
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Une étude exploratoire des
besoins et des attentes en matière de contraception chez les femmes migrantes
originaires d'Afrique de l'est : une approche socio-culturelle"**

Auteur : Simon, Noémie

Promoteur(s) : Sarcinelli, Alice; 11574

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en promotion de la santé

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10040>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



**ETUDE EXPLORATOIRE DES BESOINS ET DES
ATTENTES EN MATIERE DE CONTRACEPTION CHEZ
LES FEMMES MIGRANTES ORIGINAIRES D'AFRIQUE
DE L'EST : UNE APPROCHE SOCIO-CULTURELLE**

Mémoire réalisé par **Noémie SIMON**

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la santé

Promoteur : **Alice SARCINELLI**

Co-promoteur : **Louisa BEN ABDELHAFIDH**

Année académique 2019 - 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens sincèrement à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce travail de fin d'études, que ce soit au moyen d'une relecture, de recherches supplémentaires ou en m'ayant guidé dans mes écrits.

Merci tout particulièrement à ma promotrice, Madame Sarcinelli qui a permis à ce travail d'aboutir à l'aide de ses nombreuses relectures, sa disponibilité et ses précieux conseils ;

Merci à ma co-promotrice, Madame Ben Abdelhafidh pour son aide et son enthousiasme ainsi qu'aux différents professionnels de l'équipe Médecins du Monde pour leur accueil et leur temps. En particulier Priscilla, Céline, Victoria et Flora ;

Merci aux membres du jury pour le temps consacré à la lecture de ce travail ;

Une attention particulière est portée aux femmes ayant accepté de participer à cette étude ayant ainsi permis son aboutissement ;

Merci aussi à mes parents, mon frère et mes amis pour leur soutien infaillible, leur patience et leur aide pour la rédaction de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

- SSR : Santé sexuelle et reproductive
- MdM : Médecins du Monde
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- ONG : Organisation non gouvernementale
- Ulg : Université de Liège

Table des matières

RESUME

ABSTRACT

PREAMBULE

1. Introduction.....	2
1.1. La migration internationale.....	3
1.2. Contexte de la migration en Belgique.....	4
1.3. Notions théoriques et état de la question.....	5
1.3.1. Santé sexuelle et reproductive.....	5
1.3.2. Déterminants socioculturels et diversification culturelle.....	6
1.3.3. Représentations culturelles de la santé, du corps et de la sexualité.....	7
1.3.4. Besoins et attentes en matière de contraception dans le pays d'accueil.....	8
1.3.5. L'accès aux soins de santé en Belgique.....	9
1.3.6. Obstacles à l'accès à la contraception et l'information en Belgique.....	10
1.4. Approche méthodologique.....	11
1.5. Question de recherche et Objectifs de l'étude.....	13
2. Matériel et méthode.....	14
2.1. Type d'étude et démarche de recherche.....	14
2.2. Population étudiée.....	14
2.2.1. Méthode d'échantillonnage et échantillon (critères d'inclusion et d'exclusion).....	15
2.3. Organisation de la collecte des données.....	16
2.4. Outil de collecte des données.....	17
2.5. Traitement des données et méthode d'analyse.....	18
2.6. Paramètres étudiés.....	18
3. Résultats.....	20
3.1. Présentation de l'échantillon.....	20
3.2. Analyse thématique.....	21
3.2.1. L'utilisation de la contraception avant la migration.....	21
3.2.2. L'utilisation de la contraception en Belgique (après le parcours migratoire).....	21
3.2.3. L'accès à l'information sur la contraception en Belgique.....	22
3.2.4. Accès à la contraception en Belgique.....	23
3.2.5. Perceptions.....	23
3.2.6. Craintes/peurs.....	24
3.2.7. Attentes/Besoins.....	24
4. Discussion et perspectives.....	26

4.1. Discussion selon la situation.....	28
4.2. Avis des différents professionnels de MdM.....	28
5. Biais et limites de l'étude	30
6. Conclusion	31

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : plusieurs études mettent en avant l'idée que les attentes et les besoins en matière de contraception chez les femmes migrantes africaines sont non satisfaits, et ce majoritairement en raison de leurs facteurs socioculturels.

L'objectif de cette étude consiste à connaître les attentes et les besoins des femmes d'origine érythréenne et éthiopienne en matière de santé sexuelle et reproductive afin de pouvoir leur garantir un accès et une équité de soins à la suite de leur arrivée en Belgique.

Matériel et Méthodes : une étude exploratoire qualitative a été réalisée en collaboration avec l'Organisation non Gouvernementale Médecins du Monde durant le mois de juin 2020. Des entretiens semi-structurés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien et ont permis de recueillir les données de huit participantes érythréennes ou éthiopiennes en situation de transit et âgées de 17 à 27 ans. Sur ces huit femmes, six n'avaient jamais eu de rapport sexuel et utilisé de moyen contraceptif. Les données ont été traitées via une analyse thématique.

Résultats : suite aux entretiens réalisés, sept thèmes sont apparus comme essentiels à aborder dans les résultats : l'utilisation de la contraception avant et après la migration, l'accès à l'information en Belgique, l'accès à la contraception en Belgique, les attentes et les besoins, les craintes et les peurs ainsi que les perceptions en matière de contraception. Certains thèmes étaient davantage discutés que d'autres selon les envies des participantes.

Conclusion : certains propos de la revue de littérature sont confirmés par les entretiens comme la présence d'obstacles ou la perpétuation de fausses idées alors que d'autres comme les craintes concernant les professionnels de la santé ou les besoins en contraception entravés par les facteurs socioculturels sont infirmés. En effet, les femmes sont majoritairement contentes des services (tel que le HUB) dont elles bénéficient en Belgique et n'éprouvent pas davantage de besoins les concernant. Par contre, elles semblent souhaiter recevoir davantage d'informations sur les lieux de procuration d'une contraception sûre et adaptée à leur mode de vie.

Mots-clés : - contraception – migration – besoins contraceptifs - facteurs socioculturels – Belgique – Afrique de l'Est – santé sexuelle et reproductive – étude qualitative.

ABSTRACT

Introduction: Several studies highlight the idea that contraceptive expectations and needs among African migrant women are unmet, largely due to sociocultural factors.

The objective of this study is to find out the expectations and needs of the women of Eritrean and Ethiopian origins in terms of sexual and reproductive health in order to guarantee them access and equity of care following their arrival in Belgium.

Material and Methods: a qualitative exploratory study was carried out in collaboration with the non governmental organisation Médecins du Monde during the month of June 2020. Semi-structured interviews were conducted using an interview guide and collected data from eight Eritrean or Ethiopian participants who are in transit, aged between 17 and 27 years old. Of these eight women, six had never had sexual intercourse with the use of contraception. The data was processed through thematic analysis.

Results: As a result of the interviews conducted, seven themes emerged as essential to address in the results: contraceptive use before and after migration, access to information in Belgium, access to contraception in Belgium, expectations and needs, fears and anxieties, and perceptions about contraception. Some themes were discussed more than others depending on the participants' desires.

Conclusion: Certain statements from the literature review are confirmed by the interviews, such as the presence of obstacles or the perpetuation of misconceptions, while others like fears about health professionals or contraceptive needs which are hindered by sociocultural factors, are invalidated. In fact, the majority of women are satisfied with the services (such as the HUB) they receive in Belgium and do not feel any need for them at this level. On the other hand, they seem to wish to receive more information on where they can obtain safe contraception adapted to their lifestyle.

Keywords: - contraception - migration – contraceptive needs - socio-cultural factors – Belgium – East Africa – sexual and reproductive health – qualitative study.

PREAMBULE

J'ai choisi de réaliser ce mémoire en raison de la diversité culturelle présente en Belgique et ce, dû à la migration internationale rendue plus visible ces dernières années par les médias. Cette diversité culturelle m'a toujours attirée et a suscité des interrogations personnelles tout au long de mes études de sage-femme. Si j'ai pu, durant ma formation professionnelle de sage-femme, obtenir des réponses à ces interrogations grâce aux différents cours d'anthropologie multiculturelle et religieuse, j'estimais que beaucoup de sujets intéressants n'étaient pas assez explorés. De plus, durant mes stages en tant que sage-femme j'ai pu constater que certaines pratiques ou croyances selon les cultures n'étaient pas souvent comprises et donc involontairement non respectées par les professionnels de la santé. Pourtant, les femmes migrantes qui ont déjà subi beaucoup de moments difficiles avant, pendant et après leur parcours migratoire, ont besoin d'être écoutées, comprises et respectées durant les moments importants de leur vie.

Il m'est donc apparu clair que je souhaitais réaliser mon mémoire sur un sujet utile et peu étudié en Belgique. Pour ce faire, je me suis tournée vers l'ONG Médecins du Monde afin d'obtenir des avis de professionnels travaillant directement sur le terrain. Lors d'une conversation, est ressorti un sujet important à aborder, à savoir connaître les besoins et les attentes des femmes migrantes en matière de contraception en fonction de leurs facteurs socioculturels suite à leur arrivée en Belgique. Cette étude de promotion à la santé m'a rendue très enthousiaste étant donné qu'elle me permettait également d'utiliser mes notions et capacités en tant que sage-femme.

Selon la culture d'une personne, il n'est pas toujours facile d'aborder le sujet de la contraception et pourtant, afin de permettre à la femme de disposer librement de son corps (en évitant une grossesse non-désirée ou de contracter une infection sexuellement transmissible), la SSR est importante à prendre en compte. De plus, en situation de précarité, la SSR peut apparaître comme un besoin secondaire pour certaines femmes migrantes. Il a donc semblé important de connaître l'avis et le ressenti de ces femmes sur l'accueil et le respect de leurs valeurs culturelles par rapport à l'utilisation d'une contraception. En effet, des besoins non satisfaits peuvent avoir un réel impact sur la SSR d'une femme. Pour écouter ces besoins de contraception et tenter d'identifier les possibles obstacles qui se présentent à

elles en Belgique, il était important pour moi d'aller à leur rencontre et d'établir une discussion humaine dans un climat de confiance.

1. Introduction

En 2018, l'OMS a estimé que 214 millions de femmes dans le monde expriment avoir un besoin contraceptif non satisfait, dont les plus touchées sont les femmes défavorisées et marginalisées (1). Au cours d'une année sont comptabilisées plus ou moins 80 millions de grossesses non désirées et environ 20 millions d'avortements à risques, entraînant une augmentation de la morbidité et de la mortalité parmi ces femmes (1). Pourtant, la liberté d'une femme de choisir et d'obtenir une contraception est un droit humain fondamental (2). Malgré les progrès qui ont été réalisés au cours de ces 30 dernières années en matière d'accessibilité à la contraception pour les femmes de tout âge et de tout pays, le combat n'est pas terminé (2). Plusieurs études, telles que celles réalisées par Gagnon et al (3) et Gina MA Higginbottom et al (4), ont examiné la santé maternelle, le vécu de grossesse, d'accouchement et du post-partum des femmes migrantes alors que l'aspect du vécu, des expériences, de l'accès et du maintien de leur SSR n'a été que peu investigué. En Belgique, excepté des études portant sur les connaissances et l'utilisation de la contraception telles que celles menées par Solidaris (5) ou Laura Dufey (6), aucune concernant les besoins en matière de contraception des femmes migrantes africaines n'a été recensée durant la recherche bibliographique.

Que ce soit dans leur pays d'origine ou d'accueil, Jacobstein (7) identifie 3 types d'obstacles à l'obtention d'une contraception pour une femme migrante.

Premièrement, il identifie les obstacles liés aux aspects propres à la femme migrante tels que la peur d'avoir des problèmes de santé en relation aux effets indésirables potentiels lors de l'utilisation d'une contraception. Il rapporte également que le mari peut parfois s'opposer à la prise d'une contraception chez sa femme pour des raisons culturelles, religieuses, financières ou diverses (7). De plus, selon Smith (8), d'autres éléments peuvent venir entraver la demande de contraception telle que le niveau d'instruction, le statut socio-économique ou l'âge.

Deuxièmement, selon lui, les professionnels de la santé constituent aussi un obstacle en raison d'un éventuel manque de connaissances sur la contraception, de leur propension ou réserve

envers une certaine méthode ainsi qu'une possible mauvaise gestion des effets indésirables (acné, spotting, sécheresse vaginale, douleurs mammaires et baisse de libido) (7).

Troisièmement, il met l'accent sur le système de soins de santé et met en évidence l'insuffisance de soins et services en matière de SSR, le manque de ressources financières de ces services ou encore leur inaccessibilité géographique (7).

Parmi ces obstacles en ressort une méconnaissance de l'aspect socioculturel des femmes migrantes qui peut rendre difficile l'accès à une contraception à la suite de leur arrivée dans le pays d'accueil. Pourtant, il s'agit d'un facteur important à prendre en compte pour permettre aux chercheurs, aux professionnels ainsi qu'aux acteurs humanitaires de trouver des solutions plus adaptées afin de mieux répondre à leurs besoins dans le pays d'accueil (9).

Les chercheuses en Santé Publique Maraux et Lert soulignent l'importance d'étudier le choix de contraception des femmes migrantes et si celui-ci répond à leurs besoins (10). De plus, il est nécessaire que les professionnels qui dispensent les soins de SSR évaluent leurs préférences concernant le choix du type de contraception afin de garantir des conseils adéquats et adaptés à leurs besoins (11). Cependant, une étude réalisée par Metusela et al. (12) chez des femmes migrantes venues s'installer en Europe montre que les services SSR sont peu utilisés dans le pays d'accueil, la plupart du temps en raison des divers obstacles précités.

Tous ces éléments relevés de la littérature montrent l'intérêt et la méconnaissance de cette problématique ayant amené à réaliser cette étude.

1.1. La migration internationale

Le migrant se définit selon Mazzella comme « *une personne qui quitte un pays pour s'installer dans un autre* » (13). Il peut alors se trouver dans une situation de migration régulière qui consiste en une « *migration effectuée conformément aux lois du pays d'origine, de transit et de destination* » (14) ou dans une situation de migration irrégulière relevant d'un « *mouvement de personnes qui se déroule en dehors des lois, réglementations ou accords internationaux régissant l'entrée ou la sortie de l'État d'origine, de transit ou de destination* » (14). La migration internationale, quant à elle, se définit par le « *déplacement de personnes de leur lieu de résidence habituel et à travers une frontière internationale vers un pays dont elles ne sont pas ressortissantes* » (14). Une fois le pays d'origine quitté, le migrant se trouve dans

son pays de destination (d'accueil) ou dans un pays de transit qui est défini comme étant « dans le contexte de la migration, le pays par lequel une personne ou un groupe de personnes effectue un voyage vers le pays de destination ou du pays de destination au pays d'origine ou de résidence habituelle » (14).

Une femme peut être amenée à migrer pour différentes raisons dont les plus fréquentes sont la fuite de conflits, l'instabilité politique et sociale, l'instabilité économique ou encore des raisons familiales, médicales ou concernant l'emploi (15). À la différence du passé où le rôle des femmes dans la migration internationale n'était vu que comme épouse, fille ou mère d'un homme migrant, elles sont à l'heure d'aujourd'hui également amenées à réaliser de plus en plus des trajectoires migratoires autonomes, se retrouvant donc seules, sans hommes ou enfants à leurs côtés, ce qui rend encore plus difficile l'immigration et l'arrivée dans le pays d'accueil qui leur est inconnu (10- 16).

1.2. Contexte de la migration en Belgique

Depuis les années 1990, l'immigration ne cesse de s'accroître et d'apporter à la Belgique un paysage multiculturel. En effet, selon les rapports effectués par Statbel (17) sur base des registres nationaux communaux, 68.929 personnes ont immigré vers la Belgique en 1990 contre 166.894 en 2018, ce qui amène à une population d'immigrants plus que doublée en presque trente ans. Ce stock de migrants (qui consiste en une photographie de la population à un moment donné) (18) croît d'année en année et amène la Belgique à compter 2 millions d'immigrés en 2019, soit 17,2 % de la population belge (18-19). Parmi cette population, 67 % sont issus de l'Union européenne, 7 % de l'Afrique du Nord, 7 % de l'Afrique subsaharienne, 7 % de l'Asie occidentale, 6 % de l'Europe hors UE et 6 % d'autres pays (18). Dans ces chiffres précités ne sont pas comprises les personnes migrantes en situation irrégulière (sans papiers ou en transit) dû à leur statut pouvant changer selon la raison et le but de leur migration. Alors que la population congolaise représentait la majeure partie des immigrés africains après la Deuxième Guerre mondiale, en raison du passé colonial belge, on observe une nette diversification ethnique au cours de ces dernières années (20) laissant place à d'autres nationalités telles que les Érythréens et les Éthiopiens (21). Cette diversité sociale, culturelle et religieuse, amenée par toutes ces nationalités, fait de la Belgique une véritable société multiculturelle en perpétuel changement (22).

En 2016, on enregistrait 44,5% d'immigrés à Bruxelles dont 14% provenaient de l'Afrique (majoritairement Subsaharienne) avec 46,8% de femmes (16).

Avant de présenter l'accès à la santé reproductive en Belgique, il importe d'aborder quelques notions théoriques fondamentales à la base de ce travail.

1.3. Notions théoriques et état de la question

1.3.1. Santé sexuelle et reproductive

La SSR, tout comme le concept actuel de santé, est un concept large et complet, défini par la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) comme « *un état de bien-être physique, mental et social complet et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans toutes les questions relatives au système reproducteur et à ses fonctions et processus* » (23). La CIPD insiste sur les besoins et les droits des hommes et des femmes à la réalisation de leur SSR ainsi qu'à un accès universel à celle-ci, tout en tenant compte de leur contexte de vie. Ce concept d'accès universel à la SSR prône un accès égal pour des besoins identiques, tout en tenant compte des besoins individuels de chaque individu (23).

La SSR ainsi que l'accès à une contraception sûre et efficace permettent d'améliorer la qualité de vie de la population et sont des impératifs de santé publique (12). Parmi les huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD) instaurés en 2000 par l'Organisation Mondiale des Nations Unies lors du sommet du Millénaire, la santé maternelle se retrouve en cinquième position et regroupe les soins liés à la grossesse et l'accouchement ainsi que l'accès universel à la SSR. Le rapport réalisé en 2015 portant sur l'avancée de ces 8 objectifs a constaté une diminution de 49% des décès maternels et une augmentation de 15% de l'utilisation des contraceptifs entre 1990 et 2015 alors qu'il objective un besoin non satisfait en planification familiale (ce dernier n'ayant diminué que de 4% sur cette même période) (24). Malgré l'amélioration significative de la santé maternelle, les services de SSR sont encore trop peu utilisés et sont marqués par une inégalité d'accès, et ce, indépendamment du degré de défavorisation entre les régions. Ce rapport conseille donc d'améliorer cet accès pour les sous-populations les plus vulnérables que sont les migrants en situation irrégulière. Jacobstein, quant à lui, poursuit ces propos en démontrant que lorsque la contraception est rendue disponible et accessible (notamment via des services de planification familiale), cette dernière est suffisamment utilisée, et ce même dans les pays plus défavorisés, amenant à une forte

diminution du taux de fécondité, de grossesse à haut risque ou non désirée et de mortalité maternelle (7).

L'Agenda 2030, mis en place par l'ONU en 2015, comporte quant à lui 17 objectifs pour le développement durable (ODD) qui sont à atteindre d'ici 2030. Parmi ceux-ci, le troisième objectif vise à promouvoir le bien-être et la santé de tous et souligne également l'importance de la santé maternelle, sexuelle et reproductive. Alors qu'une amélioration est constatée depuis 2015, certains pays en voie de développement nécessitent encore beaucoup de progrès. C'est notamment le cas de l'Afrique Sub-saharienne où les besoins en planification familiale sont davantage satisfaits, mais où la demande continue d'augmenter rapidement en laissant donc apparaître de nouveaux besoins non satisfaits (25).

1.3.2. Déterminants socioculturels et diversification culturelle

La culture et les déterminants socioculturels (définis comme « *l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin* » (26)) sont, selon Denis Cuche, des acquis en perpétuelle évolution. Ils évoluent de manière individuelle en fonction du lieu de vie et des rencontres effectuées, ainsi que d'autres facteurs comme la classe sociale et le rapport de chacun à la culture du pays d'accueil et d'origine (27).

Selon les anthropologues Fassin et Dozon, le domaine de la santé publique a tendance à porter une attention particulière au corps et à la maladie à l'aide d'une explication culturaliste définie comme « *la figure intellectuelle qui essentialise la culture et en fait une interprétation en dernière instance des conduites humaines* » (28). En d'autres termes cela consiste à considérer la culture comme la première explication à un problème d'inadéquation au système de soins chez la population migrante. Cependant, ils préconisent de d'abord tenir compte d'autres facteurs que le modèle culturaliste, comme les déterminants affectifs, médicaux, économiques, politiques et familiaux. Les auteurs constatent donc un décalage important entre les besoins d'interprétation culturelle de mises en place d'actions sanitaires et les différentes réalités observées sur le terrain. Ceci peut être vu comme une réelle violence sociale étant donné que les raisonnements culturalistes amènent souvent à minimiser le rôle des conditions matérielles et des comportements ainsi que la responsabilité des différentes institutions de soins lors des difficultés pointées durant la mise en œuvre d'une action. Il est

important de garder un œil critique et de se méfier des lectures culturalistes pour être davantage rationnel et pouvoir mener une analyse culturelle lors de situations concrètes. On ne peut donc pas conclure que l'attitude ou le comportement d'une personne est engendré uniquement par ses connaissances, mais il faut aussi prendre en compte son expérience vis-à-vis de son corps, sa maladie ou encore sa prise de risque éventuelle (28).

La culture est souvent vue comme un obstacle à la prévention ou à l'action de santé. De cette interprétation vont en sortir des comportements discriminatoires jusqu'à priver la personne de son aspiration à l'universel, de son droit aux différences, de la reconnaissance de sa rationalité ou encore de son appartenance à la cité (28).

Si l'interprétation culturelle est importante, il est nécessaire de ne pas tomber dans le culturalisme. Pour ce faire, il faut politiser la culture, ce qui consiste à reconnaître la pluralité d'êtres différents et cesser de réduire l'autre à une culture. La population examinée doit toujours être étudiée en interaction avec les services de santé et les institutions sanitaires afin de ne pas stigmatiser les populations et plutôt agir sur les structures sociales et les pratiques professionnelles. Pour tenter de diminuer et stopper cet usage simpliste de la culture, le principe d'interprétation suivant est proposé : *« la culture est, jusqu'à preuve du contraire, la dernière explication que l'on doit retenir pour rendre compte des difficultés rencontrées dans les interventions de développement et de santé. La dernière pour les raisons théoriques que l'on a longuement discutées ici. La dernière aussi pour des raisons pratiques, car il est certainement plus efficace – à long terme – d'agir sur les causes réelles et – à court terme – de modifier les actions sanitaires que de prétendre transformer des croyances et des comportements »* (28).

1.3.3. Représentations culturelles de la santé, du corps et de la sexualité

Il existe, dans toutes les sociétés et cultures, des façons différentes de penser le corps, les soins, la santé et la maladie qui sont modelées en fonction de nombreux facteurs tels que l'expérience, le vécu, la situation sociale, le statut socio-économique mais également les déterminants socioculturels de chaque individu. Les déterminants socioculturels doivent être connus et pris en compte par les professionnels de la santé afin de pouvoir adapter leur prise en charge à chaque femme migrante, lui permettant ainsi de se sentir soutenue et écoutée au cours de l'échange avec le professionnel (26).

Les différentes représentations du corps qu'une personne peut avoir vont conditionner l'acceptation ou le refus d'un soin curatif ou préventif tel que la contraception (26). Par exemple, l'anneau vaginal nécessite qu'on utilise ses doigts afin de l'introduire ou de l'enlever du vagin, ce qui peut paraître inconcevable pour certaines femmes. Il est donc important d'analyser le rapport que ces femmes ont vis-à-vis de leur corps et quelles parties de ce dernier ne sont pas « culturellement accessibles » afin de pouvoir adapter le choix contraceptif (29).

Pour les professionnels de santé, proposer un moyen contraceptif est un objectif médical de prévention et de santé publique. Pour certaines personnes dont la culture diffère du professionnel, la proposition d'un préservatif peut être synonyme, par exemple, de vagabondage sexuel (26). Il importe donc de se pencher plus précisément sur la façon de prendre en compte les besoins des usagers, afin de mieux y répondre.

1.3.4. Besoins et attentes en matière de contraception dans le pays d'accueil

Lors de leur arrivée dans le nouveau pays d'accueil, les femmes migrantes sont confrontées à plusieurs sources de vulnérabilité qui augmentent le risque de maladie. Certains déterminants vont augmenter ce risque comme le statut d'immigrant (pouvant impliquer le fait d'être réfugié, sans-papiers, résident temporaire ou permanent), le statut socio-économique, la discrimination, les préjugés ainsi que la perception de la qualité des soins. Ce dernier peut avoir un gros impact sur la décision de la femme migrante à avoir recours aux soignants ou aux services de soins de santé et donc à répondre à son besoin contraceptif (12 – 30). Un autre déterminant important est l'attente qu'elles ont envers le prestataire de soins. En effet, certaines femmes migrantes attendent de la sage-femme qu'elle prenne une décision à leur place et d'autres veulent rester entièrement autonomes. Ce choix de prise de décision est un point très important à prendre en compte pour obtenir une implication maximale de ces femmes dans la contraception choisie (11).

Selon l'étude de Gure et al. (31), les femmes migrantes ont avant tout besoin de services de SSR culturellement adaptés dans le but d'éviter une marginalisation de la part des prestataires de soins. Chaque femme est différente et demande une prise en charge individuelle selon ses antécédents en matière de SSR (32 - 33). Il est donc nécessaire d'effectuer davantage de recherches sur les besoins et préférences en matière de soins de SSR des femmes migrantes

afin de pouvoir leur offrir un accès à des soins de santé équitables, et ce quelle que soit leur origine (2 - 33).

Par contre, selon une étude réalisée en 2005 par le Service Éducation permanente Question Santé ASBL, des constats quant aux besoins et attentes des femmes migrantes peuvent être tirés selon les cultures, mais ne peuvent pas être généralisés. De nombreux autres facteurs peuvent entrer en jeu comme le facteur socio-économique et ainsi constituer un réel obstacle à l'obtention d'une contraception ou d'un soin en matière de SSR. Le souhait d'une contraception dépendra donc au final principalement du parcours de la femme, de ses projets, de sa réflexion personnelle et de son histoire (29).

Afin d'aider ces femmes à prendre des décisions libres et éclairées en matière de SSR, il est important de leur fournir un maximum d'informations et de conseils fondés sur des données probantes et qui soient non seulement adaptés à leur culture mais surtout à leurs besoins. Pour ce faire, les professionnels de santé doivent chercher à connaître davantage leurs patientes afin de prendre en compte leurs valeurs, leurs croyances et leurs besoins en tant que femme et en tant que mère de famille, tout en respectant leurs choix en matière de SSR (34).

1.3.5. L'accès aux soins de santé en Belgique

Lorsqu'une personne arrive sur le territoire belge et se trouve en situation irrégulière, comme c'est le cas pour la plupart des femmes migrantes en situation de transit et qui ne bénéficie pas de ressources financières suffisantes pour payer leurs soins, elle peut bénéficier de l'aide médicale d'urgence (AMU) qui consiste en une procédure lui permettant d'accéder aux soins de santé. Grâce à cette procédure, les hôpitaux et des associations comme Médecins du Monde peuvent dispenser des soins de santé hospitaliers ou ambulatoires et donc assurer une équité et ainsi une continuité des soins. Pour cela, le soin demandé (qu'il soit préventif ou curatif) doit être considéré comme urgent et être attesté d'un certificat médical spécifique. Parmi ces soins d'urgence, il est retrouvé le besoin contraceptif (36).

La Belgique fait partie des quelques pays où tous les soins d'une personne en situation irrégulière sont pris en charge par l'Etat (33-36), et plus particulièrement par le Centre public d'action sociale (CPAS) qui a pour mission d'assurer à tous des conditions de vie conformes

aux droits de l'homme. Pour ce faire, la femme migrante doit contacter le CPAS afin qu'il puisse vérifier qu'elle remplit les conditions d'attribution de l'AMU.

En 2015, suite à une demande émanant de l'ONG Médecins du Monde, le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a réalisé une recherche pionnière en analysant les différentes voies d'accès aux services de santé pour les migrants en situation irrégulière en Belgique. L'étude a conclu que l'AMU est nécessaire mais que les procédures pour l'obtenir sont complexes et variables, ce qui engendre donc un accès sous-optimal aux soins de santé ainsi qu'un effet néfaste pour toutes les parties concernées (migrants, CPAS, prestataires de soins et autorités publiques). Suite à cette étude, le KCE a proposé une réforme de l'AMU afin « *de trouver un point d'équilibre plus favorable entre l'accès aux soins de santé pour tout un chacun et une utilisation rationnelle des ressources publiques. La réforme que nous proposons suit deux grandes lignes directrices : simplifier et harmoniser les procédures administratives ; rationaliser l'accès aux soins de santé et le système d'information* ». Dans cette réforme, différentes recommandations ont été émises dans le but d'atteindre cet objectif qui est d'apporter davantage de facilités à chaque partie prenante de l'AMU. Le KCE souligne également l'importance d'évaluer en continu cette réforme pour y apporter des corrections si nécessaire. Concernant cette réforme, il est à noter qu'aucune évaluation n'a été trouvée au cours des recherches effectuées (36).

1.3.6. Obstacles à l'accès à la contraception et l'information en Belgique

D'une part, lorsque les femmes migrantes arrivent dans leur pays d'accueil (notamment en Belgique), plusieurs obstacles peuvent survenir quant à l'obtention d'une contraception. Premièrement, certains facteurs importants sont à prendre en compte tels que la différence de la langue, la différence de culture, le manque de connaissances sur le système de santé du pays d'accueil ou encore le coût de ceux-ci (37 – 38). De plus, elles ne voient pas leur SSR comme prioritaire après un parcours migratoire vécu comme stressant et difficile (12-37). Deuxièmement, comme discuté précédemment, l'aspect socioculturel représente également un frein à l'utilisation des services de SSR, et se retrouve notamment cité le manque de compétences culturelles des professionnels de la santé.

D'autre part, sur 46 pays évalués pour leur accès à la contraception, la Belgique se classe en tête (suivie de près par la France). Avec son système de soins de santé et de remboursement,

la Belgique offre aux citoyennes belges ainsi qu'aux femmes migrantes en situation régulière une diversité de contraceptifs à courte ou longue durée d'action (39). Or qu'en est-il pour les populations les plus vulnérables comme les femmes migrantes en situation irrégulière?

Selon Higgins et al. (40), l'accès et l'acceptabilité d'utiliser une contraception permettent d'acquérir une meilleure SSR et sociale étant donné que la femme peut gérer de manière autonome sa vie sexuelle ainsi que son désir de grossesse. Certains obstacles précités vont l'amener à suivre des sources non fiables d'informations et risquent de perpétuer de fausses croyances sur la contraception moderne telles que le risque d'apparition d'effets secondaires, d'infertilité ou encore d'être victime de préjugés (12 – 41).

En Belgique, selon le rapport de l'année 2018 effectué par l'ONG Médecins du Monde, il est constaté une augmentation continue du nombre de consultations sages-femmes qui passent de 23 en mars à 51 en décembre 2018. Les principales populations qui en ont eu besoin comprennent 173 Érythréennes et 52 Éthiopiennes sur un total de 253 consultations (30). Ces deux pays pour lesquels on ne retrouve que très peu d'études en Belgique font partie de l'Afrique de l'Est.

1.4. Approche méthodologique

Afin de parer aux obstacles auxquels sont confrontées les femmes migrantes et de satisfaire à leurs besoins contraceptifs, il est important de réaliser des études qualitatives qui analysent les expériences et les représentations de ces femmes sur la SSR. Ce type d'étude consiste en un recueil de données par entretien individuel et permet de mieux identifier les besoins spécifiques de la personne en abordant des sujets compliqués et intimes.

Selon une anthropologue de la santé chez Médecins du Monde en France, ces études destinées au terrain développent une démarche chez les acteurs de la solidarité qui contribuent à faire avancer leurs questionnements éthiques (26). Ces études ont également pour but d'augmenter l'éducation sexuelle, l'accès aux soins de qualité en fonction des besoins culturels et de réaliser une promotion à la santé tout en améliorant leur capacité à adopter un comportement adapté en matière de contraception (12 – 42).

Selon Smith (2020), il existe encore trop peu de connaissances sur l'accès et l'utilisation de la contraception ainsi qu'à la SSR des femmes migrantes (8). De plus, réaliser des études sur la

SSR amène des avantages à court et à long terme pour ces femmes étant donné que la santé sexuelle, physique et cognitive est davantage assurée (2).

1.5. Question de recherche et Objectifs de l'étude

Il apparaît évident, suite à la revue de littérature réalisée, qu'il existe un manque d'études concernant les besoins et attentes en matière de contraception des femmes migrantes d'Afrique de l'Est arrivées en Belgique. De ce constat a émergé une question de recherche :

« Quels sont les besoins et les attentes en matière de contraception des femmes immigrées originaires d'Afrique de l'Est et comment y répondent-elles suite à leur arrivée en Belgique ? ».

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les représentations, les besoins et les attentes en matière de contraception des femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est (plus précisément d'origine éthiopienne et érythréenne). Ceux-ci seront analysés en fonction de leur vécu, de leur trajectoire de vie, du parcours migratoire et des déterminants socioculturels. Différents objectifs secondaires importants sont également identifiés pour cette étude :

- Identifier les différents obstacles pouvant empêcher une femme migrante d'Africaine de l'Est de tenter ou de réussir à répondre à ses besoins et attentes en matière de contraception ;
- Analyser comment il est possible de promouvoir la santé sexuelle auprès de cette population tout en tenant compte des déterminants de santé et socioculturels ;
- Améliorer les capacités des femmes migrantes à avoir accès aux soins de santé sexuelle en fonction de leurs besoins spécifiques ;

En finalité, cette étude souhaite comprendre les besoins et attentes des femmes migrantes en matière de contraception afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive au sein de cette population tout en tenant compte de leurs déterminants socioculturels.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude et démarche de recherche

La recherche est basée sur une étude de type exploratoire, qualitative, suivant un raisonnement de type inductif. À l'heure actuelle la science infirmière a besoin du côté humaniste des études qualitatives et du côté plus scientifique des études quantitatives afin d'obtenir une complémentarité maximale et de représenter au mieux la réalité. Néanmoins, si les études quantitatives sont préférées aux qualitatives, celles-ci gagnent du terrain pour leurs différents avantages (43). Dans cette étude, la méthode qualitative est apparue comme susceptible de mieux répondre à la question de recherche. Elle permet en effet non seulement de mieux saisir les besoins des personnes interviewées ainsi que leur vécu, leurs perceptions et leurs représentations sur le soin ou le système de soins, mais également d'explorer leurs perspectives en les plaçant au centre de toute interaction. Une étude qualitative permet d'obtenir des informations complètes, riches et approfondies pour éclairer les aspects dynamiques et personnels d'un phénomène complexe. De plus, une telle démarche permettra de développer un côté critique et réflexif plutôt qu'exécutif chez les différents professionnels de la santé qui y participeront ou prendront connaissance de cette étude (43). La démarche de type inductive a été choisie pour réaliser cette étude compte tenu de la nécessité de démarrer du terrain de recherche afin de pouvoir rencontrer ces femmes, de permettre un discours libre et d'obtenir leurs points de vue par rapport à leur culture, leurs croyances, leur religion et leur parcours de vie. Pour ce faire, l'étude s'est réalisée au HUB Humanitaire à Bruxelles (ouvert depuis janvier 2018) qui regroupe cinq associations travaillant ensemble pour répondre aux besoins de la population de réfugiés et de migrants en transit. Grâce à ces cinq associations dont fait partie MDM, de nombreux services leurs sont offerts tels que des soins médicaux, des consultations avec une sage-femme, une psychologue ou une assistante sociale pour obtenir une aide administrative, juridique et sociale, des distributions de vêtements et une aide pour le maintien du contact avec leur famille au pays (téléphone, wifi).

2.2. Population étudiée

La population étudiée est constituée de femmes migrantes en âge de procréer (15-49 ans) provenant d'Érythrée et d'Éthiopie et en situation de précarité, c'est-à-dire, n'ayant pas le statut de séjour légal sur le territoire belge. Ce choix a été réalisé à l'aide des professionnels

de Médecins du Monde (MdM) à Bruxelles en fonction des nationalités principalement présentes aux consultations sages-femmes (30). Les mineures de 15 à 18 ans sont également comprises dans cette étude, car elles représentent 24% des usagères des consultations sages-femmes au sein du service (30). De plus, il s'agit d'une population très peu étudiée en Belgique, notamment en ce qui concerne la contraception.

2.2.1. Méthode d'échantillonnage et échantillon (critères d'inclusion et d'exclusion)

Étant donné la difficulté pour aborder ces femmes, l'ONG Médecins du Monde a été choisie pour constituer un échantillon compte tenu de leurs contacts réguliers avec les populations en précarité. De plus, cette ONG est bien reconnue par ces femmes pour leurs différents soins ou aides apportés cités précédemment. MdM peut également référer les personnes qui le souhaitent vers un représentant juridique. Cet échantillon a pour but d'obtenir un maximum de diversité au niveau des profils d'intérêts. Il est donc non-représentatif et raisonné et il tient compte des critères de faisabilité en temps, accès, traitement et budget. La taille de l'échantillon n'a pas été préétablie, le but étant d'en obtenir un maximum selon la limite de temps donnée pour cette étude. Étant donné la crise sanitaire dans laquelle cette étude a été réalisée (COVID-19), une partie des interviews a été récoltée par une sage-femme bénévole de MdM durant le confinement. Dès que celui-ci a été stoppé, la méthode de récolte des données initiale a été remise en place. Les trois quarts des entretiens ont donc été menés sur le terrain comme initialement prévu. Les entretiens ont été menés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- Être une femme migrante en âge de procréation, c'est-à-dire, entre 15 et 49 ans ;
- Présence sur le territoire belge depuis moins d'un an et demi ;
- Situation de précarité (défini ici comme l'absence d'accès aux soins effectifs directs classiques comme une citoyenne belge. En d'autres termes, personne se trouvant dans l'impossibilité de s'affilier à une mutualité et ainsi bénéficier des interventions de l'assurance obligatoire de santé en Belgique) ;
- Avoir signé le formulaire de consentement libre et éclairé.

Critères d'exclusion :

- Ne pas répondre aux critères d'inclusion ;
- Langue différente (absence d'interprète dans cette langue lors de l'entretien).

2.3. Organisation de la collecte des données

Comme explicité précédemment, la récolte des données a été réalisée en deux temps. Durant le confinement amené par la crise sanitaire du Covid-19 et donc ayant créé l'impossibilité de se déplacer dans la Belgique, des entretiens ont été menés par une sage-femme bénévole de Mdm lors de ses propres consultations sages-femmes. S'il est évident que cela n'était pas la modalité idéale dans une situation normale, dans le contexte sanitaire dans lequel nous étions, elle est apparue comme la meilleure pour garantir une récolte des données satisfaisante. Cette modalité a été validée par la promotrice (qui a déjà vu la réalisation d'entretiens menés par des sages-femmes proposés aux femmes se rendant à des consultations sages-femmes dans des structures en Italie) et par la co-promotrice, qui a proposé elle-même cette solution. La sage-femme a été formée à la récolte d'entretiens grâce aux outils expliqués dans le paragraphe suivant et en annexe de ce travail. L'analyse des données a pris en compte le contexte particulier de récolte de la parole de ces femmes, qui a un peu différé de celui initialement prévu.

Ces entretiens ont été réalisés à la Sister's House, un lieu d'hébergement géré par la Plateforme Citoyenne de Soutien aux Réfugiés et mise en place en partenariat avec Mdm depuis 2017. Dans cet hébergement sont accueillies uniquement des femmes migrantes en transit (principalement des femmes d'Erythrée et d'Éthiopie) ou n'ayant pas encore de projet fixe afin de leur offrir un endroit où dormir en toute sécurité. Pendant le confinement, les femmes migrantes étaient hébergées et confinées durant la journée et la nuit à la *Sister's House*. Les consultations qui, en temps normal, étaient réalisées au HUB à Bruxelles par ces mêmes sages-femmes, ont donc eu lieu à la Sister's House, qui est ainsi devenu l'endroit temporaire des entretiens de cette étude. À la Sister's House, lorsqu'elles ont accepté librement de participer à l'étude, l'entretien a suivi la consultation initiale avec la sage-femme. Les entretiens ont été réalisés dans les salles mises en place pour les consultations depuis le début de la crise sanitaire. Ceci garantissait donc le calme et la sécurité afin qu'elles puissent parler en toute liberté durant la consultation et l'entretien. Un interprète parlant le Tigrinya

(la langue principalement parlée en Erythrée et Ethiopie) était disponible par téléphone si les participantes ne parlaient pas anglais.

Une fois que le confinement a été levé, le relais des entretiens a été repris comme initialement prévu, au HUB Humanitaire, lors de plusieurs permanences avec des sages-femmes bénévoles. Après la consultation réalisée auprès d'une sage-femme ou durant leur venue au HUB pour une autre raison, l'étude leur était présentée et, lorsqu'elle acceptait de participer, l'entretien était réalisé dans un espace isolé. Selon la langue de la participante, la présence d'un interprète était sollicitée ou non. Sur les huit entretiens, un seul a nécessité un interprète. Conformément aux engagements en matière d'éthique de la recherche, les participantes ont accepté librement de participer à l'étude et ont été prévenues dès le début de l'entretien qu'elles étaient libres de ne pas répondre à certaines questions et qu'elles pouvaient arrêter l'entretien à tout moment si elles le désiraient. Cette consigne a également été expliquée dans le guide pour la sage-femme explicité ci-dessous. Les modalités pour garantir anonymat et confidentialité et respecter les normes en matière de GDPR ont été élaborées à partir du formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'études de la Faculté. Elles ont été validées par le délégué à la protection des données de l'Ulg qui s'est assuré que chaque étape soit sécurisée pendant et après la récolte des données. Le système qui a été mis en place est l'utilisation d'un numéro pour chaque entretien empêchant ainsi l'identification des participantes. Les entretiens et/ou documents écrits (consentements) ont été gardés en sécurité par le logiciel VeraCrypt et ont été immédiatement supprimés après traitement des données. Avant de commencer la collecte des données, une demande d'avis au comité d'éthique a été faite avec obtention d'un avis favorable. Sept des huit entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participantes : la prise de note a remplacé l'enregistrement pour le seul entretien non enregistré.

2.4. Outil de collecte des données

Le type d'entretien choisi est l'entretien individuel semi-directif qui permet de donner au maximum la parole à ces femmes, tout en guidant l'entretien à l'aide de thèmes en lien avec la problématique. Cela permet aux femmes d'exprimer leur propre réalité face à cette problématique (44). Ce type d'entretien peut également amener à d'autres pistes de réflexion

à exploiter dans une autre étude. Afin de mener à bien et au mieux ces entretiens durant le confinement, la sage-femme a eu à disposition les outils suivants :

- une lettre expliquant l'objet et les objectifs de l'étude et indiquant la disponibilité de l'étudiante pour répondre à ses éventuelles questions avant et pendant les entretiens (annexe 1) ;
- un guide d'entretien en français et en anglais ayant un nombre de questions limité afin d'obtenir une compréhension simple, directe et maximale (annexe 2) ;
- un bref document reprenant les consignes nécessaires pour la réalisation des entretiens, ainsi que les conduites à tenir pour réaliser l'entretien, le matériel nécessaire et les différentes étapes à suivre (annexe 3) ;
- le consentement en deux copies (annexe 4) ;

Le guide qui a été créé pour la sage-femme a permis de sortir des indicateurs concrets des concepts (45).

2.5. Traitement des données et méthode d'analyse

Les données recueillies lors des entretiens ont ensuite été retranscrites en intégralité en document Word. Ensuite, toutes les informations ont été organisées dans une grille d'analyse (annexe 5) pour permettre de créer les liens entre les différents thèmes et éléments relevés comme importants pour cette étude. Grâce à cette grille, il est plus facile de mettre en évidence « le système de représentation et d'action de la personne interviewée » (44). Cela permet aussi de faire des comparaisons entre les différents points de vue obtenus lors de ces entretiens (44). Une fois cette grille réalisée, un système de codage en couleur a été réalisé afin de pouvoir mieux identifier les informations importantes. Cette technique d'analyse des données permet une meilleure visualisation des informations et aide à identifier les liens entre les entretiens.

2.6. Paramètres étudiés

Dans le guide d'entretien qui a été réalisé, plusieurs thèmes ont émergés de la question de recherche afin de pouvoir obtenir un maximum d'éléments pour y répondre. Ces thèmes assez généraux ont permis à la participante de répondre de la manière qu'elle souhaitait aux

différentes sous-questions qui lui ont été posées. La première question sur l'utilisation de la contraception dans leur pays d'origine est suivie de quatre questions concernant l'utilisation de la contraception depuis leur arrivée en Belgique, afin de faire une comparaison de leur utilisation de la contraception avant et après la migration. Ces questions permettent également d'établir une bonne base de discussion sur ce sujet délicat à aborder. Les deux thèmes suivants concernent l'avis et le ressenti des femmes concernant l'accès à la contraception et l'accès à l'information sur la contraception en Belgique. Elles sont suivies par quatre questions sur les besoins et les attentes des participantes sur la contraception en Belgique. Cela permet de vérifier si les services offerts en Belgique répondent à leurs attentes, si elles trouvent tout ce dont elles ont besoin en Belgique et, si ce n'est pas le cas, les améliorations qu'elles souhaitent. Le sixième thème concerne les différentes craintes et peurs concernant la contraception. Ce thème permet d'identifier les obstacles sur lesquels agir pour diminuer ces peurs et répondre au mieux à leurs besoins. Le dernier thème abordé est celui des perceptions et comporte une question autour des représentations de la contraception.

Dans ces différents thèmes, des questions qui concernent les facteurs socioculturels sont présentes afin de pouvoir comparer les résultats obtenus après les entretiens à la revue de la littérature effectuée. En effet, une grande majorité des études décrivaient les facteurs socioculturels comme étant des obstacles à la contraception pour les femmes migrantes africaines. Le but ici est donc de vérifier si les besoins et les attentes et notamment au niveau socioculturel de chaque participante sont écoutés, connus et respectés. Aussi, que ce soit en début ou en fin d'entretien, des données sociodémographiques telles que l'âge, le pays d'origine, la profession dans le pays d'origine et le pays d'accueil, la situation familiale dans le pays d'origine et le pays d'accueil, le nombre d'enfants, le lieu de résidence actuel, le statut administratif en Belgique, le niveau d'enseignement et le suivi ou la pratique d'une religion sont demandés afin de pouvoir réaliser de meilleurs liens avec les données recueillies.

3. Résultats

3.1. Présentation de l'échantillon

Dans le cadre de cette étude, huit femmes migrantes d'Afrique de l'Est ont été interviewées. Sept proviennent d'Érythrée et une d'Éthiopie. Elles ont toutes moins de trente ans dont l'une est mineure. Chaque femme interrogée est migrante en transit et tente de rejoindre l'Angleterre. Six de ces huit femmes sont célibataires et n'ont jamais eu de relation sexuelle, une est en couple depuis son arrivée en Belgique et une était déjà en couple avant son parcours migratoire. Chacune d'entre elles amène un profil et des caractéristiques qui leur sont propres, qui sont résumées dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	7	8
Âge	17 ans	23 ans	20 ans	19 ans	20 ans	20 ans	25 ans	27 ans
Pays d'origine	Ethiopie	Erythrée	Erythrée	Erythrée	Erythrée	Erythrée	Erythrée	Erythrée
Profession dans le pays d'origine	Etudiante	Etudiante	Etudiante	Etudiante	Etudiante	/	Travailleuse sociale au gouvernement	/
Statut administratif en Belgique	Migrante en transit	Migrante en transit	Migrante en transit	Migrante en transit	Migrante en transit	Migrante en transit	Migrante en transit	Migrante en transit
Situation familiale actuelle	Célibataire sans enfants	Avait un petit copain mais n'en a plus actuellement. N'a pas d'enfants	Célibataire sans enfants	A un petit ami mais pas d'enfants.	Célibataire sans enfants	Avait un petit copain mais n'en a plus actuellement. N'a pas d'enfants	A un petit copain rencontré en Belgique. N'a pas d'enfants.	Célibataire sans enfants

Lieux de résidence actuelle	A la Sister's House	A la Sister's House et dans sa famille	A la Sister's House	A la Sister's House	A la Sister's House	4 mois à la Sister's House et maintenant vit à Tournai	/	/
Niveau d'étude	secondaire	Primaire	Ecole primaire	Ecole primaire	Ecole primaire	/	3 années d'étude à l'université	Secondaire
Religion	Chrétienne et orthodoxe	Chrétienne	Orthodoxe	Protestante	Orthodoxe	Orthodoxe	Chrétienne	Orthodoxe

Légende : lorsque la case est remplie par le signe « / » cela signifie qu'aucune réponse n'a été obtenue.

3.2. Analyse thématique

Suite aux entretiens réalisés, sept thèmes sont apparus comme essentiels à aborder dans les résultats : l'utilisation de la contraception avant et après la migration, l'accès à l'information en Belgique, l'accès à la contraception en Belgique, les attentes et les besoins, les craintes et les peurs ainsi que les perceptions.

3.2.1. L'utilisation de la contraception avant la migration

Il a été constaté que, sur les huit femmes migrantes interrogées, seules deux utilisaient une contraception dans leur pays d'origine, car la plupart d'entre elles (six) n'avaient entrepris aucune relation amoureuse avant leur parcours migratoire, raison pour laquelle elles n'utilisaient pas de contraception. Parmi les deux dames sexuellement actives, l'une était en couple et se servait du préservatif masculin, alors que la deuxième était célibataire, mais utilisait la pilule du lendemain suite à des rapports sexuels ponctuels peu fréquents.

3.2.2. L'utilisation de la contraception en Belgique (après le parcours migratoire)

Suite à leur arrivée en Belgique, le besoin contraceptif de ces femmes migrantes pourrait avoir évolué tout au long de leur parcours migratoire et en conséquence à divers facteurs, tels que

la modification de leur rythme de vie et de leur vision de la vie sexuelle. Il est donc primordial de tenir compte de cette possible évolution.

Parmi les différentes migrantes interrogées, celle qui utilisait le préservatif masculin explique qu'elle n'utilise plus de contraception à l'heure actuelle, son compagnon ayant rejoint l'Angleterre. Le besoin d'utiliser une contraception ne lui semble donc plus prioritaire, n'ayant plus de relations sexuelles actuellement. Cependant, elle marque son envie de bénéficier d'une injection hormonale une fois qu'elle pourra rejoindre son conjoint. Elle souligne également que, pour elle, « *la pilule c'est difficile de la prendre tous les jours. S'il existe des choses plus confortables je les prendrai. Si ce n'est pas pratique, c'est difficile pour moi* ». Celle qui utilisait la pilule du lendemain est maintenant en couple et explique continuer à prendre cette dernière de manière répétée. Les six autres déclarent être toujours célibataires et n'avoir jamais eu de relation sexuelle et, en conséquence, ne pas avoir besoin de contraception. Ces différents constats nécessitent qu'on les mette en lien avec les deux prochains thèmes.

3.2.3. L'accès à l'information sur la contraception en Belgique

Sur les huit femmes interviewées, trois expliquent être suffisamment informées sur la contraception en Belgique et savoir vers qui se tourner en cas de questions éventuelles (notamment auprès d'une sage-femme au HUB ou à la Croix-Rouge). Une d'entre elles ne se sent pas suffisamment informée mais précise que « *maintenant, je ne pense pas que ce soit le bon moment pour moi d'y penser parce que je ne suis pas dans une relation amoureuse* ». Elle dit également qu'elle connaît les contraceptifs les plus utilisés dans son pays d'origine et que l'information qu'elle possède déjà sur la contraception provient de son pays et non de la Belgique. Deux d'entre elles disent que la majorité des informations reçues concernant la contraception provient de leurs amies ou leurs familles proches et citent donc le « bouche-à-oreille » comme moyen prédominant de transfert d'informations. Une participante explique néanmoins qu'en Érythrée, tout le monde connaît la contraception et que bon nombre d'informations sont données, amenant la population à ne pas demander davantage de renseignements sur ce sujet tabou. Pourtant, malgré cette information jugée suffisante, elle ajoute que « *c'est difficile de faire un choix qui est bon pour moi et de savoir si les injections sont bonnes pour moi ou non* ».

3.2.4. Accès à la contraception en Belgique

Étant donné que la plupart des participantes n'a jamais utilisé de contraception, il a semblé essentiel de savoir vers qui, où et comment elles iraient chercher une contraception si elles en avaient besoin un jour en Belgique.

Cinq participantes ont directement cité le HUB Humanitaire en expliquant qu'elles ne connaissaient pas d'autre endroit pour se procurer une contraception. Parmi ces dernières, une ajoute également qu'elle trouve que l'accès est facile en Belgique en se justifiant par « *lorsque mon amie a souhaité obtenir une contraception pour passer en Angleterre, elle l'a demandée et obtenue très facilement* ». Elle explique donc être confiante sur le fait qu'elle puisse, elle aussi, obtenir une contraception avant de passer en Angleterre. Les trois dernières participantes ne se sont pas exprimées sur ce sujet.

Il convient maintenant de s'intéresser à la perception et aux ressentis qu'elles éprouvent vis-à-vis de la contraception.

3.2.5. Perceptions

En ce qui concerne la perception sur la contraception, leurs avis divergent.

Trois d'entre elles expliquent que l'abord d'une contraception est un sujet tabou pour leur religion, qu'elles soient protestantes ou orthodoxes. Elles déclarent que même les menstruations sont mal vues et l'une s'exclame que « *pour nous c'est la honte d'aborder ce sujet et d'en discuter de manière libre. Nous n'en avons pas l'habitude dans notre pays* ». Malgré tout, elles confient qu'elles savent ce qu'elles doivent faire si elles veulent une contraception. À contrario, les cinq autres participantes ne mettent pas en cause leur religion ou leur culture quant à l'obtention d'une contraception mais pointent d'autres problèmes tels que la vision de leur mari vis-à-vis d'un moyen contraceptif et de leur religion vis-à-vis de l'avortement. L'une d'entre elle ajoute également qu'en Erythrée, elle pourrait se sentir empêchée de demander une contraception à cause de sa culture mais qu'en Belgique, il n'y a pas de problème pour elle d'en prendre une.

Lorsqu'il leur est demandé si elles voient la contraception comme positive ou négative, tous les avis sont rencontrés. La moitié estime qu'elle permet de contrôler les naissances et la voit donc comme bénéfique. Trois autres expriment le même avis mais tout en étant plus mitigées

en rajoutant que la contraception est perçue négativement lorsqu'elles souhaitent avoir un enfant. De plus, l'une d'entre elles déclare que « *la contraception peut avoir un effet négatif car c'est socialement, économiquement et chimiquement mauvais pour le bébé* » et rajoute que « *cela peut avoir des impacts et des risques tels que les effets secondaires provoqués par la pilule et l'injection* ». La dernière est contre la contraception par crainte que celle-ci ne fasse du tort à son éventuel futur enfant.

Il apparaît donc clair qu'il est indispensable de prendre en compte les craintes exprimées par ces femmes pour les guider au mieux vers un choix de contraception adapté.

3.2.6. Craintes/peurs

Au cours des entretiens, de nombreuses craintes ont été exprimées et apparaissent propres à chacune. Certaines évoquent les effets secondaires qui peuvent « *changer leur apparence* » comme l'apparition d'acné ou la prise de poids ainsi que d'autres problèmes de santé tels que des maux de tête ou de l'hypertension. De cette crainte ressort un sentiment de nocivité pour leur santé. D'autres relèvent l'appréhension que la contraception ne diminue leur fertilité lorsqu'elles souhaiteront tomber enceintes ou pensent qu'elle risque de faire du tort à leurs futurs bébés. À côté du volet médical, une d'entre elles n'a pas peur de la contraception en elle-même mais plutôt des conséquences si elle n'avait pas accès à celle-ci, par exemple d'avoir des enfants au moment où elle ne le souhaite pas. Une autre participante explique que les craintes qu'elle avait dans son pays d'origine ne sont plus présentes depuis son arrivée en Belgique et déclare que dans ce pays « *tout est développé, c'est pourquoi je n'ai pas peur parce que parfois dans notre pays, il n'y a pas beaucoup de contrôles alors que certains médicaments ne vous conviennent pas et peuvent vous donner des allergies ou des effets secondaires. Ici, avant qu'ils vous le donnent, ils vous examinent, ils choisissent quelque chose qui vous correspond. C'est pourquoi ici je n'ai aucune peur à prendre ce médicament* ».

3.2.7. Attentes/Besoins

Deux participantes n'utilisent pas de contraception mais, si elles devaient en choisir une, elles se dirigeraient vers le préservatif masculin qui, pour elles, représente le moyen contraceptif le plus accessible et le plus facile « *à avoir tout le temps sur soi* ». Les deux femmes qui sont en couple ainsi qu'une des célibataires n'éprouvent pas le besoin d'utiliser un moyen de contraception à l'heure actuelle mais sont totalement à l'aise avec l'idée d'en demander une

lorsqu'elles jugeront en avoir besoin. Néanmoins, un besoin est exprimé clairement par l'une d'entre elles qui est celui de « *trouver le bon endroit pour trouver une contraception* ».

En ce qui concerne les services tels que le HUB Humanitaire, toutes les participantes expriment un avis positif par rapport à son utilité, sa disponibilité, ses relations de confiance avec les professionnels de la santé ou encore la qualité du travail qui est réalisé sur base de la gentillesse et du soutien. Cependant, un point pourrait être amélioré selon une des participantes qui met en avant le fait qu'il serait préférable de pouvoir consulter différents médecins en fonction de la raison médicale, au lieu d'un seul même médecin qui s'occupe de toutes les pathologies comme c'est le cas actuellement.

4. Discussion et perspectives

A la suite des résultats obtenus lors de cette étude, la plupart des informations relevées concordent avec le cadre théorique préétabli même si les entretiens ont laissé transparaître un certain nombre de différences notables.

Comme démontré dans la littérature et au cours des entretiens réalisés lors de cette étude, les femmes migrantes d'Afrique de l'Est font face à différents obstacles à l'obtention d'une contraception. Parmi ceux-ci, celui le plus fréquemment cité est l'impact éventuel d'un moyen de contraception sur la santé, avec en particulier, la peur de la survenue d'effets secondaires. On retrouve également de nombreuses fausses croyances, telles que la baisse de la fertilité et le risque de faire du tort aux bébés futurs, qui se transmettent souvent par bouche-à-oreille au départ de sources d'informations non fiables (famille et amis). Une autre idée, majoritairement retrouvée au cours des entretiens, est que depuis leur arrivée en Belgique, elles ne voient pas leur SSR comme prioritaire suite à leur mode de vie et leur objectif qui est de passer en Angleterre. Aussi, une similitude est identifiée avec l'étude de Gure et al. (31). En effet, il est constaté que les femmes ont besoin de services de soins de santé culturellement adaptés étant donné que les services offerts par le HUB sont réalisés par des sages-femmes formées, avec un temps de consultation plus long et démedicalisé ainsi que la possibilité d'obtenir la présence d'un interprète professionnel durant la consultation. Indirectement, les femmes qui apprécient les services offerts par le HUB, apprécient cette adaptation culturelle.

Au cours des entretiens, plusieurs différences par rapport à la littérature ont attiré l'attention. Tout d'abord, il convient de parler de l'aspect socioculturel. Comme l'expliquent Fassin et Dozon (28), beaucoup d'études décrivent la culture et la religion comme étant un réel obstacle à l'utilisation d'une contraception chez les femmes africaines. Ceci est discordant avec les informations recueillies qui démontrent que la religion et la culture africaine ne font pas partie des obstacles majeurs à l'utilisation d'une contraception pour les femmes interrogées. Malgré que le sujet soit difficilement abordable dans leur pays en raison de leur culture, il semble que ces femmes s'adaptent de manière assez rapide à la facilité d'aborder la contraception en Belgique, ce qui rejoint les propos de Cuhe (27) expliquant que la culture d'une personne est en constante évolution selon l'endroit où elle vit. Ensuite, aucune crainte n'est exprimée envers les compétences des différents professionnels de la santé ou les services comme le

HUB, où elles estiment pouvoir être conseillées, trouver des informations et obtenir des soins médicaux de tous types. Notamment, la possible méconnaissance de l'aspect socioculturel de la part des professionnels de la santé ne semble pas être un frein à la demande ou la prise d'une contraception contrairement aux informations présentées dans l'étude de Ivanova et al. (9).

Enfin, les résultats obtenus semblent mettre l'accent sur ce que souligne l'étude de Maraux et al. (10) et Dehlendorf et al. (11) et confirment donc qu'il est important de se pencher sur les besoins individuels de chaque femme en matière de contraception afin de pouvoir les guider au mieux dans ce choix qui leur paraît difficile. Elles se disent suffisamment informées dans leur pays d'origine mais ne pas pouvoir en parler librement et sereinement, ce qui induit qu'elles ne peuvent pas choisir une contraception adaptée à leurs besoins individuels étant donné que l'information reçue est générale. Ce manque de liberté de discussion les amène à ne pas obtenir d'aide lorsqu'elles doivent faire un choix de contraception, ce qui, selon elles, diffère de la Belgique où elles se sentent guidées et épaulées dans celui-ci via les différentes anamnèses et examens cliniques préalablement réalisés avant toute prescription médicale.

L'ensemble de ces résultats met en avant la nécessité de continuer à écouter et demander les besoins des femmes migrantes concernant le choix de leur contraception tout en tenant compte de leur parcours migratoire, afin d'apporter à chaque femme une équité en matière de SSR. Afin d'obtenir ces résultats, il convenait de s'intéresser également à leurs connaissances de base sur la contraception. Ces dernières (reçues majoritairement dans leur pays d'origine) se sont révélées présentes mais basiques et doivent donc être précisées ou complétées en fonction de leurs besoins individuels propres suite à leur arrivée en Belgique.

Lors de la réalisation des objectifs de cette étude, un objectif opérationnel avait été émis. Celui-ci était de développer des lignes de conduite d'éducation en santé sexuelle par rapport aux besoins et attentes identifiés chez ces femmes. A la suite du manque de données recueillies dû à l'impossibilité de réaliser plus d'entretiens, cet objectif a dû être mis de côté. Néanmoins, il reste pertinent de le travailler à l'avenir, dans le cadre d'une recherche pour permettre d'obtenir davantage de résultats positifs sur ce sujet.

4.1. Discussion selon la situation

A la suite de la pandémie de coronavirus et malgré l'impossibilité de se déplacer dans la Belgique, j'ai tenu à tenir mes engagements envers MdM. En effet, étant donné ma motivation toujours présente pour réaliser ce mémoire, j'ai décidé de continuer à suivre la méthodologie initialement prévue en accord avec ma promotrice et MdM, et ce même au risque de ne pas parvenir à rendre ce mémoire en temps voulu. A la suite de cette décision, des solutions ont été mises en place pour commencer au plus tôt la collecte des données. Il en est ressorti une réelle collaboration entre chaque personne impliquée dans ce mémoire. L'adaptation dont nous avons fait preuve durant cette période a porté ses fruits au bout de quelques semaines où deux entretiens ont pu être réalisés durant la phase de confinement.

Ensuite, durant mon travail sur le terrain, j'ai pu constater que la SSR n'était pas la priorité de ces femmes durant la crise du coronavirus, mais bien les ressources matérielles (telles que les vêtements, sacs de couchages, accessoires, etc.) disponibles au HUB. Ces propos m'ont été confirmés par les professionnels de MdM. De ce fait, il semble évident que l'on puisse soumettre l'idée que les données recueillies lors des entretiens ne sont pas aussi complètes que souhaité.

En tant que sage-femme et prochainement diplômée en Santé Publique, réaliser cette étude était impératif pour moi, et ce, malgré le coronavirus. Cela m'a permis d'entrevoir l'adaptation majeure à laquelle ont dû faire face les femmes migrantes en transit, le HUB humanitaire et les sages-femmes, mais également mon adaptation personnelle tout au long de cette crise mondiale. En tant que soignante, il était donc important pour moi de poursuivre ce projet qui pourra, je l'espère, améliorer la réponse aux besoins en matière de contraception de ces femmes.

4.2. Avis des différents professionnels de MdM

Comme explicité précédemment, plusieurs professionnels de MdM ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Étant sur le terrain et en contacts réguliers avec les femmes migrantes, il était donc très important d'obtenir leur retour et avis personnel sur le sujet. Ceux obtenus sont exclusivement positifs.

Ce qui en ressort principalement est que cette étude est pertinente car elle permet d'établir une relation de confiance et d'induire une facilité de discussion avec la participante pendant

et après l'entretien. En effet, l'entretien réalisé concernant un sujet difficile à aborder pour ces femmes permet d'enchaîner de manière fluide sur d'autres sujets personnels. Selon ces professionnels, les participantes ont présenté un intérêt étonnant pour ce sujet qu'est la contraception, malgré la différence de culture, de langue, de religion et de croyance. Certaines ont même osé poser des questions alors que, durant une consultation normale avec la sage-femme, la majorité des femmes migrantes ne souhaitent pas aborder le sujet de la contraception étant donné qu'elles ne souhaitent pas rester en Belgique.

Enfin, les professionnels de MdM expliquent que cette expérience montre et met en avant un réel besoin pour les femmes migrantes d'être informées sur la thématique de la SSR en Belgique par le biais de discussions dans un espace bienveillant et confidentiel.

5. Biais et limites de l'étude

Lors de la réalisation de cette étude, plusieurs biais ont été identifiés.

Le biais le plus important à aborder est le biais de circonstances engendré par la crise sanitaire du covid-19. En effet, cette pandémie a mis temporairement à l'arrêt la progression de cette étude en reculant le début de la collecte des données. De cette situation en a directement résulté un biais de temps, à savoir une perte équivalente à deux mois de travail, ce qui a rendu l'avenir de ce mémoire incertain. De cette crise a également émergé un biais d'échantillonnage qui, par manque de temps, a contraint à revoir à la baisse le nombre d'entretiens souhaités pour cette étude. De plus, le confinement lié à cette pandémie a également engendré un biais très important qui est le biais du survivant. En effet, il a été constaté par les professionnels de MdM, une diminution de la fréquentation des femmes originaires d'Afrique de l'Est au HUB, et ce, dû au fait que les entretiens n'ont pu être réalisés qu'avec les femmes qui avaient trouvé les services du HUB durant la crise. Cette diminution d'entretiens a provoqué un appauvrissement de la diversité des informations recueillies, en effet, six femmes sur huit n'avaient jamais eu de relations sexuelles et n'avaient donc jamais utilisé de contraception.

Pour terminer, une limite importante dans cette étude a été la langue parlée. Au HUB, malgré le fait qu'un interprète était toujours disponible, il est apparu que la majorité de ceux-ci étaient des hommes, ce qui risquait d'engendrer une certaine retenue lors de l'abord de la contraception au cours de l'entretien. Il a donc été préféré de réaliser les entretiens avec des femmes migrantes parlant également l'anglais, ce qui ne permettait à nouveau pas une aisance de discussion en raison des lacunes pour cette langue tant chez l'interviewer que chez l'interviewé. Aussi, la plupart des femmes répondaient de manière plus brève aux différentes questions posées ainsi qu'aux relances effectuées, ne permettant pas d'obtenir des réponses exhaustives.

6. Conclusion

Ce mémoire avait pour ambition de connaître les besoins et les attentes en matière de contraception des femmes migrantes originaires de l’Afrique de l’Est. Pour ce faire, il a fallu dans un premier temps réaliser un cadre théorique afin d’approfondir au mieux les entretiens semi-directifs réalisés avec le public cible. L’approche par ce type d’entretiens a permis d’obtenir des discours pertinents et authentiques qui ont mis en évidence des éléments de réponses à la question de recherche. Ils ont permis un échange interculturel à propos d’un sujet que la majorité des femmes interrogées jugent comme délicat à aborder. Cet échantillon a permis d’obtenir des avis pertinents pour donner matière à l’analyse qualitative, mais il aurait été nécessaire d’en obtenir davantage et avec des profils plus variés au niveau de l’activité sexuelle.

Si les déterminants socioculturels sont importants à prendre en compte lorsqu’on parle de SSR et de contraception, ils ne représentent pas nécessairement un obstacle majeur à son utilisation pour ces femmes. Il est donc nécessaire de tenir compte d’autres facteurs (tels que l’accès, les peurs, les projets et modes de vie) en faisant attention de ne pas tomber dans le piège du culturalisme rempli de préjugés et qui mène à des discriminations en termes de SSR. Lorsqu’une femme ne souhaite pas prendre de contraception et la voit de manière négative, cela ne concerne pas la contraception en elle-même mais plutôt la possible nocivité de celle-ci pour leur santé et celle de leurs bébés.

Les besoins identifiés sont propres à chaque femme et relèvent d’ordre matériel ou informationnel. Certaines identifient le besoin de trouver le bon endroit pour obtenir la contraception qu’elles désirent, d’autres expriment avoir besoin de différents professionnels selon la raison de leur venue au HUB et d’autres encore marquent le besoin de trouver une contraception qui leur convient en fonction principalement de leur mode de vie instable en situation de transit. Même s’il semble que la contraception soit connue et utilisée en Afrique de l’Est, les besoins d’informations évoluent en fonction des expériences de ces femmes et doivent donc être entendus et remplis pour leur permettre d’accéder à une contraception plus efficace et adaptée. Il convient donc de continuer à effectuer des études, notamment plus ambitieuses, sur les besoins des femmes migrantes africaines en matière de contraception pour pouvoir continuer à améliorer la prise en charge en SSR.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'organisation Mondiale de la Santé (OMS). Planification familiale/Contraception [Internet]. 2020 [cité le 24 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Mahmood T, Bitzer J, Nizard J, Short M. La santé sexuelle et génésique des femmes: une affaire inachevée dans la région d'Europe de l'Est et d'Asie centrale. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care [Internet]. 2020 [cité le 04 avril 2020] ; 1–8. Doi: 10.1080 / 13625187.2020.1718638
3. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration vers les pays occidentaux industrialisés et santé périnatale: une revue systématique. Sciences sociales et médecine [Internet]. 2009 [cité le 24 avril 2020] ; 69(6), p.934–946. Doi: 10.1016 / j.socscimed.2009.06.027
4. Higginbottom GM, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, Barolia R. Expériences des femmes immigrantes dans les services de soins de maternité au Canada: une revue systématique utilisant une synthèse narrative. Revues systématiques [Internet]. 2015 [Cité le 04 avril 2020] ; 4(1). Doi: 10.1186 / 2046-4053-4-13
5. Solidaris. Grande enquête – Contraception 2017 [Internet]. 2017 [Cité le 18 avril 2020]. Disponible sur : https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
6. Dufey L. Femmes et contraception : quel véritable choix ? [Internet]. 2013 [cité le 18 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>
7. Jacobstei R, Curtis C, Spieler J, Radloff S. Répondre au besoin de contraception moderne: des solutions efficaces à un défi mondial pressant. Journal international de gynécologie et d'obstétrique [Internet]. 2013 [Cité le 25 mars 2020] ; 121, Chapitre 9 à 15. Doi: 10.1016 / j.ijgo.2013.02.005
8. Smith J. Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence. African Journal of Reproductive Health [Internet]. Mars 2020 [cité le 23 mars 2020]; 24(1): 152. Disponible sur : <https://www.ajrh.info/index.php/ajrh/article/view/2077/pdf>

9. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 26 juillet 2018 [Cité le 17 novembre 2019]; 15(8): 1583. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121882/> Doi:10.3390/ijerph15081583
10. Maraux B, Lert F. Pratiques contraceptives des femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en France [Internet]. 2018 [Cité le 19/04/2020]. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/publication/331298227 Pratiques contraceptives de s femmes immigrees d'Afrique subsaharienne en France](https://www.researchgate.net/publication/331298227_Pratiques_contraceptives_de_s_femmes_immigrees_d'Afrique_subaharienne_en_France)
11. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception* [Internet]. Août 2013 [Cité le 23 décembre 2019]; 88(2): 250–256. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026257/> Doi:10.1016/j.contraception.2012.10.012
12. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, Estoesta J, Monteiro M. In My Culture, We Don't Know Anything About That : Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine* [Internet]. Décembre 2017 [cité le 23 novembre 2019]; 24(6): 836–845. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28620774> Doi:10.1007/s12529-017-9662-3
13. Mazzella S. *Sociologie des migrations*. 1^{ère} édition. France : Presses Universitaires de France. 2016 ; 128 p. Disponible sur : <https://www.cairn.info/sociologie-des-migrations--9782130787273.htm?contenu=presentation>
14. L'Organisation Internationale de la Migration (OIM). *Migration* [Internet]. 2020 [Cité le 30 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.iom.int/key-migration-terms>
15. Olukotun O, Gondwe K, Mkandawire-Valhmu L. The Mental Health Implications of Living in the Shadows: The Lived Experience and Coping Strategies of Undocumented African Migrant Women. *Behavioral Sciences* [Internet]. 26 novembre 2019 [cité le 15 décembre 2019]; 9(12): 127. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31779152> Doi:10.3390/bs9120127

16. Lafleur J-M, Marfouk A. Pourquoi l'immigration ? Louvain-La-Neuve : Editions Academia ; 2017. Disponible sur : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/215503/1/Livre_Lafleur&Marfouk.pdf
17. Statbel. Migrations [Internet]. Belgique, Service Public Fédéral Belge : 2018 [cité le 29 novembre 2019]. Disponible sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/migrations#documents>
18. Myria. La migration en chiffres et en droits [Internet]. Bruxelles, Centre fédéral migration ; mai 2019 [cité le 15 novembre 2019]. Disponible sur : https://www.myria.be/files/Myria_RAMIG-FR_2019-AS-gecomprimeerd.pdf
19. L'Organisation Internationale de la migrations (OIM). PORTAIL SUR LES DONNÉES MIGRATOIRES. Pour une perspective globale [Internet]. 2020 [cité le 30 avril 2020]. Disponible sur : https://migrationdataportal.org/fr?t=2019&i=stock_abs_&cm49=56.
20. Centre interfédéral pour l'égalité des chances (Unia). Discrimination envers les personnes d'origine subsaharienne : un passé colonial qui laisse des traces [Internet]. Belgique, Centre interfédéral pour l'égalité des chances ; mai 2017 [cité le 22 novembre 2019]. Disponible sur : https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Rapport_n%C3%A9grofobie_FR_Layout.pdf
21. Kagné B, Martiniello M. L'immigration subsaharienne en Belgique. Courrier hebdomadaire du CRISP [Internet]. 2001 [Cité le 28 avril 2020] ; 16(1721). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-courrier-hebdomadaire-du-crisp-2001-16-page-5.htm>
22. Martiniello M, Rea A. Une brève histoire de l'immigration en Belgique [Internet]. Fédération Wallonie Bruxelles : 2012 [Cité le 25 avril 2020]. 68p. Disponible sur : http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=2ee8fea1e26a86ca9f3cf9aa5b9815f8b1994334&file=uploads/tx_cfwbitemsdec/Immigration_Final_26_11_12.pdf
23. World Health Organization. Santé sexuelle et reproductive : objectif 5 du Millénaire pour le développement [Internet]. 2015 [Cité le 8 avril 2020] Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/target_5b/en/

24. Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2015 [Internet]. 2015 [Cité le 19 avril 2020]. Disponible sur : https://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
25. Nations Unies. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge [Internet]. 2020 [Cité le 19 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
26. Médecins du Monde. Accès aux soins : les déterminants socioculturels. France. Mdm ; 2012. 96p.
27. Cuhe D. La notion de culture dans les sciences sociales. 4ème édition. Paris : La Découverte ; 2010. 128p.
28. Fassin D, Dozon J-P. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. Extrait de Critique de la santé publique. Une approche anthropologique sous la direction de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin. Paris : Balland ; 2001.
29. Service Education permanente Question Santé asbl. Des femmes d'horizons différents face à la contraception [Internet]. 2005 [cité le 25 novembre 2019]. Disponible sur : https://questionsante.org/assets/files/EP/Femmes_contraception.pdf
30. Médecins du Monde. Femmes au Hub Humanitaire [slides]. Bruxelles ; 2019. 11 slides.
31. Gure F, Yusuf M, Foster M. Exploring Somali women's reproductive health knowledge and experiences: results from focus group discussions in Mogadishu. Sexual and Reproductive Health Matters [Internet]. 11 décembre 2015 [cité le 15 novembre 2019] ; 23(46) : 136-144. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2015.11.018>
Doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.018
32. Kaysay Z, H, Tegegne D, Mohammed E, Kiros G. Application of individual behavioral models to predict willingness to use modern contraceptives among pastoralist women in Afar region, Northern Ethiopia. PLoS One [Internet]. 22 mai 2018 [cité le 10 décembre 2019] ; 13(5). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5963766/table/pone.0197366.t001/>
Doi:10.1371/journal.pone.0197366
33. Raben, LAD, van den Muijsenbergh, METC. Inégalité dans les soins contraceptifs entre les réfugiées et les autres femmes migrantes? : Une étude rétrospective de la pratique

- générale néerlandaise. Family Practice [Internet]. 2018 [cité le 22 mars 2020] ; 35 (4), 468–474. Doi: 10.1093 / fampra / cmx133
34. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). N° 264-Counseling sur la santé sexuelle et génésique offert par les professionnels de la santé. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada [Internet]. 2017 [Cité le 17 avril 2020] ; 39(11), e475–e476. Doi:10.1016/j.jogc.2017.09.001
35. Zanzu. Accès aux soins médicaux [Internet]. 2015 [Cité le 20 avril 2020]. Disponible sur : <https://zanzu.be/fr/acc%C3%A8s-aux-soins-m%C3%A9dicaux>
36. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier ? [Internet]. 2015 [Cité le 24 avril 2020]. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf
37. Chiarenza A, Dauvrin M, Chiesa V, Baatout S, Verrept H. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. BMC Health Services Research [Internet]. 23 juillet 2019 [cité le 21 décembre 2019] ; 19(1). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6651950/> Doi:10.1186/s12913-019-4353-1
38. Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. Culture, Health & Sexuality [Internet]. 29 novembre 2016 [cité le 25 novembre 2019] ; 19(7) : 752–766. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1259503>
Doi:10.1080/13691058.2016.1259503
39. Contraception Atlas. Limited Access: Europe's Contraception Deficit [Internet]. 2018 [Cité le 18 mars 2020]. Disponible sur : https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/786209755_epf_contraception-in-europe_white-paper_cc03_002.pdf
40. Higgins J A, Smith N K. The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept. The Journal of Sex Research [Internet]. 3 mai 2016 [cité le 21 décembre 2019] ; 53(4-5) : 417–456. Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868075/>

Doi:10.1080/00224499.2015.1134425

41. Gueye A, Speizer IS, Corroon M, Okigbo CC. Belief in Family Planning Myths at the Individual And Community Levels and Modern Contraceptive Use in Urban Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. Décembre 2015 [cité le 28 décembre 2019] ; 41(4) : 9-191p. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4858446/> Doi: 10.1363 / 4119115
42. Tsui A O, Brown W, Li Q. Contraceptive Practice in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* [Internet]. 31 mars 2017 [cité le 23 décembre 2019] ; 43 : 166–191. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5658050/> Doi:10.1111/padr.12051
43. Hunt E, Lavoie A-M. Les méthodes de recherche quantitatives et qualitatives peuvent-elles déjà coexister ? *Recherches en soins infirmiers* [internet]. Février 2011 [cité le 13/04/2020]. 105. P 25 à 30. DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.105.0025>
44. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 5ème édition. Malakoff : Dunod. 2017. 272p.
45. Pétré B. *Introduction à l'approche qualitative, partie 2* [Cours Master 1]. Belgique : Université de Liège ; 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Mail explicatif pour les sages-femmes

Annexe 2 : Guide d'entretien en version française et anglaise

Annexe 3 : Document de consignes pour la réalisation des entretiens

Annexe 4 : Consentement libre et éclairé

Annexe 5 : Grille d'analyse

Annexe 6 : Accord du Comité d'Ethique

Annexe 1 : mail explicatif pour les sages-femmes

Bonjour,

Je m'appelle Noémie Simon, sage-femme et étudiante en Master 2 de Santé Publique à l'Université publique de Liège. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur les besoins et les attentes en matière de contraception des femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est après leur arrivée en Belgique. Il s'agit d'explorer leurs idées sur la contraception en fonction de leur vécu, de leur trajectoire de vie et des déterminants socio-culturels (ensemble de normes, valeurs, savoirs et savoir-faire qui modifient la vision, la pensée, la manière de faire de la santé, de la maladie et du soin).

Cette recherche me permettra de finaliser mes études, mais permettra également de compléter et de faire suite au rapport sur la santé sexuelle et reproductive effectué par Médecins du Monde, ainsi que d'améliorer la prise en charge des besoins en matière de contraception lors des consultations.

Pour ce faire, il avait été convenu avec Louisa, Céline et Victoria que je réaliserais des entretiens semi-directifs avec quelques femmes lors de leurs consultations au Hub. La situation sanitaire actuelle ne me permet pas de suivre ce plan. Après en avoir discuté avec vos collègues, nous avons convenu que la solution la plus plausible et réalisable, à condition que vous soyez d'accord, serait que vous réalisiez vous-mêmes les entretiens avec quelques femmes (de nationalité Érythréenne ou Éthiopienne, en âge de procréer donc de 15 à 49 ans, en situation de précarité et étant arrivée en Belgique depuis moins de 1 an) lors de vos consultations sage-femme. La durée moyenne d'un entretien est de 30 à 45 minutes mais cela dépend évidemment des réponses des participantes.

Pour faciliter votre tâche, j'ai créé deux documents. Le premier nommé « Guide d'entretien – Noémie Simon » reprenant point par point les étapes de l'entretien à réaliser et les différentes questions à poser. Le deuxième, intitulé « Consignes et matériel pour les entretiens – Noémie Simon », reprend des points plus pratiques pour mener à bien l'entretien ainsi que le matériel nécessaire à sa réalisation. Je suis disponible pour un rendez-vous téléphonique, sur skype ou par vidéoconférence (WhatsApp ou Facebook) soit individuel soit avec l'ensemble de votre équipe pour répondre à vos questions et éclaircir vos doutes.

Je vous joins également le formulaire de consentement à faire signer par les participantes en 2 exemplaires (1 pour elle et 1 pour moi) qui est illustré dans les étapes du premier document cité plus haut. Ce document est malheureusement très long, en fonction du respect des normes du RGPD.

Pour une question de facilité pour vous comme pour moi, je vous demanderai d'enregistrer l'entièreté des entretiens (à condition que les femmes acceptent) et de me les envoyer dès que possible à l'aide d'un fichier zip que vous enverrez sur ma boîte mail reprise plus bas ainsi que le scan de la dernière page du consentement signé que vous pourrez envoyer à la promotrice de l'étude Alice Sarcinelli à l'adresse mail suivante [X](#). Pour réaliser un fichier zip,

sélectionnez le dossier contenant les enregistrements, faites un clic droit, sélectionnez « Envoyez vers », sélectionnez « Dossier compressé » puis renommez le nouveau dossier créé.

D'avance, je vous remercie sincèrement car votre aide m'est extrêmement précieuse dans ce projet qui me tient à cœur. Sans votre aide précieuse mon travail serait compromis.

En tant que sage-femme et étudiante, je tiens à vous souhaiter bon courage et à vous remercier vivement pour votre générosité et votre temps en ces temps difficiles, surtout pour les professionnels de soins.

Bien à vous,

Noémie Simon

PS : Si vous avez des questions ou si quelque chose ne semble pas clair pour vous, je suis disponible par mail à l'adresse [X](#) ou par gsm au numéro 04*****.

Annexe 2 : guide d'entretien en version française et anglaise

Guide d'entretien

Titre du projet de recherche:

Étude exploratoire des besoins et des attentes en matière de contraception chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est : Une approche socio-culturelle

PARTIE 1 : Etapes à suivre

- 1) **MATERIEL** : Tester le magnétophone pour l'entretien et s'assurer de la fonctionnalité de celui-ci + vérification que tout le matériel est présent (2 consentements, 1 magnétophone).
- 2) **ACCUEIL** de la participante
- 3) **PRESENTATION** brève de l'étudiante et de l'étude :
Noémie Simon, étudiante en Master 2 de Santé Publique à l'Ulg réalise un travail de fin d'études en collaboration avec le Hub de Médecins du Monde. Elle s'intéresse aux besoins et aux attentes en matière de contraception des femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est suite à leur arrivée en Belgique. Il s'agit d'explorer leurs idées autour de la contraception en fonction de leur vécu, de leur trajectoire de vie et migratoire et des déterminants socio-culturels (ensemble de normes, valeurs, savoirs et savoir-faire qui modifient la vision, la pensée, la manière de faire de la santé, de la maladie et du soin).
- 4) **IMPORTANT DE SA PARTICIPATION** : Expliquer à la participante qu'elle est importante pour ce projet, y compris pour mieux accueillir des femmes comme elle dans le futur.
- 5) **ANONYMAT ET CONFIDENTIALITE** : Explication de la confidentialité et de l'anonymat des participantes et des données :
Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. **Ces données seront utilisées de manière anonyme** dans les analyses et la présentation des résultats de cette étude.
Afin de garantir la confidentialité des données ainsi que l'anonymat de toutes les femmes rencontrées, chaque entretien sera associée à un chiffre et toutes les données seront gardées en sécurité dans le logiciel veracrypt sur l'ordinateur de l'étudiante.
- 6) **REFUS DE REpondre** : la participante a le droit de ne pas répondre à une question, vous pouvez alors passer à la question suivante. Il est important de lui signaler en début d'entretien.
- 7) **ENREGISTREMENT** : Explication de la nécessité d'enregistrer l'entretien :

Comme l'étudiante ne pourra pas réaliser elle-même les entretiens en raison de l'émergence sanitaire actuelle et afin de faciliter ses analyses, nous vous demandons de bien vouloir accepter que notre conversation soit enregistrée. L'enregistrement sera utilisé par l'étudiante Noemie Simon uniquement pour la retranscription de la conversation. Tout document écrit et audio sera détruit en fin d'étude.

- 8) DEMANDE D'ACCORD pour l'enregistrement et faire signer le consentement (un pour Noémie et un pour la participante) :

Suite à ces informations, je vous montre le consentement écrit, très long en fonction des normes européennes du GDPR (*la sage-femme lit dans les détails les parties principales mises en gras et explique les parties moins importantes. Elle laisse le temps de prendre vision du consentement écrit et aide la participante à comprendre les parties qu'elle a envie de lire plus attentivement, en répondant à toutes les questions*). Me donnez-vous l'autorisation d'enregistrer notre entretien et acceptez-vous de signer le consentement qui est nécessaire pour que l'étudiante puisse utiliser les données recueillies ?

- 9) SIGNATURE du consentement

- 10) DEMARRER L'ENREGISTREMENT : Attention, bien le placer près du téléphone de l'interprète afin que les traductions soient correctement audibles.

- 11) DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES : Commencer par demander les données sociodémographiques qui se trouvent en partie 2 (si la participante le souhaite ou si vous sentez qu'elle n'est pas à l'aise elle peut y répondre en fin d'entretien mais ne pas oublier car c'est très important).

- 12) QUESTIONS DE L'ENTRETIEN : Poser les questions une à une qui se trouvent en partie 3. Dans cette partie importante, chaque question précédée d'un chiffre est une question obligatoire à poser (mais elle n'est pas obligée d'y répondre). Chaque question précédée d'un tiret « - » est une question complémentaire non obligatoire mais qui permet de compléter la réponse si celle-ci n'est pas satisfaisante.

- 13) FIN DE L'ENTRETIEN : Lui expliquer que l'entretien est terminé et lui demander si elle a des questions ou des informations à rajouter.

- 14) REMERCIEMENTS : La remercier pour sa participation et lui expliquer que si elle le souhaite Noémie est disponible par mail via l'adresse qui figure sur le consentement.

- 15) STOP DE L'ENREGISTREMENT : Stopper l'enregistrement, l'envoyer à Noémie ainsi que vos remarques éventuelles sur l'entretien. Si la participante recommence à dire des choses intéressantes au sujet de l'étude, reprendre l'enregistrement.

- 16) ENVOI DU CONSENTEMENT signé par scan à la promotrice de l'étude Alice Sarcinelli à l'adresse mail suivante [X](#) à l'aide des explications présentes dans la lettre pour pouvoir en faire un dossier « ZIP » mieux protégé.

PARTIE 2 : Données sociodémographiques

- Âge (entourez la mention correspondante) :
Moins de 18 ans Entre 18 et 24 ans Entre 25 et 38 ans Entre 39 et 49 ans
- Pays d'origine :
- Profession dans le pays d'origine :
- Profession dans le pays d'accueil :
- Situation familiale (mariée, célibataire, etc.) dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil :
.....
- Nombre d'enfants :
- Lieu de résidence actuel :
- Statut administratif actuel en Belgique :
- Niveau d'enseignement/d'étude :
- Religion (a-t-elle une religion et si oui, laquelle et la pratique-t-elle?) :
-

PARTIE 3 : Questions de l'entretien

- 1) Dans votre pays d'origine, utilisiez-vous une contraception ?
 - Si oui, laquelle, à quelle fréquence et pour quelles raisons ?
 - Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de contraception ?
- 2) Depuis votre arrivée en Belgique, avez-vous eu besoin d'une contraception ?
 - Ce besoin est-il satisfait depuis votre arrivée en Belgique ?
 - Si non, pourquoi ?
- 3) Comment avez-vous choisi votre méthode de contraception en Belgique ?
 - Toute seule? Grâce à des conseils? De qui (famille, amis, médecins) ?
- 4) Pour quelles raisons utilisez-vous une contraception en Belgique ?
- 5) Vous convient-elle ?
 - Si oui
 - Si non, pourquoi ?
- 6) Comment avez-vous eu accès à la contraception en Belgique ? Par quel(s) service(s) ?

Si elle répond qu'elle a déjà eu recours à différents accès, vous pouvez lui poser la question suivante :

- Si vous avez eu une expérience avec différents types d'accès/services, ont-ils répondu à vos attentes ?
- 7) Trouvez-vous facile l'accès à la contraception en Belgique et principalement celle que vous utilisez/souhaitez ?
- 8) Pensez-vous avoir suffisamment d'informations sur la contraception (les différents types, le moyen de les obtenir, etc.) ?
- 9) Quels aspects de votre culture, religion, croyances et valeurs influencent votre choix de contraception ?
- 10) Qu'est-ce qui vous empêche ou pourrait vous empêcher de demander une contraception ?
- 11) Avez-vous des craintes par rapport à la contraception ?
 - Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- 12) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des services proposés comme ceux de chez Médecins du Monde (par exemple, les consultations sage-femme) ?
- 13) Estimez-vous que vous avez plus ou moins besoin de contraception depuis votre arrivée en Belgique ?
 - Pourquoi ?
- 14) Voyez-vous la contraception de manière positive ou négative ?
 - Pourquoi ?

Interview Guide

Research Project:

An exploratory study of the contraception needs of East Africa migrant women:
A sociocultural approach

PART 1 : Protocol

- 17) EQUIPMENT: test the tape recorder before the interview, make sure that it is functioning correctly and that all the equipment is ready and available (2 consents, 1 tape recorder).
- 18) WELCOME of the participant
- 19) BRIEF PRESENTATION of the student and her study:

Noémie Simon, completing the second year of her Master's in Public Health at ULG, is writing a thesis in collaboration with the Hub of Doctors of the World. She is studying the contraception needs and expectations of East Africa migrant women once they arrived in Belgium. The purpose is to explore their ideas on contraception based on their experience, their life and migratory path as well as on some sociocultural factors (set of norms, values, knowledge and know-how that impact the vision, the thoughts and the health, sickness and care processes).

20) IMPORTANCE OF HER PARTICIPATION: explain to the participant that she is important for this study, especially to improve the welcome of women in similar situation in the future.

21) ANONYMITY AND CONFIDENTIALITY: explanation of the confidentiality and the anonymity of the participants and the data:

The personal data collected during this study will be useful for the development of below thesis. **This data will be used anonymously** in the analysis and the presentation of the study results.

In order to ensure the data confidentiality and the anonymity of all the interviewed women, a number will be associated to each interview and all the data will be kept safe in the Veracrypt software on the student's computer.

22) REFUSAL TO ANSWER: it is the right of the participant to refuse to reply. In such a case, kindly move to the next question.

23) RECORDING: explanation of the necessity to record the interview:

Given the emergence of the current health crisis and in order to facilitate the analysis, the student won't be able to perform the interviews herself. We therefore kindly ask you to accept the recording of our conversation. This recording will only be used by the student Noémie Simon for the retranscription of the conversation. Any written and oral document will be destroyed at the end of the study.

24) APPROVAL REQUEST for the recording and signature of the consent (one for Noémie and one for the participant):

Based on this information, I show you the written consent, which is very long because it refers to the GDPR European norms (*the midwife reads in detail the main parts in bold and briefly explains the less important parts. She gives the participant the time to go through the written consent and helps her to understand the parts she wants to give more attention to by answering all her questions*). Do you give me the authorization to record our interview and do you accept to sign the consent, which will allow me to use the collected data?

25) SIGNATURE of the consent

- 26) START THE RECORDING: Watch out, place the tape recorder close to the phone of the interpreter to get very audible translations.
- 27) SOCIODEMOGRAPHIC DATA : first ask the sociodemographic data of PART 2 (if the participant prefers or if you feel that she is not comfortable with it, she can reply to it at the end of the interview but it is very important not to forget this part).
- 28) QUESTIONS OF THE INTERVIEW: ask the questions of Part 3 one by one. In this important section, each question preceded by a number is a mandatory question (but the participants are not forced to reply). Each question preceded by a dash « - » is a non-mandatory question but it helps to complete the answer if it is not satisfactory.
- 29) END OF THE INTERVIEW: inform her that the interview is finished and ask her if she has some questions or information to add.
- 30) ACKNOWLEDGEMENT: thank her for her participation and explain her that I'm available by email if she wants to contact me, the email address is mentioned on the consent.
- 31) STOP THE RECORDING: stop the recording, send it to me together with your potential remarks on the interview. If the participant keeps on saying interesting things after the recording stopped, resume the recording.

PART 2 : Sociodemographic data

- Age (circle the correct information):
 Under 18 Between 18 and 24 Between 25 et 38 Between 39 - 49
- Home country :
- Profession in the home country:
- Profession in the host country:
- Civil status (married, single, etc.) in the home country and host country:

- Number of children:
- Current place of residence:
- Current administrative status in Belgium:
- Level of education:
- Religion (does she believe in a religion and if she does, which one? Is she a regular churchgoer?)

PART 3: Questions of the interview

- 15) In your home country, do you use a means of contraception?
 - If so, which one, how often and why?

- If not, why don't you use a means of contraception?
- 16)** Since you arrived in Belgium, have you needed a means of contraception?
- Has this need been met since your arrival?
 - If not, why?
- 17)** How did you choose your means of contraception in Belgium?
- By yourself? Through advice? From who? (Family, friends, doctors)?
- 18)** Why do you use a means of contraception in Belgium?
- 19)** Does it suit you?
- If so
 - If not, why?
- 20)** How did you get access to the means of contraception in Belgium? Through which services?
- If she replies that she already had access through different services, you can ask the following question:
- If you have experimented different types of accesses/services, did they meet your expectations?
- 21)** Do you find it easy to get contraception in Belgium, especially the one you use/want to use?
- 22)** Do you think you have enough information on contraception (different types, way to access it, etc.)?
- 23)** Which aspects of your culture, religion, convictions and values have an influence on your choice of contraception?
- 24)** What prevents you or would prevent you from requesting a contraception?
- 25)** Do you have some fears regarding contraception?
- In such a case, which ones?
- 26)** What do you expect from services like Doctors of the World (for instance, midwives consultations)?
- 27)** Is your need of contraception bigger or lower since you arrived in Belgium?
- Why?
- 28)** Do you see the contraception in a positive or negative way?
- Why?

Annexe 3 : document de consignes pour la réalisation des entretiens

Consignes

- 1) SELECTION DES PARTICIPANTES : les critères pour sélectionner les participantes à l'étude sont les suivants :
 - a) nationalité Érythréenne ou Éthiopienne
 - b) être en âge de procréer donc de 15 à 49 ans
 - c) être en situation de précarité
 - d) être arrivée en Belgique depuis moins de 1 an

- 2) CONTROLE DU MATERIEL :
 - a) **Consentement en deux exemplaires**
 - b) **Guide d'entretien**
 - c) Si possibles, **deux moyens d'enregistrer l'entretien** (exemple, magnétophone, téléphone, ordinateur) au cas où un dysfonctionnerait durant l'entretien (contrôler si le magnétophone marche en début d'entretien)
 - d) Des piles si nécessaires selon l'appareil utilisé.
 - e) Feuilles de papier
 - f) Bics

- 3) PRESENTATION INITIALE : se présenter et établir un lien afin de créer un climat de confiance entre les deux personnes. Par exemple, lui demander son prénom sans le noter permet une première approche ou encore proposer de se tutoyer. Il est également important de choisir un endroit propice pour que la participante se sente libre de parler en toute sécurité.

- 4) LANGUE : laisser à la participante le choix de la langue dans laquelle elle veut réaliser l'entretien et préciser qu'elle peut changer de langue à tout moment

- 5) QUESTION NON COMPRISE : lorsqu'une question ne semble pas bien comprise par l'interviewée, il est nécessaire de la reformuler autrement, avec d'autres mots ou plus d'explications. Donc si une question vous semble trop vague, n'hésitez pas à m'en faire part avant de commencer les entretiens.

- 6) ECOUTE : ce type d'entretien ressemble à une conversation dirigée. Il est possible qu'à certains moments de l'entretien et en fonction de la participante vous passiez d'une écoute active (discussion) à une écoute passive (se taire et l'écouter). Dans ce cas il est important de ne pas suggérer les réponses et de ne pas l'interrompre.

Un « blanc » ou temps de repos peut être bénéfique pour que l'interviewée puisse rajouter des réponses ou compléter.

- 7) **RELANCE** : pour relancer la discussion, vous pouvez soit :
 - Faire une pause active : laisser 5 secondes après une réponse tout en maintenant le contact visuel
 - Faire de l'écho : reprendre textuellement la dernière phrase qui a été dite par la participante
 - Reformuler la réponse sans l'interpréter, mais pour faire valider la réponse par la participante
 - Poser une question de relance comme par exemple « Voulez-vous m'en parler d'avantage ? »

- 8) **BLOQUAGE** : il est possible que la participante se bloque face à une question par peur ou crainte quelconque. Dans ce cas, n'hésitez pas à poser d'autres questions qui vont permettre de diminuer ce blocage. Rappelez qu'il n'y a pas de réponse correcte ni de jugement de valeurs, y compris sur le service de MdM et donc qu'elle a le droit d'avancer des critiques sur le service car chaque critique constructive peut permettre de l'améliorer. Si l'interviewée ne souhaite pas répondre à une question, c'est son droit donc vous pouvez passer à la question suivante.

- 9) **REPONSE PAS CLAIRE** : lorsqu'une réponse ne vous semble pas claire ou assez complète, vous pouvez demander à la participante de reformuler ou de réexpliquer autrement pour comprendre ce qu'elle veut dire.

- 10) **RECENTRER UNE REPONSE** : si vous sentez qu'elle dévie du sujet principal, vous pouvez recentrer gentiment sur l'objet de recherche.

- 11) **NARRATION** : vous pouvez également l'emmener vers une narration ou une description de son vécu.

- 12) **FIN DE L'ENTRETIEN** : lorsqu'on arrive à la fin de l'entretien, vous pouvez lui signaler afin qu'elle sache ou vous en êtes.

Annexe 4 : consentement libre et éclairé



Université de
Liège

Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

Une étude exploratoire des besoins en matière de contraception chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est : Une approche socio-culturelle

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations nécessaires afin que vous puissiez donner votre accord de participation à cette étude en toute connaissance de cause.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. Vous serez totalement libre, après avoir donné votre consentement, de vous retirer de l'étude.

Responsable(s) du projet de recherche

La promotrice de ce travail de fin d'étude est : Alice SARCINELLI mail : alice.sarcinelli@uliege.be

La co-promotrice de ce travail de fin d'étude est : Louisa BEN ABDELHAFIDH mail : louisabenabdelhafidh@medecinsdumonde.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Noémie SIMON mail : noemie.simon@student.uliege.be

Description de l'étude

Cette étude souhaite comprendre les besoins et les attentes des femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est vis-à-vis de la contraception lors de leur arrivée en Belgique. Elle étudie aussi les attentes des femmes vis-à-vis des services présents en Belgique. Elle sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2019-2020.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B-4000 Liège, Belgique.

Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont :

- Données sociodémographiques (âge, pays d'origine, profession, situation familiale, nombre d'enfants, lieux de résidence, statut administratif, niveau d'enseignement, religion).
- Données concernant les attentes et les besoins en matière de contraception
- Données concernant les idées et les ressentis vis-à-vis de la contraception
- Données concernant le parcours de vie et migratoire

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. **Ces données seront recueillies de façon anonyme et présentées de façon anonyme** dans les résultats de cette étude.

Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être prolongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiante réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de sa promotrice.

Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Etape 1 : Récolte des données par les sages-femmes bénévoles de *Médecins du monde* lors d'entretiens individuels. Le prénom peut être demandé mais ne sera jamais noté, enregistré ni communiqué à l'étudiante. Les participantes ne seront pas obligées de le donner. Chaque entretien sera référencé sous un numéro de code nécessaire au traitement des données, de manière à assurer au maximum l'anonymat. L'étudiante réalisant le mémoire recevra les données codées, tandis que les consentements nominatifs seront conservés par la promotrice du mémoire.

Etape 2 : Les données écrites seront scannées et les supports « papier » immédiatement détruits. Les scans et les enregistrements seront envoyés à l'étudiante en fichier zip protégé par mot de passe et par mail. Aucune donnée ne sera jamais associée à l'identité de la personne ayant répondu aux questions. Ces données seront utilisées sous forme numérique et seront gardées en sécurité sur l'ordinateur de l'étudiante grâce au logiciel veracrypt. L'étudiante sera la seule utilisatrice de ces données. Sa promotrice peut demander l'accès à ces données pour validation de la démarche

scientifique.

Etape 3 : Lorsque le travail de fin d'études sera terminé, les données scannées et enregistrées seront directement détruites.

Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données seront récoltées et anonymisées grâce à un système de chiffres (i.e. chaque entretien sera associé à un chiffre) et seront répertoriées dans un document Excel créé par l'étudiante qui ne sera pas partagé avec des tiers, sauf la promotrice et les membres du jury.

Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seule l'étudiante pourra utiliser les données. Sa promotrice peut demander l'accès à ces données pour validation de la démarche scientifique.

Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation des données à caractère personnel reposent sur le consentement écrit de la part des participantes à l'étude. En consentant à participer à l'étude, les participantes acceptent que les données personnelles exposées au point 2 puissent être recueillies et traitées aux fins de recherche exposées au point 3.

Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- Obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- Obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi
que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de
données à caractère personnel la concernant;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- Obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit

fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;

- Retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne

automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;

- Introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données

(<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège

M. le Délégué à la protection des données,

Bât. B9 Cellule "GDPR",

Quartier Village 3,

Boulevard de Colonster 2,

4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiante réalisant le travail de fin

d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 5 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

En cas de recueillement de consentement de la part d'un mineur, il est nécessaire de recueillir le

consentement d'un représentant légal. Dans ce cas, ajouter les formules suivantes : Nom et Prénom du représentant légal :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom de la Promotrice :

Date : 30/04/2019

Signature :

Nom et prénom de la Co-promotrice : Date :

Signature

Nom et prénom de l'étudiante réalisant le travail de fin d'étude : Date : 30/04/2020

Signature :

Annexe 5 : Grille d'analyse

Utilisation de la contraception avant la migration

Accès à l'information sur la contraception en Belgique

Attentes/Besoins

Craintes/peurs

Grille d'analyse

Utilisation de la contraception en Belgique (après le parcours migratoire)

Accès à la contraception en Belgique

Perceptions

	1	2	3	4	5	6	7	8
Age								
Pays d'origine								
Profession dans le pays d'origine								
Profession dans le pays d'accueil								
Statut administratif en Belgique								
Situation familiale actuelle								
Lieux de résidence actuel								
Depuis combien de temps êtes-vous en Belgique ?								
Quel est votre niveau d'étude								
Religion								
1) Dans votre pays d'origine, utilisiez-vous une contraception ?								
2) Depuis votre arrivée en Belgique, avez-vous eu besoin d'une contraception ?								
3) Comment avez-vous choisi votre méthode de contraception en Belgique?								
4) Pour quelles raisons utilisez-vous une contraception en Belgique ?								
5) Vous convient-elle ?								

6) Comment avez-vous eu accès à la contraception en Belgique ? Par quel(s) service(s) ?								
7) Trouvez-vous facile l'accès à la contraception en Belgique et principalement celle que vous utilisez/souhaitez ?								
8) Pensez-vous avoir suffisamment d'informations sur la contraception (les différents types, le moyen de les obtenir, etc.) ?								
9) Quels aspects de votre culture, religion, croyances et valeurs influencent votre choix de contraception ?								
10) Qu'est-ce qui vous empêche ou pourrait vous empêcher de demander une contraception ?								
11) Avez-vous des craintes par rapport à la contraception ?								
12) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des services proposés comme ceux de chez Médecins du Monde (par exemple, les consultations sage-femme) ?								
13) Estimez-vous que vous avez plus ou moins besoin de contraception depuis votre arrivée en Belgique ?								
14) Voyez-vous la contraception de manière positive ou négative ?								

Annexe 6 : Accord du Comité d’Ethique

Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 30 avril 2020

Madame le **Prof. M. GUILLAUME**
Madame **Noémie SIMON**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d’avis au Comité d’Ethique
Notre réf: 2020/115

"Une étude exploratoire des besoins en matière de contraception chez les femmes migrantes originaires d’Afrique de l’Est: une approche socio-culturelle "

Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n’entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d’Ethique n’émet pas d’objection à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d’Ethique.

Je vous prie d’agréer, Cher Collègue, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d’Ethique

Note: l’original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l’Expérimentateur principal.

C.H.U. Sart Tilman, Domaine Universitaire du Sart Tilman – B35, 4000 LIEGE 1
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : R. CHANET – A. ZANZEN - Coordinatrice scientifique : E. RUBENS
Tel : 04 366 83 10 – Fax : 04 366 74 41 - Mail : ethique@chu.ulg.ac.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU	Vice Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame le Professeur Adélaïde BLAVIER Psychologue, membre extérieur au CHU	
Madame le Professeur Florence CAEYMAEX Philosophe, membre extérieur au CHU	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame le Docteur Marie LEJEUNE / Madame le Docteur Sophie SERVAIS (suppléante) Hématologues, CHU	
Monsieur Pierre LISENS / Madame Viviane DESSOUROUX (suppléante) Représentant (e) des patients	
Madame Patricia MODANESE Infirmière chef d'unité, CHU	
Madame le Professeur Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur le Professeur Régis RADERMECKER Expert en méthodologie de la recherche clinique, CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacie, CHU	
Madame le Docteur Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieur CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière chef d'unité, CHU	