littérature de F. Bourdillon, souhaite refaire le point sur la santé de la population d'origine étrangère, en partant de l'hypothèse qu'il y a des problèmes de santé liés à la trajectoire migratoire. En ce qui concerne la contraception, elle est utilisée en moindre population par les étrangères avec 51% pour les européennes et 49% pour les maghrébines comparé à 69% pour les françaises. Au sujet des méthodes, elles utilisent moins la pilule ou le stérilet, en proportion de 34% que les femmes françaises qui sont à 54%.

Une autre revue de littérature publiée en 2012, “*Liberté, Egalité, Islamité: Coping strategies of female immigrants from the Maghreb in France*”(67), se concentre sur les problématiques d'intégration des femmes migrantes originaires d'Afrique du Nord. H. Dahan Kalev retrouve que la contraception devient rapidement un sujet de conflit dans les couples migrants car les femmes ressentent la pression des professionnels de santé afin d'adhérer à une contraception alors que leurs partenaires et leurs familles s'y opposent, car les hommes ressentent cela comme une perte de contrôle sur la fertilité de leurs femmes.

H. Bretin réalise une étude qualitative centrée sur l'expérience concernant la contraception injectable en France. Dans “*Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France*”(68), elle retrouve que la prescription d'une contraception hormonale injectable ne repose pas seulement sur des critères médicaux comme l'utilisation en dernier recours mais aussi sur des critères et des interprétations basées sur la condition de la femme migrante et sur la nécessité perçue de contrôler leur fécondité. Ce mode contraceptif, utilisé majoritairement pour les femmes migrantes d'origine

maghrébine ou africaine, a même été associé à des pratiques discriminatoires dans certaines maternités.

Le travail de thèse de D. Duillet-Dupont, "*Parcours médical des migrants primoarrivants à Angers*"(69), retrouve que l'accès à la contraception est limité lors des périodes de migration. Ces femmes qui arrivent à Anger sont des femmes jeunes originaires de pays avec un taux élevé de fécondité par rapport à la France.

Dans une étude réalisée sur un échantillon de la population algérienne vivant à Paris, "*Sur l'usage des méthodes contraceptives dans la population algérienne à Paris*"(70) A. Michel retrouve que ceux qui ont résidé le plus longtemps sur le territoire français ont utilisé au moins une méthode contraceptive. En comparant les femmes âgées de moins de 30 ans selon la durée du séjour, il en ressort que celles qui sont en France depuis plus de 10 ans utilisent un moyen contraceptif en proportion de 43%, comparées aux femmes arrivées depuis moins de 5 ans qui sont à 23%.

B. Maraux réalise une étude transversale descriptive, "*Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France*"(71), afin de réaliser un état des lieux concernant la contraception des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Parmi les 270 femmes interrogées, 135 femmes sont concernées par un moyen contraceptif. Maraux retrouve une utilisation estimée à 73% pour la contraception médicale et 15% pour le préservatif avec le reste déclarant qu'elles n'utilisent pas de moyen contraceptif. Ces résultats sont comparables avec la population générale, où l'utilisation d'une contraception médicale prédomine à 79% avec 41% d'utilisatrices de pilule, 19% de l'implant et 11 et DIU. A différence de la population générale, aucune femme n'a déclaré utiliser l'injection, le patch contraceptif, l'anneau vaginal ou la contraception d'urgence.

M. Fellous publie son livre, “*Contraception et migration*”(72), basé sur une enquête qualitative qui s’interroge sur les différents déterminants du choix d’une contraception. Dans cette enquête, elle discute sur l’importance des règles lors de la décision contraceptive car pour beaucoup de femmes, l’impact sur les règles comme l’aménorrhée ou le spotting peuvent déterminer le changement d’une contraception. Il ressort ainsi que l’efficacité d’un contraceptif n’est pas le seul facteur pris en compte lors de la décision. En ce qui concerne la consultation médicale, la grande majorité des femmes sont indifférentes au sexe du médecin, mis à part les femmes maghrébines plus âgées ayant des familles nombreuses, qui préfèrent consulter une femme et de préférence, mariée avec des enfants.

C) Caractéristiques des études sélectionnées pour la revue de littérature :

Les études sélectionnées pour l'inclusion dans ce travail de thèse ont été publiées sur une longue période, allant de février 1971 pour le plus ancien jusqu'au décembre 2018 pour le plus récent.

Parmi ces études, on compte 9 études qualitatives, 7 revues narratives de littérature et 7 études transversales descriptives. Pour chacune de ces études, plusieurs critères ont été inclus dans le tableau afférent : nom de l'auteur et titre de l'article, date de parution, type d'article, objectif de l'article, conclusions liées au sujet de recherche et analyse de la qualité des études selon les scores COREQ, STROBE et SANRA.

Pour les études qualitatives, le score COREQ (*C*onsolidated *c*riteria for *R*eporting *Q*ualitative *r*esearch) utilisé pour le classement varie entre 21.87% et 68.78%. Un score COREQ est jugé très faible si l'étude répond à moins de 8 items sur 32 (25%), faible s'il répond à entre 9 et 16 items (28.125% - 50%), moyen entre 17 et 24 (53.125% - 75%) et fort si supérieur à 25 items (> 75%)(73). Parmi les études incluses dans ce travail, 2 ont été jugés de qualité très faible, 4 de qualité faible et 3 de qualité moyenne avec aucun jugé de qualité forte.

Les études transversales descriptives ont eu une qualité de l'étude calculée avec le score STROBE (*S*trengthening the *R*eporting of *O*Bservational studies in *E*pidemiology) allant de 31.81% jusqu'à 86.36%. L'échelle STROBE est une échelle qualitative avec 22 items, utilisée en tant que check-list afin de permettre l'évaluation du contenu présenté dans la revue de littérature ainsi que la localisation du dit contenu(74). Pour cette raison, l'échelle n'a pas une correspondance en score mais pour un souci d'homogénéisation, une extrapolation a été réalisée basée sur les pourcentages utilisés pour le score COREQ avec très faible pour un pourcentage de 25%, faible entre 28.125% et 50%, moyen entre 53.125% et 75% et fort si

supérieur à 75%. Une étude a été jugée comme faible, 4 études comme moyennes et 2 études comme fortes.

Quant aux revues narratives de littérature, évaluées grâce à l'échelle SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*), ont eu un score entre 50% et 83.33%. Tout comme l'échelle STROBE, celle-ci n'a pas vocation à être utilisée en tant que score global car chacun des six items est individuellement analysé sur une échelle allant de 0 (standard bas) à 2 (standard élevé) pour un total maximal de 12(75). Pareil, pour l'homogénéisation nous avons choisi d'utiliser un score seuil encore adapté selon les pourcentages COREQ. Sur 7 revues narratives de littérature, 3 ont un niveau faible, 2 un niveau moyen et 2 un niveau fort.

6. Discussion

A) Statistiques concernant l'utilisation de la contraception

Au niveau mondial, on constate **que la méthode la plus utilisée parmi les femmes est la stérilisation**. Elle est aussi pratiquée par les hommes, mais en moindre proportion que par leurs partenaires. Après ce moyen de contraception, considéré comme définitif, les autres plus fréquemment utilisées sont celles considérées comme *de longue durée*, comme le DIU et l'implant. Ensuite, on retrouve la pilule contraceptive et puis l'injection hormonale(31).

En France, on retrouve une utilisation très importante du stérilet mais aussi de la pilule(64), grâce à un modèle contraceptif centré sur celle-ci(31). Dans ce modèle, qui s'adapte en fonction de l'âge et du statut reproductif de la femme, on retrouve une utilisation du préservatif lors du début de la vie sexuelle ou des premiers rapports avec un nouveau partenaire. La patiente se verra prescrire une pilule une fois engagée dans une relation stable et un DIU lui sera conseillé lorsqu'elle aura atteint le nombre d'enfants désirés(54).

En ce qui concerne les femmes migrantes, malgré l'introduction des nouvelles méthodes telles que l'injection hormonale, **on retrouve les mêmes tendances à travers le temps**. En 1982, dans la population des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, on remarque une utilisation de la pilule contraceptive à hauteur de 60% même si, à long terme, le taux de suivi de cette méthode baisse(53). On observe aussi à cette époque une augmentation de la demande pour des DIU, qui passe de 20% à 52%. Dans la même étude, on retrouve une utilisation de 12% des injections hormonales alors que l'on ne retrouve pas d'utilisation d'une contraception mécanique ni de l'implant(53), ce dernier n'étant pas encore commercialisé.

Quelques années plus tard, en 1991, dans une étude réalisée par Brézin sur 1035 femmes migrantes vivant en France, on retrouve toujours une prédominance de la pilule à 66% suivie par le DIU, utilisé par 24% des femmes interrogées(55). Les françaises utilisent aussi plus la pilule et à partir d'un plus jeune âge que dans d'autres pays comme l'Espagne ou l'Italie(55). Cette utilisation de la pilule va décroître avec l'âge pour être remplacée par d'autres moyens contraceptifs(55).

A partir des années '80, avec l'émergence des campagnes de prévention contre le VIH et le SIDA, on retrouve aussi une augmentation de l'utilisation du préservatif à partir des premiers rapports, une utilisation qui atteint les 90% vers 2006(65).

En 2008, l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) et l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) réalisent une enquête qui porte le nom « Trajectoires et Origines », auprès des populations des immigrées le plus représentées en France. Lors de cette enquête, on a retrouvé une **utilisation majoritaire de la contraception auprès de ces femmes, à hauteur de 70%**, aussi bien dans la première génération que dans la deuxième génération d'immigrées alors que ces femmes sont originaires des pays où la contraception est moins utilisée qu'en France, comme les pays du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne(71).

L'enquête Parcours, réalisée en 2012 et 2013, qui analyse le parcours de vie et de santé des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne seulement, atteints ou pas de VIH, retrouve aussi une **utilisation importante de la contraception** auprès des femmes n'ayant pas contracté le virus, à hauteur de 73%, des **chiffres qui sont comparables avec celles de la population générale** avec 79% d'utilisatrices d'une contraception médicale(71). Dans cette enquête on retrouve une utilisation de 41% de la pilule, suivie par l'implant contraceptif à 19% et ensuite le stérilet à 11%(71). On observe que ces chiffres sont différents de ceux

retrouvés dans les années 80 et 90 avant la mise en place sur le marché de l'implant, qui va remplacer le DIU en tant que deuxième méthode contraceptive plus utilisée. Dans l'enquête Fécond, réalisée en 2010 sur un échantillon aléatoire des personnes résidant en France métropolitaine, quoique le pourcentage des femmes d'origine africaine représente un faible échantillon, on retrouve aussi une forte prévalence de l'utilisation de l'implant, plus qu'en population générale(71).

Cependant, les femmes en situation irrégulière ont des besoins contraceptifs auxquels on ne répond pas, comme signalé lors de l'enquête ENFAMS (Enfants et Familles sans Logement Personnel en Ile-de-France) avec seulement 44.7% des femmes qui utilisent un moyen contraceptif. La situation est similaire dans d'autres pays en Europe, comme au Pays-Bas, Espagne ou Suisse(71). Cela peut aussi être dû à un manque de connaissances concernant le pays d'accueil et les services de planning familial qui leurs sont mises à disposition, entraînant un nombre moindre de consultations dans cette population(62).

En analysant l'ensemble des statistiques concernant la contraception, on retrouve un parcours similaire lors des années, avec une utilisation du préservatif lors du début de la vie sexuelle suivi par une utilisation de la pilule et enfin un passage à un autre moyen contraceptif comme le DIU ou l'implant après l'accouchement. **La pilule reste le contraceptif médical le plus utilisé, autant parmi les femmes françaises que parmi les femmes migrantes, peu importe leurs origines.** En ce qui concerne les autres moyens contraceptifs, on retrouve le DIU, l'implant et les injections hormonales, ces deux dernières étant plus utilisées par les femmes migrantes. De manière peu surprenante, **un parcours migratoire instable et une situation irrégulière sont synonymes d'une utilisation moindre de la contraception**, qui n'arrive pas à combler les besoins des femmes en âge de reproduction.

- **Au niveau mondial, la méthode la plus utilisée est la stérilisation, puis les contraceptions de longue durée d'action(31).**
- **En France, on retrouve une utilisation très importante de la pilule puis du stérilet(64), suivant un modèle contraceptif « à la française ».**
- **Pour les femmes migrantes, on retrouve les mêmes évolutions avec le temps(71) :**
 - **D'une part, utilisation majoritaire de la contraception.**
 - **D'autre part, la pilule devient le contraceptif médical le plus utilisé, quelles que soient les origines.**
- **De manière peu surprenante, un parcours migratoire instable et une situation irrégulière sont synonymes d'une utilisation moindre de la contraception(71).**

B) Facteurs influençant la fécondité et l'adoption d'une méthode contraceptive

Le comportement reproductif est influencé par des déterminants directs et indirects. Parmi les facteurs indirects, on peut compter le statut économique et social de la femme, son niveau d'éducation ainsi que son lieu de résidence. Parmi les facteurs directs ayant un impact sur la fécondité, on retrouve la situation familiale, la contraception, la fréquence des rapports sexuels, l'abstinence en postpartum, l'aménorrhée de lactation, la ménopause et l'infertilité(51).

Il y a plusieurs recherches qui montrent que les femmes avec un niveau d'éducation plus élevé et ayant un lieu de résidence en milieu urbain ont moins d'enfants que les femmes avec un niveau d'éducation plus bas et habitant en milieu rural. Ceci est dû à **une utilisation plus importante des moyens contraceptifs en milieu urbain**, grâce à la proximité des structures de santé, mais aussi à un âge marital plus élevé dans la population vivant en milieu urbain(51).

En se basant sur les études liées aux changements de comportement reproductif à la suite d'un déménagement du milieu rural vers le milieu urbain dans le même pays, **quatre théories ont été formulées concernant le changement de la fécondité en lien avec la migration**(51).

''La théorie de la socialisation'' suppose que la migration n'a pas d'impact sur la fécondité parce que cette dernière serait influencée par les comportements appris dans l'enfance. Il y a des études qui montrent que les immigrants de première génération ont tendance à être plus proche des comportements reproductifs de leurs pays d'origine alors que les immigrants de deuxième génération ont un comportement reproductif similaire à celui du pays d'accueil(51).

''*La théorie de la sélection*'' suggère que les personnes qui souhaitent migrer ont des caractéristiques qui les différencient de la grande majorité de la population, population qui restera dans le pays d'accueil. Ce sont donc ces caractéristiques-là qui peuvent influencer leur fécondité, car l'hypothèse est celle que ces femmes auraient de toute façon eu moins d'enfants. Cette hypothèse soutient que ce seraient plutôt les femmes avec un niveau plus haut d'éducation et habitant en milieu rural qui pourraient se tourner vers la migration mais d'autres études infirment cette hypothèse car les migrants proviennent de toutes les catégories socio-économiques(51).

''*La théorie de la déstabilisation*'' dit que l'expérience de la migration baisse la fécondité avant et après l'arrivée dans le pays d'accueil car c'est une expérience qui perturbe la vie des migrants(51).

Enfin, la ''*théorie de l'assimilation*'' considère que le facteur le plus important est le lieu d'arrivée du migrant et que celui-ci aura un comportement reproductif similaire aux personnes originaires du pays d'accueil. Cette théorie retrouve deux facteurs principaux qui peuvent impacter ce comportement, le niveau de ressources et les normes reproductives. Le niveau de ressources se réfère aux coûts de vie et aux revenus. Une place très centrale est celle du logement et de l'espace locatif, qui peut influencer le nombre d'enfants. Les normes reproductives sont mieux intégrées lorsque les migrants sont assimilés dans la société qui les entoure car c'est grâce à cette intégration qu'ils vont changer leur regard sur différents sujets en accord avec les normes locales, dont la fécondité(51). Par exemple, une ségrégation raciale, comme celle observée lors des certaines études dans la population d'Afrique subsaharienne, réduit le contact avec les français. Ainsi, des communautés sont créés, en fonction de leurs origines, ce qui réduit davantage leur possibilité d'intégration car ils ont tendance à passer plus de temps dans ces communautés à parler leur langue maternelle plutôt que de socialiser avec des français et améliorer leur niveau de langue française. C'est ainsi

que des personnes originaires de pays avec un haut niveau de fécondité, comme le Mali, continuent à mettre beaucoup d'importance sur le fait d'avoir des familles nombreuses. Cependant, le logement, comme précisé ci-dessus, peut avoir comme effet de diminuer la fécondité afin de s'adapter à l'espace disponible(51).

L'utilisation d'un moyen contraceptif par les femmes migrantes va aussi au-delà du simple contrôle du nombre d'enfants(55). On retrouve d'autres motivations, comme une relation sexuelle harmonieuse, le souhait de prendre des décisions pour soi-même ainsi que le désir de réconcilier des valeurs et des besoins qui peuvent être contradictoires, entre celles du pays d'accueil et celles du pays d'origine. Leur expérience avec les moyens contraceptifs est différente en fonction de leur statut socio-économique, de leur âge et de leur statut familial et elles peuvent trouver des avantages et des désavantages pour chaque méthode en fonction de leur expérience personnelle(55). Ainsi, une méthode contraceptive peut être acceptée par une femme mais refusée par une autre. Parfois, le même argument peut être utilisé pour refuser une variété de méthodes contraceptives : certaines utilisatrices peuvent refuser la pilule par peur d'oubli tout comme d'autres peuvent refuser le diaphragme, pour les mêmes raisons. De même, certaines peuvent refuser la contraception mécanique, qu'elles cataloguent comme n'étant pas fiable alors que le même argumentaire est employé par d'autres femmes pour le refus du stérilet(72). On retrouve aussi des arguments similaires pour adopter une certaine contraception. Des femmes peuvent choisir la pilule parce qu'elles la considèrent comme étant un moyen efficace et simple d'utiliser tout comme d'autres femmes peuvent avoir le même avis mais qui les tournent plutôt vers une contraception injectable(55).

Les moyens de contraception sont différents, que ce soit lié à la modalité d'utilisation, à leur efficacité ou à leurs effets indésirables mais aussi en termes de représentation individuelle et culturelle engendrées. Le choix est donc aussi influencé par les normes culturelles tout comme par l'accès aux moyens contraceptifs ou les coûts des méthodes(54).

Une moindre utilisation des contraceptifs peut être le résultat des processus très complexes sur l'échelle micro et macrosociale, liés au parcours migratoire(54). En ce qui concerne **les femmes migrantes**, elles **peuvent se voir confrontées à plusieurs obstacles** que les femmes qui n'ont pas de parcours migratoire, par exemple en ce qui concerne l'emploi. Ces femmes, qui peuvent se retrouver à l'écart de la vie professionnelle active ont donc aussi une interaction restreinte avec la population du pays d'origine mais aussi avec les services mises en place, comme le Planning Familial ou la Protection Materno-Infantile, où des moyens contraceptifs sont proposés(54). En effet, les femmes migrantes ont moins d'accès mais elles connaissent aussi moins la disponibilité de ces structures que les femmes françaises(62).

En plus de l'emploi, le niveau de français peut aussi être un obstacle lorsque la langue n'est pas maîtrisée(58). Cela peut donc être une explication pertinente pour un moindre usage des moyens contraceptifs tout comme pour le choix des certains moyens, en fonction du taux de remboursement disponible. Des contraceptifs comme la pilule, le DIU ou l'implant sont remboursées à hauteur de 100% ou de 65% respectivement en fonction de l'assurance ou des mutuelles alors que d'autres méthodes ne sont pas remboursées(54).

Même si certains groupes de femmes migrantes, notamment constitués des femmes qui sont en situation de vulnérabilité ou irrégularité, peuvent avoir un niveau de connaissances contraceptives moins élevé, on constate une amélioration globale. Les connaissances actuelles des femmes sur les contraceptifs modernes deviennent ainsi un atout pour le choix d'une contraception efficace et adaptée(59).

Néanmoins, il y a des études choisies pour la revue de littérature qui présentent des résultats qui peuvent être mis en opposition. Alors que M. Fellous retrouve en 1982 que la contraception ne semble pas influencée par l'âge des femmes ni par leur date d'arrivée en France mais plutôt par leur origine géographique, l'environnement et le nombre

d'enfants(72), B. Maraux retrouve en 2018 que les femmes ayant séjourné plus de sept ans en France ont tendance à utiliser plus des moyens contraceptifs que des femmes avec des caractéristiques similaires mais avec une durée de séjour moins longue(72). De même, alors que Fellous retrouvent que ce sont surtout les femmes avec un niveau d'éducation plus élevé qui emploient plus de moyens contraceptifs, ces résultats ne se retrouvent pas dans l'étude de Maraux. Cependant, il paraît que **c'est le niveau d'emploi qui ait un impact, avec une utilisation accrue parmi les femmes exerçant une profession à qualification intermédiaire ou élevée(71)**. Maraux ne retrouve pas de lien non plus entre le niveau de français, la pratique religieuse ou le type d'assurance médicale. En revanche, elle retrouve une association entre les femmes ayant eu un accouchement ou une interruption volontaire de grossesse en France et le taux d'utilisation d'une contraception médicale, celles-ci étant surreprésentées(71).

- **4 théories ont été formulées concernant le changement de la fécondité en lien avec la migration(51).**
 - **''La théorie de la socialisation'' la fécondité serait influencée par les comportements appris dans l'enfance(51).**
 - **''La théorie de la sélection'' suggère que les personnes qui souhaitent migrer ont des caractéristiques qui les différencient de la grande majorité de la population du pays de départ (51).**
 - **''La théorie de la déstabilisation'' dit que l'expérience de la migration baisse la fécondité avant et après l'arrivée dans le pays d'accueil (51).**
 - **Enfin, la ''théorie de l'assimilation'' considère que le facteur le plus important est le lieu d'arrivée du migrant et que celui-ci aura un comportement reproductif similaire aux personnes originaires du pays d'accueil (51).**
- **Facteurs favorisant l'usage de la contraception par les femmes migrantes, au-delà du simple désir du contrôle du nombre d'enfants (51)(55): le gradient socio-économique (niveau d'études, l'emploi), l'âge, le statut familial, le souhait de prendre des décisions pour soi-même et d'avoir une relation sexuelle harmonieuse.**
- **Obstacles à l'adoption d'une contraception (54)(58): accès restreint à l'emploi, barrière de la langue, interactions restreintes avec la population et limitation de l'accès aux soins.**

C) Utilisation de la contraception dans le pays d'origine

Certains articles de cette revue de littérature essaient de donner une vue d'ensemble sur la contraception dans le pays d'origine ainsi que les normes qui peuvent influencer ces choix.

En ce qui concerne la fécondité, sur le continent africain, comme au Mali, le statut d'une femme est consolidé selon ses capacités de reproduction et de fonder une famille nombreuse(51). Ainsi, la contraception devient aussi une problématique d'acceptation sociétale pour les femmes qui décident d'en utiliser une. Cette hypothèse a été soutenue par une étude réalisée en 1998, qui a voulu évaluer l'efficacité d'une campagne de promotion de la santé sexuelle et reproductive au Bamako. Alors que les femmes ont très bien intégré les informations présentées, dont faisaient partie les moyens contraceptifs, cela n'a pas eu d'impact sur les habitudes et les normes concernant les familles nombreuses(51). **Ceci ne veut pas dire que les femmes africaines ne voient pas l'intérêt d'un moyen contraceptif mais cela signifie plutôt un autre regard sur cette question car la contraception n'est pas utilisée ici pour limiter le nombre d'enfants mais plutôt pour espacer les grossesses(51).**

Dans les populations étudiées par M. Fellous en 1982, originaires de Portugal et du Maghreb, on constate **l'importance des règles et de l'impact que la contraception puisse avoir sur le cycle menstruel** comme facteurs déterminants dans le choix contraceptif. Beaucoup de femmes interrogées ont exprimé leur inquiétude par rapport à une absence de la menstruation, inquiétude qui peut influencer l'adhérence à un moyen contraceptif. Ainsi, on voit que **ce n'est pas seulement l'efficacité réelle ou perçue d'un contraceptif qui compte** mais aussi certaines idées que les femmes peuvent avoir concernant leur appareil reproductif(72).

En Algérie, le Code de la famille, adopté en 1984, prévoyait que la femme soit sous la responsabilité d'un tuteur, toujours de sexe masculin, qui pouvait prendre des décisions à sa

place, comme concernant le mariage. Une fois mariée, la femme était placée sous l'autorité de son mari, qui avait le droit à la polygamie et à la répudiation(67). C'est dans ces modèles traditionnels que l'on peut voir l'impact sur la contraception, avec une mise en valeur des femmes au foyer qui entraîne aussi une augmentation de la fécondité(76). Une réforme a eu lieu en 2005 qui interdit au *wali* ou tuteur de décider du mariage d'une personne mineure placée sur sa tutelle ou de contraindre à un mariage tout comme il ne peut pas s'opposer à un mariage consenti par la personne placée sous sa tutelle si celle-ci n'est pas mineure(76). Cependant, la polygamie est encore acceptée ainsi que la possibilité pour le mari de répudier sa femme.

Pour les **femmes roms**, on observe dans cette population une **valorisation du retrait**, parfois utilisé comme seul moyen contraceptif, perçu comme un signe d'attention du mari. Dans ces communautés, la sexualité des femmes est considérée comme impure et ne doit avoir lieu que lors du mariage. Il est important de préciser que l'hygiène s'articule autour de deux extrêmes, le pur et l'impur, avec la sexualité appartenant au champ de l'impur. Le but du mariage est la reproduction avec un accent mis sur les familles nombreuses. C'est la maternité qui permettra à la femme d'accéder à un statut supérieur tout comme le fait de devenir belle-mère lui permettra par la suite de devenir la maîtresse de la maison. La contraception ou les interruptions volontaires de grossesse sont donc considérées comme un péché(59).

Il faut ainsi retenir que la contraception est une décision qui peut être basée aussi sur des déterminants liés au pays d'origine des patientes. Cependant, **les normes évoquées plus haut ne sont pas valables pour l'ensemble des femmes ressortissantes de ce territoire et il faut les considérer comme étant en permanente évolution**. Ces normes ne sont pas donc complètement effacées mais la migration peut provoquer un certain changement avec un accès facilité aux moyens contraceptifs, la présence ou la disparition des contraintes

économiques, un poids de la famille et de la société d'origine qui est amoindri dans la société d'accueil(71).

- **« Normes » non valables pour l'ensemble des femmes ressortissantes d'un territoire et en évolution permanente.**
- **Contraception utilisée pour espacer les grossesses plutôt que pour limiter le nombre d'enfants (51).**
- **Importance des règles et de l'impact de la contraception sur le cycle menstruel (72).**
- **Valorisation de la femme au foyer qui entraîne aussi une augmentation de la fécondité(76).**
- **Valorisation du retrait, signe d'attention du mari(59).**
- **Accès pour la femme à un statut supérieur par la maternité(59).**

D) Adaptation et utilisation de la contraception dans le pays d'accueil

Les statistiques disponibles en France sur la fécondité des femmes originaires d'Afrique subsaharienne étaient à 2.86 enfants par femme, moins que les chiffres constatés en Afrique et plus proche de la moyenne française de 1.74 enfant par femme(51). Juste après l'événement migratoire, les femmes originaires de Maghreb auraient une fécondité plus élevée que celles des françaises, chiffres qui sont similaires à niveau européen si on compare des groupes homogènes. Cependant, dans la plupart des pays, cette différence a tendance à diminuer avec le temps(67).

Pour certains auteurs, la baisse de la fécondité et l'utilisation des moyens contraceptifs sont perçus comme des changements comportementaux liés à l'immigration(60). D'autres études confirment cette tendance, avec une baisse généralisée de la fécondité par rapport au pays d'origine, ce qui fait penser que l'évolution de ces courbes vers la baisse représentent un signe d'adaptation dans le pays d'accueil. Ce **changement est d'autant plus marqué plus la durée de séjour est longue**(66). Pour Bourdillon, c'est un signe d'évolution aussi des rapports de couple et de la vision sur les modèles familiaux(66). Michel confirme que dans la population algérienne, c'est parmi ceux ayant résidé le plus en France que l'on retrouve le plus d'utilisateurs de moyens contraceptifs. Par exemple, pour les femmes de moins de 30 ans, parmi celles arrivées en France depuis plus de 10 ans on retrouve une utilisation à hauteur de 43% et de seulement 23% parmi celles arrivées depuis moins de 5 ans(70). Maraux confirme aussi une forte adhésion au modèle contraceptif français des femmes africaines(71). Cette forte adhésion au modèle contraceptif français sous-entend une utilisation prédominante de la pilule, moyen le plus utilisé quel que soit la durée du séjour et le nombre d'enfants. Pour les femmes n'ayant jamais accouché en France, le nombre d'utilisatrices de pilule s'élève jusqu'à 90%(71).

Cette adhésion peut s'expliquer par un accès facilité à la contraception en France mais aussi aux ressources dont ces femmes font preuve afin de maîtriser leur fécondité dans leur parcours migratoire(71). Il y a aussi des hypothèses qui présument que les connaissances liées à la contraception sont plus importantes chez les femmes migrantes que chez les femmes qui sont restées dans le pays d'origine(63). Si on regarde l'étude de Sargent sur les migrantes de Mali, ses résultats soutiennent ces hypothèses. 70% des femmes vivant en France disent avoir utilisé au moins une fois un moyen contraceptif, un taux nettement plus élevé qu'au Mali où il y a que 16% des femmes ayant répondu « oui » à cette question(56).

Une étude de 2012 sur les femmes originaires d'Afrique subsaharienne constate que le fait d'avoir les premiers rapports sexuels en France est lié à un accès facilité à des structures qui permettent la mise en place d'une contraception. Ceci serait dû aussi au grand nombre de campagnes préventives auxquelles les femmes ayant migré pendant leur adolescence seraient exposées ici en France(65). 60% des migrantes originaires de Mali ont appris sur la contraception en France et ceci plutôt dans un contexte hospitalier ou lors d'une consultation avec un médecin comparé à 40% qui ont appris sur la contraception au pays, mais dans un contexte beaucoup moins formel, auprès de leurs amies(57).

Une maîtrise de la langue française, une intégration dans la société d'accueil et un niveau plus élevé d'éducation sont d'autres facteurs associés à l'utilisation d'un contraceptif(70). Il y a des théories qui considèrent que les **femmes seraient plus facilement capables à s'intégrer** en France par rapport à leurs partenaires. Il y a deux raisons pour cette facilité. La première serait que les femmes considèrent que cette intégration ne peut que leur être bénéfique alors que certains hommes craignent que cette intégration pourrait changer les rapports intra-familiaux(67). La deuxième serait que les femmes sont plus confrontées à des contextes différents dans le pays d'accueil et qu'elles ont plus l'habitude que les hommes de fréquenter certains établissements comme les écoles mais aussi

les cabinets médicaux ou les hôpitaux(51). C'est grâce à ces interactions répétées que les femmes arrivent à s'intégrer plus facilement dans la société d'accueil. C'est aussi comme ça qu'elles apprennent aussi plus sur les moyens contraceptifs et la santé sexuelle, à la suite d'entretiens avec des sage-femmes ou des médecins(51).

Il y a aussi des articles qui critiquent les statistiques décrites ci-dessus et la manière de présenter le parcours migratoire et son effet sur les choix contraceptifs des femmes. Il s'agit ici d'une **critique d'une vision considérée souvent comme binaire qui oppose le traditionalisme du pays d'origine à la modernité française et qui perçoit la migration comme forcément un évènement évolutionniste**(60). Cette approche évolutionniste sous-entend la nécessité de rejeter les normes importées afin de s'adapter en France.

Cependant, pour Moujoud, **la migration ne vaut pas toujours une émancipation**. Premièrement, les femmes peuvent retrouver une autonomie et une émancipation dans d'autres situations, comme les femmes qui restent au pays alors que leurs conjoints partent à l'étranger(60). Il y a aussi les femmes qui décident de migrer seules et pas dans un cadre familial et qui accèdent à l'émancipation à travers une autonomie financière(60). Deuxièmement, il y a des femmes pour qui la trajectoire migratoire signifie un pas en arrière par rapport à leur condition dans le pays d'accueil. Si on prend l'exemple des camerounaises qui, une fois arrivées à Paris, se retrouvent face à des nombreux obstacles administratifs qui les voient choisir des emplois précaires et qui connaissent ainsi un « processus de déclassement »(60).

L'hypothèse évolutionniste a aussi tendance à oublier qu'il y a aussi une évolution qui a lieu mais cette fois-ci, dans le pays d'origine, qui est aussi soumis à des transformations sociales(60) : « **si la migration fabrique peut-être le changement, elle est aussi fabriquée par lui** »(60). Il ne faut pas donc réfléchir seulement en termes de changement produit par le

retour des femmes migrantes mais aussi en terme de changement qui se produit de manière spontanée dans la société et qui peut aussi être à son tour une raison pour ces migrations, « la mobilité des femmes comme baromètre des transformations sociales et culturelles des sociétés d'origine »(60).

Concernant le sujet de l'adaptation des femmes migrantes et de l'influence du pays d'accueil sur leurs habitudes contraceptives, on peut retrouver dans les articles cités deux grands axes de discussion. Le premier est centré sur des statistiques qui semblent confirmer un changement dans ces pratiques, plus fort selon la durée du séjour en France. Le deuxième considère que cette vision est binaire et renforce des stéréotypes qui opposent la modernité française à la tradition du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne. Il est donc important de souligner que même si le nombre des femmes utilisant une contraception est plus élevé en France que dans le pays d'origine ce dernier ne reste pas statique et immobile mais qu'il évolue aussi.

- **La baisse de la fécondité et l'augmentation de l'utilisation des moyens contraceptifs sont perçus comme des changements comportementaux liés à l'immigration(60), d'autant plus marqués que la durée de séjour est longue(66).**
- **Forte adhésion au modèle contraceptif français(71).**
- **Les connaissances liées à la contraception sont plus importantes chez les femmes migrantes que chez les femmes qui sont restées dans le pays d'origine(60).**
- **Avoir les premiers rapports sexuels en France est lié à un accès facilité à la contraception(62).**
- **Une maîtrise de la langue française, une intégration dans la société d'accueil et un niveau plus élevé d'éducation sont d'autres facteurs associés à l'utilisation d'un contraceptif(67).**
- **Critique possible d'une vision binaire qui opposerait le traditionalisme du pays d'origine à la modernité française et qui perçoit la migration comme forcément un évènement évolutionniste(57). La migration ne vaut pas toujours une émancipation(60).**

E) Comparaison de l'utilisation des moyens contraceptifs

Dans les articles et les études retenues pour cette revue de littérature, on remarque une grande hétérogénéité des résultats, avec **certains qui trouvent que les femmes migrantes ont moins recours à la contraception dans son ensemble que les françaises et d'autres qui infirment cette hypothèse**. De même, il y a aussi des variations concernant le moyen contraceptif préféré par les femmes migrantes, variations qui peuvent être dues soit aux origines soit à l'époque de la rédaction des articles, période qui s'étend de 1977 à 2018.

En 1977, Leridon réalise une étude dans laquelle on remarque une utilisation plus importante chez les femmes d'origines étrangère que chez les femmes françaises, de 89.8% comparé à 83.7%(64). La première consultation contraceptive à la maternité représente un changement dans les habitudes contraceptives avec un arrêt des méthodes naturelles et traditionnelles en faveur des contraceptifs médicaux. Cependant, sur le long terme, elles gardent moins l'utilisation de ces méthodes considérées comme efficace que les françaises (71.8% comparé à 77.3%). On remarque aussi à l'époque des différences de prescription. Alors que la pilule reste le moyen contraceptif le plus utilisé, **le DIU était prescrit deux fois plus souvent chez les femmes étrangères que chez les françaises**. C'est aussi le moyen qui a le taux de continuité le plus élevé, probablement dû à une facilité d'utilisation(64). En ce qui concerne les différences par sous-groupes, il y a une diminution sur le long terme du nombre des consultations des femmes originaires de la péninsule ibérique alors qu'il se maintient de la part des femmes originaires de Maghreb(64).

Alors qu'en 1977 on voyait plus de prescriptions de DIU auprès des femmes migrantes, **en 2013 on retrouve que les françaises utilisent davantage ce moyen contraceptif** que les femmes migrantes de première et deuxième génération(54). Les femmes migrantes, notamment de deuxième génération avec un niveau d'études plus bas sont jusqu'à trois fois

moins enclines à utiliser le DIU que les femmes françaises appartenant au même groupe social. Les femmes d'origine étrangère sont cependant plus nombreuses à utiliser une variété des méthodes considérées comme non médicales, telles que le retrait ou la méthode du calendrier(54).

Bourdillon, dans une étude de 1991, **en opposition avec les chiffres de Leridon de 1977**, quantifie le pourcentage de **femmes étrangères utilisant une contraception comme étant moins élevé** que celui des femmes françaises, 51% pour les femmes maghrébines, 49% pour les femmes européennes et 69% pour les françaises, un changement par rapport aux années 1970. Dans ces populations étrangères il y a aussi moins de recours aux méthodes considérées comme efficaces, à hauteur de 34% versus 54% chez les françaises(66).

Poncet utilise des données provenant de l'enquête « Trajectoire et Origines » dans laquelle elle analyse les méthodes utilisées par les femmes étrangères en utilisant les femmes françaises comme groupe de référence. Dans cette étude aussi, on **retrouve une moindre prévalence de l'utilisation contraceptive par les migrantes, tout groupe confondu**(54). Le niveau socio-économique plus bas serait responsable d'un usage plus bas avec deux fois moins d'utilisatrices que parmi les femmes ayant un niveau plus élevé, taux qui diminue avec la durée du séjour. Il n'y a pas eu de corrélation retrouvée entre le niveau socio-économique et l'usage contraceptif chez les françaises(54).

Une étude de 2018 retrouve des faibles différences d'usage contraceptif, en faveur des françaises, avec 91% versus 88% des femmes d'origine subsaharienne, avec encore une fois une utilisation plus importante des méthodes non médicales(71). Parmi les méthodes médicales, on observe moins d'utilisation du DIU, comme dans d'autres études ci-dessus, et une prévalence de la pilule. L'implant commence aussi à prendre sa place, significativement plus utilisé surtout chez les femmes plus jeunes ou en couple avec un partenaire originaire lui

aussi d'Afrique(71). Si on compare avec la population générale, l'utilisation de l'implant est importante quel que soit le groupe d'âge et l'utilisation du DIU n'augmente pas avec l'âge et reste basse(71). **La faible utilisation du DIU dans ces populations reflète son utilisation marginale en Afrique et l'augmentation de l'utilisation de l'implant évoque l'utilisation de l'injection sur ce continent**, avec 28.6% des utilisatrices qui déclarent l'utiliser lors d'une enquête des Nations Unies(71).

Bretin, en 1991, **constate aussi des différences d'utilisation et de prescription des contraceptifs en fonction des origines des femmes migrantes**. Alors qu'elle ne fait pas de comparatifs entre le pourcentage d'utilisation globale d'un contraceptif parmi les femmes migrantes et les femmes françaises, elle constate aussi, lors des ses entretiens en Ile-de-France, que **les françaises se voient moins prescrire des DIU** que les femmes étrangères. Ceci peut aussi être expliqué par le fait qu'un grand nombre de ces femmes consultent après avoir déjà eu plusieurs accouchements, **le DIU à cet âge étant en accord avec le modèle contraceptif français**(55). Quand on prescrit une pilule à ces femmes, elles sont souvent plus jeunes, célibataires et sans enfants, avec un niveau d'éducation plus élevé et sans beaucoup d'expérience en matière de contraception(55). C'est donc le moyen préféré lors d'une primo-prescription contraceptive. Il y a aussi des prescriptions pour une contraception injectable, le plus souvent proposée à des femmes migrantes, plus âgées, ayant déjà eu plusieurs enfants et en situation irrégulière ou sans assurance maladie(55).

Des différences concernant la méthode préférée de contraception dans certains groupes de femmes migrantes seront soulignées aussi lors d'une étude de 2007, où on constate un **recours accru à l'implant auprès des femmes originaires d'Afrique subsaharienne**, plus que dans d'autres groupes sociaux(51).

En 2004, la question des **injections hormonales** à visée contraceptive sera posée à nouveau. Tout comme en 1977, c'est un moyen qui est le plus **souvent proposé aux femmes migrantes** et qui devient un « signe distinctif » d'un groupe composé majoritairement par des maghrébines et des africaines. On découvre aussi des pratiques discriminatoires avec une utilisation qui ciblerait les femmes ayant un niveau très bas de français, ce qui renforce une image négative de cette contraception et qui demande à chercher des alternatives(68).

A part une étude réalisée en 1977 qui retrouve une utilisation plus importante de contraception chez les femmes étrangères, les autres études citées dans cette partie sont toutes d'accord que **l'utilisation des moyens contraceptifs est légèrement moins importante que chez les françaises**. Cela peut être expliqué par un biais de sélection, car les femmes interrogées étaient suivies par un service dédié à la contraception au sein d'une maternité d'Ile-de-France, ce qui pourrait expliquer cette adhérence thérapeutique. Des études réalisées dans d'autres pays comme les Etats Unis confirment les statistiques françaises, avec une moindre utilisation des contraceptifs dans les groupes de femmes étrangères comme les hispaniques ou les afro-américaines(54). En ce qui concerne les moyens les plus utilisés, la pilule continue à avoir la plus forte prévalence. Par rapport à la population générale, on observe une réticence à utiliser le DIU auquel on préfère l'implant.

- **Résultats hétérogènes : certains qui trouvent que les femmes migrantes ont moins recours à la contraception dans son ensemble que les Françaises et d'autres qui infirment cette hypothèse.**
- **Prescriptions en accord avec le modèle contraceptif français, notamment en fonction de l'âge et du nombre des migrantes pour les DIU(55).**
- **Le choix du type de contraception (DIU/Implant/Injection) est le reflet de son utilisation dans le pays d'origine(51)(71)**

F) L'utilisation de la pilule

Plusieurs études se sont mises d'accord sur l'existence d'un modèle contraceptif français. Ailleurs dans le monde, la pilule a une place nettement moins importante qu'en France(31). C'est à cet effet qu'une analyse de plus près de l'utilisation de la pilule semblait nécessaire.

Dans les années 1980, la pilule et le DIU deviennent les moyens contraceptifs les plus prescrits et le plus utilisés en France avec une préférence pour la contraception orale car le DIU a tendance à être prescrit surtout pour les femmes ayant déjà eu au moins un enfant. Grâce aux enquêtes demandées par l'INED et l'INSERM, on a pu objectiver cette augmentation progressive de l'utilisation de la pilule à partir des années 1960 jusqu'à son statut de moyen le plus utilisé aujourd'hui. Ces mêmes enquêtes nous témoignent aussi une utilisation plutôt ciblée du DIU et du recours très limité à la stérilisation féminine(52). Depuis, même si la diversité des méthodes contraceptives a augmenté avec un paysage contraceptif toujours en changement, **la pilule reste le moyen le plus utilisé par tous les groupes de femmes, françaises et étrangères(31)**. Elle est **tellement utilisée qu'elle devient synonyme de contraception et est parfois la traduction choisie par les interprètes** dès que le choix est fait d'employer le mot contraception(56).

La pilule est la principale méthode prescrite et une femme sur trois déclare avoir déjà utilisé la pilule, avec un pic dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans. Même si les femmes peuvent changer de contraception à un moment donné, ces chiffres confirment que beaucoup de femmes ont au moins « essayé » la pilule, même si ce n'était que pour une courte période(64), comme en attendant la prescription d'un DIU(64). Au-delà d'un certain âge, on remarque une tendance de changer de contraception avec une diminution du taux d'utilisation de la pilule en faveur de l'implant ou du DIU. En ce qui concerne surtout ce dernier, le

pourcentage passe de 16% à 20 ans à 40% après l'âge de 40 ans comme mis en évidence lors d'une enquête auprès des femmes migrantes habitant en Ile-de-France(64).

Il faut prendre en compte que ce **monopole de la pilule peut ne pas être satisfaisant pour l'ensemble des utilisatrices**. Les prescripteurs devraient envisager aussi d'autres moyens pour les situations dans lesquelles cette méthode n'est pas souhaitée ou se révèle inadaptée(52).

- **La pilule reste le moyen le plus utilisé par tous les groupes de femmes, françaises et étrangères(31).**
- **Elle est tellement utilisée qu'elle devient synonyme de contraception et est parfois la traduction choisie par les interprètes dès que le choix est fait d'employer le mot contraception(57).**

G) L'utilisation des injectables

La pilule, synonyme de contraception, est cependant amenée à perdre un peu de place en faveur d'autres moyens contraceptifs comme le DIU, l'implant ou l'injection hormonale. Une discussion autour de cette dernière est nécessaire car même si elle est très utilisée en Afrique subsaharienne(71), il y a eu un moment en France où elle est devenue synonyme de discrimination.

A la fin des années 1990, on compte quatorze millions d'utilisatrices d'injectables dans le monde, majoritairement dans des pays en voie de développement, selon une enquête des Nations Unies réalisée au début des années 2000. Ce chiffre, quoique élevé en valeur, reste faible en pourcentage avec une utilisation pour environ 2% des femmes ayant besoin d'une contraception(52). Cette tendance continue au fil des années 2000, avec une prévalence au Kenya, Mozambique, Burkina Faso ou Pérou et une utilisation très faible en Chine, aux Etats-Unis ou Espagne(31).

A cette époque, les chiffres en France reflétaient les chiffres au niveau mondial. Une étude à niveau national en 1988 classe les injectables parmi « les autres moyens contraceptifs » avec les spermicides par exemple, utilisation qui s'élève à 2.2% tout confondu(55).

Bretin réalise dans les années 1990 une étude centrée sur l'usage des contraceptifs injectables dans une maternité de France. Alors que le Depo-Provera, le nom commercial de cette injection, était autorisée en France, elle n'était pas souvent prescrite dans la population générale par crainte des effets secondaires. Même si les femmes immigrées étaient quoique familiarisées avec cette méthode, plus souvent utilisée dans leurs pays d'origine, Bretin argumente que son utilisation en France à l'époque des années 1980 et 1990 était limitée dans certains contextes d'affections psychiatriques ou auprès des certaines populations qui étaient considérées comme ayant besoin d'aide afin de réguler leur fécondité(55). Elle décrit des

situations dans lesquelles le contraceptif a été fortement conseillé par des professionnels de santé, des sage-femmes ou des infirmières, pour être ensuite prescrit par le médecin sans avoir une discussion préalable avec la patiente. **L'injection deviendrait aussi une méthode « imposée » à ces populations**, à tel point que des associations des femmes migrantes se saisissent des pratiques abusives concernant la prescription de ce moyen et interpellent plusieurs organismes comme le Comité Médico-Social pour la Santé des migrants ou Médecins du Monde(55).

Dans une étude réalisée dans une maternité d'Ile-de France, sur les quatorze femmes à qui les médecins ont prescrit une contraception injectable, six ont reçu le contraceptif à la maternité en post-partum. Les femmes françaises avaient un niveau très bas d'éducation ou un logement précaire et les femmes migrantes avaient aussi un bas niveau socio-économique et ne parlaient pas français(64). Pour deux femmes, l'injection a été prescrite comme "moyen de précaution" à cause des antécédents familiaux ou personnels de handicap. Sur les quatorze femmes, c'est le médecin qui a décidé de la méthode pour huit d'entre-elles. Un des médecins interrogés a déclaré qu'il ne considérait pas que ces femmes "pourraient maîtriser leur fécondité différemment"(64).

Pour Bretin, le choix de prescrire cette méthode n'est pas basé donc uniquement sur des raisons médicales mais est influencé par la position socio-économique de la femme ou par l'absence perçue d'intégration ou de maîtrise de français(68). **L'absence de suivi médical de ces patientes et des difficultés de communication favorisent des attitudes paternalistes de la part des médecins.** Une sage-femme interrogée en 2004 en témoigne : « Ça fait déjà un nombre d'années quand je travaillais à la maternité, il y avait beaucoup de migrantes qui venaient de façon complètement impromptue .. qui repartaient .. C'était le dernier recours quand il n'y avait plus de communication, on faisait la piqûre en disant qu'elles vont être tranquilles trois mois et qu'on verra après (...) Il y a eu des injections qui ont été faites un

peu la main forcée à des femmes qui avaient un refus contraceptif ou dont le mari refusait la contraception »(68). Alors que c'est un moyen censé être de dernier recours elle devient « le signe distinctif » des femmes étrangères, notamment d'origine maghrébine ou africaine(68). Par son utilisation injectable, c'est un moyen qui échappe aux regards mais aussi parfois aux contrôles car si on peut arrêter la prise d'une pilule, l'injection reste un moyen qui apparaît comme irréversible sur le court terme(68). Certaines utilisatrices témoignent des effets indésirables, comme une aménorrhée ou des spotting ainsi qu'un changement du cycle menstruel, évènements considérés comme désagréables par certaines femmes qui souhaitent des méthodes plus maîtrisables(68).

Les injections contraceptives ne seraient presque pas proposées en consultation privée ou en cabinet de ville, où les médecins perçoivent leurs patientes comme étant plus exigeantes. C'est un moyen proposé surtout en maternité en post-partum ou dans les centres de planning familial ou de PMI(68). C'est une prescription qui le plus souvent ne correspondait pas au choix de la femme et qui se faisait sans informer le partenaire(68).

Alors que ce moyen contraceptif sera mal vu pendant plusieurs années à la suite de cette prescription considérée comme ciblée, son taux d'utilisation se verra diminué. En 2018, lors d'une enquête nationale, aucune des femmes n'a déclaré utiliser l'injection hormonale(71).

Cependant, récemment il y a eu un changement de comportement. Là où on associait ce moyen à une méthode assez dangereuse et ciblant les femmes originaires des pays en voie de développement, **aujourd'hui on remarque que cette méthode est à nouveau demandée** et par des femmes ayant déjà eu d'autres contraceptions(64). Les médecins ont aujourd'hui tendance à orienter les femmes vers les injectables lorsque le choix contraceptif est compliqué ou limité, lorsqu'une demande de stérilisation féminine a été refusée ou lorsque les femmes souhaitent un moyen contraceptif qui peut être utilisé de manière discrète si leur

partenaire s'oppose(52). Certaines femmes profitent des services couplés en PMI lorsqu'elles arrivent pour les consultations de leurs enfants pour demander une injection de Depo-Provera. Pour certaines, l'administration tous les trois mois leur donne plus de liberté quant aux choix liés à une éventuelle grossesse et se sentent moins contraintes qu'avec l'implant qui a une durée d'utilisation de trois ans(57).

On observe ainsi une évolution dans le regard envers ce moyen contraceptif auparavant considéré comme marginal et une nouvelle augmentation de son utilisation.

- **Historiquement très utilisée en Afrique subsaharienne, en France synonyme de discrimination.**
- **Méthode considérée comme « imposée » à ces populations(55)**
- **Attitudes paternalistes de la part des médecins (55)(68)**
- **Aujourd'hui, cette méthode est à nouveau demandée par les femmes et est encore proposée par les médecins dans certains cas(64)**

H) La contraception et la place du médecin

La prescription d'une méthode contraceptive est basée sur des critères objectifs tels que les antécédents personnels et familiaux de la patiente, les facteurs de risque et les contre-indications possibles(55). Cependant, elle peut parfois être soumise à certains biais, comme l'opinion du médecin sur ce qui représente une contraception adéquate tout comme l'opinion de la patiente sur sa prise en charge et les effets indésirables réels ou perçus de chaque méthode. Dans cette partie nous allons cibler les études qui discutent du rôle du médecin dans la décision contraceptive.

Malgré l'existence en France **des recommandations** de prescription, tout comme dans d'autres pays, elles peuvent être **mises de côté en faveur des certaines représentations** que le corps médical a sur certaines catégories de patientes(71). Ces représentations ne font pas l'unanimité et peuvent varier à niveau individuel(57). Les décisions des professionnels de santé en regard des contraceptifs prescrits reflètent de manière subtile la perception qu'ils ont sur les migrantes. La prescription se voit influencée par le contexte socio-économique de la patiente et par des critères qui articulent la condition de la femme à des normes de contrôle de fécondité(57).

Fellous considère que « pour le médecin, la femme émigrée est à la fois la même et l'autre, en tant que femme, en tant qu'émigrée, en tant que personne appartenant à une autre classe sociale. L'histoire personnelle, le statut matrimonial, l'âge, le sexe influent sur cette attitude. L'image de la femme émigrée oscille entre des représentations nuancées selon les ethnies, la négation d'une différence avec les femmes françaises également consultantes, une valorisation ou, à l'autre extrême, un rejet. Si certaines représentations relèvent de la pure idéologie, d'autres recourent plusieurs de nos observations : la qualité du rapport à son corps

et à son enfant qu'à la femme émigrée, des comportements qui renvoient à une appartenance de classe et qui se retrouvent également chez les femmes françaises »(72).

Les interactions avec ces patientes sont modulées en fonction de plusieurs déterminants comme l'expérience de chacun ou l'orientation politique(56). Les sage-femmes dans le système hospitalier public peuvent utiliser des stratégies et proposer des prises en charge différentes en fonction de la patiente qu'elles ont en face. Ces stratégies peuvent aller d'une prescription sans explication d'un moyen contraceptif à des explications très simples et jusqu'à des entretiens avec la patiente et même avec son partenaire, malgré des contraintes horaires(56).

Les ordonnances pour un contraceptif oral sans explication préalable ou les injections de Depo-Provera comme dernier recours pour certaines catégories de femmes, comme montré par Sargent et Bretin respectivement, sont des arguments que ces décisions ne sont pas basées sur des critères médicaux mais sur des idées préconçues sur les femmes originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb(56). Certains médecins se retrouvent à promouvoir ces moyens contraceptifs de longue durée car ils considèrent que c'est ainsi qu'ils vont pouvoir aider les patientes, en espaçant les grossesses. Lorsqu'une patiente interrogée par Bretin refuse un moyen contraceptif, un des médecins lui propose l'injection contraceptive pour ''lui offrir au moins trois mois de tranquillité''(56). Pour Bretin, « la pratique qui se conçoit et s'énonce comme un soutien à des femmes démunies est aussi une réponse médicalisée à la différence sociale et culturelle. La pratique que décrivent les médecins rend compte des formes contemporaines de gouvernement des conduites procréatives centrées sur le contrôle pour et par les individus''(68).

Une autre étude de Sargent réalisée en 2005 éclaire aussi sur certains comportements qui peuvent être perçus par les femmes comme étant coercitifs : un directeur médical interrogé

soutenait qu'une des patientes devrait arrêter de tomber enceinte et qu'elle devrait à cette fin prendre la pilule(56). Une infirmière décrit les grossesses nombreuses et peu espacées des femmes africaines tandis qu'une autre évoque le même sujet en expliquant que c'est normal pour elles(56). Une des patientes raconte qu'on lui aurait demandé si elle souhaitait avoir comme moyen contraceptif la pilule ou le DIU sans lui demander au préalable si elle voulait une contraception. Une autre patiente témoigne comme elle a pris la pilule pendant un mois sans le savoir parce que l'ordonnance faisait partie de ses papiers de sortie mais qu'elle n'avait pas reçu d'explication préalable et qu'elle a arrêté quand son mari a lu la notice et s'est rendu compte que c'était à visée contraceptive(56).

Bretin(68) cite Ginsburg et Rapp qui ont utilisé le concept de « **reproduction stratifiée** ». Ce concept désigne des personnes qui seraient considérées comme aptes à la reproduction et à l'éducation des futurs enfants et qui sont mises en opposition avec d'autres qui, elles, n'en seraient pas aussi capables. Cette idée a été appliquée à la reproduction des femmes migrantes. Certains auteurs considèrent qu'elles doivent affronter des discours véhiculés sur le nombre approprié d'enfants qu'elles devraient avoir et qu'elles seraient donc confrontées à cette « reproduction stratifiée » avec des femmes qui se voient prescrire des moyens contraceptifs et d'autres pas(68).

Même si l'accès au système de santé est facilité, il peut y avoir d'autres obstacles dans la trajectoire contraceptive des femmes étrangères. Un des obstacles peut être la perception que ces femmes ont des professionnels de santé et des prises en charge proposées notamment à la suite de situations comme celles mentionnées par les études ci-dessus. Elles **peuvent parfois ressentir qu'il y a des thérapeutiques qu'on leur propose et d'autres qu'on ne leur offre pas**, ressentis qui peuvent être justifiés ou pas(62).

Leridon réalise en 1977 des statistiques sur les moyens prescrits par les médecins et les compare aux demandes des patientes, qui peuvent être différentes. On remarque une **différence entre la demande et la prescription pour 22% des prescriptions de contraceptif injectable, 11% des prescriptions de DIU et 6% des prescriptions de pilule**(64). Le médecin décide plus souvent de prendre l'initiative lorsqu'il s'agit des injections plus que lorsqu'il s'agit d'un DIU ou d'une pilule. Le partenaire est souvent moins au courant des prescriptions de Depo-Provera que pour la pilule ou le DIU(64).

Les **femmes étrangères peuvent ressentir une double pression**, celle de leurs familles et de leurs maris pour avoir des enfants et celle des professionnels de santé pour avoir une contraception(67). En 2012, à la question de si les patientes ont ressenti une pression d'adhérer à un moyen contraceptif, 50% déclarent avoir eu des discussions autour de la contraception mais sans ressentir une pression, 35% avoir été conseillées par une sage-femme, 5% par un médecin et 8% ont pris la décision seules(56). On remarque ainsi une amélioration dans le ressenti de ces femmes.

Certains comportements sont en train de changer avec le temps. Certaines de ces études ont eu lieu dans les années 1970 jusqu'aux années 2000. En 2004, Leridon souligne une **bonne volonté des médecins** avec une maîtrise des situations auxquelles ils sont confrontés(52). Le paternalisme est encore présent mais moindre et se présente lorsque les médecins évoquent les risques associés à des grossesses trop rapprochées. Un article de 2018 montre que les médecins se montrent plus réticents à proposer des méthodes contraceptives de longue durée comme l'injection, pour plusieurs raisons dont une "surestimation du risque d'infertilité"(71).

Sargent adresse les stéréotypes et les pièges dans lesquelles les médecins peuvent tomber lors des prises en charge de nos jours. Un des stéréotypes le plus fréquemment entendu est

celui des femmes originaires du Maghreb ou d'Afrique subsaharienne considérées comme un groupe qui doit être « sauvé et libéré », tel comme on a vu dans certains témoignages évoqués ci-dessus(57). C'est une idée préconçue et qui rappelle ce paternalisme qui a tendance à apparaître souvent dans le discours des professionnels de santé.

Les médecins et les sage-femmes supposent souvent que les femmes migrantes doivent être fatiguées à cause d'un nombre d'accouchements perçus comme très important et que ces femmes se retrouvent obligées à employer diverses techniques afin de cacher une éventuelle contraception de leur partenaire(57). Ils évoquent des punitions auxquelles les femmes peuvent être soumises si leur époux apprend ce mensonge, comme de la violence physique ou verbale, le divorce ou la polygamie(56). Ainsi, le conseil d'utiliser une contraception n'est pas seulement lié au pur effet contraceptif mais aussi à l'effet d'autonomisation que cette utilisation pourrait avoir sur ces femmes, considérées comme dominées par leurs maris, leurs familles et leurs sociétés(56). Certaines sage-femmes et médecins, autant des hommes que des femmes, évoquent un acte symbolique, de libération de la femme, synonyme de la modernité(56) sans se rendre compte de leur rôle dans le contrôle de la fécondité de ces femmes. **En voulant les libérer de leur domination ils finissent par les traiter des victimes et par créer une relation de soin déséquilibrée, en défaveur de ces femmes(57).**

En effet, ces notions peuvent être tirées de certains articles qui définissent les espaces géographiques de manière peu précise, en utilisant des termes comme « les femmes musulmanes », « les femmes arabes » ou « la société africaine ». **En faisant cette homogénéisation, c'est facile de perdre de vue que les femmes qui font partie d'un même pays d'origine peuvent avoir des positions socio-économiques différentes**, ce qui est parfois oublié lorsque l'on cite le parcours et l'évolution des femmes migrantes, mis seulement sur le compte des acquis dans la société d'immigration. Dans certaines études

anglophones, on accorde une place importante à la société d'origine, car les bénéfices de la migration pour les femmes dépendent aussi de leur statut dans cette société(60).

Une prise en charge devrait être proposée en tenant compte des déterminants socio-économiques mais adaptée individuellement. Il est fortement conseillé de vérifier l'état des connaissances des femmes et leur niveau de compréhension mais notamment d'obtenir leur consentement(57). **Pour le soignant, il s'agit d'identifier ses éventuels à priori et de les mettre de côté afin d'être le plus objectif possible dans la prise en charge.** De même, il est essentiel de mettre l'accent sur la communication, de prendre en considération un ensemble de facteurs différents comme l'avis de la patiente, ses croyances, ses envies par rapport au nombre de grossesse, ses habitudes, ses ressources. C'est une approche qui devrait être centrée sur l'écoute, sur l'éducation et sur la satisfaction du patient avec la mise en place d'un suivi régulier afin de répondre aux éventuelles questions, de chercher des éventuels effets indésirables et d'adapter le contraceptif si nécessaire(57).

Arousell s'intéresse à la religion comme déterminant dans le choix contraceptif. Pour elle, une prise en charge satisfaisante d'une patiente musulmane **n'implique pas seulement la prise en compte de cette religion mais de considérer chaque patiente comme un individu à part, en prenant en compte l'hétérogénéité des pratiques religieuses et du suivi de ces normes**(58). Le fait de ne pas avoir suffisamment d'études sur l'impact de l'islam sur la contraception et une perception souvent très simplifiée et binaire du patient musulman sont des facteurs de risque pour une prise en charge incomplète ou inadaptée de ce groupe(58).

Deux attitudes extrêmes ont été montrées dans certains articles. D'abord, des études qualitatives montrent que les professionnels de santé ne prennent pas toujours en compte la dimension religieuse des patients. Une étude réalisée au Canada montre que les femmes musulmanes se sont senties discriminées et ont été confrontées à de l'indifférence mais aussi

à des préjugés liés à un manque d'informations sur l'Islam(58). Pour certaines, **le personnel soignant n'était pas suffisamment informé** quant à certaines pratiques religieuses et s'est même montré incompréhensif lors des certaines demandes(58). Pour les auteurs, cela montre un manque de flexibilité et d'adaptabilité de la part des professionnels de santé et témoigne d'un besoin d'intégrer les besoins des patients musulmans dans une prise en charge globale.

Ensuite on retrouve l'approche centrée sur la "sensibilité culturelle". Elle part d'une bonne volonté des soignants, celle de prendre en compte les particularités liées à l'origine et à la religion des patients, mais elle devient problématique car a tendance de considérer que certains comportements ou habitudes sont valables pour des populations entières(58). Cette approche tombe dans le piège de voir les patients originaires de Maghreb comme un groupe homogène et de tirer des conclusions en fonction de comment le soignant pense qu'un musulman doit se comporter vis-à-vis de sa propre religion(58).

Il est **important pour le médecin d'adapter sa pratique en fonction de certains contextes culturels**, d'avoir des connaissances sur certaines normes et habitudes culturelles qu'il pourrait utiliser et **ajuster en fonction des besoins de chaque patient**(58). Cela est d'autant plus important que l'on remarque une augmentation de la diversité des soignants et des patients en France mais aussi des risques de créer des stéréotypes dû à un manque adéquat de connaissances(58). Cependant, il ne faut pas voir tous les patients originaires du même pays comme étant similaires sur tous les plans. C'est pour cela que la meilleure approche est celle centrée sur le patient et sur le dialogue, afin d'identifier les besoins de chaque patient(58).

En ce qui concerne le point de vue des patientes migrantes, Fellous a décidé d'interroger les patientes sur leur rapport avec les médecins(72). A part les femmes maghrébines plus âgées et qui ont des enfants et qui souhaiteraient consulter une femme et si possible, une femme

mariée ayant des enfants, les autres femmes interrogées sont indifférentes au sexe du médecin. Pour elles, **c'est l'étiquette de médecin qui prime et pas son genre**(72). Certaines femmes ont décrit par ailleurs une difficulté de communication avec le médecin et une attitude ambivalente : d'une part il y a la relation de confiance mais de l'autre il y a un discours restreint car elles ne sentent pas pouvoir exprimer toutes leurs craintes et leurs attentes(72). C'est important de préciser aussi que le contexte social de la femme est aussi important dans son rapport avec le médecin : plus la femme est entourée par d'autres femmes auprès de qui elle peut demander conseil, moins la demande au médecin est importante et respectivement, moins la femme peut se rapporter à un entourage féminin, plus elle est dépendante de l'avis médical et elle risque de mal vivre sa contraception si elle n'ose pas parler ouvertement au professionnel de santé(72).

La **place du médecin est centrale dans l'aide à la décision** et la prescription d'un moyen contraceptif. Les articles présentés ci-dessus se concentrent pour la plupart sur l'importance des représentations socio-économiques qui peuvent influencer les médecins et leurs prescripteurs, favorisant dans certains cas une attitude qui peut être considérée comme paternaliste. Il y a aussi bien sûr aussi des études qui soulignent la compétence et la bonne volonté des médecins qui éprouvent de l'écoute et du professionnalisme envers ces patientes. Afin d'améliorer la prise en charge de ces populations, nous avons passé en revue les pièges à éviter, comme le fait de placer au cœur de la prise en charge l'origine de la patiente. Même si les habitudes et les normes culturelles et religieuses doivent toujours être considérées, le médecin doit renoncer à certaines idées préconçues et laisser la place à la patiente de s'exprimer et doit la considérer en tant qu'individu et non en tant que membre appartenant à un certain groupe ou à une certaine religion même si cela part d'une bonne intention.

- **Les représentations des médecins peuvent influencer les prescriptions contraceptives avec une différence entre la demande des patientes et les prescriptions des médecins(64)**
- **Les femmes étrangères peuvent ressentir une double pression, celle de leurs familles et maris pour avoir des enfants et celle des professionnels de santé pour avoir une contraception(67)**
- **Certaines idées préconçues des professionnels de santé peuvent influencer la prise en charge des femmes immigrées : femme immigrée qui « doit être sauvée et libérée »(57), femme qui « doit être fatiguée à cause des multiples accouchements »(57).**
- **Certains comportements influencent la prise en charge des femmes immigrées : manque de considération envers les éléments religieux qui peuvent influencer le choix contraceptif(58) ou à l'opposé, une tendance à donner trop d'importance à des éléments considérés comme « culturels » sans considérer chaque femme comme un individu(58).**
- **Pour les médecins, il est important d'avoir une attitude bienveillante, de ne pas homogénéiser les patientes originaires du même pays ou de la même région(60), de prendre en compte les déterminants socio-économiques ou les origines de la patiente mais tout en la regardant de manière individuelle, sans généralités(57), ajuster sa prise en charge en fonction des besoins de chaque patiente(58).**
- **Pour les femmes, les médecins occupent une place centrale dans la décision contraceptive. Dans le choix de professionnel médical, ce n'est pas le genre qui prime mais l'étiquette de médecin(72).**

I) La contraception et la place de l'interprète

La communication lors des consultations peut parfois être limitée, lorsqu'il y a une barrière de la langue. Des malentendus peuvent avoir lieu quand il n'y a pas d'accès à un interprète ou lorsque l'interprète est quelqu'un originaire de la même communauté que la patiente(62). Certaines études consultées pour cette revue de littérature discutent de la place de l'interprète comme facteur décisionnel concernant la contraception.

Les problèmes de communication sont souvent mentionnés dans les dossiers médicaux par les médecins car il est difficile de comprendre ce qui motive une demande contraceptive et quelles sont les attentes des femmes auxquelles les médecins doivent répondre(55). Même lorsqu'un(e) interprète spécialisé(e) est disponible, celui-ci, peu importe son genre, n'est pas toujours en mesure de relayer de manière complète et exhaustive le ressenti et les besoins des femmes en termes de contraception(55).

Parfois l'interprète peut dépasser l'interprétariat *ad literam* et avoir un discours propre, comme remarqué par Sargent(56). Une des interprètes interrogées avait sa propre routine, dans laquelle elle expliquait que Paris n'était pas « comme au pays », où il y avait toute la famille présente et qu'ici, la femme et son partenaire doivent élever seuls et sans aide leurs enfants. Elle conseille donc aux femmes de prendre la pilule, mot qui est parfois employé à tort afin de traduire « contraception », ce qui peut être un facteur de biais dans la décision contraceptive des femmes, qui pensent être confrontées à un seul choix contraceptif. Certains interprètes, comme celle mentionnée ci-dessus, se considèrent comme représentant une modernité dont les femmes ayant grandi dans un cadre traditionnel auraient besoin(56). Ce ne sont pas seulement les interprètes qui pensent ainsi car des sage-femmes participant à l'étude considèrent aussi qu'il ne s'agit pas seulement de traduire de mots mais aussi d'avoir des

éléments culturels en commun, ce qui pourrait favoriser l'adhérence thérapeutique des femmes(56).

Malgré les défauts d'une consultation réalisée avec un(e) interprète, sa place reste cependant essentielle pour une meilleure compréhension des femmes qui consultent. Cependant, dans une étude réalisée par Sargent, elle a observé qu'il n'y avait pas de demande systématique d'interprète pour toutes les consultations, malgré les difficultés connues de communication(56). Cela pourrait être expliqué par le manque d'interprètes disponibles et les longs délais d'attente avant de pouvoir bénéficier d'un interprétariat mais aussi d'une durée de consultation considérée comme trop longue lorsqu'un interprète est présent, comme mentionné par certaines sage-femmes interrogées(56).

Lorsqu'il n'y a pas d'interprète disponible, les femmes peuvent se retrouver avec des prescriptions contraceptives sans explications, à prendre une fois sorties de l'hôpital(56). De même, certaines sage-femmes ont fait remarquer que lorsqu'il y avait une barrière de la langue, elles avaient l'impression que moins de médecins s'interrogeaient sur l'avis de leurs patientes concernant la contraception. Les mêmes sage-femmes attribuent l'utilisation des moyens injectables comme le Depo-Provera à une maîtrise insuffisante de la langue française(57).

Alors que pour Brétin, **le fait de ne pas parler français ne rend pas les femmes incapables de faire un choix**, certains médecins et sage-femmes se sentent « forcés » de prescrire cette contraception afin « d'aider les femmes ». Pour un des gynécologues interrogés, le Depo-Provera est « le dernier recours quand on ne peut pas communiquer ». C'est ce type de raisonnement qui a fait que ce moyen contraceptif soit associé aux niveaux socio-économiques plus bas et aux femmes ne parlant pas français, comme discuté lors du chapitre dédié(57).

- **Même lorsqu'un(e) interprète spécialisé(e) est disponible, celui-ci, peu importe son genre, n'est pas toujours en mesure de relayer de manière complète et exhaustive le ressenti et les besoins des femmes en termes de contraception(55).**
- **Parfois l'interprète peut dépasser l'interprétariat *ad literam* et avoir un discours propre(56).**
- **Il existe aussi des biais de traduction comme l'utilisation du mot « pilule », parfois employé afin de traduire « contraception » ce qui peut influencer la décision contraceptive(56).**
- **Les interprètes et parfois les professionnels de santé considèrent qu'il ne s'agit pas seulement de traduire de mots mais aussi d'avoir des éléments culturels en commun, ce qui pourrait favoriser l'adhérence thérapeutique des femmes(56).**
- **Malgré les défauts d'une consultation réalisée avec un(e) interprète, sa place reste cependant essentielle pour une meilleure compréhension des femmes qui consultent(56). La barrière de la langue favorise des prescriptions sans explications ou moins de choix pour les patientes qui peuvent se voir imposer une certaine méthode contraceptive(56) (57).**
- **Une consultation avec interprétariat dédié devrait toujours être demandée lorsque la patiente ne maîtrise pas le français, afin de favoriser l'adhérence thérapeutique**

J) La contraception et la place du partenaire et de la famille

Le mariage et les unions peuvent influencer la fécondité à travers plusieurs déterminants comme : le type de mariage (monogame ou polygame), l'âge lors du mariage, la fréquence du divorce mais aussi l'activité sexuelle et sa fréquence, qui varient en fonction du type de mariage et du mode de vie, notamment lorsque le couple vit séparément(51).

L'urbanisation a aussi créé un changement car cela a permis aux femmes un accès meilleur à l'éducation et à l'emploi, qui entraîne ensuite plus d'autonomie dans les choix reproductifs. Dans les zones rurales, les familles n'étant pas séparées, les maris ont un mot plus important à dire en ce qui concerne la fécondité de leurs femmes. C'est ainsi que l'environnement impacte aussi la fécondité(51).

Comme elle sous-entend aussi des dynamiques de pouvoir, **la régulation de la fécondité doit être regardé à plusieurs niveaux comme individuel, familial ou communautaire, pas seulement régional ou national(51).**

Pour Tsafack et Calkins, la migration a comme effet la diminution de la pression venant de la part de la famille élargie en termes de fécondité(51). Cependant, les femmes migrantes se retrouvent sous la pression de leurs maris et de leurs familles proches afin d'avoir des enfants mais en même temps sous la pression des professionnels de santé afin d'utiliser une contraception. C'est ainsi que la contraception devient centrale dans les conflits maritaux car les hommes ressentent cette interférence comme une perte de contrôle sur la fécondité de leurs femmes(51). La littérature montre que le comportement des femmes concernées n'est pas uniforme et qu'elles essayent de trouver des solutions à ce dilemme, sous différentes formes, en fonction des circonstances culturelles(67).

Pour Leridon, les hommes se plaignent de la « femme réveillée », une femme qui est autonome et indépendante de son mari. Une fois arrivées en France, en apprenant à lire et à écrire en français, en interagissant avec d'autres personnes en dehors de la communauté, en contactant les assistantes sociales et en travaillant, les femmes contestent l'autorité masculine. C'est pour cela que certains hommes ne souhaitent pas que leurs femmes obtiennent un niveau plus élevé d'éducation ou un travail, car c'est grâce à cette dépendance qu'ils peuvent continuer à garder un même rapport de domination dans le mariage(51). Leridon et Brétin s'intéressent aussi aux situations de domination masculine qui pourraient évoluer vers une violence directe. Si cela survient, la question devient beaucoup plus vaste que seulement la contraception **et touche aux rôles assignés aux femmes et aux relations de couple dans lesquelles la domination de l'homme est très forte**(52).

Il existe des couples pour lesquels le choix contraceptif fait suite à une discussion et à une décision partagée, en partenariat avec les professionnels de santé. Cependant, dans l'étude de Sargent, 70% des femmes qu'elle a interrogées entre 2000 et 2005 utilisaient des moyens contraceptifs sans que leurs partenaires soient au courant. La majorité des femmes utilisaient la pilule contraceptive avec une minorité qui utilisait soit le DIU soit les injections contraceptives. Quelques femmes recouraient à l'allaitement, considéré efficace pour espacer les grossesses(57). Lorsque la question de la contraception définitive se pose, Brétin a observé dans son étude que les hommes, défavorables à une vasectomie, ne s'opposent pas à une stérilisation féminine(68).

En termes de moyen contraceptif discret, l'injection de Depo-Provera a l'avantage de la simplicité car c'est plus facile pour une femme de recevoir une injection tous les trois mois que de cacher une plaquette de pilules contraceptives ainsi que la prise quotidienne de contraception(57). Pour un médecin interrogé par Sargent, ce choix contraceptif était prédominant auprès des femmes originaires d'Afrique du Nord qui avaient plusieurs enfants

et dont le mari n'était pas d'accord avec une contraception. Afin de pouvoir cacher cette contraception de leurs maris, le médecin leur faisait l'injection et ensuite revoyait les patientes trois mois plus tard, contentes de leur choix(57).

Les femmes qui décident d'utiliser une contraception sans informer leurs partenaires au préalable peuvent se retrouver avec une situation considérée comme bénéfique mais qui change avec le temps car elles risquent des conflits conjugaux mais aussi des actes de violence physique ou verbale sans mentionner à nouveau la pression des proches concernant une grossesse attendue mais qui n'arrive pas(57). Comme dans l'étude de Leridon(52), Sargent retrouve que les partenaires de ces femmes associent la contraception à une émancipation non souhaitée et critiquent l'influence des sage-femmes, des médecins ou des assistants sociaux qui encouragent une prise contraceptive(57).

Plusieurs auteurs analysent l'impact des associations créées aux initiatives des migrants sur les rapports de genre. Azoulay et Quiminal considèrent que l'implication des femmes d'origine africaine dans ce type d'associations leur permet « d'entamer des négociations dans un rapport de forces qui leur soit moins défavorable que dans le seul face à face avec leur époux »(60). Pour les deux sociologues, les hommes et les femmes migrants emploient différentes stratégies d'adaptation, les premiers pour consolider leur position et les dernières pour s'échapper des tensions et pour retrouver une autonomie(60).

Lorsqu'il s'agit des stratégies d'adaptation, il est aussi **important de mentionner le sexe du conjoint qui reste au pays**. Lorsque c'est la femme qui reste et qui reçoit de l'argent envoyé par son partenaire, il y a plus de probabilité qu'elle investisse dans l'éducation des enfants alors que si c'est l'homme, il y a plus de probabilité qu'il investisse dans des biens tels que des logements(63).

- **Les femmes migrantes se retrouvent sous la pression de leurs maris et de leurs familles proches afin d'avoir des enfants(51) mais la migration a comme effet la diminution de la pression venant de la part de la famille élargie, qui reste au pays(51).**
- **Certains hommes associent la contraception à une émancipation non souhaitée et critiquent l'influence des sage-femmes, des médecins ou des assistants sociaux qui encouragent une prise contraceptive(57).**
- **La contraception touche aux rôles assignés aux femmes et aux relations de couple dans lesquelles la domination de l'homme est très forte(52).**
- **Il y a des études qui montrent une prévalence de femmes qui prennent une contraception sans informer leurs maris(57) mais il existe aussi des couples pour lesquels le choix contraceptif fait suite à une discussion et à une décision partagée(57).**

K) La contraception et la place de la religion

Les chercheurs ont étudié la place de la sexualité et de la reproduction dans plusieurs religions, comme le judaïsme, le christianisme, l'islam, le bouddhisme ou l'hindouisme. Lors de ces études ils ont cherché à établir la place de la sexualité, les caractéristiques différentes de la sexualité masculine et féminine et le rôle de la contraception. Chacune de ces religions parle des sujets cités ci-dessus et offre aux croyants un système de valeurs qu'ils peuvent appliquer concernant la santé reproductive. Cependant, pour certains croyants, il y a aussi une place très importante qui est laissée à l'interprétation personnelle des textes religieux(58).

Pour Imbert, que la religion soit orthodoxe ou musulmane, il y a **des interdits concernant la contraception et notamment les interruptions de grossesse**, considérées comme condamnées par Dieu(59). Genereux a retrouvé aussi dans une étude réalisée par Castle et Konate que certaines utilisatrices de contraception considéraient la pratique contraceptive comme étant contre l'Islam. Pour d'autres utilisatrices, la contraception peut être utilisée mais sous certaines conditions, comme lorsqu'elle n'empêche pas la nidation mais seulement la fécondation. Enfin, pour certaines femmes, la contraception est permise mais seulement si le partenaire est au courant. Blanc retrouve des femmes qui ne souhaitent pas utiliser des moyens de contraception mécanique comme le préservatif, car cela serait contre le Coran même si cette idée est fautive(53). Cela témoigne de l'importance de l'interprétation personnelle des textes religieux, comme mentionné ci-dessus(51).

C'est cette interprétation personnelle qui était perçue comme le frein le plus important à l'accès contraceptif au Mali car il y avait beaucoup de débats concernant la place de la contraception dans l'Islam et les moyens permis. C'est pour cela que les cliniques de planning familial se sont rapprochées des imams et d'autres leaders religieux, afin d'adresser ce sujet et d'éclairer des éventuelles incompréhensions. Il y a eu donc un travail conjoint

entre le Ministère de la Santé, les cliniques de planning familial et les imams suite auquel ces derniers ont réalisé des visites dans les centres de santé de Bamako. C'est lors de ces visites que l'accent a été mis sur une acceptation de la contraception dans le Coran, qui n'interdit pas son utilisation(51). Pour appuyer ces affirmations, il est important de noter qu'il y a même des mentions dans le Coran sur **l'allaitement utilisé à visée contraceptive mais aussi sur l'azl (le coïtus interruptus)** qui doit être uniquement pratiqué lorsque la femme donne son consentement(72).

La **pratique religieuse est associée à un début plus tardif de la vie sexuelle** mais aussi à une moindre utilisation contraceptive(58), résultats confirmés par d'autres recherches comme celles de Marsicano avec une différence. Elle retrouve que les femmes musulmanes, qu'elles soient pratiquantes ou non, débute leur vie sexuelle plus tardivement que d'autres femmes alors que dans le cas des hommes musulmans, cela est valable que pour les pratiquants. Cette même étude montre aussi que les femmes qui pratiquent régulièrement leur religion **utilisent en moindre mesure la contraception lors du premier rapport sexuel**. Aucune différence n'a été observée pour les hommes lors de cette interrogation(65).

- **Il y a des mentions dans le Coran sur la contraception : sur l'allaitement utilisé à visée contraceptive mais aussi sur l'azl (le coïtus interruptus)(51).**
- **Pour certaines femmes la contraception peut être utilisée mais sous certaines conditions, comme lorsqu'elle n'empêche pas la nidation mais seulement la fécondation.**
- **La pratique religieuse est associée à un début plus tardif de la vie sexuelle(58) et à l'utilisation moindre de la contraception lors du premier rapport sexuel. Aucune différence n'a été observée pour les hommes(65).**

7. L'étude : limites et perspectives

Une des principales limites posées par ce travail est liée au fait que les résultats reproduits ci-dessus sont délimités par ce que d'autres auteurs ont produit et par l'état actuel de la littérature. De plus, comme observée lors de la présentation de la méthodologie, le faible nombre d'articles inclus témoigne du besoin d'approfondir ce sujet par d'autres recherches, plus récentes et avec un plus grand nombre de données, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. Nous pouvons aussi remarquer, en regardant la bibliographie, que ce sont le plus souvent des autrices qui produisent des études sur la migration féminine ou sur la contraception dans la population immigrée.

En ce qui concerne les perspectives, j'ai réalisé un mémoire de master 2 « Santé, Environnement et Politique ». Avec ce mémoire sur les femmes migrantes et la contraception, qui s'appuie sur des entretiens qualitatifs, j'ai souhaité apporter plus d'informations sur le vécu des femmes immigrées en Alsace, informations qui montrent que ces femmes arrivent à se saisir de leur santé reproductive et à prendre des décisions pour elles-mêmes, contrairement à ce qui a pu être montré dans la littérature, notamment dans des études plus anciennes.

Il ressort aussi de ce travail la nécessité de créer et d'améliorer des projets pour la santé sexuelle, publiques et à échelle nationale, car on peut voir les bénéfices lorsque ces projets sont mis en place et fonctionnent de manière efficace. Ces projets doivent cependant s'appuyer sur une amélioration des connaissances de ces femmes, en leur donnant les moyens de se saisir de leur santé reproductive et de réaliser ce qui leur semble être le choix le plus adapté à leurs contraintes personnelles. Ces initiatives doivent aussi être accompagnées par des projets de loi qui offrent un accès gratuit et facilité à un moyen contraceptif et à des

consultations de prévention et de santé sexuelle, pas seulement dans des écoles ou dans des associations mais aussi au sein même de certaines communautés, afin d'être certains d'atteindre un nombre plus large de femmes et de diminuer les disparités socio-économiques qui peuvent limiter l'accès à des informations éclairées ou à la contraception en elle-même.

8. Conclusions

La contraception est un sujet qui se trouve au croisement entre la sphère privée et publique. Elle appartient à la sphère privée car l'utilisation d'une méthode contraceptive relève du choix de la personne concernée, choix qui peut être influencé par une variété de raisons, qu'elles soient médicales, sociales ou économiques. Cependant, c'est aussi un sujet qui appartient à la sphère publique car la santé sexuelle et la contraception font partie des politiques de prévention en santé publique mais font aussi l'objet de certaines lois qui facilitent l'accès à des moyens de dépistage, de contraception ou d'interruption de grossesse. La plus récente, la *loi du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022* prévoit le remboursement des contraceptifs pour toute femme jusqu'à 25 ans révolus contre 18 ans auparavant(77).

La contraception et sa prescription sont des particularités de la médecine. D'une part, elles concernent une grande partie de la population, les utilisateurs et les utilisatrices, mais aussi les prescripteurs. Par ailleurs, il s'agit d'une thérapeutique qui n'est pas majoritairement prescrite afin de traiter une pathologie sauf quelques cas spécifiques dont l'acné, la dysménorrhée, l'endométriose ou le syndrome des ovaires polykystiques. C'est à cause de ce caractère non thérapeutique que la dynamique de prescription est modifiée, car la plupart du temps il ne s'agit pas d'une maladie à traiter(78). De plus, l'efficacité de la contraception ne se mesure pas seulement au travers de la capacité de prévention des grossesses mais aussi par l'adéquation de la prescription avec les attentes de la femme, son mode de vie et ses préférences d'utilisation(78). Pour Roux et Bajos, « il s'agit d'une interaction médicale dans laquelle c'est le choix de l'usagère, et non celui du médecin, qui conditionne l'efficacité du traitement »(78).

L'utilisation de la contraception est influencée par plusieurs facteurs, comme les rapports sociaux, les rapports de genre mais aussi par la « socialisation en matière de sexualité et de contraception »(79). L'épidémiologie et la démographie, deux disciplines qui s'intéressent à la contraception, ont privilégié cette approche centrée sur les déterminants individuels qui façonnent le recours contraceptif(79). Les moyens de contraception sont différents, que ce soit lié à la modalité d'utilisation, à leur efficacité ou à leurs effets indésirables mais ils sont aussi différents en termes de représentation individuelle et culturelle engendrées. Le choix est donc aussi influencé par les normes culturelles tout comme par l'accès aux moyens contraceptifs ou les coûts des méthodes(54).

Pour les femmes immigrées, le choix d'adopter un moyen contraceptif est complexe et dépasse le simple souhait de contrôler le nombre d'enfants ou d'espacer les grossesses, même si ces motivations restent aussi essentielles dans la prise de décision. Afin de mieux comprendre ce parcours décisionnel, ce qui a motivé la réalisation de ce travail de thèse, nous avons réalisé une revue de littérature qui comportait un nombre initial de 238 articles identifiées et 23 articles inclus dans l'analyse finale après multiples étapes d'évaluation. A travers ce travail, nous avons donc analysé la présence de plusieurs déterminants et l'existence des différents acteurs qui impactent un éventuel choix contraceptif.

Il s'agit ici des soignants, médecins comme sage-femmes, qui influencent le choix à travers leurs recommandations, elles-mêmes façonnées parfois par les représentations qu'ils peuvent avoir en regard des femmes immigrées. Gelly considère qu'en ce qui concerne la contraception, les médecins se retrouvent dans une position qui peut être perçue comme inhabituelle, éloignée du diagnostic et du soin et plus proche du conseil et de l'écoute(78). L'objectif des soignants est de présenter toute la variété des moyens contraceptifs et d'aider les femmes à faire un choix éclairé plutôt que de proposer une méthode d'emblée(78). On retiendra qu'il n'y a pas lieu de fortement conseiller une contraception plutôt qu'une autre s'il

n'y a pas de contre-indications précises car le critère d'efficacité peut ne pas être le plus important lors du choix de méthode.

On retrouve aussi le rôle des interprètes pour les femmes qui en ont besoin, qui peuvent aussi impacter la décision à travers l'interprétariat ou leur choix pour certaines traductions, notamment lorsqu'ils équivalent « pilule » à la « contraception ».

La place du partenaire doit également être prise en compte, avec des relations de couple et des modèles de communication qui varient d'une décision partagée et prise conjointement par les deux partenaires, à un choix imposé par l'homme pour un moyen contraceptif ou son absence voire une prise contraceptive en secret de la part des certaines femmes.

On compte aussi la place de l'entourage, de la famille et des amis, avec des attitudes qui peuvent être différentes si les discussions ont lieu dans le pays d'origine ou dans le pays d'accueil, avec une attitude qui va du soutien et des discussions ouvertes à une pression de ne pas utiliser une contraception afin d'atteindre un nombre d'enfants considéré comme souhaitable.

Pour les femmes immigrées, il y a aussi la dimension culturelle et religieuse qui doit être prise en compte, avec un comportement qui peut être plus ou moins influencé par ces déterminants en fonction de chaque femme. Même si cette dimension est importante et doit être respectée, en tant que soignants il faut veiller à considérer chaque femme en tant qu'individu et pas comme appartenant à un groupe considéré comme homogène, en projetant des attentes et des besoins qui peuvent être très différents des celles des patientes.

La mise en place et l'amélioration des programmes à l'échelle nationale deviennent donc essentielles afin de favoriser l'accès à la contraception des femmes immigrées, car il y a un risque de difficultés de suivi ou de pertes de vue en l'absence d'un parcours clair. La

demande et le besoin existent parce que les femmes immigrées ont une utilisation contraceptive très proche des statistiques des femmes françaises. Il va donc de soi qu'elles puissent accéder à des consultations réalisées par des professionnels de santé spécialisés dans la contraception et à l'écoute, qui individualisent la femme et lui proposent toutes les options existantes, en lui laissant la place décisionnelle finale, afin de construire une relation soignant-patiente basée sur la confiance et d'améliorer l'adhérence thérapeutique.

VU

Strasbourg, le 01/09/2022

Le Président du jury de thèse

Professeur DERUELLE Philippe



Prof Philippe DERUELLE
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de Hautepierre
Pôle de Gynécologie - Obstétrique et Fertilité
67098 STRASBOURG Cedex
Tél. : 03 88 12 84 55 - Fax : 03 88 12 74 57

VU et approuvé

Strasbourg, le 23 SEP. 2022

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



9. Bibliographie

1. Potts M, Campbell M. History of Contraception. Glob Libr Womens Med [Internet]. 2009 [cité 27 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.glowm.com/section-view/item/375>
2. DeNoon, Daniel. Birth Control Timeline. MedicineNet [Internet]. Mai 2005 [cité 18 nov 2021]; Disponible sur: <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=52188>
3. Intrauterine device [Internet]. Wikipedia.org. 2021. Disponible sur: https://en.wikipedia.org/wiki/Intrauterine_device#History
4. Agnus, Esther. La contraception hormonale : mode d'action, risques et alternatives [Thèse]. [Toulouse]: Toulouse 3; 2012.
5. Swedish Medical Research Council. Advancing Long-Acting Reversible Contraception [Internet]. popcouncil.org. 2013 [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.popcouncil.org/news/advancing-long-acting-reversible-contraception>
6. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
7. Assurance Maladie. Les méthodes naturelles de contraception [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/contraception/methodes-naturelles-contraception>
8. Planning Familial. Les méthodes naturelles [Internet]. planning-familial.org. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/les-methodes-naturelles-338>
9. Targonskaya, Anna. Trousse d'ovulation : comment choisir le bon outil de prédiction de fertilité et l'utiliser pour une précision maximale [Internet]. flo.health. 2022. Disponible sur:

<https://flo.health/fr/tomber-enceinte/je-veux-tomber-enceinte/suivi-de-ovulation/trousse-ovulation>

10. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). 2019.
11. Guigues, B. La contraception - les spermicides [Internet]. CNGOF. Disponible sur: cngof.fr/menu-la-contraception/306-les-spermicides
12. Les contraceptifs barrières [Internet]. Assurance Maladie. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/contraception/methodes-contraception-barrieres>
13. Guigues, B. La contraception - le préservatif féminin [Internet]. CNGOF. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/310-le-preservatif-feminin>
14. VIDAL. La contraception orale ou « pilule » [Internet]. Vidal.fr. 2022. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/contraception-comprimes-pilule.html>
15. Cochois, I. TRIELLA (éthinyloestradiol, noréthistérone) : arrêt de commercialisation effectif [Internet]. Vidal.fr. 2016. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/20383-triella-ethinyloestradiol-norethisterone-arret-de-commercialisation-effectif.html>
16. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Acétate de cyprotérone (Androcur, Diane 35, et génériques) et vasoconstricteurs (pseudoéphédrine) : retour d'information sur le PRAC de février 2020 [Internet]. ansm.sante.fr. 2020. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/acetate-de-cyproterone-androcur-diane-35-et-generiques-et-vasoconstricteurs-pseudoephedrine-retour-dinformation-sur-le-prac-de-fevrier-2020>

17. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
18. VIDAL. Gamme de médicament EVRA [Internet]. Vidal.fr. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/evra-23256.html>
19. Guigues, B. La contraception - le patch [Internet]. CNGOF. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/303-le-patch>
20. Assurance Maladie. Contraception hormonale : pilule, patch, anneau vaginal, implant, injection intramusculaire [Internet]. Assurance Maladie. 2022. Disponible sur: https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/contraception/methodes-contraception-hormonale#text_3321
21. Guigues, B. La contraception - l'implant (Nexplanon) [Internet]. CNGOF. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/304-l-implant-nexplanon>
22. Nexplanon - About Insertion [Internet]. Nexplanon. Disponible sur: <https://www.nexplanon.com/insertion/>
23. Mayo Clinic. Depo-Provera (contraceptive injection) [Internet]. mayoclinic.org. Disponible sur: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/depo-provera/about/pac-20392204>
24. VIDAL. CCD UT380 Standard Disp IU [Internet]. Vidal.fr. 2022. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-ut380-standard-disp-iu-60560.html>

25. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence : pilule du lendemain ou DIU au cuivre [Internet]. has-sante.fr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122293/en/contraception-d-urgence-pilule-du-lendemain-ou-diu-au-cuivre
26. VIDAL. MIRENA 52 mg (20 µg/24 heures) disp IU [Internet]. Vidal.fr. 2022. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/mirena-52-mg-20-g-24-heures-disp-iu-11071.html>
27. VIDAL. CCD GYNELLE 375 DISP IU [Internet]. Vidal.fr. 2022. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-gynelle-375-disp-iu-37631.html>
28. Guigues, B. La contraception - le stérilet [Internet]. CNGOF. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/305-le-sterilet>
29. Assurance Maladie. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. As. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/contraception/sterilisation-contraceptive-homme-femme>
30. Kersaudy-Rahib D. Contraception, où en est-on ? Lécole Parents. 2013;602(3):32-3.
31. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation: Popul Sociétés. 1 nov 2017;N° 549(10):1-4.
32. Bijlmakers L, Carr-Hill R, Doumbia S, Kanté N, Diarra K, Matthijssen J, et al. Pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale au Mali - Etude dans le cadre de la coopération malienne - néerlandaise. 2012.
33. Santé Publique France. CONTRACEPTION Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive. Santé Publique France; 2020.

34. ONU. L'utilisation de contraceptifs dans le monde en 2001 Augmentation sensible de l'emploi des contraceptifs dans les années 90. Chronique ONU. 2002;XXXIX(3).
35. IOM. Termes clés de la migration [Internet]. IOM. Disponible sur:
<https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
36. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers [Internet]. INSEE. 2022. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
37. United Nations D of E and SA. International Migration Highlights 2020. United Nations; 2020.
38. OIM. État de la migration dans le monde 2020 [Internet]. OIM. 2020. Disponible sur:
<https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/?lang=FR>
39. Noiriel G. Une histoire du modèle français d'immigration. Regards Croisés Sur Léconomie. 2010;8(2):32.
40. Ledegen, Gudrun. L'Encyclopédie des migrants. Écrire une histoire intime des migrations. Université Rennes 2; 2019. (Palimpseste. Sciences, Humanités, Sociétés).
41. Baux JP. 1914 : une France démographiquement affaiblie. Popul Avenir. 2014;717(2):14.
42. Delalande, Nicolas. Retirer la nationalité sous Vichy [Internet]. laviedesidees.fr. 2016.
Disponible sur: <https://laviedesidees.fr/Retirer-la-nationalite-sous-Vichy.html>
43. Lochak, Danièle. Les étrangers sous Vichy. Plein droit. nov 1995;29-30.
44. Harzoune, Mustapha. Depuis quand la France est-elle une terre d'immigration ? [Internet].
histoire-immigration.fr. 2022. Disponible sur: <https://www.histoire-immigration.fr/les-migrations/depuis-quand-la-france-est-elle-une-terre-d-immigration>

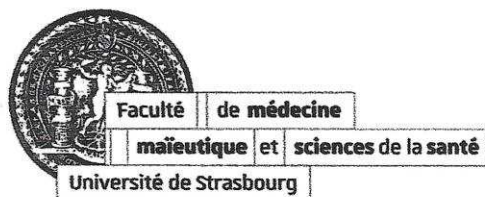
45. Mathieu S. L'immigration en France : variations politiques et invariants représentationnels: *Pensée Plurielle*. 23 août 2016;n° 42(2):41-54.
46. Loi Pasqua sur les conditions d'entrée et de séjour des immigrants. 1993.
47. Ministère de l'Intérieur et de l'Outre-Mer. Historique du droit de la nationalité française [Internet]. immigration.interieur.gouv.fr. 2013. Disponible sur:
<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Archives/Les-archives-du-site/Archives-Integration/Historique-du-droit-de-la-nationalite-francaise>
48. Lochak D. Immigration choisie, immigration subie : rien de nouveau sous le soleil ? In 2006.
49. Sénat. Projet de loi relatif au droit des étrangers en France - Annexe 4: Les lois sur l'immigration depuis 1980 [Internet]. senat.fr. 2022. Disponible sur:
<https://www.senat.fr/rap/l14-716/l14-71621.html>
50. Soudant-Depelchin E. La prise en compte des rapports sociaux de sexe dans les migrations: L'exemple des femmes migrantes dans le camp de Calais. *Pensée Plurielle*. 23 août 2016;n° 42(2):121-30.
51. Genereux A. A review of migration and fertility theory through the lens of African immigrant fertility in France. Max Planck Inst Demogr Res Rostock Ger MPIDR Work Pap. 1 janv 2007;
52. Leridon H. Contraception : les femmes entre médecins et maris (Commentaire). *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):111-5.
53. Blanc B, Merger CH. [Contraception in North-African immigrants (author's transl)]. *Contracept Fertil Sex (Paris)*. mai 1982;10(5):301-4.

54. Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin YC, Chen CY. Contraceptive use and method among immigrant women in France: Relationship with socioeconomic status. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. déc 2013;18(6):468-79.
55. BRETIN H, Job-Spira N, Piet E, Crecy M, Herschkorn P, Turshen M, et al. Contraceptive Prescribing Practices of Family Planning Centers in Ile-de-France. *Eur J Public Health*. 1 janv 1991;1.
56. Sargent C. Counseling Contraception for Malian Migrants in Paris: Global, State, and Personal Politics. *Hum Organ*. 2005;64(2):147-56.
57. Sargent, Carolyn. Contraceptive secrets: body battles among North and West African migrants in Paris. In: *Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health*. Routledge; 2012. p. 20.
58. Arousell J, Carlbom A. Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. avr 2016;32:77-87.
59. Imbert C, Bidault E, Goujon N, Goudet † B. Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom: *Santé Publique*. 1 juill 2013;S2(HS2):209-15.
60. Moujoud N. Effets de la migration sur le femmes et sur les rapports sociaux de sexe. Au-delà des visions binaires. *Cah CEDREF*. 1 janv 2008;(16):57-79.
61. Begland, Emma. Évaluation d'une stratégie de dépistage multiple, en médecine de premier recours, chez la population migrante primo-arrivante à Marseille. Étude quantitative auprès des patients consultant à la PASS. Aix-Marseille; 2017.
62. Carballo, Manuel. Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women. In: *Female Migrants: Bridging the Gaps Throughout the Life Cycle*. International Organisation for Migration; 2006. p. 146.

63. Ambrosetti E, Tattolo G, Toader A, Kateb K, Diguët D. Femmes, rapports de genre et dynamiques migratoires. *Population*. 2008;63(4):767.
64. Leridon H, Mayen M, Levailant JM, Mayen M. La diffusion des méthodes modernes de contraception: Une étude dans une consultation hospitalière. *Popul Fr Ed*. juill 1977;32(4/5):777.
65. Marsicano, Elise. Genre, expérience migratoire et condition minoritaire. Les trajectoires sexuelles et préventives des migrant·e·s d'Afrique subsaharienne vivant en France. Université Paris Sud - Paris XI; 2012.
66. Bourdillon F, Lombrail P, Antoni M, Benrekassa J, Bennegadi R, Leloup M, et al. La santé des populations d'origine étrangère en France. *Soc Sci Med*. janv 1991;32(11):1219-27.
67. Kalev HD, Marzel SR. Liberté, Egalité, Islamité: Coping strategies of female immigrants from the Maghreb in France. *Womens Stud Int Forum*. sept 2012;35(5):354-61.
68. Bretin H. Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):87-110.
69. Douillet-Dupont, Delphine. Parcours médical des migrants primoarrivants à Angers. Université d'Angers; 2016.
70. Michel A, Michel A. Sur l'usage des méthodes contraceptives dans la population algérienne à Paris. *Popul Fr Ed*. janv 1971;26(1):149.
71. Maraux, Barbara. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France. Université Paris - Saclay; 2018.
72. Fellous, Michele. Contraception et Migration. Syros; 2012. 162 p.

73. Walsh S, Jones M, Bressington D, McKenna L, Brown E, Terhaag S, et al. Adherence to COREQ Reporting Guidelines for Qualitative Research: A Scientometric Study in Nursing Social Science. *Int J Qual Methods*. 1 janv 2020;19:160940692098214.
74. Dai S, Zhou X, Xu H, Li B, Zhang J. Evaluation of the reporting quality of observational studies in master of public health dissertations in China. *BMC Med Res Methodol*. déc 2020;20(1):230.
75. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. déc 2019;4(1):5.
76. Ouadah-Bedidi, Zahia S Nourredine. Algérie : femmes et familles entre droit et réalités. Institut National d'Etudes Démographiques - INED; 2014.
77. Vie Publique. Loi du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022 [Internet]. *vie-publique.fr*. 2021. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/281799-loi-de-financement-la-securite-sociale-2022-plfss-budget-secu#top>
78. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sci Soc Santé*. 2017;35(3):41.
79. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre: *Cah Genre*. 30 mars 2016;n° 60(1):101-22.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CHEORGHE Prénom : GABRIELA -DARIA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À STRASBOURG , le 05/09/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé :

Située entre la sphère publique et la sphère privée, la contraception est un sujet d'actualité. Concernant plus précisément l'expérience contraceptive des femmes immigrées en France, elle est le produit de différents facteurs et fait suite à des multiples interactions et expériences.

Afin de pouvoir identifier au mieux ces multiples déterminants, nous avons décidé de réaliser une revue systématique de littérature. Un nombre total de 238 articles a été initialement identifié avec un nombre final de 23 articles retenus après multiples analyses de contenu. Avant leur intégration dans cette revue de littérature, une analyse de la qualité de chaque article a été effectuée, afin de vérifier la pertinence scientifique.

La décision de choisir un moyen contraceptif se retrouve au centre d'un parcours propre à chaque femme et peut se voir impactée par les recommandations des médecins, les souhaits du partenaire ou les discussions avec la famille et l'entourage. Un rôle très important ont aussi la religion, les représentations de la contraception dans le pays d'origine, les habitudes contraceptives dans le pays d'accueil mais aussi le statut socio-économique.

Après avoir comparé des statistiques concernant l'emploi des moyens contraceptives par les femmes immigrées et les femmes françaises, nous avons retrouvé des chiffres qui évoluent au fil des années vers une utilisation similaire dans les deux populations. Lorsqu'on ajoute la féminisation de la migration cela fait que les médecins généralistes peuvent être confrontés au quotidien avec des consultations d'initiation ou de renouvellement de contraception dans la population migrante.

Pour mieux accompagner ces femmes envers un choix éclairé, les professionnels de santé doivent donc se saisir de toutes ces informations et les intégrer dans leur prise en charge tout en veillant à respecter les caractéristiques individuelles de chaque patiente.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : migrant, immigrant, immigration, femme, contraception, contraceptif, France

Président : Pr. Philippe Deruelle

Assesseurs :

Dr. DUMAS Claire – Directrice de thèse ; Maître de Conférences Associée des Universités de Médecine Générale

Pr. Ass. GRIES Jean-Luc – Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Dr. DEMARE Nicolas – Membre du jury

Adresse de l'auteur : 9 rue Klein, 67000 Strasbourg