



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON SUD**

ANNÉE 2018

N° 83

**COMMENT LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ PERÇOIVENT-
ELLES LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE?**

ETUDE QUALITATIVE PAR SEIZE ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

THÈSE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **12 avril 2018** en vue d'obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Louise CHARDENAL
Née le 18 avril 1990 à Paris 20ème Arrondissement

Sous la direction de
Dr ORIOL Séverine

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2017-2018

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie du vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Éric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R. L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie

LEBECQUE Serge
LINA Gérard
LONG Anne
LUAUTE Jacques
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RIOUFFOL Gilles
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
RUFFION Alain
SANLAVILLE Damien
SAURIN Jean-Christophe
SEVE Pascal
THOBOIS Stéphane
TRILLET-LENOIR Véronique
TRONC François

Biologie Cellulaire
Bactériologie
Médecine vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Cardiologie
Biochimie et Biologie moléculaire
Urologie
Génétique
Hépatogastroentérologie
Médecine Interne, Gériatrique
Neurologie
Cancérologie ; Radiothérapie
Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE
BARREY Cédric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
BREVET-QUINZIN Marie
CHAPET Olivier
CHO Tae-hee
CHOTEL Franck
COTTE Eddy
DALLE Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
GILLET Pierre-Germain
HAUMONT Thierry
KASSAI KOUPAI Berhouz
LASSET Christine
LEGA Jean-Christophe
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe

Anesthésie-Réanimation Urgence
Neurochirurgie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cancérologie, radiothérapie
Neurologie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Dermatologie
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire,
Physiologie
Hématologie
Biologie Cell.
Chirurgie Infantile
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Epidémiologie., éco. Santé
Thérapeutique
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie

PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel
REIX Philippe
ROUSSET Pascal
SALLE Bruno
SERVIEN Elvire
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
VOLA Marco
WALLON Martine
WALTER Thomas
YOU Benoît

Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes
Pédiatrie
Radiologie imagerie médicale
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Chirurgie Orthopédique
Thérapeutique
Physiologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie – Hépatologie
Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE NON TITULAIRE

FILBET Marilène

Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRES

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEUR ASSOCIE SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Éric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques

DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
PETER DEREK	Physiologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
ROLLAND Benjamin	Psychiatrie d'adultes
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Biostatistiques
SUJOBERT Pierre	Hématologie
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
 PERDRIX Corinne
 SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
LLORCA Guy	Thérapeutique
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président du jury

Professeur Alain Moreau, pour me faire l'honneur de présider ce jury. Je souhaite vous remercier pour votre lecture attentive et votre aide précieuse sur ce travail.

Aux membres du jury

Professeur Marie Flori et au Professeur Liliane Daligand

Qui me font l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous y avez porté.

À ma directrice de thèse

Docteur Séverine Oriol. Je te remercie pour ton engagement à mes côtés dans ce travail, et pour ton engagement au quotidien auprès des patients. J'ai apprécié ton exigence et ton intérêt toujours renouvelé pour le sujet. Tu m'as apporté beaucoup, en terme de méthode comme de connaissances.

Aux personnes ayant participé à l'étude :

Avant tout aux femmes ayant accepté de participer à ce travail, qui l'ont rendu possible. Je les remercie pour leur temps et leurs récits, pour ces fenêtres qu'elles m'ont ouvertes sur leur vie le temps d'un entretien.

Aux structures m'ayant accueilli :

- L'Épicerie solidaire de Villeurbanne « Notre marché autrement » pour leur accueil chaleureux et amical, leur disponibilité et leur aide, ainsi que pour leur travail auprès de la population de Villeurbanne.

- Aux personnel et aux médecins des services de l'hôpital Édouard Herriot : La PASS et le CPEF, pour le semestre d'internat que j'y ai passé et qui est resté un des plus formateur pour moi, ainsi que pour leur aide dans le recrutement des participantes. Merci tout particulièrement pour cela à Marie.

- Au CHRS de Caluire « Point Nuit » et particulièrement à Rachida Jardel, pour m'avoir permis de participer à leur réunion des résidentes, pour leur accueil et leur aide, et pour leur travail auprès des femmes.

Aux médecins qui m'ont formé :

Les Dr Chantal Prat et Anne Clarissou à Saint-Denis, qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale dans toute sa diversité.

Les Dr Denis Boyer et Dr Philippe Bismuth, puis les Dr Gilles Ronzière, Vincent Rebeille-Borgella et Claudine Ranc et qui m'ont montré des façons très différentes de pratiquer la médecine, chacun avec leur enthousiasme dans la transmission de leurs connaissances et expériences.

À ma famille :

À mes parents pour votre soutien depuis le début de mes études, votre amour et votre attention. Pour tout ce que vous m'avez transmis, et qui a fait ce que je suis.

À mon frère qui n'est définitivement pas résumable, pour être si différent et si toi-même.

À Mimi, pour son amour, sa gentillesse, son originalité, sa personnalité.

A mes amis :

À Mélanie, bien plus qu'une colocataire, pour tout ce que nous avons partagé et tout ce que nous partagerons encore. Merci pour être lumineuse et vraie et pour ton aide et ton soutien, toujours.

À Chloé pour ton amitié, ta liberté et ta façon si juste de comprendre les autres.

À Maud pour ta vision du monde, ta culture et ta fantaisie étrange et fleurie.

À Mathieu pour ton humour, ton militantisme, et ton amitié qui a pris des chemins inattendus.

À Simon pour être quelqu'un de si formidable et agréable et toutes circonstances.

À Marine, pour tous ces moments et ces discussions brillantes et passionnantes.

À celles que j'ai rencontré au lycée et qui depuis sont restées les plus sûres de mes repères. A Arielle, à toi tout simplement, ma première et meilleure confidente. A Tilie et son univers de douceur et sourires. A Justine, incroyablement justinienne. A Noé et José aussi.

À mes amis Parisiens, pour ce que nous avons vécu de si fort pendant nos études. Vous m'avez fait évoluer et voyager beaucoup. A Maxime, à Angèle, à Anne-Sophie, à Déborah, à Marine, à Axel, à Alizée à Nils.

À Dionna, depuis tant d'années, pour cette belle amitié un peu en dehors de tout.

À ceux rencontrés lors de mon internat, à Bourg en Bresse ou à Valence, pour tous les bons moments passés. À Christophe et son courage, à Magali fanfaresque, à Agathe et sa gentillesse, à Claire et son rire et à Charly, à Carlotta et son caractère, à Arnaud et sa sincérité, à Olivier et son ironie, à ceux que j'ai pu oublier.

À mon équipe d'impro qui me fait sortir de ma zone de confort

TABLE DES MATIERES

Abréviations	p.14
INTRODUCTION	p.15
<u>DÉFINITIONS</u>	p.17
1. Représentations	p.17
2. Suivi gynécologique	p.18
3. Précarité	p.19
<u>CONTEXTE</u>	p.23
I. Le suivi gynécologique en France	p.23
1. Quel suivi et par quel praticien ?	p.23
2. Dépistage des cancers gynécologiques	p.24
3. Contraception	p.24
4. Grossesses et IVG	p.24
II. Les inégalités sociales de santé	p.25
1. Quelques données	p.25
2. Pour les femmes	p.26
MÉTHODE	p.29
1. Type d'étude	p.29
2. Population	p.29
a. Critères d'inclusion	p.29
b. Score EPICES	p.30
3. Recrutement	p.30
a. Déroulement	p.30
b. Lieux de recrutement	p.31
4. Recueil des données	p.32
a. Entretiens	p.32
b. Canevas d'entretiens	p.33
5. Retranscription	p.34
6. Analyse des données	p.34
a. Codage	p.34
b. Analyse transversale thématique	p.34
7. Aspects éthiques	p.35

RÉSULTATS

p.36

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES - Tableau 1

p.36

- 1. Age p.37
- 2. Niveau de précarité p.37
- 3. Niveau d'études et emploi p.37
- 4. Origine géographiques - Tableau 2 - p.38
- 5. Situation familiale et conjugale p.39
- 6. Lieu de vie p.40

ANALYSE DES ENTRETIENS

p.41

I. Recours ou Non recours : Quel besoin ressenti ?

p.41

1. Recours préventif

p.41

2. Qu'est-ce qu'un suivi « normal » ?

p.42

3. Attitudes vis-à-vis du suivi gynécologique

p.44

a. Non recours par refus de médicalisation

p.44

b. Non recours lié aux conditions de vie

p.45

c. Recours systématique et détermination du rythme

p.47

d. Recours adapté informé

p.48

II. Perception du risque

p.50

1. Quel risque ?

p.50

2. Stratégies de contrôle du risque

p.53

a. Infections sexuellement transmissibles

p.53

b. Cancer du col utérin

p.55

c. Cancer du sein

p.57

3. Perception du risque selon l'âge

p.58

III. Contraception et planification des naissances

p.61

1- Perception de la contraception

p.61

a. Moyens utilisés

p.61

b. Parcours contraceptifs

p.62

c. Les hormones : une méfiance particulière

p.64

2 - Planification des grossesses

p.66

a. Grossesses non prévues

p.66

b. Le moment pour être mère

p.68

c. Recours à l'IVG

p.69

3 - Peur de l'infertilité

p.70

IV. Influence de l'environnement

p.73

1. Effet d'entraînement social

p.73

2. Rôle du conjoint

p.74

3. Éducation et Information

p.76

a. Influence familiale et émancipation

p.76

b. Connaissance et image de son corps

p.78

c. Sources d'information

p.80

4. Influences du pays d'origine

p.82

V. Les freins à la consultation gynécologique	p.86
1. Frein financier	p.86
2. Peur de l'examen gynécologique	p.87
a. Pudeur	p.87
b. Douleur et inconfort	p.89
3. Expériences négatives	p.90
a. Liées à la consultation	p.90
b. Liées aux antécédents médicaux	p.91
4. Circonstances de vie	p.92
IV. Attentes envers le praticien - Tableau 3 -	p.94
1. Choix du praticien	p.94
2. Genre du praticien	p.96
3. Critères d'accessibilité	p.98
4. Attentes relationnelles	p.100
5. Relations de confiance et relations de défiance	p.103
Résumé de l'analyse des entretiens	p.106
	DISCUSSION
	p.107
I. Forces et limites de l'étude	p.107
1. Originalité	p.107
2. Nombre d'entretiens	p.107
3. Mode de recrutement des femmes	p.108
4. Analyse des données	p.108
5. Biais possibles	p.108
6. Barrière de la langue	p.109
II. Discussion des caractéristiques de l'échantillon	p.111
1. Age	p.111
2. Niveau de précarité	p.112
a. Mode d'évaluation de la précarité	p.112
b. Influence du niveau de précarité sur les résultats	p.114
3. Niveau d'Éducation	p.114
4. Origines géographiques	p.116
5. Situation conjugale	p.117
6. Lieu de vie	p.118
a. En milieu urbain	p.118
b. Logement	p.119
7. Situations non évoquées	p.120
III. Déterminants des inégalités dans le suivi gynécologique	p.121
1. Accès des populations précaire au suivi gynécologique	p.121
2. Déterminants du recours aux soins	p.123
a. Influence des parcours médicaux	p.123
b. Analyse du non-recours	p.124

IV. Perception de la santé et du risque chez les personnes précaires	p.125
1. Santé perçue	p.125
2. Risque perçu et recours	p.126
V. Santé des femmes en situation de précarité	p.128
1. Planification, grossesse et IVG	p.128
2. Violences faites aux femmes	p.129
VI. Représentations de la consultation gynécologique en population générale	p.131
1. L'examen gynécologique.	p.131
2. Connaissance de son corps	p.132
3. Le choix du médecin	p.133
4. La contraception	p.135
VII. Implications pratiques	p.137
1. A l'échelle du médecin généraliste	p.137
2. A l'échelle de la santé publique	p.137
CONCLUSION	p.140
Bibliographie	p.142
Annexe 1 : Score EPICES	p.148
Annexe 2. Fiches de recrutement	p.149
Annexe 3. Canevas d'entretiens	p.150
Annexe 4. Formulaire de consentement	p.152

Abréviations utilisées

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AME : Assistance Médicale d'Etat

BEH : Bulletin Epidémiologique hebdomadaire.

CASO : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientations

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CES : Centres d'Examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé

CHRS : Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Complémentaire à la Couverture Maladie Universelle

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU. Dispositif Intra-Utérin

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

FCU : Frottis Cervico-Utérin

INSEE : Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

RSA : Revenu de Solidarité Active

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Parmi les diverses activités du médecin généraliste auprès de ses patients, la prévention tient un rôle à part entière. Le médecin cherche à donner à chacun les outils pour améliorer ou conserver sa santé autant que possible, en fonction de chaque situation particulière. Pour les femmes, une part de la prévention passe par le suivi gynécologique. Ce dernier a des conséquences directes, importantes et prouvées pour les patientes en matière de mortalité et de morbidité. Il peut être décisif pour la qualité de vie des femmes en permettant de décider le moment opportun pour l'arrivée d'une grossesse via une contraception adaptée, en aidant à contrôler les risques en matière de sexualité ou en diminuant l'incidence des cancers gynécologiques par exemple.

Or, les conseils de prévention en général, dont le suivi gynécologique fait partie, sont le plus souvent standardisés par des recommandations ou par des campagnes d'information à destination du grand public.(1) En cherchant à s'adresser à tous, ils ne peuvent pas s'adresser à chacun individuellement. Les personnes qu'ils touchent le plus ont un profil plus proche des classes socio-économiques supérieures et sont les personnes les plus en contact avec le système de santé. Ces conseils de prévention pour tous peuvent mener à accroître les inégalités sociales de santé, en accentuant le fossé entre ceux qui sont touchés et ceux qui ne le sont pas, ou peu (2). La diffusion de consignes de santé publique, d'hygiène et de soins participe à construire une image valorisée de la santé et des actions individuelles pour en prendre soin. Un jugement moral est dès lors associé aux comportements de santé et de prévention. Ceux qui s'écartent de cette norme, ceux qui ne vont pas chez le médecin, fument ou adoptent certains comportements à risque peuvent être stigmatisés, et ce sont plus fréquemment des personnes déjà défavorisés socialement.

Dans le domaine de la santé des femmes, les inégalités sociales ont été largement prouvées : les femmes en situation de précarité ont moins recours aux dépistages, notamment au frottis cervico-utérin (FCU) et seraient plus atteintes de cancer du col de l'utérus (3,4). Elles sont plus nombreuses à ne pas utiliser de contraception lorsqu'elles ne souhaitent pas de grossesse, ou à se tourner vers les méthodes non médicalisées, moins efficaces (5). La précarité est un facteur de risque démontré pour certaines complications de la grossesse et de la périnatalité, ce qui implique une « transmission » de ces risques sociaux dès la naissance. (6,7)

Les difficultés sociales ont aussi une influence sur les comportements sexuels ainsi que sur l'incidence des infections sexuellement transmissibles (8). Ainsi, les inégalités sociales de santé ont un impact sur la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Il serait assez facile de supposer que les femmes vivant dans la précarité, avec des faibles revenus ou des emplois instables, isolées ou mères célibataires, portent peu d'attention à leur suivi gynécologique. Elles auraient trop peu de temps ou trop peu de ressources à consacrer à leur santé, ou bien des connaissances insuffisantes sur le sujet. Cela suffirait intuitivement à justifier les inégalités observées dans ce domaine. Pourtant, lors de la pratique quotidienne en consultation, les femmes précaires ne semblent pas plus étrangères aux enjeux du suivi gynécologique que celles de tous niveaux socio-économiques, et sont souvent demandeuses d'informations et de soins. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'étudier leurs représentations du suivi gynécologique.

Ceci nous amène à l'objectif de cette étude : Explorer les perceptions et les attentes associées au suivi gynécologique par les femmes qui vivent divers formes de précarité. Pour ceci, nous analyserons les récits de ces femmes, recueillis par le moyens d'entretiens semi dirigés. Ces propos nous permettront de mieux connaître leurs connaissances, leurs expériences et leurs représentations du suivi gynécologique. Nous pourrons ainsi mieux comprendre ce qui les éloigne et ce qui les rapproche des recommandations sanitaires et de santé publique. Nous chercherons à déterminer comment la précarité intervient dans leurs expériences, et dans la construction de leurs connaissances et de leurs représentations autour de la santé sexuelle et reproductive.

DÉFINITIONS

1. Représentations

La représentation sociale est un concept utilisé dans les sciences humaines et sociales, présenté historiquement par le sociologue Émile Durkheim (1895) puis repris dans les domaines de la sociologie et de la psychologie, notamment détaillé par Serge Moscovici (1961). Ce terme désigne la grille de lecture du monde que chaque individu possède, ou ses « modalités de pensée ». Cette grille s'élabore au cours de la vie en fonction de la perception du monde de chacun. Elle permet de structurer la façon de comprendre le monde dans chaque société et chaque culture.

Denise Jodelet écrit sur les représentations sociales : « *Elles nous guident dans notre façon de nommer et de définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à leur égard et la défendre.* » (9)

Les représentations peuvent être collectives, comprises à l'échelle des groupes humains : ce sont les normes, les mythes, le savoir commun partagé par le groupe. D'autre part, on parle de représentations individuelles pour qualifier le système d'opinions, de valeurs et de croyances de chaque personne qui lui permet de donner du sens à ce qu'il vit. On considère donc que les processus mentaux, les pensées, la logique, dépendent des relations sociales, des interactions et du contexte dans lequel chacun évolue. (9) C'est le champ d'étude de l'anthropologie.

En médecine, les représentations des patients mais aussi celles des médecins et des autres professionnels de santé ont un impact important sur la relation de soin. Chaque personne se construit un système d'idées et de croyances sur la santé, la maladie, les médecins, etc. Ces représentations dépendent d'un grand nombre de facteurs culturels, sociaux, expériences vécues et savoirs profanes. Elles peuvent évoluer avec le temps.

Étudier les représentations sociales permet de mieux comprendre les attentes plus ou moins explicites des patients envers les médecins dans cette relation asymétrique. Nous emprunterons ici des méthodes utilisées en anthropologie de la santé afin d'explorer ces représentations.

2. Suivi gynécologique

Il s'agit de l'ensemble des soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques proposés spécifiquement aux femmes aux cours de leur vie pour maintenir leur santé, plus particulièrement, sexuelle, génitale et reproductive.

Il comprend principalement :

- L'accès à la planification des naissances via l'information, la contraception et l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.
- L'information sur la santé sexuelle, et la prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles.
- La prévention des cancers féminins qui font l'objet d'un dépistage : le cancer du col de l'utérus et du sein.

Il n'y a pas d'âge recommandé de façon consensuelle pour débiter ce suivi ni pour l'arrêter. L'examen gynécologique pelvien et mammaire systématique en l'absence de symptômes n'a démontré aucun bénéfice clinique, quel que soit sa fréquence. Il n'y a pas de consensus professionnel sur le rythme adapté pour un tel examen. (10–12) Cependant, des habitudes persistent, et plusieurs études définissent le suivi gynécologique par une consultation avec un examen physique tous les ans pour toutes les femmes.

Les recommandations actuelles émises par la HAS en France sont les suivantes :

- La fréquence des consultations gynécologique est à définir selon la demande de la femme, ses besoins contraceptifs et son éventuel désir de grossesse. Le choix d'une contraception doit s'adapter au mode de vie et aux préférences de chaque personne dans le respect des contre-indications. (13)
- Un premier frottis cervico-utérin doit être réalisé à 25 ans, contrôlé à un an puis tous les trois ans jusqu'à 65 ans pour toutes les femmes ayant eu des rapports sexuels, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. (14)
- L'examen clinique des seins par un professionnel de santé est recommandé annuellement à partir de 25 ans. Une mammographie de dépistage doit être réalisée tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. (15) (Ces recommandations sont actuellement controversées, certaines études affirmant

l'utilité de ce dépistage sur la baisse de la mortalité et d'autres le remettant en cause en pointant un risque de sur-diagnostic)

- Le suivi de grossesse fait également partie du suivi gynécologique, avec des recommandations spécifiques. (16) Il est souvent considéré séparément du reste du suivi gynécologique dans les études sur le sujet.

Les professionnels de santé pouvant réaliser le suivi gynécologique sont les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes. Tous ne choisissent pas d'intégrer ce suivi dans leur pratique, et notamment les médecins généralistes ne pratiquent pas tous d'actes de gynécologie courante (frottis, pose de DIU ou d'implant).

Il faut enfin intégrer au suivi gynécologique le diagnostic et le traitement des affections courantes gynécologiques comme les infections génitales basses, les dysménorrhées, ou les troubles liés à la ménopause souvent réalisée par les mêmes professionnels au sein des mêmes consultations.

3. Précarité

La notion de précarité ne se limite pas à un seul aspect économique comme le seuil de pauvreté mais regroupe des dimensions multiples, c'est pourquoi il est difficile de la quantifier. Il s'agit d'un état instable de fragilité globale de la personne. Elle peut être un état temporaire, par exemple suite à un événement comme un licenciement, un divorce ou une migration. Elle est parfois durable, avec des conséquences plus importantes et parfois dramatiques.

La définition la plus citée de la précarité est celle de J. Wresinski en 1987 (17) :

« [La précarité est] l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

Cette définition a l'intérêt de mettre l'accent sur le caractère multifactoriel et instable de la précarité et insiste sur l'insécurité qui en résulte. Elle a été cependant critiquée car dans sa formulation considère que les personnes en situation de précarité ne peuvent pas « assumer leurs responsabilités » et ont le devoir de « reconquérir [leurs] droits », ce qui leur attribue un état de faiblesse et une perte des droits fondamentaux. (18)

Dans tous les cas, la précarité ne doit pas être comprise comme constitutive de l'identité de la personne : Elle n'est qu'un des aspects de l'histoire de vie, plus ou moins signifiant selon les cas. Certains auteurs préfèrent parler de « précarisation », terme qui permet de centrer la réflexion sur les processus qui entraînent la précarité plutôt que de tenter de caractériser « les précaires » en leur attribuant des comportements intrinsèques. (18)

a. Indicateurs de précarité

Plusieurs indicateurs sont habituellement donnés comme des indices de précarité, car associés à des difficultés économiques et sociales. Ces indicateurs peuvent participer à la précarité et donc en être des déterminants, ou plus fréquemment résulter de cette dernière et donc en être des conséquences. Nous ne cherchons pas ici déterminer ces liens de causalités mais revenons rapidement sur certains de ces indicateurs.

- **Pauvreté monétaire :**

La pauvreté est un indicateur économique. Elle est mesurable simplement en décidant d'un seuil de revenus monétaires, absolu ou relatif au niveau de vie de la population, en dessous duquel une personne est considérée comme pauvre.

En France, en 2015, un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels après impôts et prestations sociales sont inférieurs à 846 euros, soit 50 % du niveau de vie médian. D'autres études utilisent le seuil de 60 % du revenu médian et définissent donc la pauvreté monétaire à 1 015 euros par mois pour une personne seule. (19)

- **Aides sociales (RSA, CMU, AME, ACS...)**

Un des critères les plus simples pour considérer une personne comme en situation de précarité est de regarder les aides dont elle bénéficie. Il s'agit d'un critère administratif objectif, également basé sur le niveau de revenus puisque ces aides y sont conditionnées.

Il faut cependant souligner que ces dispositifs ne sont pas accordés automatiquement mais

nécessitent une démarche de la part du demandeur qui peut être un frein réel. De nombreuses personnes remplissent les critères pour recevoir ces aides mais renoncent à y recourir. (20)

En médecine, plusieurs études identifient les personnes précaires comme les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME. Le seuil de revenus en dessous duquel une personne a le droit à cette protection est de 727 euros mensuels pour une personne seule au 1^{er} avril 2017. (21)

Le dispositif d'aide à la complémentaire santé (ACS) a pour objectif de permettre aux personnes pauvres mais dépassant le plafond CMU d'obtenir une mutuelle. Il est accessible à ceux dont les revenus mensuels n'excèdent pas 981 euros pour une personne seule. (21)

- **Niveau d'études**

Le niveau d'études est évalué par le dernier diplôme obtenu. Un bas niveau d'étude est associé aux autres difficultés sociales : le taux de chômage diminue avec la durée des études et les personnes non diplômées sont celles qui connaissent par la suite les plus longues périodes de chômages et les salaires les plus faibles. (22)

- **Chômage ou emploi précaire**

Dans la continuité avec le niveau d'étude, le chômage et les emplois précaires sont des indicateurs de précarité pour une population active. Les emplois précaires sont les contrats à durée indéterminée surtout répétés, l'intérim, le temps partiel non choisi. On peut y ajouter les emplois pénibles : travail de nuit ou répétitif, travail physique, horaires décalés, etc.

Cet indicateur n'a de sens que pour une population adulte active, et ne prend pas en compte les femmes au foyer, les étudiants ou les retraités.

- **Logement et lieu de résidence.**

Certaines études utilisent le quartier ou la commune de résidence pour évaluer la précarité. En effet, les revenus sont loin d'être répartis de façon homogène sur le territoire et certaines zones sont identifiées car elles concentrent les populations les plus précaires. (23,24)

À une échelle individuelle, le type de logement est également un indicateur de précarité. Être propriétaire de son logement est un facteur protecteur. Au contraire, un logement temporaire insalubre ou à l'extrême inexistant aggrave fortement la situation d'une personne déjà fragile.

- **Isolement social**

A l'inverse des précédents, ce critère n'est pas évaluable simplement et objectivement. Il s'agit d'un des facteurs fortement associé à la précarité. (25) L'aide matérielle et immatérielle que peuvent apporter le réseau relationnel (conjoint, famille, amis...) pour faire face à des situations difficiles ou stressante est fondamentale : c'est la notion de support social. Les personnes isolées, ne bénéficiant pas ou peu d'un support social vont être fragilisées, plus à risque de précarisation. (18)

- b. Échelle d'évaluation EPICES (cf. *Annexe 1*) (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé)

Il s'agit d'un score d'évaluation de la précarité par un questionnaire simple. Ce score a été initialement créé en 1998 pour les Centres d'Examens de Santé de l'assurance maladie (CES) : L'objectif était d'obtenir un outil prenant en compte les multiples dimensions de la précarité, au-delà des critères sociaux ou administratifs qui étaient jusqu'alors utilisés. (26)

La réponse à ses 11 questions permet de placer le patient sur un axe allant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée). La population peut alors être décrite selon 5 quintiles : les deux derniers quintiles (score EPICES > 30,17) sont fortement associés avec la plupart des indicateurs de précarité.

Cette échelle à l'avantage de prendre en compte plusieurs aspects et plusieurs déterminants de la précarité. L'évaluation porte sur les difficultés financières, l'accès à la santé avec une complémentaire, le recours aux aides sociales, le logement, l'accès aux loisirs et le support relationnel. Elle permet une évaluation chiffrée et reproductible du niveau de précarité, mais ne reste cependant qu'une évaluation et non un résultat objectif de précarité, qui comme on l'a vu, ne peut se définir simplement sur une seule échelle.

CONTEXTE

L'objectif et les termes de cette étude étant définis, nous devons exposer brièvement le contexte dans lequel elle prend son sens. Qu'en est-il de la santé et du suivi gynécologique des femmes en France ? Quelles sont les données dont nous disposons sur les inégalités sociales dans ce domaine ?

I. Le suivi gynécologique en France

Nous avons vu les recommandations en matière de suivi gynécologique en France. Quels en sont les résultats épidémiologiques ? Nous faisons ici un état des lieux rapides sur les indicateurs dont nous disposons.

1. Quel suivi et par quel praticien ?

Il n'y a pas de données publiques à l'échelle de la population indiquant vers quels professionnels les femmes se tournent le plus pour leur suivi gynécologique. Toutefois, plusieurs enquêtes nous donnent des chiffres à ce sujet.

Un sondage réalisé en 2011 pour la MGEN retrouve que 58% des femmes interrogées font réaliser leur suivi gynécologique par un gynécologue libéral, 13% par un médecin généraliste, 10% par un gynécologue hospitalier, et que 19% ne déclarent aucun suivi gynécologique. Ces dernières sont particulièrement les femmes jeunes (moins de 24 ans), inactives, célibataires, ou se déclarant en mauvaise santé. (27)

Un autre sondage de 2008 réalisé pour la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale retrouve des chiffres semblables : 85% de femmes déclarent avoir un suivi gynécologique, dont 70% par un gynécologue et 15% par un médecin généraliste. Là aussi, les femmes les plus jeunes, mais aussi les plus âgées et les plus précaires sont les moins suivies. (28)

La dernière enquête nationale sur la sexualité en France (8) retrouve les proportions suivantes pour le recours à une filière de soin en cas d'IST chez une femme : 14% dans une structure publique, 64% chez un gynécologue libéral, 20% chez un généraliste, 2% chez un autre spécialiste privé.

2. Dépistage des cancers gynécologiques

- Cancer du col de l'utérus

L'étude épidémiologique menée par la CPAM de 2010 à 2013 ayant porté sur près de 2,4 millions de femmes de 25 à 65 ans montre que 39% des femmes de la population-cible du dépistage n'avaient réalisé aucun FCU durant la période d'étude de quatre ans. Il existait d'importantes disparités territoriales et une diminution du taux de dépistage après 50 ans. (29)

- Cancer du sein

Le cancer du sein fait l'objet d'un dépistage organisé. En 2016, le taux brut de participation à ce dépistage est de 50,7 %, avec de fortes disparités régionales. (30)

3. Contraception

En France, la couverture contraceptive par moyens médicalisés est de 71,8 % en 2016. Seuls 3 % des femmes déclarent n'utiliser aucun moyen de contraception alors qu'elles ont des rapports hétérosexuels et qu'elles ne souhaitent pas de grossesse. (31)

- Le moyen de contraception le plus utilisé est la pilule (36,5%) (Regroupant l'ensemble des contraceptifs oraux progestatifs et oestro-progestatifs). Elle voit sa part diminuer.

- Le dispositif intra-utérin (DIU) (regroupant DIU au cuivre et au levonorgestrel) est le second moyen le plus utilisé, dans une proportion équivalente à la pilule pour les femmes de 30 à 34 ans, et même supérieure pour celles de plus de 35 ans.

- 15,5 % des femmes utilisent le préservatif comme seul contraceptif, et 3,3 % l'associent à la pilule, mais beaucoup plus chez les jeunes femmes.

- L'implant progestatif est la méthode choisie par 4,6 % des femmes, en augmentation.

- La contraception définitive ne concerne que 5,4 % des femmes de plus de 30 ans.

4. Grossesses et IVG

Le taux de fécondité en France est l'un des plus élevés d'Europe. L'indicateur conjoncturel de fécondité était de près de deux enfants par femme au début des années 2010. Les naissances surviennent de plus en plus tard, l'âge moyen à la maternité ayant reculé,

passant de 26,7 ans en 1975 à 30,6 ans au en 2017. (32)

Le nombre IVG reste stable en France, environ 200 000 par an. D'après les taux de 2011, un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie. Il existe de fortes disparités géographiques dans l'accès à l'IVG. (33)

II. Les inégalités sociales de santé

En France comme dans le monde, la santé varie avec le niveau de ressources. Les plus pauvres meurent en moyenne plus jeunes que les plus riches. Ils sont plus sujets à une santé dégradée, physique et psychique, à tous les âges de la vie. Le niveau social est un des déterminants majeurs de la santé.

1. Quelques données

Quelques chiffres peuvent venir illustrer cet état de fait :

- Pour la période 2012-2016, en France, l'écart entre l'espérance de vie des 5 % les plus aisés et des 5 % les plus modestes est de 13 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes. (34)

- L'espérance de vie sans incapacité à 35 ans d'un cadre est de 34 ans alors qu'elle n'est que de 24 ans pour un ouvrier (35)

- Les inégalités sont mesurables dès l'enfance : Par exemple, chez les enfants de cadres, 7% sont en surcharge pondérale et 1% sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers. (36)

Ces inégalités de santé ne sont pas binaires : on ne peut pas comparer symétriquement la santé des riches avec celles des pauvres. En effet, la santé des populations est graduelle : Chaque catégorie sociale, déterminée sur des critères de ressource ou de précarité, est en meilleure santé que celle qui lui est immédiatement inférieure. C'est ce qui est nommé le gradient social de santé. (37)

Les déterminants de ces inégalités sont multiples, et ont été largement étudiés : les conditions de vie, l'environnement, les comportements à risque, le stress lié aux décisions imposées par la précarité en sont quelques-uns. Il semble que l'accès au soin et les caractéristiques des systèmes de santé jouent un rôle plus modéré : L'amélioration de l'état de santé d'une population bénéficie surtout aux plus riches. (1,37–39)

Ainsi, à l'échelle de la population, les médecins n'ont que peu de prise sur ce déterminant majeur de santé qu'est la situation sociale. C'est ce qu'exprime Goliarda Sapienza, dans son roman L'Art de la Joie :

« Je me suis rendue compte qu'être médecin dans cette société n'est rien d'autre que réparer tant bien que mal les dégâts que les conditions de travail dans les mines ou les usines, les préjugés et un état de pauvreté et de saleté récréent à une vitesse supérieure, bien trop grande pour nos bonnes intentions de petits médecins individualistes »

A l'échelle individuelle, néanmoins, chaque médecin peut prendre conscience du problème et y porter une attention toute particulière pour ne pas contribuer à ces inégalités. (40). Cela passe par un accès à la prévention attentif pour les personnes identifiées comme en situation de précarité, une compréhension des phénomènes en jeu, une accessibilité aux soins pour tous et inconditionnelle.

Plusieurs travaux ont malheureusement montré que cet accès aux soins n'est pas non plus égalitaire. Les médecins, majoritairement issus de classes sociales élevées (41), gardent parfois une mauvaise image des personnes en situations de précarité : patients moins rigoureux, rendez-vous non honorés, demande de soins abusive, fraude (42). Il existe des situations de refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Pour des raisons multiples liées aussi bien à des méconnaissances des médecins qu'à celles des patients et aux limites de la communication, les soins apportés sont moins bons pour les personnes précaires, par exemple dans le domaine de la prévention. (43)

2. Pour les femmes

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes en moyenne, et ceci même en tenant compte des inégalités sociales : ainsi, les ouvrières vivent en moyenne presque un an de plus que les hommes cadres. (34)

Pourtant, elles sont tout autant touchées par la précarité que les hommes. A titre d'exemple, en France, en 2010, la pauvreté monétaire touchait 14,1 % de la population (chiffre stable en 2015) (19), soit 14,5 % des femmes et 13 % des hommes. Elle affectait près de 33 % des familles monoparentales qui sont majoritairement des femmes seules. Autre exemple : 70 % des travailleurs pauvres sont des femmes. (44)

Les femmes ouvrières et les femmes sans diplôme cumulent des revenus faibles, des conditions de travail pénibles, mais adoptent des comportements plus favorables à leur santé que les hommes (par exemple moins de consommation de tabac et d'alcool selon le Baromètre santé 2014) (34). Elles sont également plus suivies que les hommes sur le plan médical, en particulier celles en âge de procréer.

À la pauvreté féminine s'ajoutent des inégalités entre homme et femmes : Les femmes ont un revenu salarial de 24% inférieur à celui des hommes en France. Elles subissent plus de temps partiels non choisis. Elles ont la charge de la grande majorité des tâches ménagères, ainsi que des soins aux enfants et aux malades. Elles sont beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violences, notamment sexuelles. (45)

Les inégalités sociales impactent également le domaine de la gynécologie :

- Pour le dépistage des cancers féminins :

- Bien que le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans et qu'il soit intégralement pris en charge, les femmes n'ayant réalisé aucun dépistage par mammographie sont plus souvent de niveau socio-économique bas et moins suivies médicalement (46)

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus est également fortement lié aux critères sociaux : il est moins réalisé chez les femmes bénéficiaires de la CMU. (3) Par exemple, selon une étude de 2012 en région parisienne, 15,3 % des femmes ouvrières et 35,3 % de celles n'ayant jamais eu d'emploi n'ont jamais eu de dépistage du cancer du col de l'utérus, contre 3,3 % des femmes cadres supérieur. (47) Il semble exister une association entre niveau d'étude et décès par cancer du col de l'utérus (48)

- Pour le suivi de grossesse et la périnatalité :

- Il existe un gradient social pour le risque d'anomalie congénitale qui croît à mesure que l'indice de précarité maternelle augmente, par exemple pour les anomalies de fermeture du tube neural. (49)

- La prématurité et l'hypotrophie à la naissance sont liées à des facteurs socio-économiques dans plusieurs études. En 2010, la part d'enfants prématurés (nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée), est deux fois moins importante parmi les femmes cadres (3,7 %), que parmi celles qui sont ouvrières (6,1 %) ou personnels de services (7,9 %). (50)

- Pour la contraception et l'IVG

- En matière de contraception, les pratiques et les inégalités évoluent très vite. Selon l'enquête FECOND en 2010, les ouvrières étaient 6,5 % à ne pas utiliser de contraception contre 1,3 % des femmes cadres. Auparavant, c'est l'apparition de nouvelles méthodes de contraception (implants, patches, œstro-progestatifs de 3^e et 4^e génération) qui avait bénéficié d'abord aux femmes des milieux sociaux les plus favorisés. Depuis les polémiques sur la pilule œstro-progestative de 2012, les femmes les plus précaires ont plus tendance à se tourner vers des méthodes moins efficaces : méthodes dites « naturelles » ou préservatif seul, à l'inverse des femmes les plus diplômées qui se tournent plus fréquemment vers le DIU. (5)

- En ce qui concerne l'IVG, il est difficile d'obtenir des chiffres : les statistiques publiques sur l'IVG en France ne prennent pas en compte les critères sociaux. De fortes inégalités territoriales sont observées, qui peuvent s'expliquer par un accès variable selon les territoires et par des pratiques différentes en termes de contraception. (33)

Pour résumer : Il existe en matière de santé des femmes des inégalités selon le niveau de revenu, le statut professionnel et l'origine géographique qui ne sont pas uniquement lié à un défaut d'accès aux soins. Les femmes précaires sont en moins bonne santé que les femmes plus favorisées sur plusieurs indicateurs de mortalité et de morbidité. Elles sont moins bien suivies sur le plan gynécologique.

Les connaissances, les expériences et les représentations des femmes qui vivent la précarité sur leur suivi gynécologique peuvent nous aider à mieux comprendre les processus qui les écartent ou qui les rapprochent des recommandations sanitaires et de santé publique et nous donner des pistes d'actions.

MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

La méthode qualitative permet d'étudier des discours, des récits d'expérience ou des récits de vie, données non quantifiables. Elle est ici plus adaptée à l'objectif de recherche : identifier des représentations de femmes en situation de précarité à travers le récit que ces femmes font de leur propre suivi gynécologique. L'étude vise la compréhension du sens que ces femmes donnent aux expériences vécues dans les différents champs concernés par le suivi gynécologique.

Le choix s'est porté sur des entretiens semi-dirigés individuels, permettant d'aborder plus librement les questions intimes. Ce type d'entretiens, basé sur des questions ouvertes et des relances permet de libérer plus facilement la parole des femmes interrogées.

2. Population

L'étude portait sur les femmes en situation de précarité. La notion de précarité a été évaluée par une échelle validée : le score EPICES, afin de donner un caractère plus objectif et quantifiable à ce terme un peu flou.

a. Critères d'inclusion

Les personnes incluses dans l'étude sont :

- Des femmes
- De 18 à 65 ans
- Score EPICES > 40,2/100
- Francophones

Nous avons choisi de ne pas prendre en compte le fait de bénéficier de la CMU ou de l'AME comme critère d'inclusion, car il s'agit d'un critère essentiellement économique, excluant à la fois des femmes en réelle précarité mais dont les revenus sont supérieurs au plafond CMU, et également des femmes qui auraient droit à cette couverture maladie mais qui ont renoncé à en faire la demande.

b. Score EPICES (*Annexe 1*)

Il a été rempli pour chaque personne interrogée, avant l'entretien, par oral, les questions étant posées par l'investigatrice.

Un seuil de 40,2 a été choisi initialement pour considérer un patient comme précaire, seuil choisi initialement par l'étude de 1998. Lors de la réévaluation de ce score en 2005, il a été proposé un seuil plus bas à 30,17. C'est le premier seuil de 40,2 qui a été ici conservé comme critère d'inclusion.

3. Recrutement

Afin d'obtenir la plus grande diversité possible dans le profil des femmes rencontrées, différents lieux de recrutement ont été retenus : des lieux de soins ou de consultation, mais également des structures non médicales. Le but était d'avoir accès à des femmes qui ne sont pas dans une démarche de soin, postulant que le recrutement à partir de lieux de consultation excluait d'emblée les femmes n'ayant aucun suivi, ou un suivi très espacé.

a. Déroulement

Le recrutement se déroulait comme suit :

- Dans les lieux où le recrutement a été direct, l'investigatrice proposait aux femmes rencontrées de participer à un entretien. En cas d'accord, le score EPICES était calculé immédiatement. Si celui-ci était supérieur à 40,02, l'entretien pouvait avoir lieu le jour même, ou un rendez-vous était convenu.

- Par ailleurs, le personnel des structures recevant les femmes (soignants, bénévoles ou personnel administratif) disposait d'une fiche de recrutement (*Annexe 2*) indiquant l'objectif de l'étude, les coordonnées de l'investigatrice et les critères de recrutement sans le score EPICES. Ils proposaient à certaines femmes rencontrées de participer. En cas de réponse positive, ils transmettaient ses coordonnées afin de convenir d'une date et d'un lieu d'entretien par téléphone. Le score EPICES était dans ce cas déterminé lors du premier contact téléphonique.

b. Lieux de recrutement

- La PASS de l'hôpital Édouard Herriot : (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Il s'agit d'une structure publique offrant des consultations de médecine générale à des personnes n'ayant pas de droits ouvert à la sécurité sociale, pour la plupart nouveaux arrivants sur le territoire français ou en situation de très grande précarité.

Une seule femme y a été recrutée, l'entretien a eu lieu sur place. Beaucoup de femmes consultant dans cette structure maîtrisent mal le français. Le personnel travaillant à la PASS gère en général des situations complexes. Les soignants ont eu des difficultés à proposer à des femmes de participer, ce qui explique qu'il n'y ait pas eu plus d'entretiens réalisés là-bas.

- L'Épicerie Sociale et Solidaire de Villeurbanne « Notre marché autrement » :

Il s'agit une épicerie associative qui propose à ses bénéficiaires des produits alimentaires, d'hygiène et d'entretien, de qualité mais à un prix réduit (en moyenne -50 %) visant à favoriser l'accès de chacun à une alimentation saine et à renforcer le lien social. La situation sociale des bénéficiaires est évaluée lors d'un premier rendez-vous avec une assistante sociale. Les conditions pour être bénéficiaire sont d'être habitant de Villeurbanne et d'avoir un reste à vivre de moins de sept euros par jour et par personne du foyer.

Huit femmes y ont été recrutées, sept d'entre elles directement lors de journées de présence à l'épicerie, et une par le biais d'une annonce laissée sur place à destination des clientes.

- Des cabinets de médecine générale :

Dans certains cabinets où l'investigatrice effectuait des remplacements, il a été proposé à des patientes de participer à l'étude. Ce mode de recrutement a été limité car il augmente la vision de l'investigatrice en tant que médecin, et accentue le biais de désirabilité.

Deux femmes ont été recrutées directement en consultation (à partir de motif de consultation non gynécologique).

- Le CPEF de l'hôpital Édouard Herriot : (Centre de Planification et d'Éducation Familiale)

Ces structures proposent des consultations et des soins de gynécologie à toutes les femmes qui en font la demande, avec la possibilité de délivrer gratuitement et anonymement une contraception aux mineures.

Trois femmes y ont été recrutées, dont deux lors d'une journée de présence sur place.

- Le CHRS « Point nuit » géré par l'association Alynéa, à Lyon 4eme : (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale).

Cette structure propose un hébergement collectif (en chambre ou appartements partagés) à des femmes majeures en grande difficultés et isolées. Les femmes y sont orientées par la maison de veille sociale ou le SAMU social du Rhône. Elles restent au minimum six mois, souvent plusieurs années.

L'investigatrice a été présentée à l'équipe et aux femmes hébergées lors d'une des réunions du centre. Un premier entretien a été prévu sur appel d'une des femmes hébergées. Sur place, une deuxième personne qui n'avait pas osé appeler a aussi souhaité participer. Une troisième personne a voulu faire un entretien mais maîtrisait très mal le français (seulement quelques mots). Elle a insisté pour être traduite par son amie. L'entretien a eu lieu mais la barrière de la langue a empêché d'obtenir un contenu exploitable. Cet entretien a été retranscrit mais n'est pas intégré dans l'analyse.

4. Recueil des données

a. Entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés par la même personne, investigatrice unique de l'étude. Ils ont été enregistrés à l'aide de l'application Smart Voice Recorder sur smartphone, puis retranscrits manuellement.

- Les entretiens ont eu lieu sur les lieux du recrutement pour onze d'entre eux :

- À l'Épicerie Solidaire de Villeurbanne, les entretiens ont eu lieu dans une salle de réunion dans leurs locaux : Il s'agit d'une grande salle, vitrée mais calme.

- Pour les femmes recrutées en cabinet de médecine générale, l'entretien pouvait avoir lieu au cabinet directement. Dans ce cas, l'investigatrice et l'enquêtée étaient assises du même côté du bureau pour éviter de reproduire de façon évidente l'asymétrie de la relation soignant-soigné.

- Au CRHS pour femmes de Lyon 4eme, les entretiens se sont déroulés dans un bureau mis à disposition de l'investigatrice. La disposition des participantes était la même qu'en cabinet.

- Quatre femmes ont choisi que l'entretien ait lieu à leur domicile, le rendez-vous était alors fixé à l'avance, et l'entretien avait lieu dans la pièce où la personne le souhaitait.
- Enfin, un des entretiens a eu lieu dans une salle du département de médecine générale de la faculté de Lyon.

b. Canevas d'entretiens (Annexe 3)

Le canevas d'entretien utilisé était composé comme suit, dans sa version finale. Il a été modifié plusieurs fois au cours de l'étude afin de s'adapter le plus possible aux thématiques rencontrées au fur et à mesure des entretiens.

- Une introduction orale présentait le sujet général de l'entretien : le suivi gynécologique. Elle expliquait le déroulé de l'entretien et valorisait le point de vue de la personne interrogée. Au terme de cette présentation, l'autorisation de la personne était requise avant de commencer l'enregistrement.

- La première question était ouverte « *J'aimerais que vous me parliez de votre suivi gynécologique. Qu'est-ce que ça veut dire pour vous ?* ». Elle permettait d'identifier les premières idées associées à ce sujet, et laissait la personne libre de commencer par les thèmes les plus importants ou les plus faciles à évoquer. Si l'enquêtée avait du mal à rebondir sur cette question, des précisions étaient parfois formulées en s'adaptant aux réponses de la participante.

Les questions suivantes étaient posées de façon facultatives, en s'adaptant au déroulé de l'entretien. Les axes thématiques explorés étaient :

- Perception de la consultation gynécologique, et rapport au monde médical.
- Image de son corps, éducation aux thématiques gynécologiques et sexuelles
- Contraception, maternité et grossesse
- Prévention et gestion des risques

Une dernière partie, brève, constituée de questions fermées, permettait le recueil de plusieurs données démographiques si elles n'avaient pas été précisées dans l'entretien : âge, profession, situation conjugale, parité, niveau d'étude, couverture maladie et origine géographiques. Ces données sont présentées dans les *Tableau 1* et *Tableau 2*

5. Retranscription

Les entretiens étaient retranscrits à la main par l'investigatrice via un logiciel de traitement de texte et annotés de la façon suivante :

- Les propos de l'investigatrice en caractères gras, précédés d'un **I**.
- Les propos de l'enquêtée sont en caractères standards, précédés de l'initiale du pseudonyme : A.
- Les annotations sur le ton, les éléments de communication non verbale, les éventuelles interruptions en italique, entre parenthèses. (*Exemple*)

Les prénoms attribués aux femmes afin de faciliter la lecture tout en respectant la confidentialité étaient choisis par ordre alphabétique, suivant l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Il s'agit de noms dont la consonance (origine géographique et générationnelle) correspondait avec la personne.

6. Analyse des données

a. Codage

Le codage était réalisé sans logiciel spécifique, à l'aide du tableur Libre Office Calc.

Chaque entretien était étudié séparément à la recherche de codes : mots, expressions, phrases et ensembles de phrase exprimant une idée la plus précise possible. Ceci nous renseignait sur le sens que les femmes attribuent aux expériences vécues dans les différents champs abordés.

b. Analyse transversale thématique

Lors de la seconde analyse, l'objectif était d'identifier les thèmes communs aux différents entretiens, mis en évidence grâce au codage.

L'ensemble des propos se rapportant à un même thème étaient recherchés afin d'identifier représentations des femmes quant à celui-ci.

7. Aspects éthiques

Les femmes étaient informées du déroulement et de l'objectif de l'étude au moment du recrutement.

Le consentement des participantes était obtenu oralement, et un consentement écrit était signé avant le début de chaque entretien, en deux exemplaires. (*cf. Annexe 4*) L'un des deux exemplaires était laissé à la participante, ce qui lui permettait de nous recontacter en cas de retrait de consentement.

Il était précisé à chaque participante oralement que sa participation était entièrement anonyme, et qu'elle pouvait se retirer de l'étude à tout moment, ainsi que modifier ses propos a posteriori.

RÉSULTATS

L'étude a consisté en 16 entretiens semi dirigés.

Ils ont eu une durée moyenne de 31 minutes (De 18 min à 52 min)

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES

Elles sont résumées dans le *Tableau 1*

Nom	Age	Lieu de recrutement	Conjugalité	Parité	Profession	Niveau d'études	EPICES	Couverture maladie complémentaire
Amina	49 ans	PASS	Mariée	G6P4	Chômage	Primaire	72,78	CMU-C
Béatrice	54 ans	Cabinet médical	Veuve	G5P3	Femme de ménage	Brevet	73,96	CMU-C
Céline	40 ans	CPEF	Célibataire	G1P0	Bibliothécaire et animatrice	Bac Pro	41,42	Mutuelle
Denise	55 ans	Epicerie Sociale	Séparée	G2P2	Chômage	Bac	89,97	Aucune
Emily	44 ans	Epicerie Sociale	Concubinage	G0P0	Chômage	Licence (USA)	66,28	ACS
Felipa	35 ans	Epicerie Sociale	Séparée	G1P1	Professeur de danse	Bac + 5 (Colombie)	69,1	Aucune
Ghania	36 ans	Epicerie Sociale	Divorcée	G2P1	Secrétaire	Bac + 2	59,16	CMU-C
Héloïse	25 ans	Epicerie Sociale	Concubinage	G4P3	Mère au foyer	BEP	82,25	CMU-C
Julia	36 ans	Epicerie Sociale	Divorcée	G2P1	Chômage	Bac + 3	60,35	CMU-C
Katia	31 ans	Epicerie Sociale	Veuve	G3P2	Sans emploi	Bac + 4 (Géorgie)	60,08	CMU-C
Lilia	61 ans	Epicerie Sociale	Divorcée	G1P0	Femme de ménage	Bac	65,09	Mutuelle
Marie	35 ans	CPEF	En couple	G3P0	Sans emploi	Licence (Congo)	74,55	CMU-C
Naima	62 ans	CHRS	Mariée, séparée	G3P2	Sans emploi	CAP	78,1	AME
Olivia	33 ans	CHRS	En couple	G0P0	Sans emploi	Brevet	51,4	CMU-C
Pauline	22 ans	CPEF	En couple	G1P0	Etudiante et en intérim	Bac+2	48,14	Mutuelle étudiante
Romane	21 ans	Cabinet médical	En couple	G0P0	Travail en station-service	BTS	52,06	CMU-C

1. Age

Les seize femmes recrutées ont de 21 à 62 ans. La moyenne est de 39 ans, la médiane 36 ans. Il s'agit de femmes de toutes les tranches d'âge de la vie adulte, avec une prédominance entre 30 et 36 ans.

Il n'y a pas d'adolescentes ou de femmes entre 18 et 20 ans.

Quatre femmes ont plus de 50 ans, et sont ménopausées.

2. Niveau de précarité

Il est évalué par le score EPICES. (*Annexe 2*)

Par définition, le seuil d'inclusion dans l'étude étant de 40,02, toutes les femmes appartiennent aux 4ème et 5ème quintile selon EPICES. Seules deux ont un score EPICES inférieur à 48,5, et sont donc dans le 4ème quintile. Le score EPICES maximum ici est de 89,97, le minimum de 40,92. La moyenne est de 66,26.

Il s'agit de femmes en situation de précarité moyenne ou importante, selon ce critère d'évaluation. Toutefois, comme on l'a vu, cette évaluation n'est pas forcément concordante avec les autres indicateurs de la précarité. À titre d'illustration, si on se fie par exemple au type de logement : Denise, qui a ici le score EPICES le plus élevé habite dans un appartement qu'elle loue, tandis qu'Olivia qui vit en CHRS dans une chambre partagée a un score EPICES à 51,4. Céline, dont le score EPICES est le plus faible, est retournée vivre au domicile de ses parents.

3. Niveau d'études et emploi

Concernant le niveau d'études :

- La moitié des femmes de l'échantillon, soit huit femmes, a au moins une année d'études post-bac. Parmi les femmes ayant fait des études supérieures, quatre les ont effectuées à l'étranger.

- Une seule femme n'a pas été scolarisée au-delà de l'école primaire, deux se sont arrêtées au secondaire, au niveau brevet des collèges.

- Trois femmes sont diplômées de filières professionnelles : BEP, CAP et Bac professionnel.

- Deux se sont arrêtées au baccalauréat dans une filière non précisée.

En ce qui concerne l'emploi :

- Huit femmes sont sans emploi.
- Six femmes ont actuellement un emploi
- Une femme est mère au foyer
- Une femme est étudiante et a en parallèle un emploi en intérim

Plusieurs femmes de l'échantillon ont fait des études et acquis des compétences, parfois avec un métier précis, mais sont au chômage. Parfois, l'accès à l'emploi est interdit ou limité par la loi : Immigration récente en France, sans titre de séjour ou invalidité par exemple.

4. Origine géographique

La part des femmes immigrées dans notre échantillon est cinq fois plus élevée que la part des personnes immigrées en population générale. Parmi les femmes interrogées :

- Dix sont nées à l'étranger et ont immigré en France
- Cinq sont nées en France et ont des parents nés en France
- Une est née en France et a des parents nés en Algérie.

Les parcours migratoires des femmes nées à l'étranger sont indiqués dans le Tableau 2

Nom	Age	Pays d'origine	Durée de résidence en France	Age à l'arrivée en France
Amina	49 ans	Algérie	3 mois	49 ans
Emily	44 ans	Etats-Unis	20 ans	24 ans
Felipa	35 ans	Colombie	10 ans	25 ans
Julia	36 ans	Russie	16 ans	20 ans
Katia	31 ans	Géorgie	8 ans	23 ans
Lilia	61 ans	Brésil	17 ans	44 ans
Marie	35 ans	Congo Kinshasa	1 an	30 ans
Naïma	62 ans	Algérie	9 ans	53 ans
Olivia	33 ans	Kosovo	6 ans	26 ans
Pauline	22 ans	Colombie	14 ans	7 ans

On distingue plusieurs situations :

- Celle des femmes qui ont immigré récemment, à l'âge adulte, qui doivent s'adapter à un nouveau système de santé, obtenir une couverture maladie, dépasser la barrière de la langue et s'habituer à de nouveaux usages en matière de sexualité, maternité et contraception. C'est le cas d'Amina et de Marie.

- Celle des femmes arrivées depuis plus longtemps, mais ayant vécu à l'âge adulte dans leur pays d'origine. Elles sont bien habituées au système de santé français, mais peuvent ressentir un décalage culturel, ou des discriminations. Leurs situations sont très diverses. Il s'agit d'Emily, Felipa, Julia, Katia, Lilia, Naïma, et Olivia.

- Celle des femmes nées en France ou arrivées dans l'enfance. La différence culturelle peut-être ressentie envers les générations précédentes, mais le système de santé français est le seul qu'elles connaissent. Ici, c'est le cas de Pauline et de Ghania.

5. Situation familiale et conjugale

• Conjugalité et habitation

Huit femmes sur les seize que comporte l'échantillon sont en couple avec un homme

- Trois sont dans les faits en couple stable avec une vie commune au sein du même foyer : Amina, qui est mariée, et Héloïse et Emily qui vivent en concubinage.

- Cinq ont actuellement un partenaire homme, mais ne partageant pas le même foyer au quotidien, en raisons de relations trop récentes ou de situations spécifiques (par exemple vie en foyer). Il s'agit de Marie, Olivia, Pauline, Romane et Katia.

Sept femmes n'ont pas de partenaire au moment de l'entretien :

- Deux sont veuves, Béatrice et Katia.

- Cinq sont séparées ou divorcées : Denise, Felipa, Ghania, Julia et Lilia

- Enfin une, Naïma, est mariée mais ne vit pas avec son mari, mais en CHRS.

Une femme est célibataire et décrit plusieurs relations occasionnelles : Céline

- **Gestité et Parité**

- Trois des femmes interrogées n'ont jamais eu de grossesse.
- Sept femmes sur les seize n'ont pas d'enfants. Les neuf autres ont d'un à quatre enfants.
- Onze des femmes ont vécu une ou plusieurs grossesses interrompues (par IVG ou fausses couches)

6. Lieu de vie

- **Lieu de résidence**

Une femme vit en milieu rural : Béatrice

Les quinze autres femmes interrogées vivent en milieu urbain. Neuf résident à Villeurbanne, et deux à Caluire. Les lieux de résidence des quatre autres ne sont pas connus, mais restent au sein de l'agglomération lyonnaise.

- **Logement**

Une femme n'a pas de logement stable et est hébergée chez des connaissances.

Deux femmes vivent au domicile parental.

Deux femmes vivent en CHRS, en chambre partagée.

Les onze autres femmes vivent en logement particulier, dont elles sont locataires.

ANALYSE DES ENTRETIENS

I. Recours ou Non recours : Quel besoin ressenti ?

La première chose que l'on peut se demander à propos du suivi gynécologique des femmes précaires est tout simplement : en-ont elles un ? Ou encore : ont-elles recours à des consultations régulières de gynécologie, à quelle fréquence, et dans quel but ?

L'analyse des entretiens permet de déterminer que la grande majorité des femmes interrogées a eu recours au moins une fois à une consultation de suivi gynécologique, mais qu'elles sont beaucoup moins nombreuses à avoir une demande de soins ou de suivi régulier.

La question qui se pose aux femmes est alors celle du besoin ressenti :

Ai-je besoin de voir un gynécologue, de me faire examiner ?

Pourquoi consulter en gynécologie, qu'est-ce que ça va m'apporter ?

Pourquoi consulter régulièrement en l'absence de symptômes ?

1. Recours préventif

Pour qu'un suivi régulier ait lieu, il faut que la femme ressente un besoin de prévention. Autrement dit, il faut que la consultation gynécologique soit vue comme nécessaire pour éviter un risque, qu'il soit identifié ou non.

La plupart des femmes expriment à un degré plus ou moins fort cette demande de prévention. Elle est encore renforcée par l'idée que les maladies gynécologiques sont cachées, souvent vues comme mystérieuses ou silencieuses. Elles doivent donc être recherchées de façon préventive régulièrement. Beaucoup ont recours à des "*contrôles*" réguliers, sans présenter de demande de soins ni de symptômes. Le but de cette démarche est rarement clairement défini : les consultations sont là moins pour répondre à un risque perçu et précis que dans une démarche d'attention globale à sa santé.

Julia : Il faut au moins faire deux, deux visites par an. Pour voir si y a rien de grave, ou voilà. Ou si y a des maladies, pour dépister des maladies, surtout

Olivia : Maintenant ça fait longtemps que j'ai pas été. Presque un an. Mais je vais voir bientôt un gynécologue. (...) Je vais voir si ça va, euh... voilà. Juste pour vérifier

Ce discours sur la nécessité de consultations préventives n'est pas toujours lié avec le recours réel au suivi gynécologique. C'est le cas par exemple pour Romane, qui elle -même n'a jamais eu d'examen gynécologique, mais qui parle de cette nécessité de suivi préventif :

Romane : Si on attend trop c'est pas bon non plus parce que... si y a un problème on s'en rend pas forcément compte.

Dans certains entretiens cependant, la démarche de prévention est liée spécifiquement à un risque perçu comme important. Il peut s'agir un risque de cancer, d'infections sexuellement transmissibles, ou d'infertilité. C'est alors la peur de la maladie future (identifiée ou non) qui motive la consultation.

Naïma : Il me disent à chaque fois, une femme qui a un cancer de l'utérus, elle se rend pas compte ! Et des ovaires aussi. C'est pour ça je fais ces consultations. J'arrête pas, les contrôles et tout, je suis à cheval !

Si elle est fréquente, la demande de prévention en gynécologie ne concerne pas toutes les femmes interrogées. On retrouve aussi très souvent une idée de non-besoin ou d'inutilité des soins gynécologiques préventifs. Ceci est la première explication donnée au non recours.

Certaines femmes vont à la fois considérer que la prévention est nécessaire "dans l'absolu", mais ne pas la mettre en œuvre. Le recours ne devient nécessaire qu'en présence d'un risque perçu, d'un symptôme ou d'une grossesse.

2. Qu'est-ce qu'un suivi « normal » ?

On peut d'abord rappeler qu'en France il n'y a pas de consensus sur la fréquence optimale pour un examen gynécologique pelvien. Pour les femmes de 25 à 65 ans ayant eu des rapports sexuels, un frottis cervico-vaginal est recommandé tous les trois ans. La HAS recommande également une palpation mammaire annuelle à partir de l'âge de 25 ans.

Au cours de plusieurs entretiens est évoquée l'idée d'un suivi obligatoire ou fortement recommandé, régulier voire très fréquent. Ces femmes, qu'elles aient recours ou non à des consultations régulières, pensent qu'il est normal d'aller voir tous les ans un gynécologue, de préférence toujours le même, pour une consultation comportant un examen physique pelvien.

Emily : Ba faudrait y aller tous les ans

Julia : Les dépistages par les frottis on découvre si on est malade, on découvre les maladies ! Donc pour moi c'est très utile. Et je me dis que je devrais faire même peut-être plus, même plus souvent que je le fais, en fait !

Le décalage entre le suivi normal idéal, "ce qu'il faut faire" et le recours réel est fréquent : plusieurs femmes affirment qu'il est recommandé d'aller tous les ans se faire examiner, mais ne le font pas. Quand il existe, ce décalage peut être source d'inquiétude ou de culpabilité.

C'est le cas par exemple, pour Denise : elle profite des examens de santé systématique qui lui sont proposés par la CPAM tous les cinq ans pour faire réaliser son suivi gynécologique, faute de moyens pour y aller tous les ans comme elle le souhaiterait, ce qui lui a été recommandé par son entourage. Pour elle s'opposent l'accessibilité des soins et leur nécessité. Elle ressent un risque lié à son âge et à l'espacement des consultations.

Denise : Cinq ans c'est trop long, et euh... Parce que c'est pas bien, il paraît qu'à cet âge-là on peut avoir des problèmes.

Pauline a un suivi satisfaisant au CPEF, mais elle pense qu'elle ne suit pas les recommandations puisqu'elle n'a pas de gynécologue attitré. Un suivi normal serait pour elle de voir un gynécologue libéral régulièrement.

Pauline : Comme un médecin de famille un petit peu. Qu'on va voir euh... tous les trois mois peut-être, ou tous les six mois.

Cette représentation stéréotypée varie selon les personnes. Il est possible de schématiser ainsi. La fréquence normale de suivi est plus souvent surestimée, alors que le recours réel au suivi est plutôt en dessous des recommandations

3. Attitudes vis-à-vis du suivi gynécologique

Parmi les entretiens réalisés, nous avons pu identifier et qualifier plusieurs types de recours ou non-recours suivi gynécologique. Les approches que ces femmes ont du suivi gynécologique ne sont pas étanches, et certaines femmes peuvent cumuler différentes pratiques selon le thème considéré.

a. Non recours par refus de médicalisation

Dans ce cas, les femmes évitent totalement les soins de gynécologie, parce qu'elles les perçoivent comme totalement inutiles, voire même nuisibles. Il n'y a aucune demande de prévention. Le recours peut être curatif en cas de symptômes, ou limité uniquement au suivi de grossesse qui a un statut à part au sein du suivi gynécologique.

Ces femmes se méfient des médecins, des thérapeutiques techniques ou médicamenteuses qui sont perçues comme imposées, violentes, intrusives. Elles privilégient leur propre ressenti et une connaissance instinctive et personnelle de leur corps. Ces idées sont aussi associées à une méfiance envers la contraception, potentiellement toxique ou dangereuse.

Seulement deux femmes interrogées correspondent à ce profil. Elles ont toutes deux été recrutées dans un lieu non dédié à la santé : L'épicerie solidaire de Villeurbanne.

Héloïse, d'abord, exprime une grande répulsion à l'idée de l'examen gynécologique. En plus de lui sembler très intrusif il n'a pour elle aucune utilité en dehors d'un but curatif :

Héloïse : C'est si ça te démange, si t'as des pertes malodorantes, ou si t'as vraiment quelque chose de bizarre qui est vraiment grave, tu dois montrer ton sexe...(…) Si j'ai pas de problème je vois pas pourquoi je dirais : « Monsieur, un frottis, s'il vous plaît, on vérifie... » On vérifie quoi ?

Elle exprime une crainte de iatrogénie en considérant l'efficacité des traitements :

(…) Le médicament il est tellement puissant qu'il arrive à t'enlever une infection de ouf, donc euh... Un jour il va nous, ça nous fait du mal à notre corps.

Felipa, bien que de façon différente, exprime également un rejet des normes de santé publique. Pour elle, l'important est de connaître son corps, et l'enjeu est d'être à l'écoute de ce qu'elle ressent.

Felipa : Du moment qu'on sent que ça va être un problème, il faut agir à ce moment-là. Mais bon. Le faire régulièrement, moi, je le sens pas ça...

Les soins gynécologiques préventifs sont inutiles pour elle, et elle choisit de ne pas y recourir. Elle sous-entend un danger d'un recours trop fréquent aux médecins qui serait par conformisme et non par besoin.

Felipa : Ba c'est juste pour vérifier si on n'a pas des ... bactéries. Des maladies même, à l'intérieur de l'utérus, du vagin, tout ça. Mais je pense que si j'en aurais, ben, je le saurais en premier donc euh... Oui je vais le faire toutes les années juste pour faire comme tous les gens mais... je sais que je n'ai rien ! A quoi ça sert !

b. Non recours lié aux conditions de vie

Plus fréquemment, le suivi médical n'est pas entièrement rejeté et est admis comme utile mais le recours médical est absent ou espacé. Ces femmes consultent pour des symptômes, une contraception ou une grossesse et ne demandent pas de prévention. Elles pensent qu'elles « devraient » avoir un suivi plus fréquent.

On retrouve plusieurs causes à ce défaut de suivi systématique. En premier lieu, certains freins à la consultation peuvent les dissuader : Pudeur, coût des soins ou accessibilité. C'est ce que résume très bien Marie sur son accès à la gynécologie au Congo :

Marie : En tout cas si j'ai un problème, je le vois. Si j'ai pas un problème je vois pas, parce que c'est payant !

Parfois elles disent simplement oublier de consulter ne pas y penser. Dans le cas de femme dans des situations difficiles, d'autres événements de vie (chômage, invalidité, isolement, migration) vont faire passer la santé en général en arrière-plan dans les priorités.

Penser à prendre rendez-vous chez le gynécologue ou au CPEF pour le suivi devient très secondaire.

Cette attitude est le plus souvent temporaire : il s'agit d'une phase dans la vie des femmes, en lien avec leurs parcours et leurs expériences, plus qu'un ensemble de représentations ancrées à propos du système médical. En cela on peut les différencier de la première catégorie.

Par exemple, pour Denise, les soins gynécologiques sont importants et elle est attachée à la prévention, mais lors d'une période de chômage elle se retrouve isolée, éloignée du système de soins, et va totalement abandonner son suivi : il s'agit de non-recours par isolement.

Denise : Je sais pas si c'est un mot fort mais j'ai complètement oublié ! Je me suis concentrée à la recherche de travail, euh, ça m'est passé.... (...) Des fois quand on en parle comme ça, ou à la télé, je fais : « Oh, Tiens, j'ai oublié d'aller faire mon frottis ! » Mais c'est pas quelque chose qui est ancré dans ma tête. Ouais. C'est fini.

De même pour Emily qui, plus jeune, consultait en gynécologie alors qu'elle avait une vie sexuelle plus active, mais qui une fois mariée et "inondée dans d'autres problèmes" ne s'en préoccupe plus : le non-recours est lié à une surcharge cognitive.

Emily : On va dire que c'est un peu parce que... j'ai pas eu de problème ! Voilà. Mais par contre, je sais très bien, comme j'ai déjà eu le papilloma, il faudra que je refasse l'examen. Mais j'ai eu tellement d'autres problèmes que ça, ça a pris... euh... comme y avait rien qui me sortait à dire : Tiens, faut y aller, faut y aller, ça c'est... plus bas dans ma liste des priorités quoi.

De son côté, Romane redoute sa première consultation gynécologique. Elle le voit comme une étape obligée liée au début de son activité sexuelle, mais elle n'en ressent nullement le besoin :

Romane : Déjà ça fait pas longtemps que j'ai des rapports sexuels, donc euh... j'en avais pas besoin avant. Déjà. Et puis là, euh, pour le moment, j pense pas en avoir besoin. (...) Mais après c'est obligatoire j pense.

c. Recours systématique et détermination du rythme

Cette troisième attitude est fréquente. Ces femmes vont consulter régulièrement, qu'elles aient ou non des symptômes ou une demande de contraception, car c'est devenu une habitude pour elles. Elles expriment l'idée du suivi normal, qu'il est nécessaire de faire. Ce comportement est renforcé par une grande peur de la maladie. Il existe une demande de prévention, qui peut être déterminée par la crainte d'une maladie héréditaire ou par la croyance dans son utilité pour le maintien en bonne santé.

Katia : Quand même je contrôle, j'ai peur de cancer, parce que ma grand-mère elle a eu cancer du sein ; ma maman elle a eu beaucoup de myomes, aussi, sur utérus.

Pour plusieurs de ces femmes, le suivi est même « trop » fréquent : beaucoup des consultations sont finalement uniquement motivées par l'habitude. Parfois elles sont prévues par le médecin de façon systématique. Or, les femmes ayant ce profil ont en général une confiance importante voire surinvestie dans le monde médical.

C'est le cas pour Olivia, ou pour Julia par exemple qui surestime la fréquence utile du dépistage du cancer du col :

Julia : Enfin les dépistages par les frottis on découvre si on est malade (...)! Et je me dis que je devrais faire même peut-être plus souvent que je le fais, en fait ! Oui, je pense que c'est pas assez, au moins deux fois à l'année.

Dans ces situations, le praticien est toujours le même avec une relation médecin patient basée sur la confiance, parfois très forte, parfois neutre. Il peut s'agir d'une relation paternaliste où le médecin est vu comme une autorité, et ses conseils ne sont pas remis en cause. C'est le cas pour Béatrice, qui sans connaître l'intérêt des frottis cervico-vaginaux en a eu régulièrement :

Béatrice : Moi on me dit d'aller au médecin, de passer un frottis, moi je le fais, moi j'écoute moi. (...) De l'entendre de la bouche d'un médecin, c'était logique, pourquoi pas le faire ? On m'a dit de le faire, moi je le fais ! Je fais confiance à mon médecin moi.

On peut remarquer que les femmes qui ne recourent pas au suivi gynécologique pour des raisons temporaires liées à leurs conditions de vie et celles qui y recourent de façon systématique ont en commun une variabilité de leur approche dans le temps. Des événements de vie divers (séparation ou licenciement par exemple), la confrontation avec un risque particulier ou la rencontre avec un médecin déterminent la fréquence du recours.

d. Recours adapté informé

Pour finir, des femmes ont recours assez régulièrement au suivi gynécologique, et le font en fonction à ce qu'elles perçoivent comme utile. Elles ont bien intégré les normes médicales à ce sujet mais les adaptent à leurs besoins. La prévention vient s'intégrer aux demandes qu'elles expriment, elles la décrivent comme une des composantes de leur suivi. Dans ce cas, elles en comprennent généralement bien les objectifs.

Céline : Ben c'est un frottis par an... chez moi ! Je sais qu'on est pas obligées un par an mais moi je fais partie de un par an. Et puis après, au niveau de la contraception, j'ai un stérilet. Donc euh, c'est tous les 5 ans à le faire changer, et puis c'est à peu près tout.

Ce sont les personnes qui sont le plus informées sur les recommandations et qui ont le comportement le plus actif de recherche d'information sur leur santé, avec des réflexes de vérification des informations.

Pauline : Ben par moi-même, là je suis allée sur le site du planning familial.fr.

Ghania, est la seule personne à avoir cité pendant l'entretien les recommandations exactes actuelles à propos du suivi gynécologique. Elle a par ailleurs un regard critique sur son suivi et va elle-même l'adapter en s'informant, en arrêtant d'elle-même une contraception qu'elle pense dangereuse par exemple.

Ghania : Donc euh, moi je suis les préconisations de un frottis tous les trois ans. Peut-être même moins, un frottis tous les 2 ans. Euh... Si il y a quelque chose qui me paraît anormal, euh... le cycle qui diffère de ce qu'il est habituellement, je consulte.

Toutefois, même dans le discours de ces femmes plutôt bien informées, nous pouvons retrouver des freins à la consultation gynécologique, des idées négatives ou fausses, des méconnaissances. Par exemple Pauline, bien informée sur la contraception, ne connaît pas le rôle des frottis de dépistage, qu'elle confond avec le dépistage des IST :

Pauline : Ben les frottis, j'crois que j'en ai déjà fait un...bah c'était pour le premier dépistage. (...) Y'a quoi y'a le VIH, y'a l'hépatite C je crois ?

Nous remarquons que les personnes de cette catégorie sont plutôt les femmes nées en France, qui ont eu accès au meilleur niveau d'étude et d'information, et plutôt dans les scores EPICES les moins élevés. Ces facteurs semblent associés à un bon niveau de connaissance et un recours au suivi gynécologique qui correspond aux recommandations.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE I. LE RECOURS AU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

La plupart des femmes de notre échantillon ont une vision positive du suivi gynécologique et des soins préventifs dans ce domaine, mais la mise en œuvre du suivi par un recours à des consultations régulières de gynécologie n'est pas aussi répandue.

L'explication prédominante donnée par les personnes interrogées à leur non-recours est l'absence de perception de son utilité. Les femmes savent ce qu'est un suivi gynécologique « normal » mais en surestiment souvent la fréquence recommandée. Elles sont nombreuses à ne pas exprimer de demande de prévention.

Nous pouvons décrire quatre grands types de recours au suivi gynécologique :

- une petite partie des femmes refusent le suivi par rejet de la médicalisation.
- certaines le diffèrent temporairement car elles n'en ressentent pas immédiatement l'utilité ou sont confrontées à des obstacles trop importants liés à leurs parcours.
- parmi celles qui ont recours à un suivi régulier, la plupart le font par habitude et confiance envers les conseils médicaux, ou par crainte de la maladie.
- quelques-unes enfin sont mieux informées et adaptent leur suivi à leurs demandes qui se rapprochent des recommandations.

II. Perception du risque

Nous avons vu que le suivi gynécologique auquel les femmes ont recours dépend au moins en partie de leur demande et du niveau de risque qu'elles perçoivent pour elle-même. Nous allons chercher à présent à quels types de risques les femmes se sentent exposées dans le domaine de la santé gynécologique, et à quelles stratégies elles ont recours pour y faire face

1. Quel risque ?

Dans le domaine du suivi gynécologique courant, les risques que l'on cherche à maîtriser sont pour les médecins clairement définis :

- Celui des infections gynécologiques en particulier sexuellement transmissible, maîtrisable à la fois par l'utilisation de protections adaptées lors des rapports sexuels et par des dépistages ciblés en cas de rapports non protégés ou avec de nouveaux partenaires.
- Celui des cancers gynécologiques, que l'on cherche à dépister de façon précoce par des frottis cervico-vaginaux et des mammographies organisées.
- Celui des grossesses non prévues, que l'on cherche à maîtriser par la contraception, et qui sera abordé spécifiquement dans un chapitre suivant.

Pour les femmes interrogées ici, les risques qu'elles perçoivent pour elles-mêmes sont beaucoup plus divers et moins identifiés. Dans leurs propos, elles utilisent peu la notion de risque. C'est la notion de santé, au sens global, qu'elles cherchent à préserver via le suivi gynécologique. La santé est vue comme une valeur en soi, dont il est important de "*prendre soin*".

Certaines femmes vont identifier un ou plusieurs risques les concernant, surtout si elles y ont déjà été confrontées. Si ce risque est perçu comme important, il peut générer une angoisse, d'autant plus s'il ne semble pas maîtrisable au niveau individuel. Cela est valable le plus souvent pour le cancer, qui est la maladie la plus crainte.

Ghania : Parce-que le risque il est permanent, hein ! (...) Le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein, euh... je ne sais pas... Bon après il y a le cancer des ovaires aussi, mais ça ça ne se... ce n'est pas lors d'une consultation qu'on peut le détecter

Le cancer est plus craint lorsque les femmes ont des cas dans leur entourage. Ghania, par exemple, a vécu la maladie de son père. Elle attache une importance particulière au fait de prendre soin de son corps pour prévenir les maladies. La santé est vue comme de la responsabilité individuelle : pour elle, c'est le comportement du malade qui entraîne la maladie.

Ghania : (...) Etant donné que mon père, que j'ai perdu quand j'avais 18 ans, ne prenait pas au sérieux sa maladie, et donc il en est mort... euh, moi je fais le contraire. Je suis consciente que ... il a mal agi quoi.

Le plus souvent, le risque reste assez flou, mal identifié. Les femmes interrogées ne cherchent pas forcément à savoir quelles maladies sont recherchées au cours du suivi gynécologique ou peuvent être dépistées. Les termes utilisés pour décrire les risques sont généraux : « *les maladies* » « *des problèmes* ». C'est d'autant plus le cas quand les affections recherchées paraissent incompréhensibles car cachées : le caractère interne des organes sexuels féminins les rend invisibles pour la femme elle-même.

Par exemple Lilia évoque sa peur du cancer. Elle fait une mammographie tous les 2 ans, via le dépistage organisé, mais les freins à l'examen gynécologique sont tels qu'elle ne réalise jamais de frottis. Elle décrit très bien la différence d'image de ces deux maladies, pour elle : l'une visible et palpable par elle-même, l'autre interne et donc cachée.

Lilia. Oh, j'ai trop trop peur du cancer du sein ! (...) Si ils coupent le sein, c'est terrible !

I. Et le cancer du col de l'utérus, ça vous fait moins peur ?

L. Peut-être c'est du fait qu'il est intérieur ! (...) Parce que le cancer du sein, y a des signes à l'extérieur (...) (Mime de se palper les seins), si y a des petits nodules... Et à l'intérieur y a pas ! Sauf si vous avez des saignements, beaucoup, vous devez vous poser des questions, mais là peut-être ça sera trop tard. Peut-être que c'est ça ! Parce que c'est caché. On voit pas, on sent rien.

Ici, il ne s'agit pas d'une méconnaissance du risque, mais d'un risque qui n'est pas identifié dans son corps, ou pas perçu comme suffisamment important pour compenser le coût financier et psychologique de la consultation.

Au contraire, dans le cas de Céline, la prise en charge médicale répond au risque, aussi bien de cancer que d'infection sexuellement transmissible. Elle estime contrôler ces risques par le recours au suivi médical, qu'elle assimile au progrès.

Céline : On est au XXIème siècle, on est en occident, et aujourd'hui, on sait pratiquement soigner tout. (...) Mais pour ça il faut simplement être au courant qu'on est malade ! Et donc, par rapport à ça, moi je préfère savoir ! (...) Et si je suis malade, et ben, je me fais soigner, et puis voilà.

Enfin, pour certaines femmes le risque de maladies gynécologiques semble lointain, et ne les concerne pas. Cela vient en général justifier dans leur discours le non-recours aux soins. Même si le risque existe, ce n'est pas le suivi médical qui permet de le contrôler, ce dernier devient donc superflu. Par exemple, c'est ici l'attitude de Felipa :

Felipa : Des fois je donne du sang, et là ils me le disent aussi, mais, je le fais juste pour partager mon sang avec ceux qui en ont besoin. Pas forcément parce que je veux savoir si j'ai du SIDA ou pas. Je sais que je n'ai pas, donc euh... Ba vas-y ! Qu'est ce tu veux que je dise....

Pour résumer, le risque perçu est loin d'être identique pour toutes les femmes, et cet échantillon de femmes précaires ne permet pas de dégager une attitude commune. Cependant, le risque perçu par les femmes n'est pas superposable au risque mesurable par les médecins. Les facteurs de risque d'infections gynécologiques ou de cancers sont peu mis en avant dans les entretiens, et c'est plutôt un ressenti global qui est exprimé : soit celui de maîtriser son corps et de pouvoir éviter les maladies ; soit celui d'être vulnérable à un risque de maladie pas toujours identifiée.

Beaucoup de nuances entre ces deux extrêmes sont présentes dans les propos, avec parfois chez la même personne ces deux types de représentations qui coexistent, au cours du temps ou selon le type de risque perçu : on peut à la fois se sentir très vulnérable pour les cancers ou l'infertilité mais aucunement pour les infections sexuellement transmissibles.

2. Stratégies de contrôle du risque

a. Infections sexuellement transmissibles.

Les stratégies de protection envers le VIH ou les IST en général ne se résument pas à l'utilisation du préservatif et au dépistage. La perception du risque varie selon les connaissances, les expériences et les croyances.

En ce qui concerne la transmission par voie sexuelle : les femmes peuvent en être protégées ou s'en sentir protégées par l'absence de rapport, la fidélité, la confiance, le recours au dépistage et le recours au préservatif.

Tout d'abord, toute activité sexuelle n'est pas associée par un risque. La sexualité entre conjoints ou avec un partenaire connu est considérée comme sûre. Certaines femmes ne se sentent pas du tout concernées par le risque d'IST car soit n'ont pas de rapports sexuels, soit sont en couple stable et monogame. La fidélité est vécue comme la plus importante protection contre les IST en amont.

Amina : Et nous les femmes algériennes, on parlait pas chez les autres gens, les autres hommes. On ne parle pas du SIDA, on n'a pas peur. Parce que on fréquente pas

Un autre facteur de protection très important vis à vis des IST est la confiance envers le partenaire : Si celui-ci est unique et connu, et si la relation est longue, le risque d'infection est minimisé ou absent. Cela peut justifier dans certains cas l'absence d'utilisation d'autres moyens de protection qui semblent superflus.

Romane. Moi on va dire que j'ai aucun risque. Et après ben... c'est une question de confiance je pense.

L'hygiène au sein du couple (être « propre ») fait partie de l'attention globale à la santé et contribue à la confiance. Les IST sont vues comme des maladies « sales »

Katia : Je reste avec lui tout le temps. On sait qu'on est propres tous les deux. Voilà, ça c'est sûr.

Quand les femmes se sentent confrontées au risque d'IST ; après un changement de partenaire, un rapport non protégé ou la découverte de l'infidélité du partenaire ; la principale stratégie de gestion de ce risque va être le recours au dépistage.

Pauline : *J'avais appris qu'il m'avait trompé du coup, j'ai supposé qu'il l'avait fait beaucoup de fois, donc euh, par précaution j'ai préféré quand même faire le test...*

Chez Héloïse, l'expérience de voir que le VIH ne donne aucun signe extérieur a renforcé le recours au dépistage, alors qu'elle est très réfractaire envers la prévention en général. Ce risque est pour elle perçu comme important.

Héloïse : *Je l'ai fait, c'était au début que j'ai rencontré mon conjoint. Euh, cash, direct, avant de faire quoi que ce soit, quoi. (...) Je voulais voir ! On sait jamais hein ! J'ai déjà eu un voisin, il avait le Sida, ça se voit même pas. Ça se voit pas, donc...*

L'autre moyen de protection répandu est l'usage du préservatif. Son utilisation varie d'une femme à l'autre. Il est systématique pour certaines dans le cas de nouvelle relation ou au début de la vie sexuelle, surtout pour les femmes ayant vécu l'émergence du VIH dans les années 80. Même si ces messages de prévention sont bien intégrés, il peut y avoir des exceptions admises qui justifient des rapports sexuels non protégés :

Emily : *Moi j'étais hyper capote hein ! Si y avait pas de capote y avait pas de sexe hein ! (...) C'est après les années 80, 90, juste après qu'il y avait toute la publicité par rapport au SIDA (...) Sauf, bon la seule fois où j'ai eu une infection c'était avec un copain. Régulier. Et on se protégeait pas. Parce qu'en principe on avait confiance !*

Là encore, on constate que la confiance dans le partenaire est une stratégie de protection et de réduction des risques pour les femmes. Parfois, elle est vue comme plus fiable que le préservatif, qui a aussi ses limites : il peut craquer, se retirer, et peut aussi être refusé par le partenaire

Ghania. ***I. Qu'est-ce que vous en pensez de cette protection-là ?***

G. *Elle est nécessaire ! Mais elle n'est pas... sure à cent pour cent. Parce que le préservatif peut être percé.*

Marie : *Euh, bon, pour mon partenaire, lui il n'aime pas le préservatif. (...) Euh...bon là je lui fais confiance, je sais qu'il est sérieux.*

La transmission par voie parentérale est très peu évoquée. Une seule femme décrit un risque de transmission du VIH par voie parentérale. Elle rapporte un risque à la fois prévisible du fait de la saleté visible et à la fois imprévisible du fait d'une pique par une seringue qui ne serait pas perçue. Le VIH est décrit comme une maladie associée à la saleté et présente dans l'environnement.

Béatrice : *Au début j'avais peur de... tout ce qu'on entendait, ramasser le sida et tous les trucs comme ça ! (...) Ba avec tout ce qu'on trouve par terre aussi, qu'on ramasse. Les machins comme ça, les seringues, les... Enfin j'ai jamais trouvé de seringue mais... (Rire) On se promène, on trouve des trucs, on ramasse, et puis on se lave pas les mains... On sait jamais ce qu'il peut arriver hein !*

En résumé, les moyens de protections contre les IST le plus souvent recommandés comme le préservatif pour toute nouvelle relation et le dépistage sont largement connus et utilisés par les femmes. Cependant, la protection repose principalement sur la confiance dans le partenaire ou sur une relation exclusive voire l'abstinence. Au sein du couple, le risque d'infection peut n'être simplement pas envisagé.

b. Cancer du col utérin et frottis cervico-vaginal

Les femmes de notre étude semblent moins informées sur la prévention des cancers gynécologiques que sur les infections sexuellement transmissibles. Les moyens de dépistages n'en sont pas toujours connus, et si le risque leur paraît parfois important, peu de femmes se sentent en mesure de s'en protéger.

En ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, les femmes évoquent peu ses facteurs de risque. Certaines n'identifient pas le frottis comme un moyen de prévention, et la vaccination contre le papillomavirus n'a jamais été abordée au cours des entretiens. Pour les femmes qui ne sont pas encore concernées par le dépistage, c'est à dire les deux femmes de moins de 25 ans de l'échantillon, cette maladie est inconnue et le frottis n'y est pas associé.

De même, pour Héloïse, l'objectif réel du frottis n'est pas connu, et cet examen lui semble inutile. Elle ne le conçoit pas comme un moyen de prévention. Elle fait appel à l'hygiène de vie pour contrôler le risque de maladie gynécologique :

Héloïse. *A l'époque ils faisaient comment ? Y avait pas de frottis, y avait pas tout ça (...) Fin voilà, quand t'as des rapports, tout ça, tu te laves bien et... t'es propre, quoi ! T'as une bonne hygiène de vie, il t'arrive pas de maladie...*

Plus de la moitié des femmes interrogées ici ignorent le rôle du frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col. Seules quatre femmes font explicitement le lien avec cette maladie pendant l'entretien.

Lilia : **I. Et pourquoi le frottis alors ? (...)**

L. *C'est très important parce qu'il y a ... ça c'est une maladie dont on peut être guérie d'avance. Il paraît ! Ça peut être guéri d'avance.*

Béatrice : *Un frottis je sais même pas... Non franchement je sais même pas à quoi ça sert ! Non ! Justement je sais pas. Je me demandais pourquoi on faisait un frottis*

Même pour les femmes ayant régulièrement des frottis de dépistage, la confusion avec la recherche d'infections vaginales est retrouvée dans plusieurs entretiens. Par exemple, Céline connaît les recommandations et l'utilité des frottis dans la prévention du cancer du col, mais elle les voit plutôt comme un moyen de gérer des mycoses à répétition :

I. Le frottis vous m'en un avez parlé aussi, qu'est-ce que vous en attendez ? (...)

Céline. *Ah bah je surveille mes petits champignons ! Avec mes frottis c'est la seule importance, euh...*

Finalement, cette maladie semble assez mal connue des femmes, qui ne se sentent pas particulièrement à risque de cancer du col utérin. Le frottis, quand il est fait, est plutôt une habitude faisant partie du suivi gynécologique qu'une démarche de gestion du risque. Le risque perçu est celui de « maladie » de façon floue, de problème gynécologique en général.

On le comprend bien dans le discours de Denise, qui, étant obligée d'espacer ses frottis, se sent en danger de "*quelque chose qui ne va pas*", mais sans jamais préciser plus explicitement ce risque.

Denise : *Je me dis peut être que j'ai attendu trop longtemps, puis je me dis que, peut-être au bout des cinq ans il va peut-être me dire « y a quelque chose qui va pas »*

c. Cancer du sein

Le risque de cancer du sein paraît plus concret et plus immédiat que celui du col utérin. Ses facteurs de risque sont d'ailleurs cités plusieurs fois : l'âge et les antécédents familiaux. Toutefois, le dépistage des cancers du sein, que ce soit par mammographies à partir de 50 ans ou par la palpation des seins, est assez peu évoqué dans les entretiens.

Le risque perçu est ici très lié à l'âge. Seules quatre femmes de l'échantillon sont dans la tranche d'âge concernée par le dépistage systématique (50-74 ans), dont Naïma, qui a elle-même eu un antécédent de cancer de sein, et qui décrit une peur importante d'un nouveau cancer.

Naïma: *Moi j'ai toujours peur de... gynécologique, du sein et d'autre chose. Je sais pas pourquoi.*

Parmi les autres femmes concernées, seule Lilia fait régulièrement les mammographies. Il s'agit de son seul suivi gynécologique qui prend une grande importance pour elle. Le fait que ce dépistage soit gratuit et facile d'accès, en dehors de tout autre recours médical, lui permet d'y avoir recours. Des freins sont présents, en particulier la douleur provoquée par l'examen, mais la peur du cancer du sein est suffisamment importante pour dépasser ses réticences, contrairement au cancer du col de l'utérus, « caché » et qui demande une consultation spécifique et intrusive.

Lilia: *J'y vais parce que j'ai peur du cancer de...(...) On est en France, y'a toutes ces facilités, mais c'est très douloureux quand même ! (...) Mais oh, je fais un effort je dis écoute, il faut que j'aille parce que c'est... C'est bête de mourir à cause de cinq minutes de douleur...*

A 55 ans, Béatrice, a connaissance dans son entourage de cas de cancer mammaire. Elle repousse l'échéance de la mammographie. L'absence de connaissance suffisante sur l'objectif et le fonctionnement de l'examen, laisse son intention en suspens

Béatrice : On repousse, on repousse et puis après je fais rien. Voilà. (...) Moi si je le ferais, si je ferais la mammographie c'est simplement pour savoir si j'ai pas le cancer ou pas (...). Après je sais pas si... avec l'examen qu'ils font si ils y voient tout de suite ou pas, je sais pas comment ça se passe une mammographie moi.

Chez les femmes plus jeunes, très peu évoquent le risque de cancer du sein. Quand c'est le cas, c'est en relation avec une histoire personnelle, et le dépistage spécifique n'est pas décrit.

En résumé, seules les femmes concernées par le dépistage du fait de leur âge ont abordé le sujet du risque de cancer du sein. Cette maladie est mieux connue que le cancer du col de l'utérus. Le dépistage du cancer du sein a un statut particulier car il est réalisé par un organisme séparé, que les femmes n'associent pas à leur suivi gynécologique. Le recours à celui-ci ne répond pas aux mêmes mécanismes que le recours à la consultation gynécologique.

3. Perception du risque selon l'âge

La perception d'un risque pour la santé est très liée à l'âge dans les verbatim : le suivi ressenti comme nécessaire varie avec les étapes de la vie des femmes. Pour la plupart, il doit commencer avec le début de la vie sexuelle associé au début d'exposition aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non prévues. Ces raisons sont rarement explicites, mais ce sont bien les premiers rapports qui conduisent le plus souvent aux premières consultations gynécologiques.

Katia : Euh, le suivi gynécologique, c'était euh... à 19 ans, 20 ans plutôt. (...) Avant ça j'ai pas besoin ! (...) quand je suis mariée, voilà, à 19 ans, chez nous c'était une tradition, j'étais vierge, déjà. Et pour ça, j'ai pas besoin.

Par la suite, la perception du risque varie plutôt selon le statut conjugal ou les éventuelles grossesses, ainsi que des représentations propres à chacune.

En vieillissant, surtout à l'approche de la ménopause, les femmes mettent en relation leur âge avec leur niveau de risque : Elles se sentent plus à risque de maladie cachée, le cancer étant la plus citée. La plupart vont continuer leur suivi gynécologique après la ménopause, même en l'absence de rapports sexuels ou de besoin contraceptif, voire intensifier ce suivi.

Amina: Obligée maintenant, parce que, avec mon âge. Il faut que je cherche toutes les maladies de ...de mon corps.

Denise : Je suis stressée, plus comme avant, je suis stressée je me dis « Est-ce que j'ai trop attendu ? ». (...)Parce que c'est pas bien, il paraît qu'à cet âge-là on peut avoir des problèmes.

De plus, quand on demande aux femmes jusqu'à quand elles pensent avoir besoin d'un suivi gynécologique, la plupart pensent ne jamais l'arrêter. Seule Béatrice a décidé de stopper son suivi après son hystérectomie. Le suivi gynécologique est lié à la présence des organes génitaux féminins.

Céline : Ben jusqu'à quel âge, je pense que jusqu'à la fin j'aurai un vagin et un utérus ! (Rire) Donc jusqu'à la fin j'aurais besoin de consultations gynécologiques, a priori !

Béatrice : Suivi gynécologique, ça fait longtemps que j'ai pas fait. Ya plus rien alors...plus rien. Je sais pas. (...) Je me suis mis ça dans la tête que j'ai plus mes règles, j'ai plus rien, je peux pas avoir de problèmes, voilà !

Finalement, des risques spécifiques sont perçus à tout âge, du début de la vie sexuelle jusqu'après la ménopause, et ils évoluent avec l'âge. Dans notre échantillon, les femmes les plus âgées sont celles qui ressentent le plus de risques pour leur santé dans le domaine gynécologique.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE II : RISQUES PERÇUS

Le suivi gynécologique peut faire partie d'une démarche de réduction des risques. Les connaissances dont les femmes disposent sur ces risques sont diverses. Si quelques-unes sont bien informées sur certains risques spécifiques, elles sont plus nombreuses à envisager le risque de façon générale et assez floue : la consultation gynécologique a plus pour but de préserver une bonne santé que de diminuer le risque d'infections ou de cancer.

Le risque d'infections sexuellement transmissible est connu. Les stratégies employées pour les éviter reposent en premier sur la confiance envers le partenaire, la fidélité ou la monogamie, et en second sur le dépistage et l'usage des préservatifs surtout en début de nouvelle relation.

Le risque de cancer du sein est bien identifié pour les femmes de la tranche d'âge concernée qui connaissent la mammographie comme moyen de dépistage. Son recours ne semble pas lié au reste du suivi gynécologique.

De son côté, le risque de cancer du col de l'utérus est mal connu. Le frottis cervico-vaginal, n'est que rarement compris comme le moyen de prévention de cette maladie. La pratique de cet examen se fait de façon opportuniste à travers le recours au « suivi gynécologique ». Elle ne repose pas sur la perception du risque de cancer et une demande spécifique, mais sur des recommandations médicales concernant des rythmes de consultation, sur des habitudes valorisées par les groupes sociaux de proximité, sur la recherche de bénéfices secondaires de l'examen comme la détection d'infections.

III. Contraception et planification des naissances

L'accès à la contraception tient une part importante dans le suivi gynécologique. Celle-ci peut être médicalisée et soumise à prescription, ou non. L'utilisation d'une méthode de contrôle des naissances permet d'une part le choix du moment des grossesses, et d'autre part le recours aux pratiques sexuelles sans s'exposer à des grossesses non prévues.

Comment les femmes planifient-elles leurs grossesses ? À quels modes de contraception ont-elles recours, et comment les perçoivent-elles ? Quels sont les enjeux autour de la gestion de la fertilité et de la maternité ?

1. Perception de la contraception

a. Moyens de contraception utilisés

Toutes les femmes interrogées ont eu recours à au moins un moyen de contraception pendant leur vie, et presque tous les modes de contraception existants sont évoqués pendant les entretiens

- Les méthodes hormonales sont les plus souvent citées :

- La pilule œstro-progestative est la méthode la plus expérimentée par les femmes : ici, quatorze des femmes de l'échantillon l'ont prise à un moment ou un autre de leur vie, mais peu sur une longue période. Une femme a également eu recours aux anneaux vaginaux.

- Deux femmes ont eu un implant contraceptif, toutes deux l'ont fait retirer suite à des effets indésirables.

- Deux autres citent les contraceptifs hormonaux injectables retard, utilisés en Amérique du sud.

- Le dispositif intra-utérin (DIU), ou stérilet est également connu, mais seules deux femmes l'ont utilisé. C'est le DIU au cuivre qui est cité, soit en évoquant une recherche d'information sur des méthodes non hormonales, soit en évoquant la crainte de ses effets indésirables ou de son caractère invasif.

- Parmi les méthodes barrières, le préservatif est en tête de file. Il est très utilisé, soit comme un mode de protection contre les IST, soit comme un moyen de contraception lors d'une période où l'activité sexuelle est irrégulière ou par défaut d'autre méthode qui convienne ou accessible. Il est rare qu'il s'agisse du moyen unique de contraception, dans cet objectif son utilisation est aléatoire. Le préservatif féminin, ou interne, n'est jamais explicitement cité, les femmes utilisant le terme « *préservatif* » sans spécifier.

Une femme parle d'une utilisation unique de spermicides sous forme de « gel ».

- Beaucoup de femmes ont recours aux méthodes dites « naturelles » par périodes ou bien systématiquement : la méthode du retrait est la plus fréquente. Quelques femmes utilisent la méthode du calendrier : « *compter les jours* ». Il s'agit de moyens alternatifs aux méthodes hormonales, par méfiance envers ces dernières. Ces méthodes non médicalisées sont transmises par les proches ou expérimentées dans le couple, sans être toujours apprises théoriquement.

b. Parcours contraceptifs

La norme contraceptive en France consiste à utiliser des préservatifs pour les premiers rapports sexuels, puis la pilule œstro-progestative jusqu'aux premières grossesses, et enfin le DIU une fois le projet parental accompli. Éventuellement, il peut y avoir une demande de contraception définitive avant la ménopause. Les parcours contraceptifs des femmes interrogées ici sont extrêmement divers et s'écartent de cette norme contraceptive.

Romane se réfère au modèle de sa mère et de ses amies en matière de contraception, ce qui la rapproche de la norme contraceptive. Elle est peu informée et confond ici l'implant contraceptif et le DIU :

Romane **I. *Et est-ce que vous vous protégez aussi par des préservatifs ?***

R. Au début, ba, oui. Et euh... une fois que j'ai pris la pilule, non. (...)

Pour l'instant on va rester sur la pilule je pense. Et après si vraiment... pas d'enfants, pas de... on fera autre chose je pense ! (...) Euh, stérilet je pense ? Ou ... le truc dans le bras c'est un stérilet non ? Ma mère elle a ça, donc...

Il est fréquent que la pilule soit proposée aux femmes comme le premier mode de contraception. Plusieurs débutent très jeunes la pilule pour des raisons non contraceptives : pour traiter une acné, une pilosité importante, ou des règles douloureuses.

Denise. J'ai pris un tout petit peu la pilule, parce que j'avais des boutons. (...) Ça par contre c'était les copines qui le disaient ! La pilule ça peut enlever les boutons

Ghania : Il y a un cours moment où j'ai pris Diane 35, mais c'était par rapport à la pilosité.

Pour celles à qui la pilule convient bien, elle reste souvent le seul moyen de contraception tant qu'il existe un besoin de contrôler sa fertilité. En général pour ces femmes, la contraception est vue positivement, comme un moyen utile et facile de planification des naissances :

Julia : Je pense que... c'est quelque chose de très utile, en fait. (...) Puis je trouve que c'est pratique ! Euh, je me rappelle on m'avait présenté que y a les patchs, ou des choses pareils, mais moi (...) je faisais plus confiance à la pilule.

Naïma : J'avais ma pilule (...) Moi je sais pas, les femmes elles disent ça nous rend nerveuses, moi non. Je me rappelle j'étais bien, j'étais en forme, j'étais en bonne santé.

L'interruption d'une contraception fait le plus souvent suite soit à des effets indésirables ou à la crainte de ces derniers, soit à un changement dans la vie (désir de grossesse ou séparation par exemple). Quelques femmes vont rechercher des informations afin de trouver un autre moyen de contraception adapté.

Pauline : Je me suis rendue compte, bizarrement, contrairement à la première que j'ai prise, que je supportais pas du tout en fait. (...). Donc du coup, là je viens de prendre rendez-vous pour avoir des renseignements sur une autre forme de contraception, qui serait plus adaptée à moi, à mon partenaire.

Céline : En fait j'ai arrêté la pilule et j'ai commencé à farfouiner sur internet pour voir quelles solutions alternatives j'avais.

La plupart des femmes confrontées à une contraception qu'elles trouvent inadaptée vont soit arrêter directement toute contraception, soit essayer successivement plusieurs contraceptions médicalisées. Plusieurs ont recours à une méthode non médicalisée (retrait ou méthode du calendrier) en cas d'intolérance aux précédentes ou pour éviter une consultation gynécologique.

Héloïse. Pourquoi prendre une pilule tous les jours si c'est pas sûr que ça marche, en fait. Parce qu'on sait pas ce qu'il y a dedans (...) c'est pas forcément bon pour notre corps. Et... l'implant du coup j'avais toujours mes règles. Donc j'ai dû l'enlever. Et depuis, pas le stérilet, j'ai peur en fait (...) Et vu que je veux qu'on évite de m'ausculter, bah j'ai pas envie de... j'prends rien ! **I. Ok. Et alors vous faites comment ?**
H. Et bah... Il est, il est... Il éjacule pas dedans.

Au total, pour environ la moitié des femmes interrogées, la contraception a une image qui reste assez positive. La pilule œstro-progestative est considérée comme une chose acquise et utile, même si elle présente des inconvénients. Les femmes qui ont une vision positive de la contraception sont ici les mêmes femmes qui ont recours à un suivi gynécologique régulier, et celles qui évitent le suivi sont celles qui se détournent de la contraception médicalisée.

c. Les hormones : une méfiance particulière

Dans la majorité des entretiens, quel que soit le suivi des femmes, des réserves sont exprimées envers la contraception et plus particulièrement envers la prise d'hormones. Elles sont souvent associées à des perturbations de la santé, à un danger potentiel.

Une des critiques les plus fréquentes est l'énumération des effets secondaires ressentis ou redoutés sur le cycle féminin naturel, sur l'occurrence rassurante des règles, tous les mois.

Ghania : D'abord ils m'ont mis un implant, là dans le bras. Euh, mais ça perturbait grandement le cycle, donc j'ai laissé tomber.

Pauline : J'avais plus mes règles, déjà, presque ! Donc ça m'inquiétait un peu, et euh. Enfin je sais que c'est important les règles pour vider un petit peu tout ce qui est, pas bon quoi !

A côté des effets secondaires constatés par les femmes, il existe une crainte des hormones : plusieurs femmes pensent qu'elles représentent un danger potentiel pour le corps, sans l'explicitier. C'est leur caractère « non naturel » qui est mis en avant.

Pauline. D'après ce que j'entends, ce que je peux lire ou quoi, ça peut dérégler un peu le corps, le fonctionnement hormonal du corps. Donc euh, voilà, je préfère quelque chose sans hormones et euh qui est quand même euh... efficace !

Felipa : Avec mon mari on a dit... On va le faire naturellement ... moins des effets secondaires il y a sur ma santé, et mieux c'est pour tout le monde. (...) Dans les hormones, sur euh... Ben lui autant que moi on est sur une longueur, c'est : Moins de chimique, mieux c'est !

Cette crainte des hormones peut s'intégrer dans une méfiance envers la médicalisation, mais ce n'est pas toujours le cas. Même pour Ghania, qui a une image positive du monde médical, et qui réalise un suivi gynécologique régulier, la contraception hormonale est vue comme dangereuse : elle décide d'arrêter une pilule après lecture des résumés des caractéristiques du produit, qui accèdent les dires de sa mère.

Ghania : J'ai lu la notice, j'ai trouvé, bah un tas de saloperies, donc je me suis dit : « Tu arrêtes ça, c'est du n'importe quoi. ». (...) Parce que ma mère m'avait dit qu'elle avait pris la pilule toute sa vie, et que ça lui avait déglingué le corps quoi.

Il semble apparaître que, si le recours à la contraception est généralisé, elle est loin d'être entièrement acceptée. Des expériences d'effets indésirables ou d'échec et des croyances liées au danger des hormones interviennent dans ce choix. Certaines se tournent vers les méthodes dites naturelles comme alternative.

2. Planification des grossesses.

a. Grossesses non prévues

La contraception n'étant pas systématiquement utilisée par les femmes, on peut se demander comment sont planifiées les naissances. Quelles sont les attitudes des femmes vis-à-vis des grossesses non prévues ? Ce terme ne désigne pas ici uniquement des grossesses non désirées, mais toute grossesse n'ayant pas été attendue, qu'elle aboutisse ou non à une naissance.

Huit femmes sur les seize interrogées ont eu une ou plusieurs grossesses non prévues. Elles peuvent survenir après des premiers rapports alors qu'il n'y a pas encore de contraception débutée, ou quand le choix est fait de ne pas recourir à une contraception : c'est le cas pour Ghania, Pauline et Katia.

Katia. Pour tous les deux, c'était pas prévu. Voilà. J'étais étudiante, je voulais pas tout de suite mais c'était pas prévu. Voilà.

I. Et vous n'aviez pas de contraception à ce moment-là ?

K. Non, je prends rien du tout à ce moment. (...) Euh, j'ai peur des cachets !

Dans les situations relatées, il n'y a pas d'échec de la contraception si elle est bien utilisée. En revanche, des femmes décrivent un renoncement à la contraception, pour les différentes raisons évoquées plus haut : Peur des hormones, contraintes ou effets indésirables.

Par exemple pour Héloïse, la contrainte de la prise quotidienne était trop forte, elle finit donc par arrêter sa pilule, et avoir plusieurs grossesses non prévues dans des conditions de vie difficiles (pas de logement stable, pas de revenu).

Héloïse. Non ouais je prenais Minidril, une pilule, mais vu que je l'avais manquée, euh, je me souviens plus, quelques jours, après je l'ai carrément arrêtée, je suis tombée enceinte.

Comme elle, quand les femmes décident de ne pas recourir à une contraception, elles disent assumer le risque d'une grossesse. Dans ces situations, la grossesse est une possibilité dont elles sont conscientes, et qui n'est pas un risque suffisamment important pour compenser

les inconvénients liés à l'utilisation d'une contraception.

Felipa : Et il faut faire beaucoup attention quand on fait des méthodes naturelles, parce que sinon ça marche pas. Donc bah... on a pris le risque et puis bon. Faut les assumer après.

La survenue d'une grossesse non prévue peut avoir des conséquences importantes pour les femmes. L'instabilité économique et l'instabilité affective sont des facteurs qui vont entrer en jeu pour déterminer l'issue de ces grossesses.

- D'abord des conséquences pratiques et financières : Chez des femmes en situation de précarité avec par exemple un logement trop petit et peu de revenus, la charge financière et de travail que représente l'arrivée d'un enfant est conséquente.

Héloïse : Tu te dis : Comment je vais subvenir à leurs besoins, comment... Surtout que j'avais pas d'appartement à c't'époque-là. J'ai vécu à l'hôtel un moment. Bon voilà.

- Ensuite, une grossesse non prévue a des conséquences sociales vis à vis de l'entourage, de la famille. C'est le cas particulièrement quand la femme est très jeune : Une grossesse précoce est vue comme honteuse, irresponsable.

Emily : Tomber enceinte, quand j'étais plus jeune, au lycée ou au collège, c'était toujours mal vu. (...) Les relations sexuelles avant le mariage, il y avait pas mal de gens qui sont contre, hein !

Lorsque la sexualité est jugée négativement par l'entourage, le recours contraceptif peut être difficile car doit rester caché. De même, une période très difficile économiquement peut compliquer l'accès à la contraception. Ces situations peuvent favoriser la survenue d'une grossesse non prévue qui aura des conséquences d'autant plus importantes.

Ce risque peut être assumé par les femmes, mais aussi minimisé ou non perçu. Le lien entre la difficulté d'accès à la contraception et la survenue de grossesse non prévue n'est pas souvent fait par les femmes interrogées.

b. Le moment pour être mère

Il est souvent retrouvé dans les discours des femmes la notion d'un « bon âge » pour être mère. Cet âge correspond à la norme procréative en France : les grossesses sont socialement acceptables à un âge « moyen » (schématiquement entre 25 et 40 ans). (51)

Tout d'abord, les grossesses trop précoces, avant l'installation en couple stable, sont en général évitées : elles sont considérées comme dangereuses ou socialement inacceptables. Plus que l'âge en soi, ce sont l'ensemble des conditions de vie qui devraient être réunies et conforme à la norme : avant tout le couple, mais également les revenus, le logement, etc.

Emily: C'était pas dans ces conditions-là que je voulais avoir un enfant ! Je voulais être mariée, je voulais être dans une relation sérieuse, avec quelqu'un qui s'engageait pour fonder une famille.

Héloïse : Ce serait plutôt de passer son permis, de s'acheter une voiture, de se stabiliser d'avoir vraiment un boulot, un métier, un salaire fixe tous les mois. Et après ça me paraît bien d'avoir un bébé.

Katia a eu ses premiers enfants à 19 ans, juste après son mariage. Cela est décrit comme positif pour elle dans la mesure où cela s'intègre dans une relation socialement acceptée. Du fait de sa situation financière, elle redoute une nouvelle grossesse. Ici, ce n'est pas son âge mais ses conditions de vie qui déterminent le bon moment pour une naissance.

Katia : A 19 ans, voilà, je voulais un petit bébé! Normal ! Maintenant j'ai peur, parce que y a beaucoup de responsabilités (...). Je peux pas être enceinte comme ça. Y a pas beaucoup de ressources, tout ça, je réfléchis plus loin...

Quelques femmes appréhendent aussi des grossesses plus difficiles avec les années, au-delà de la perte de la fécondité : comme il y a un âge « minimum », il y a un âge « maximum ». Nous retrouvons dans ces propos une image moins valorisée des grossesses tardives, vues comme potentiellement plus dangereuses. Ce qui est considéré comme un âge « tardif » varie selon les femmes.

La norme d'âge acceptable pour une grossesse est ici nuancée par la norme procréative du pays d'origine, mais la crainte d'une baisse de la fertilité est décrite plusieurs fois.

Marie : *L'âge, je pense que c'est déjà, bon... C'est un peu tard ! J'ai grandi... Bon, chez nous au pays même à 40 ans on fait un enfant hein ! Même à 45 ans.*

c. Recours à l'IVG

Cinq femmes ont eu recours à l'IVG dans des circonstances très différentes. La décision d'interrompre une grossesse est prise en général pour des raisons de conditions de vie : le fait d'être trop jeune, pas installée en couple stable, ou encore l'impossibilité matérielle d'accueillir un enfant.

Pauline : *On se dit bon, je prends cette décision pour des raisons financières, parce que je suis jeune, qu'avec mon copain on n'a pas les moyens, tout ça...*

Marie : *Bon je vivais avec quelqu'un qui était déjà marié, alors euh... je ne voulais pas garder cet enfant. Voilà pourquoi j'ai enlevé les deux*

La situation de Céline est différente : il s'agit d'une grossesse issue d'un viol qu'elle ne peut envisager de garder. C'est la seule femme qui va évoquer des violences sexuelles envers elle au cours des entretiens.

Céline : *Et, enfin moi, l'enfant du viol, j'aurais pas pu l'élever. (...) Non... C'est pas possible, enfin un enfant conçu comme ça... J'arrivais pas du tout à me projeter dans : Comment pas l'éclater contre le mur (...).*

Dans les récits recueillis, l'accès à l'IVG semble plutôt facile, et l'encadrement médical de l'acte est assez peu évoqué. Physiquement, cette intervention peut être traumatique pour les femmes mais les conséquences qui sont le plus décrites sont psychologiques. Quelles que soient les raisons invoquées, l'IVG n'est jamais un épisode banalisé ou minimisé. Plusieurs ressentent de la culpabilité à différents degrés par la suite, mais la décision en elle-même n'est pas remise en cause.

Marie : *Faire les avortements, je veux plus ça. Bon... ça se passe bien mais... au niveau de la conscience, non. (...) J'ai culpabilisé.*

Seule Katia exprime des véritables regrets vis à vis de l'IVG, auquel elle a eu recours pour une grossesse très rapprochée des précédentes, et pour lequel la décision a été particulièrement difficile : l'IVG est pour elle une « faute »

Katia : *Parce-que je peux pas tuer le bébé ! Une fois j'ai fait ça, j'étais... pas bien voilà. (...) Mais après je voulais pas, j'ai fait avortement. Et depuis ça, j'étais trop ma (...). Ça c'est ma faute, grosse faute.*

Finalement, le recours à l'IVG est pour les femmes interrogées ici une solution à une grossesse qu'elles considèrent impossible, principalement pour des raisons de conditions de vie. L'IVG est peu mis en lien avec la contraception, et cet événement ne remet pas forcément en cause la manière de planifier les grossesses. C'est un acte qui peut être difficile et souvent porteur de culpabilité pour les femmes, mais vécu comme inévitable.

3. La peur de l'infertilité

Que les grossesses aient été ou non planifiées, la question de la maternité a une importance particulière pour presque toutes les femmes de notre étude. La peur de l'infertilité dans un futur proche ou lointain est souvent sous-jacente dans les discours. Nous pouvons notamment reconnaître cette inquiétude derrière la méfiance envers les contraceptifs.

Marie : *Ils disent que si vous commencez à prendre ça, et après si vous voulez avoir des enfants, si vous voulez concevoir, euh, ça complique.*

De plus, les mécanismes de la fertilité sont mal connus, et difficiles à maîtriser au niveau individuel. Pour Katia, la médecine est capable d'y apporter une réponse en déterminant la capacité de son corps à une grossesse.

Katia : *Est-ce que ça existe une...une prise de sang ou je sais pas, une prise de quelque chose qui peut savoir si j'ai le potentiel de être enceinte, ou non ?*

Cette préoccupation sur la fertilité peut être une motivation à un suivi gynécologique régulier, qui va servir de réassurance. On peut l'entendre dans les mots qui reviennent souvent « *juste pour vérifier* », « *au cas où* ». Le bon fonctionnement du corps féminin implique la possibilité de grossesse ; et la prévention, quelle que soit la forme qu'elle prend, a souvent comme objectif de le maintenir. Dans le cas d'Olivia, on comprend que c'est une des raisons principales des consultations régulières de gynécologie :

Olivia : *Et je vois gynécologue m'a dit vous pouvez tomber enceinte. Facile, y'a pas de souci (...) Maintenant ça fait longtemps que j'ai pas été. Mais je vais voir bientôt un gynécologue. I. Pourquoi ? O. Bah,, par exemple pour l'espoir de tomber enceinte.*

Etre mère est généralement valorisé pour les femmes interrogées. Deux femmes sont confrontées à l'infertilité ce qui peut générer à la fois une souffrance personnelle et des difficultés sociales. En effet, la maternité est également un moyen d'obtenir un certain statut.

Lilia : *oh mais ça doit être le maximum la maternité ! Moi je n'ai pas eu ça. Et ben là, c'est handicapée ! (...) Parce-que la maternité c'est quand même un sentiment de... C'est dans la continuité la femme. De nous-même. Et moi, unique, de quatorze enfants chez moi, c'est unique qui n'a pas eu des enfants !*

À la suite d'un IVG également, la peur de n'avoir pas « d'autre chance » peut être évoquée. La projection dans l'avenir au moment de l'interruption d'une grossesse peut participer à la difficulté psychologique de cet acte :

Pauline : *Parce qu'on a toujours cette idée, je me dis : Si dans 6 ans, 10 ans, je veux avoir un enfant et que je ne peux pas, ça va...je vais avoir un retour ça va être horrible quoi*

RÉSUMÉ DU CHAPITRE III : PLANIFICATION DES GROSSESSES

La contraception utilisée par la majorité des femmes interrogées pour contrôler leur fertilité. Les préservatifs et la pilule œstro-progestative sont les moyens les plus répandus. L'utilisation de la pilule a été fréquemment interrompue, et c'est souvent avec l'expérience ou la crainte d'effets indésirables des hormones.

Plusieurs femmes considèrent les hormones comme dangereuses pour le corps ou pour la fertilité. Les méthodes dites naturelles sont souvent utilisées comme moyen de « faire attention », et par rejet des autres méthodes. Cette méfiance envers la contraception n'est pas toujours en rapport avec l'attitude sur le reste du suivi gynécologique.

La maternité est très valorisée par les femmes, même par celles qui font le choix du recours à l'IVG. Dans ce cadre, la peur de l'infertilité peut être un des moteurs du recours au suivi. Toutefois, la planification des naissances peut être difficile, comme en témoigne le nombre de grossesses non prévues : la moitié des femmes de l'étude en ont vécu une ou plusieurs. Ces grossesses imprévues semblent n'avoir que peu d'influence sur les parcours contraceptifs de femmes.

IV. Influence de l'environnement social

Les représentations des femmes sur la gynécologie peuvent se construire dans l'enfance avec l'image de son corps, dans l'adolescence puis au cours de la vie. Elles dépendent de l'environnement dans lequel chacune évolue. La relation avec les proches peut être déterminante, ainsi que le milieu familial et éducatif dans lequel la personne a grandi.

1. Effet d'entraînement social

Le fait d'évoluer au quotidien parmi des femmes, que ce soit dans un milieu familial, amical ou professionnel, peut jouer sur les comportements. Les amies, les collègues ou les sœurs parlent parfois de leur suivi gynécologique, ce qui peut avoir un « effet d'entraînement ». Non seulement il est plus facile de se souvenir de la date du frottis quand une amie parle du sien, mais le suivi médical peut être socialement valorisé.

Denise : Et puis on en parlait ! Les collègues ! Oui, on en parle, voilà. (...) « Ben, je suis allée, j'ai fait mon frottis, voilà... ». (...) Et voilà, c'est ça qui enclenchait, c'était un peu comme une compétition, voilà elle l'a fait, bon, faut que je le fasse.

Lilia : Ouais mais on était poussée parce que la maman disait, les sœurs disaient ce qu'il faut faire, voilà. Et on faisait !

A l'inverse, si le groupe social véhicule une image plutôt négative du suivi gynécologique ou du milieu médical, cela peut décourager des femmes de consulter : c'est le cas de Felipa qui reproduit les comportements appris dans le cercle familial.

Felipa : Dans ma famille. Ils vont pas beaucoup. Sauf si on est vraiment obligé obligé.

Les pairs - c'est à dire les personnes de même statut et de même âge dans l'entourage - ont aussi un rôle d'information pour certaines femmes. Ce sont les discussions avec les sœurs ou les amies qui permettent souvent de découvrir les différentes méthodes de contraception. Les sujets liés à la sexualité restent souvent difficile à aborder au-delà d'un cercle très proche.

Les confidences à ce sujet ne sont possibles qu'avec des personnes choisies.

I. C'est des sujets que vous pouvez aborder facilement ? La sexualité, la contraception, la grossesse... ?

Pauline. Avec les amies ! La famille pas trop, mais avec les amies, oui. (...) Du coup on se fait un petit peu notre éducation entre nous, ce que chacune peut entendre d'ici de là, après on va se le répéter quoi.

Julia. Avec une ou deux copines proches, voilà. Évidemment pas avec des amis, je pourrais pas en parler. Après la contraception... Oui ! Bien sûr c'est des choses... ordinaires on va dire (...)

Quand des femmes sont très isolées, cet effet d'entraînement social n'existe plus, et cela peut expliquer un certain renoncement aux soins : la motivation qui était trouvée dans l'entourage disparaît. Il faut noter que l'isolement s'ajoute souvent à d'autres difficultés : immigration récente, perte d'emploi, séparation... Ces événements peuvent également jouer sur l'arrêt du suivi.

Lilia : Non, ici mon entourage... Comme je suis toute seule en France... Ici je vois aussi que les femmes ne font pas beaucoup !

Denise : Comme j'ai pas d'amies particulièrement, si je le vois, ce sera à la télé (...). C'est vrai, c'est tombé dans un... oubli total. Je vais même plus chez le médecin.

2. Rôle du conjoint

Au vu des rapports étroits entre sexualité et suivi gynécologique, il ne paraît pas surprenant que le conjoint ou le partenaire sexuel ait une influence sur le suivi. Ce rôle est assez faiblement explicité par les femmes interrogées mais transparait dans certains récits.

L'avis du conjoint va être important dans certaines situations. Par exemple pour les deux femmes qui ont demandé une stérilisation, l'avis du mari est requis : c'est la seule méthode contraceptive pour laquelle la décision du conjoint peut limiter le choix de sa femme.

Amina : *J'ai demandé à mon médecin en Algérie, que je fais l'opération (...) Pour que je, euh, prenne pas des enfants. Mon mari ne veut pas. (...) Après je reste comme ça.*

Béatrice : *Mon mari aurait pas été d'accord, je l'aurais pas fait ! (...) Mais c'est pour ça qu'il m'a demandé si je voulais d'autres enfants, j'ai dit non, il m'a dit : Puis votre mari ? Et non, mon mari non plus il en voulait plus. C'est pour ça qu'on a tout enlevé.*

La participation du partenaire est également fondamentale dans la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non prévues : Notamment, Il n'est pas toujours possible aux femmes d'imposer le préservatif, et certaines y renoncent.

Marie : *Euh, bon, pour mon partenaire, lui il n'aime pas le préservatif. (...)
C'était comme ça, j'ai passé des relations non protégées.*

Amina. *Lui il voulait pas les préservatifs, il m'a dit c'est que...il fait mal. Et moi j'ai peur (...) de prendre des enfants. Donc je reste tout seul. Il dort tout seul.*

Le dépistage des IST est une démarche qui peut se faire en couple ou sur demande du partenaire.

Felipa : *Parce que, avec mon mari ben... on voulait faire un dépistage de SIDA et ils nous ont proposé de le faire en même temps. (...) J'aime pas beaucoup mais bon, ok ! (...)
Non je l'ai fait pour lui ! Parce qu'il me l'a demandé*

Certains hommes interviennent dans le choix du moment et du nombre d'enfant à avoir, dans le cadre d'une décision partagée au sein du couple. C'est ici la situation conjugale qui influe dans le choix de la contraception.

Béatrice : *Puis comme j'ai trouvé mon mari, on s'est marié, j'ai dit « Allez hop ! ». C'est bon j'arrête la pilule. Il voulait un enfant tout de suite alors j'ai dit je vais arrêter.*

Plus rarement, le conjoint exprime un avis sur la contraception directement.

Julia : *Ça m'est arrivé d'utiliser les pilules (...) Y avait les périodes, non, parce que lui il était un petit peu contre. Il voulait pas que je prenne beaucoup de médicaments. (...) Il avait un peu peur quand même !*

En résumé : le mari, le conjoint ou le partenaire peut avoir une influence sur les pratiques, en particulier sur l'utilisation du préservatif ou le dépistage des IST. Son intervention directe sur le choix de la contraception et la planification des naissances reste assez marginale dans ces entretiens.

3. Éducation et information

L'environnement éducatif peut avoir une influence décisive sur les représentations des femmes. Comment se fait la transmission des savoirs dans les familles ? Quelles sont les sources d'information pour les femmes ? Comment connaissent-elles leur corps, et comment cela joue-t-il sur la façon dont elles vont en prendre soin ?

a. Influences familiale et émancipation

Sur les questions liées à la sexualité et à la gynécologie, les femmes reçoivent souvent une éducation assez sommaire dans l'enfance et l'adolescence. Une constante est que l'éducation à la sexualité n'est pas considérée comme du ressort des parents.

Il existe dans les familles ce que des femmes nomment elles même un « tabou » sur la sexualité, résumé par les mots récurrents : « *On en parle pas* ». L'étendue de ce tabou est très variable : il peut concerner la sexualité uniquement ou plus rarement s'étendre sur les menstruations ou la contraception.

Héloïse : *Non chez moi on parlait pas de sexe, non. On parlait pas du tout de sexe, pas de pilule, rien.*

Lilia : *Et ma famille non plus n'a jamais parlé de, de aucune euh, c'est à dire avec le mari, euh... Non mais c'était vraiment secret quoi !(...). C'était vraiment tabou !*

Certaines vont recevoir quelques informations de leur mère sur les règles au moment de la puberté ou des avertissements sur la sexualité. Parfois, aborder la sexualité sous un angle médical (prévention des IST et des grossesses non prévues) est possible, mais cela est rare dans les récits rapportés. L'information par les parents, quelle qu'elle soit, est souvent très succincte. Pour quelques-unes, la mère reste néanmoins une interlocutrice privilégiée, même à l'âge adulte : elle est la femme la plus proche, celle à laquelle on s'adresse en premier en cas de questionnement.

I. Et si vous avez des questions là-dessus, la contraception, la sexualité ou quoi que ce soit... comment vous allez faire, à qui vous allez vous adresser ?

Romane : *Ben déjà, ma mère. Parce que, maintenant qu'elle est au courant, bah je lui en parle normalement avec elle.*

Felipa : *A ma mère en premier ! Oui c'est sûr !*

Les attitudes des femmes peuvent globalement être décrites comme suit :

- D'une part, des femmes qui se qualifient d'ouvertes sur les sujets liés à la sexualité, et en en discutent librement avec leur entourage. Elles se construisent parfois en opposition avec une éducation absente ou moralisante sur ces questions. Il y a une volonté d'émancipation vis à vis du modèle familial considéré comme trop « fermé ». Les femmes qui se trouvent dans ce cas cherchent à s'écarter du système de valeur de la famille.

Emily : *Ouiiii. J'étais assez ouverte. Donc, euh. J'ai grandi dans une famille conservatrice, mais après je me suis dit que c'est du n'importe quoi. Et maintenant, non, je suis très ouverte. (...). En sexualité j'ai même pas mal de connaissances !*

Ghania. *Oui je suis très ouverte, oui ! (...) J'estime que l'éducation sexuelle, ça fait partie de l'éducation.*

- D'autre part, pour la plupart des femmes, les questions liées à la sexualité restent très privées. Elles ne l'évoquent que dans un cercle très restreint, voire jamais. Le « tabou » est intériorisé. La sexualité peut être vue par certaines comme honteuse,

quelque chose qu'il faut cacher. Ces femmes peuvent reproduire ce qu'il leur a été transmis dans l'adolescence.

Katia Avec euh... mon mari, voilà, c'est possible pour parler. Les autres personnes je parle pas, bien sûr. Pas du tout !

Pour des femmes ayant été élevées avec un tabou très important sur les questions liées à la sexualité, la pudeur pendant la consultation pourra être exacerbée. On peut cependant ajouter que l'ensemble des femmes interrogées pensent qu'il est important d'évoquer ces sujets avec leurs enfants, garçons et filles. Le tabou, s'il existe dans certaines circonstances, n'est donc pas toujours reproduit.

b. Connaissance et image de son corps

Étant donné la faible importance de l'éducation sur le corps dans le milieu familial, beaucoup de femmes sont très ignorantes au moment de la puberté. Plusieurs découvrent ce que sont les règles en les ayant pour la première fois.

Héloïse : Ma mère elle m'a dit: « Viens, met une couche, c'est des règles » voilà hein. On m'a pas expliqué c'était quoi. ... Et après elle m'a dit : Bah c'est du sang. En fait, finalement je suis jamais allée me renseigner ! C'est du sang qui passe, comme ça, dans ce sens là... Qui s'évacue... J'ai jamais compris pourquoi en fait ! Mais je pense que ça fait du bien, non ?

Denise : Quand j'ai eu mes premières règles, euh, je... bon. Quand j'ai vu du sang je suis restée abasourdie hein. On parlait pas, c'était pas... C'était pas tabou ! Mais on parlait pas... Je savais pas qu'il y allait avoir du sang qui allait couler !

Certaines plus jeunes ont été mieux averties, par leur mère notamment.

Olivia : Elle m'explique tout. Parce que quand j'ai eu les règles j'ai dit « c'est quoi ça ? » Et ma mère, juste elle m'a dit c'est ... elle m'a expliqué, c'est comme ça.

Les règles ont une image particulière : elles sont tout d'abord un signe rassurant sur le bon fonctionnement de l'appareil reproductif. Quand le cycle menstruel habituel est perturbé, notamment par un moyen de contraception, il s'agit d'un signe d'alerte, d'inquiétude.

Pauline : Je pense que c'est quand même important d'avoir ses règles, de vider le sang, enfin même si ça fait mal, voilà, il faut quoi ! (...) Donc c'est pour ça que... pour moi, pour une femme, avoir ses règles c'est quand même un bon signe.

Héloïse décrit les règles comme quelque chose de sale, avec des termes très dépréciatifs. Si d'autres femmes utilisent des termes du registre de la saleté pour parler du corps féminin, elle est la seule qui l'exprime aussi directement :

Héloïse : Et y avait plein de sang, je trouve ça dégoûtant, et même y a une petite odeur, enfin c'est des règles, c'est personnel ! (...) C'est du sang qui sort, ça a une odeur, euh... (...) Ouais non, c'est sale. Ah c'est sale (fait la grimace)

Il existe également des incompréhensions sur le corps féminin. Les femmes ont une connaissance personnelle de leur corps, elles le décrivent avec des termes vagues. Cette connaissance partielle est fondée sur des savoirs profanes, des croyances, des informations parfois lapidaires de la part des médecins. Cela peut entraîner des images erronées des examens gynécologiques ou des risques.

Béatrice : Je me demandais pourquoi on faisait un frottis. Si c'était pour voir les dégâts les... non les saletés qui restaient dedans, je sais pas quoi ? Non ? (...) Pour regarder un petit peu ce qu'il y avait là-bas dedans.

Naïma: J'ai vu un autre gynécologue, il m'a expliqué : « votre gynécologue, il vous a fait un curetage, il vous a bouché les ... » ... je sais pas les... tous les trous qu'il sorte le sang... Moi je comprends pas !

Un des termes retrouvé plusieurs fois dans les entretiens est qu'il est important de « se connaître », de s'informer sur son corps. L'important pour les femmes qui ont ce discours n'est pas d'avoir une compréhension de l'anatomie et de la physiologie, mais de pouvoir « sentir » son fonctionnement normal et anormal, ce qui permet de garder le contrôle sur sa santé.

Céline : *Ben c'est important de savoir comment son corps il fonctionne. On habite dedans ! (...) Quand il se passe des trucs je le sens, c'est à l'intérieur de moi, je le sens !*

Felipa : *Je crois qu'en tant que femme, ben, on doit déjà se connaître ! Et à partir de là, bah, le corps il parle par lui-même. Donc il faut juste l'écouter !*

c. Sources d'informations

Un suivi gynécologique adapté, permet dans l'idéal la réduction des risques liés à la sexualité, une maîtrise de sa fécondité et une bonne connaissance de son corps. Cela nécessite un minimum d'éducation et d'information sur des sujets tel que l'anatomie féminine, le cycle hormonal, les règles, la sexualité et la contraception. Comment les femmes obtiennent-elles toutes ces informations ?

Il existe des cours d'éducation sexuelle au collège : Presque toutes les femmes ont reçu un enseignement scolaire minimum, en France ou à l'étranger. Cela peut être en cours de sciences par exemple, ou par le biais d'interventions extérieures. Il est parfois regretté que ces cours ne soient pas plus fréquents ou plus poussés, mais ils sont globalement assez peu décrits. Il s'agit plus d'une base de connaissances minimales que d'une réelle source d'informations.

Katia : *Ma maman qui ne m'a jamais expliqué tout ça ! (Rire) J'ai appris à l'école, seulement. A l'école voilà.*

Pauline : *Mais par exemple un truc tout bête, mais ce serait bien qu'à l'école, enfin je sais pas si c'est le bon cadre, qu'on apprenne aux élèves comment mettre un préservatif par exemple. Enfin ça peut être gênant j'imagine devant toute la classe de faire la démonstration ! Mais c'est des choses, euh, enfin j'ai appris avec mon copain quoi !*

Les femmes les plus informées, celles qui disent avoir le moins de tabous sur la sexualité, ont souvent une démarche personnelle d'auto-éducation. Celle-ci se fait largement sur internet, ou dans les livres. La recherche est décrite comme critique : les femmes consultent plusieurs sources, croisent les informations, choisissent les sites consultés avec

soin. Cela ne remplace pas un avis médical quand elles le pensent nécessaire, il s'agit plutôt d'une manière de maîtriser l'information. Internet leur permet une recherche précise, anonyme, qui pourra être vérifiée ensuite.

Denise : *Je vais sur internet. Et je regarde plusieurs forums, plusieurs sites, je reste pas sur un... Mon médecin, tellement j'y vais jamais, je crois qu'il me connaît même pas !*

Céline : *Je vais farfouiner sur internet. En évitant doctissimo qui fait peur ! (Rire) (...) Et en général j'essaye de recouper les informations. Pour euh...être sure. Ouais parce que... internet c'est un bon outil d'information et de communication, mais, pff, on trouve aussi des trucs qui sont complètement faux ou pas tout à fait justes !*

Le médecin reste une des sources d'informations les plus citées sur les questions gynécologiques : il est en général vu comme neutre et fiable. Pour beaucoup, le médecin généraliste ou la structure qui réalise le suivi gynécologique est le premier recours en cas de questions sur ces sujets. La recherche d'information peut elle-même motiver certaines consultations.

I. Et du coup si vous avez des questions qui vous viennent en rapport avec ça, en rapport avec la sexualité , où est-ce que vous cherchez les réponses ?

Julia : *Euh... ça m'arrive de regarder sur internet. Ou si c'est vraiment important, que ça concerne la santé, je pourrais en parler à mon gynécologue en fait. Voilà, parce que je sais que c'est plus important, et je sais que tout est anonyme.*

Emily : *Bah j'irais avec un gynécologue. (...) Euh, ou sinon, je demanderais à mon médecin.*

Näïma : *J'irais chez le généraliste ! Ouais. (..) C'est pas un problème. Je demande conseil à mon généraliste d'abord : est-ce que je dois voir mon gynéco, est ce que je dois voir avec vous... je marche toujours avec des orientations moi.*

Par ailleurs, le rôle des pairs comme source d'information se confirme dans les récits recueillis : les femmes de la famille, les sœurs ou les amies sont souvent des interlocuteurs privilégiés. Souvent, il s'agit d'une démarche de partage d'expérience avec des personnes de

confiance. Là aussi, la recherche d'information est critique : ce qui est dit par les pairs n'est pas toujours accepté d'emblée mais peut être discuté.

Marie : Oui avec les amies, les grandes sœurs du quartier, oui... On prend du vrai du faux ! Mais c'est comme ça qu'on a grandi. En fait, la personne va vous transmettre ce que lui il a, peut-être c'est du faux, mais quand même il vous transmet !

En résumé, les femmes s'informent sur ces questions par de multiples ressources qui sont complémentaires. Tout d'abord un savoir profane, transmis par la famille ou la communauté de vie est un socle important, qui peut être vecteur d'idées fausses. A cela s'ajoutent les savoirs basiques acquis pendant la scolarité. Les expériences de vie vont amener un apprentissage « sur le terrain », que certaines femmes cherchent à compléter par une information détaillée et critique, sur internet principalement. Les professionnels de santé restent des sources d'informations considérées comme importantes et fiables même si beaucoup de femmes « n'osent pas demander »

4. Influences liées au pays d'origine

Les femmes immigrées à l'âge adulte peuvent rencontrer diverses difficultés à leur arrivée en France qui sont autant d'obstacles à un suivi gynécologique satisfaisant : barrière linguistique, isolement, changement de système de santé et nécessité d'obtenir une couverture maladie. Quelles perceptions et recours aux soins gynécologiques préventifs et curatifs, les femmes immigrées en France avaient-elles lorsqu'elles étaient dans leur pays d'origine ? Comment ces perceptions influencent-elles le recours au soin en France ?

C'est Marie, originaire de la République Démocratique du Congo qui va le plus évoquer les différences avec la France. Elle les constate à la fois dans le type de rapport aux médecins, l'éducation sexuelle et l'accès aux consultations. Par exemple, la pilule était pour elle interdite aux femmes nullipares en Afrique. En France, elle demande un contraceptif alors qu'elle est nullipare, mais s'inquiète des potentiels effets indésirables, surtout sur sa fécondité.

Marie : Chez nous on ne donne pas ça ! On en donne pas chez des femmes qui n'ont pas encore accouché. Ils disent que si vous commencez à prendre ça, et après si vous voulez

avoir des enfants, si vous voulez concevoir, euh, ça complique. (...) Oui, ça me fait peur, parce que là, j'ai grandi avec ça dans ma tête, je ne peux pas prendre ça...

Deux femmes, Felipa, 35 ans, et Lilia, 61 ans, sont nées et ont grandi en Amérique du Sud, respectivement en Colombie et au Brésil. Elles n'ont toutefois pas des conceptions proches du suivi gynécologique, et décrivent des cultures familiales très différentes : Felipa décrit un contexte général plutôt ouvert, quand Lilia, elle, évoque une famille où on évite les sujets liés à la sexualité, ce qu'elle explique surtout par l'époque et le contexte religieux. C'est plutôt de cela dont vient le décalage culturel qu'elle ressent.

Felipa : Depuis très jeune âge on parlait de préservatif, d'anti-conceptive et tout ça. C'est normal aussi. C'est un pays qui est très exposé à ce genre de problèmes. Plus on parle mieux c'est.

Lilia : Malgré que c'est un pays, voilà, on parle, on n'a pas beaucoup de problèmes avec ça, mais bon. Dans ma famille c'est comme ça, très catholique, très... Mais j'ai pas beaucoup apprécié !

Lilia exprime aussi une nostalgie des dispositifs existant dans son pays pour l'accès au suivi gynécologique annuel, et qu'elle ne retrouve pas en France. Son milieu familial lui transmet à la fois des valeurs traditionnelles sur la sexualité et des normes conformes aux recommandations sanitaires : le suivi médical est valorisé.

Lilia: Mais chez moi on faisait ! (...) Dans toutes les quartiers, parce que moi je viens d'un quartier défavorisé, et là y avait ! C'est vraiment bien suivi ! Chaque année on faisait, pour toutes les femmes, on faisait ça et on était tranquille ! Et ba... ici, je ne fais pas.

Deux femmes, Naïma et Amina, sont originaires d'Algérie mais de milieux sociaux très différents. Ghania est née en France de parents algériens. Si Amina ne parle pas du contexte dans lequel elle a grandi, elle insiste sur les différences d'accès aux soins, et dans une moindre mesure sur certaines différences dans les pratiques acceptées en France et en Algérie.

Naïma et Ghania détaillent un peu plus les interdits et tabous qu'elles mettent en lien avec la religion. Ghania, qui a grandi en France, a ressenti un décalage important et rejette

fortement ces interdits moraux. Elle oppose la culture traditionnelle de ses parents qu'elle considère comme archaïque avec la modernité qu'elle associe au suivi gynécologique en France

Naïma : Nous là arabes, on est musulmans... On parle pas beaucoup. (...) Faut pas de contact avec les hommes ! C'est tout ce qu'elle nous dit, maman. La sexualité, tout, c'est la honte.

Ghania: Ba une famille musulmane en France, euh, ça veut dire que moi je suis prise entre deux... entre deux cultures en fait. (...) J'ai... du fait que mes parents sont musulmans, je me sentais comme dans une cage. (...) Et moi qui suis née, qui ai grandi ici, il est hors de question que je fasse ça à mes enfants !

Enfin, trois femmes sont originaires d'Europe de l'est : Julia est Russe, Katia Géorgienne et Olivia vient du Kosovo. Julia et Katia décrivent un système de valeurs traditionnel où on n'aborde peu les questions liées à la sexualité. Toutes trois gardent une réserve importante sur ces sujets.

*Julia : Parce que je suis grandie avec une mentalité un petit peu, comment dire, y a beaucoup de tabous. (...) Bon en France, on est quand même plus libre (Rire!) On apprend petit à petit que... Finalement c'est des choses utiles, enfin je veux dire que parler, c'est plus utile que cacher. **I. Et se défaire de cette mentalité, ça prend du temps, c'est ça ?** J. Ça prend du temps, oui ! Et voire, euh, se défaire complètement je pense que c'est impossible aussi !*

Finalement, il semble que les représentations sur la gynécologie et plus largement sur le corps féminin et la sexualité dépendent plus de système de valeurs familiaux que d'une origine géographique. Selon les pays, les influences traditionnelles ou religieuses peuvent être plus ou moins fortes, ce qui est tout à fait ressenti par les femmes après avoir émigré. Celles qui évoquent la religion ici le font pour aborder le poids qu'elle peut avoir en renforçant les interdits moraux ou les tabous autour de la sexualité, mais la plupart restent discrètes à ce sujet.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE IV : INFLUENCES SOCIALES

Les femmes en situation de précarité adaptent leurs discours sur le corps et la sexualité ainsi que leurs pratiques du suivi gynécologique au contexte familial, conjugal, économique, professionnel et géographique dans lequel elles se trouvent.

Les pairs et l'entourage familial peuvent être des sources d'information sur les questions liées à la gynécologie et à la sexualité, mais aussi avoir un effet positif ou négatif d'entraînement social. Les femmes les plus isolées socialement ont moins tendance à avoir un suivi régulier et à se préoccuper de leur santé sur ce point. La participation du conjoint sur le suivi gynécologique existe mais son influence est peu exprimée par les femmes.

La plupart des femmes de notre échantillon gardent de grandes incompréhensions et méconnaissances sur leur corps. L'entourage fournit un socle de connaissances et de savoirs profanes. Les médecins restent cités comme une des principales sources d'information sur la santé, mais l'apprentissage par ce biais est limité. Quelques femmes vont avoir une démarche active de documentation, principalement via internet.

Ce qui a été transmis par le milieu familial et souvent décrit comme un tabou sur la sexualité ou plus largement sur le corps féminin. Ce terme est à relativiser dans la mesure où il peut n'évoquer qu'une retenue à évoquer ces sujets publiquement, et les cantonne à une sphère privée ou intime.

Certaines femmes intériorisent ce tabou et gardent une réelle gêne autour de la sexualité, qui peut s'étendre à la gynécologie ; d'autres cherchent à s'en distancier et à être le plus ouvertes et le plus informées possible. L'origine géographique joue beaucoup moins sur cette attitude que le système de valeurs et la culture familiale.

V. Les freins à la consultation gynécologique

Nous avons vu que moins de la moitié des femmes interrogées ont un suivi gynécologique optimal, c'est à dire correspondant à la fois aux recommandations et à leurs attentes. Quelles sont les explications retrouvées dans leurs propos à ce manque de suivi ?

1. Frein financier

S'agissant d'une population en situation de précarité, une question se pose : le manque de ressources empêche-t-il le recours au suivi gynécologique ?

Nous constatons dans les propos recueillis que le coût des soins n'est réellement un frein que lorsque la personne doit avancer les frais. C'est le cas en l'absence d'une couverture santé, CMU, AME, permettant la dispense d'avance des frais liés aux soins. Certaines personnes auraient pourtant droit à ces dispositifs (CMU ou ACS) mais n'y recourent pas par méconnaissance ou par trop grande complexité administrative. Parmi les femmes interrogées, trois disent avoir renoncé à des soins gynécologiques ou à une contraception en France par manque de moyens :

Céline : Mais par contre j'ai été amenée à une période de ma vie à arrêter la pilule, pour raisons euh... financières. (...) Ben parce qu'en fait j'avais une pilule qui était pas prise en charge, je sais pas pourquoi, et du coup je pouvais pas.

Lilia : Maintenant je vois là c'est cinquante-six euros ! Mais moi je ne pourrais jamais payer ça ! (...) J'ai une mutuelle ma chérie, mais il faut avancer ! Aaah, avancer je peux pas moi... J'ai peur qu'ils rentrent le chèque.

Pour les femmes immigrées, le frein financier peut être fort dans leur pays d'origine si les soins gynécologiques n'y sont pas pris en charge par un dispositif public.

Amina : En Algérie, les gynécologues, les spécialistes, ils sont tous privés. Si tu n'as pas d'argent tu ne soigneras pas. Ici en France tu n'es pas pareil. Si tu n'as pas de papiers tu soigne ! Avec l'AME ! C'est ça ? Nous on a des papiers avec la CMU.

Marie : *Nous c'est payant. Il faut avoir l'argent pour payer*

Parfois les femmes n'essayent pas d'avoir recours à une consultation par un médecin libéral car elles sont chères, non remboursées ou sans avance des frais possibles. Certaines se tournent alors d'emblée vers des dispositifs pratiquant le tiers payant ou la gratuité (CPEF ou CES par exemple). Certains de ces dispositifs sont réservés aux seuls assurés sociaux, ce qui peut être un obstacle supplémentaire pour les non assurés sociaux, que nous n'avons pas rencontrés dans les entretiens.

Il est intéressant de noter l'approche de Pauline. Elle exprime l'idée qu'un gynécologue traitant, unique, serait un meilleur suivi : Le fait de régler les consultations garantirait une certaine qualité des soins. Ceci la rapprocherait du monde du suivi gynécologique « normal », libéral.

Pauline : *Enfin c'est bizarre hein ! Mais je me dis : Du fait de payer un gynécologue ça paraîtrait plus « sérieux » (...) Du fait que d'être au planning familial, ben c'est plus un suivi d'urgence en fait ! Et pas de... euh, normal ! (...) Je sais pas, c'est peut-être le fait de pas... de pas avoir à aligner le chèque quoi !*

Dans les entretiens, le niveau de précarité selon EPICES n'est pas directement en lien avec l'importance de frein financier. C'est plus généralement la question de l'accessibilité des soins, et pas seulement leur coût, qui se pose. En effet, aucune des femmes bénéficiant de la CMU ou l'AME n'a évoqué de frein financier à son suivi gynécologique en France. D'autres barrières expliquent aussi le manque d'accessibilité du suivi gynécologique, notamment ici le manque d'information sur les dispositifs existants, surtout pour des femmes isolées.

2. Peur de l'examen gynécologique

a. Pudeur et frein psychologique

Presque toutes les femmes l'évoquent : Les consultations de gynécologie touchent à l'intime : on s'y dénude, montre son sexe et même l'intérieur de celui-ci. Le médecin se retrouve très proche du corps, touche, « sent » et voit ce qui est d'habitude caché.

Dans les propos recueillis, on retrouve les termes de « *honte* », de « *timidité* », de « *gêne* » pour évoquer cette pudeur, cette rupture de l'intimité. Pour des femmes jeunes, isolées, ou immigrées, il n'est pas toujours facile de passer outre. Cela nécessite une préparation, un effort : la consultation a un coût psychologique.

Julia. Enfin, je suis assez timide... (...) Je me prépare dans ma tête on va dire ! (...) Avant c'est vrai que quand j'étais plus jeune, j'avais beaucoup du mal à aller chez le gynéco parce que... je, voilà j'avais honte, j'étais timide.

Romane. Je pense que c'est une question d'être pudique. (...) Pour l'instant j'ai pas envie de passer par là !

Pour décrire leur réaction à l'examen gynécologique, les femmes utilisent des termes qui renvoient à une perte de contrôle : « *peur* », « *blocage* », « *panique* ». L'examen est un moment de vulnérabilité. Accepter cette position de vulnérabilité est une démarche psychologique qui peut être lourde. Certaines vont pouvoir dépasser ce sentiment en ramenant la consultation dans son contexte purement médical, c'est à dire en identifiant le médecin à son rôle de professionnel. Les femmes peuvent aussi chercher à avoir un médecin de leur genre pour minimiser la gêne, mais cela est loin d'être systématique.

Lilia : Faut avoir quand même beaucoup de confiance ! Une personne que vous avez jamais vu, même si c'est une femme, même le médecin, parce que le médecin quand même c'est complètement neutre quand elle va nous... (...) C'est comme si... déshabiller l'âme ! Comme si on était vraiment tout tout nu, dans l'intérieur, et puis on a quand même peur de l'hygiène à cause des odeurs ... On a peur de tout quoi ! C'est gênant quand même !

Denise. C'est pas facile. (...). Je les vois mettre le gant, euh, pff... Je sais pas. Je panique. Et ils nous disent, hein ! « Respirez... prenez votre temps... contractez pas ». Ah je suis hyper contractée ! (...). Il me dit ce qu'il va faire ! Ça c'est important (...) Alors je suis contractée mais après, bon, ça va mieux je suis plus à l'aise.

Romane : Ba déjà avec une femme je suis bloquée, alors si c'est un homme c'est encore pire !

Pour résumer, il existe quelques femmes pour lesquelles l'examen gynécologique est réellement une épreuve qui peut parfois les décourager de se faire suivre. On remarque cependant qu'il n'entraîne une répulsion franche que pour cinq des femmes interrogées. L'examen a pour elle un coût psychologique important. Pour les autres, même si il est le plus souvent décrit négativement, ce n'est pas un frein à la consultation.

b. Douleur et inconfort

L'examen gynécologique est raconté par les femmes comme un moment désagréable, voire douloureux. Cela n'est pas toujours un obstacle au suivi mais peut le devenir, si l'inconfort ou la douleur de l'examen ne sont pas compensés par un bénéfice ressenti, préventif ou curatif. Parfois, ce sont uniquement certains gestes qui ont été mal vécus car douloureux : la pose d'un DIU par exemple. Cela va influencer sur le suivi dans la mesure où la personne cherchera ensuite à éviter le plus possible ces gestes invasifs.

Felipa : Ah oui ça fait mal ! Ah j'aime pas. Rrr. Non. C'est le truc là, je sais pas comment ça s'appelle (fait un geste de pince avec les doigts). Ah non ça fait trop mal.

Ghania : L'implant bah (...) pour l'enlever ça a été TRES douloureux. Elle a commencé par les ciseaux, la pince. (...) Le stérilet, pareil, il s'est coincé dans les... les chairs je crois qu'elle avait dit (...) Elle triturait l'intérieur. Ça a été, pareil, douloureux ! (Rire)

Dans plusieurs entretiens, l'inconfort est minimisé par les femmes. C'est un mauvais moment à passer mais « *il faut le faire* ». L'examen est supporté car vu comme nécessaire, ou même obligatoire. Le ressenti de la personne sur le moment est alors considéré comme secondaire.

Céline : C'est quand même dommage euh... de risquer d'attraper un cancer du col de l'utérus parce qu'on veut pas aller faire un frottis (...) Je sais que c'est pas agréable mais euh... De toute façon il faut le faire, et puis voilà quoi.

Béatrice : T'façon... fallait que j'y fasse, alors, j'avais pas le choix. C'est désagréable d'accord, m'enfin, si il faut passer par là pour y faire, j'vais y faire.

Il faut également citer les quelques femmes pour lesquelles l'examen gynécologique est vécu plutôt positivement. Pour ces dernières, il s'agit d'une réassurance importante sur leur état de santé. L'inconfort ou la gêne ressentis sont facilement dépassés par les bénéfices perçus de l'examen : Il s'agit d'un moment important et nécessaire. Il peut exister dans le même temps un inconfort et une gêne, mais qui ne deviennent pas des freins à la consultation.

Denise : Le seul contact médical ! J'étais contente, quand y avait tous les cinq ans! Oh ! Je vais faire le tour de ma santé ! (...) voilà je m'accrochais à quelque chose !

Marie : Ici ils m'ont fait le toucher, ils m'ont pris le frottis, ils m'ont demandé l'échographie (...) C'était bien. J'aime ça ! (...) en fait j'aime bien connaître mon état de santé.

3. Expériences négatives

a. Liées à la consultation.

La consultation gynécologique est donc un moment très particulier. Parfois, ces consultations peuvent mal se passer. Quelques femmes interrogées ici décrivent des situations de maltraitance médicales, ou qui ont été vécues comme telles. Pour deux d'entre elles, cela va conduire à un abandon du suivi gynécologique. Emily décrit une confiance altérée envers les médecins suite à un long parcours médical, avec une mauvaise information et une attitude brutale d'un médecin. Lilia évite les gynécologues après s'être sentie jugée et discriminée, et après un examen particulièrement douloureux.

Emily : Pendant plus d'un an, je croyais que j'étais en train de développer un cancer. (...) Et le médecin que j'ai vu... Excuse-moi l'expression mais c'était un vrai connard.

Lilia : Je suis en France, je pourrais être suivie mais non, je ne veux pas. (...) Oui bah j'ai eu cette... elle était (...) Comme j'avais un accent, elle a dit « Je ne veux pas que votre mari soit là », parce que mon mari est un peu basané ! (rire). (...) Et elle a touché cette petite chose qui avait... mais ça faisait une douleur immense ! (...) à partir de là j'ai braqué quoi !

Dans une moindre mesure, plusieurs femmes déplorent le manque de communication ou l'attitude froide d'un ou plusieurs praticiens. Cela peut motiver un changement de médecin mais ne compromet pas la poursuite d'un suivi dans la plupart des entretiens. Par exemple, Céline s'est sentie jugée lors de son parcours d'IVG à la suite d'un viol, à la fois par son médecin généraliste puis par l'échographiste. Pour elle cela ne remettra pas en cause son suivi gynécologique, mais elle arrêtera de le faire avec ce médecin.

b. Liées aux antécédents médicaux.

Certaines des enquêtées ont vécu un parcours marqué par un recours médical très fréquent, par exemple dans le suivi d'une pathologie gynécologique chronique. Ces antécédents médicaux vont selon les situations être un obstacle au suivi médical ou au contraire le renforcer.

Le suivi peut avoir été vécu comme excessif, disproportionné par rapport au besoin ressenti. Dans ce cas, la réaction des femmes peut être de se distancier du monde médical, pour éviter cette médicalisation vécue comme envahissante. C'est le cas particulièrement d'Emily, qui a vécu une période d'errance médicale dans le diagnostic d'une lésion vulvaire. Ces recours multiples lui ont donné conscience des limites de ce système. Actuellement, elle ne recherche plus de suivi, et dit ne vouloir se faire suivre qu'en cas de symptômes ou de grossesse. Elle évite le recours gynécologique.

Emily: J'ai un lichen. Et ça m'a pris un an, un an et demi pour savoir ce que j'avais. Je suis allée à plusieurs endroits, personne ne savait ce que c'était !

A l'inverse, le fait de se sentir vulnérable par l'expérience d'une maladie dans le passé peut être une des motivations à un suivi régulier si la relation médecin-patiente est positive.

Pour donner quelques exemples :

Katia se sent particulièrement à risque du fait d'un problème vasculaire pelvien :

*Il y a une grosse veine que je manque, euh, une grosse varicose sur mon... ovaire ? (...)
Et pour ça, souvent je fais le ... suivi. Ça c'est gynécologue qui m'a trouvé.*

Céline décrit des mycoses répétées, qu'elle interprète comme une fragilité personnelle :

« *J'ai toujours été hyper fragile à ce niveau-là* ». Un recours médical lui semble de ce fait indispensable.

Naïma est suivie en France pour un cancer du sein. La peur de la maladie en général, et du cancer en particulier dont elle a eu l'expérience alimentent le sentiment d'importance du suivi gynécologique.

4. Circonstances de vie

Nous avons vu dans quelques cas que le vécu des consultations peut avoir une réelle influence sur le suivi ultérieur des femmes. Cependant, même quand celles-ci se passent pour le mieux, les circonstances de vie des femmes peuvent empêcher le recours aux soins. Des femmes décrivent ici un découragement vis-à-vis de leur suivi médical en général quand elles traversent une période de chômage, d'isolement ou de difficultés familiales par exemple. Cela concerne les soins gynécologiques, qui en l'absence de symptômes ne sont plus considérés comme prioritaires.

Dans ces situations, ce n'est pas l'utilité du suivi qui est remise en cause, mais la simple possibilité de prendre du temps, parfois de l'argent, et également des ressources psychiques. Penser au frottis, prendre rendez-vous à l'avance, se préparer à l'examen : Tout cela devient difficile. Le quotidien est prioritaire, et les seuls soins réalisés sont ceux de l'urgence, ou du curatif.

Denise : Euh, avant quand je travaillais, j'allais chez le gynécologue tous les ans, pour me faire mon frottis. Depuis que je travaille plus, je le fais plus tous les ans, j'attends (...) C'est pas que j'ai pas le temps mais j'ai plus le moral, j'ai plus le... L'envie d'y aller. J'ai baissé les bras en fait. Peut-être que euh... quand on est en précarité, on est moins motivé à aller voir le médecin.

Emily : Ben là il faudrait que j'aille voir quelqu'un. Que je me motive pour aller voir quelqu'un. (...) Mais j'ai eu tellement d'autres problèmes que ça , ça a pris... euh... comme y avait rien qui me sortait à dire : Tiens, faut y aller, faut y aller, ça c'est... plus bas dans ma liste des priorités quoi.

Lilia: *On garde beaucoup de choses avec pour l'argent, hein ! On ne peut pas, on ne peut pas ! Ya des autres priorités, tant qu'on marche ! (...) Ma priorité c'est de me, pffff, ... M'en sortir. Je sais pas si je peux m'en sortir à 61 ans. Mais bon ma priorité c'est de sortir déjà des restos du cœur.*

Ces situations sont assez peu fréquentes dans les entretiens, et peuvent être temporaires, mais sont un frein très important au suivi gynécologique.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE V : LES FREINS À LA CONSULTATION

Dès lors qu'un recours gynécologique est perçu comme utile d'autres freins à la consultation gynécologique peuvent être identifiés :

- Le frein financier est réel lorsque que les frais ne sont pas entièrement pris en charge, ou que la patiente doit avancer une partie du coût des soins. C'est le cas pour les femmes ne bénéficiant pas de la CMU ou de l'AME ou pour celles suivies dans un pays sans ces dispositifs.
- Les freins liés à l'examen gynécologique peuvent être de plusieurs ordres. Le principal est la pudeur, qui est mise à l'épreuve par l'examen gynécologique. Cet examen peut également générer douleur et inconfort, suffisamment pour dissuader certaines femmes de consulter. Enfin, une mauvaise expérience avec un médecin considéré comme brutal, discriminant ou jugeant est une autre raison possible d'interrompre le suivi.
- Les freins liés à des circonstances de vie difficiles : difficultés financières ou familiales, chômage, maladie... sont des raisons données pour temporiser le suivi. Son utilité n'est pas forcément remise en cause mais la priorité n'est alors plus à l'attention à la santé génitale, encore moins préventive.

VI. Attentes envers le praticien

Nous avons vu que les motivations à la consultation gynécologique sont multiples et que le recours à un suivi gynécologique est variable. Toutefois, toutes les femmes interrogées ont rencontré occasionnellement ou régulièrement un médecin avec une demande gynécologique. Nous pouvons alors nous demander ce qui détermine le choix des praticiens vers qui elles se tournent, et quelles sont les attentes envers ces derniers

Dans le *Tableau 3* sont indiqué le lieu et le type de suivi de chacune :

Nom	Suivi régulier	Lieu de suivi gynécologique	Praticien de 1er recours en gynécologie
Amina	non	CPEF	Gynécologue
Béatrice	non	Cabinet libéral	Généraliste
Héloïse	non	Aucun	Aucun
Lilia	non	Aucun	Aucun
Emily	non	Aucun	Aucun
Felipa	non	Aucun	Aucun
Marie	non	CPEF	Gynécologue
Romane	non	Cabinet libéral	Généraliste
Ghania	oui	Cabinet libéral	Généraliste
Céline	oui	CPEF	Gynécologue
Denise	oui	CES	Gynécologue
Julia	oui	Cabinet libéral	Gynécologue
Katia	oui	Cabinet libéral	Gynécologue
Naima	oui	Hopital	Généraliste
Olivia	oui	Cabinet libéral	Généraliste
Pauline	oui	CPEF	Gynécologue

1. Choix du praticien

Ce sont le plus souvent des raisons pratiques qui vont au départ déterminer le lieu du suivi gynécologique : proximité géographique, facilité d'accès, gratuité. Si le contact avec le praticien est considéré comme satisfaisant, le lieu de suivi est en général toujours le même par la suite. Les changements de médecins sont expliqués plutôt par des changements de lieux de résidence ou des changements de situation, plus rarement par une mauvaise expérience avec un médecin.

Les femmes qui ont une demande de suivi régulier ici réussissent à trouver un gynécologue ou une structure prodiguant ce suivi. Cela peut aussi être le médecin traitant, déjà connu, parfois plus accessible avec des délais de rendez-vous moins importants, ou un médecin généraliste différent, proposant spécifiquement des consultations gynécologiques.

Ghania : J'ai regardé sur internet « gynécologue » à Villeurbanne (..). Et j'ai su qu'après qu'en fait c'était un généraliste qui donnait des consultations.

Romane : J'irai chez mon médecin généraliste. (...) Après je la connais au moins, c'est elle qui m'a donné les premiers... comme la pilule, les premiers trucs. Autant que ce soit elle jusqu'au bout.

Le médecin pour la gynécologie peut être initialement choisi par recommandations de proches, puis gardé comme médecin référent. Dans le cas le plus fréquent, il s'agit du gynécologue de la mère qui devient celui de la fille. Certaines femmes essayent de s'en détacher, par crainte d'une perte d'anonymat, ou par une volonté d'émancipation vis-à-vis de leur mère :

Denise: C'est au planning familial que j'ai obtenu la pilule. Et pas chez le gynécologue ! (...) Parce que j'avais peur que ça fasse une relation avec ma mère. C'était le même gynécologue que ma mère. Je savais où elle allait, et j'y suis allée.

Céline: Le premier frottis que j'ai fait, je l'ai fait en planning familial ! Pas par la gynéco de ma mère ! (...) Pour pas que ma mère elle mette son nez dans mes affaires.

Dans d'autres cas, les critères de choix peuvent être liés à la réputation ou à la compétence estimée du médecin. Pour certaines femmes, c'est la formation spécifique du gynécologue (ses diplômes) qui déterminent cette compétence.

Julia : Le gynécologue c'est plus précis. Elle peut détecter des choses que le généraliste détectera pas forcément.

Naïma : C'est l'ami intime de ma cousine, il est major de promo. Et en plus il a fait ses études en Europe. (...) Elle m'a dit : « Il faut voir. Il faut faire confiance au Dr B. »

Pour les femmes qui ont choisi le CPEF, ce sont à la fois des raisons pratiques et relationnelles qui sont mises en avant. Cette structure avec différents médecins implique un relatif anonymat, qui permet de ne pas se sentir jugée par le praticien. L'accès gratuit et sans conditions est aussi valorisé par les deux femmes qui ont fait ce choix.

Pauline. I. *Qu'est-ce que vous venez chercher ici, au planning familial ?*

P. Euh, des informations, des renseignements... un p'tit peu l'anonymat aussi ! Je veux dire pas avoir toujours le même médecin, qui peut au fur à mesure se faire un avis sur la personne. Et euh... j'ai l'impression que c'est accessible à tout le monde ... t'as pas besoin de te dire : « Bon bah, faut que j'économise pendant 3 mois pour payer ». Aussi j'ai l'impression que y a plus de neutralité. (...) Ouais ! J'me sens plus à l'aise !

Il faut toutefois signaler que plusieurs femmes n'ont pas décidé elles-mêmes du lieu de suivi, mais ont d'abord été orientées par les intervenants médicaux ou sociaux. Il leur est alors plus facile de conserver le même cadre, même lorsque la situation change. C'est le cas particulièrement des femmes immigrées, à leur arrivée en France.

Olivia : Mon médecin généraliste, Dr B (...) quand j'étais là-bas, l'autre foyer à Bron, c'est eux qui ont choisi. Maintenant je change pas. Je pars toujours là-bas.

Par ailleurs, plusieurs femmes choisissent de ne pas recourir à un suivi gynécologique régulier : Elles n'ont pas de gynécologue et ne cherchent pas à en rencontrer. Elles rapportent que leur médecin généraliste, quand elles en ont un, ne s'occupe pas de ces questions ce qui serait accepté. Le médecin généraliste n'est pas ici considéré comme un recours possible pour le suivi gynécologique.

Aucune femme n'a évoqué la possibilité d'être suivie par une sage-femme en dehors de la grossesse.

2. Genre du praticien

Pour le suivi médical de la femme, touchant à l'intimité, nous constatons que genre du praticien peut avoir une importance dans le choix des patientes.

Il s'avère que dans les récits, la majorité des femmes sont suivies indifféremment par des hommes ou des femmes au cours de leur vie. Lorsque la question est spécifiquement

abordée, elles disent ne pas accorder d'importance au genre du praticien, aussi longtemps que les autres attentes sont satisfaites.

Naïma : I. Ca fait quoi que ce soit un homme ? N. Ah, pour moi c'est pareil !

Ghania : Pas de souci hein ! ... Peu m'importe que ce soit un homme ou une femme.

Deux femmes disent préférer un gynécologue homme. Cela semble être suite à des expériences plutôt négatives avec des praticiens femmes ou plutôt positives avec des hommes. La confiance est pour elles plus facilement accordée à un homme, qui serait plus facilement perçu comme compétent.

Denise : Je voulais un homme ! Je sais pas pourquoi ! (...) Toujours ! Et au bilan de santé comme par hasard, c'était un homme. Je sais pas pourquoi mais je préfère.

Lilia : Moi j'aurais cherché plutôt un monsieur ! Parce que peut-être que je me sentrais plus en sécurité en tant que... l'homme, il sera plus euh, délicat ! (...) Peut-être que les femmes (...) on n'a pas la même sensibilité, on pourrait être différentes... Moi j'ai toujours eu à faire à des gynécos, des hommes, ça s'est mieux passé ! Ils laissent les dames plus à l'aise quoi. (Rire)

Quatre des femmes interrogées disent préférer être suivies par une femme. Elles invoquent surtout des raisons de pudeur, se disent moins gênées pendant l'examen gynécologique. En effet, le médecin gynécologue est pendant l'examen dans une position de pouvoir. Lorsqu'il s'agit d'un homme, ce pouvoir médical ajouté au pouvoir masculin entraîne certaines femmes à se sentir exposées à un risque de violence sexuelle. Ceci n'est clairement nommé que par Pauline.

Pauline. C'est peut être un petit peu bizarre de dire ça mais j'ai l'impression qu'avec un homme ce serait plus pervers en fait (...) Enfin je sais pas avec un homme, euh, peut-être que ça va loin dans la pensée mais je peux toujours me dire qu'il peut essayer de me faire quelque chose il peut sortir des cadres, des limites de son travail (...) je préfère vraiment que ce soit une dame.

Pour certaines ce risque est écarté par le recours à une femme gynécologue, qui serait plus à même de comprendre la vulnérabilité qu'entraîne l'examen clinique. La relation de proximité est plus facile avec ce partage implicite d'expérience.

Julia : Pour moi je préfère une femme parce que... Enfin elle sait de quoi on parle, de quoi on vit, parce que forcément, elle a vécu un peu la même chose.

En résumé, la confiance dans les compétences et dans l'éthique professionnelle permet à la plupart des femmes d'être suivies indifféremment par des hommes ou des femmes. Pour certaines, la perception de compétences relationnelles masculines ou à l'inverse d'un risque d'agression par un praticien, ou la représentation d'une expérience commune avec une praticienne vont les amener à choisir le genre de la personne qui fera leur examen gynécologique

3. Critères d'accessibilité

Pour que les femmes puissent avoir un suivi gynécologique, il faut d'abord qu'il leur soit accessible en pratique. Le choix du lieu de suivi va en partie se déterminer sur ces critères.

L'accessibilité peut être géographique : Lieu de suivi proche du domicile, avec des temps de trajets permettant de s'y rendre facilement. Cette limite est finalement peu évoquée.

Ghania : Euh, j'ai choisi un médecin pas trop loin de chez moi.

Lilia : Dites-moi où je trouve un gynéco ici ? Y en pas dans mon quartier ! A Villeurbanne, hein, dans ce périmètre ici, y en pas un !

L'accessibilité est aussi temporelle : le délai de rendez-vous peut décourager d'avoir un suivi libéral par un gynécologue. Le fait d'avoir la possibilité de consulter rapidement en cas d'urgence, d'inquiétude, est également mis en avant. C'est la disponibilité du praticien qui fait l'accessibilité.

Céline : *Le délai d'attente pour un RDV en planning familial c'est un mois, et c'est jamais ça chez un gynéco, euh...libéral. (...) Et venir en urgence au planning familial ça pose pas de souci !*

Katia : *Si j'ai des problèmes, par exemple des fois j'ai... j'ai perdu beaucoup de sang. Quand j'ai mes règles. J'appelle, son secrétariat, toujours elle m'appelle le soir.*

Un lieu de suivi doit être accessible sur le plan financier : Si les soins gynécologiques ne sont pas pris en charge, alors ils ne sont pas accessibles aux femmes précaires. Chez les médecins libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes la dispense de frais n'est pas faite. Si les structures alternatives où le tiers payant intégral est possible ne sont pas connues, cela peut empêcher tout suivi.

Pauline : *Les raisons pour lesquelles je n'ai pas de gynécologue, j pense que c'est un p'tit peu cher quand même. Pas remboursé par la sécu ou quoi. Donc euh, ouais je préfère me tourner vers le planning familial.*

Denise : *Je vais au bilan de santé, vous savez c'est gratuit tous les cinq ans.(...) Et puis comme là en ce moment j'ai pas de mutuelle, alors ça coince un peu alors j'attends...*

Enfin, la barrière linguistique est une limite certaine à l'accessibilité. Certaines femmes immigrées ne peuvent pas consulter seules et doivent avoir recours à un interprète, chercher un médecin parlant leur langue ou différer leur suivi.

Emily : *Ouais, la première fois c'était, euh, c'était un peu difficile. (...) Faut dire que j'ai pris 6 mois avant d'oser aller chez le médecin. Parce que je parlais pas très bien le français. Du tout. Je cherchais tous les mots que je voulais dans le dictionnaire.*

Julia : *J'ai eu toujours les filles qui traduisaient en fait ! (...) Mais c'est vrai que, voilà, parfois on peut soit ne pas comprendre, soit être mal interprétée en fait. C'est très délicat euh... les rendez-vous chez le gynéco ou voilà. Oui c'est dur quand même, c'est très dur quand on parle pas... Et faire passer le message par une autre personne c'est pas facile non plus, quand c'est des choses... intimes comme ça.*

4. Attentes relationnelles

Une fois faite la rencontre avec le praticien, des attentes multiples et précises sont exprimées sur le comportement et les actes de ce dernier. Ici, la majorité des femmes sont satisfaites de la relation avec leur médecin. Quand des expériences négatives ont eu lieu, elles ont motivé un changement de médecin ou de lieu de soin.

Il existe tout d'abord des attentes envers les compétences : ce qu'on pourrait appeler le professionnalisme. Des connaissances précises et une attitude sérieuse sont espérées :

Emily : Moi j'aime quelqu'un, déjà, qui est propre. Qui est... minutieux. Qui prend son travail au sérieux.

Ghania : Ba déjà qu'il fasse bien son travail. Qu'il donne toutes les recommandations nécessaires.

Sur le plan relationnel, les femmes interrogées attendent des médecins une attitude chaleureuse ou amicale, qui « met à l'aise ». C'est ce terme qui est le plus souvent employé. Lors de l'examen gynécologique qui est souvent un moment gênant et parfois angoissant, elles sont mises à l'aise par des explications sur les gestes pratiqués, des mots rassurants.

Denise : Puis il m'explique. Il me dit, au fur à mesure il m'explique, il me dit « là vous avez rien, là je touche ça ». Enfin avec leurs mots à eux, hein. Et puis quand il me dit « Tout va bien là » (...) Il m'a mis vraiment à l'aise. C'est ça qui est important.

Pauline : Mais après je trouve quand même les gynécologues elles mettent bien à l'aise ! Elles te parlent, voilà, elles te disent comment ça va se passer donc... voilà.

Plusieurs relatent au contraire des expériences négatives avec des médecins froids ou brutaux, qui peuvent alors décourager le suivi.

Emily : La femme que je disais que je l'aime pas, c'est parce qu'elle est pas sympa ! Elle est désagréable. Elle coupe la parole ! Et elle est brusque ... Elle est méchante.

La plupart des femmes expriment aussi une forte demande d'information vis à vis de leur médecin : C'est d'abord une information sur leur santé (Quelle diagnostic ? Quels risques ?), mais aussi une information plus générale : sur les différentes méthodes de contraception par exemple, ou les facteurs de risque d'IST. Selon elles, l'information donnée devrait être franche et directe. Par exemple, pour Emily, le partage de l'information vient compenser l'asymétrie de la relation médecin-patient :

Emily : Il m'informe de tous les détails. En détail ! J'aime pas qu'on me traite comme si je, comme si j'étais bête ! (Rire) Parce que je le suis pas !

Plusieurs femmes disent ne pas oser poser de questions au médecin, en particulier en gynécologie, et attendent que le médecin explique ce qu'il fait sans avoir à le demander. Le médecin doit pouvoir aborder les sujets sans gêne, de façon neutre et professionnelle. Il doit également être capable de recevoir toutes les confidences de façon neutre et non jugeante.

Ghania : J'attends de lui qu'il n'y ait pas de sujet tabou. Euh... Moi je pense qu'un médecin ça doit être quelqu'un d'ouvert.

Denise : Et puis je posais jamais de questions au gynécologue. (...) Quand j'ai eu le petit truc qu'il m'avait brûlé je sais pas ce que c'était hein ! Alors là j'ai eu peur. Et euh... Je posais même pas de questions.

Pour être utile, l'information doit être exposée clairement : Beaucoup valorisent un médecin qui s'exprime dans des termes simples et bannit le jargon médical. La communication est essentielle pour la bonne relation avec le praticien.

Héloïse. Elle explique avec des mots que je peux comprendre, pas des mots de la langue, euh, de la médecine des fois tu comprends pas, ils disent des trucs tu comprends rien, tu dis « oui oui », on comprend rien du tout !

Un autre point important est l'attention à l'égard de la patiente : les femmes souhaitent ici que le médecin prenne le temps, s'intéresse à elles. Un praticien perçu comme proche, qui répond aux demandes, est valorisé. Au contraire, un médecin pressé est perçu comme quelqu'un de peu fiable, indifférent ou désagréable.

Le médecin peut être perçu comme proche par son attitude ou par son expérience non professionnelle en tant que femme, ou en tant que parent.

Julia : Euh, le comportement, bah, c'est vrai que j'aime bien : comportement chaleureux, familial on va dire ! (...) Pour moi c'est très important qu'un médecin, un gynécologue ou même un généraliste, voilà qu'il est à mon écoute, qu'il prenne le temps pour euh... pour m'écouter, pour comprendre mes soucis, si jamais...

Felipa : Aussi lui il est un papa donc... ça fait aussi un lien. Qu'il comprenne mon point de vue aussi. Il a vraiment respecté tout ce que j'avais dit. Il était vraiment... Trop bien.

Ces attentes sur la relation médecin - patiente sont exprimées pour les consultations qui se passent en France. Les femmes n'ont pas toujours le même type de rapport avec leurs médecins selon les pays. Certaines ont été habituées à un modèle de consultation plus paternaliste avec un « médecin savant ». Ceci n'est pas forcément dévalorisé et certaines femmes peuvent se sentir sécurisées par une telle approche.

Marie décrit au Congo des consultations plus standardisées, moins personnalisées. Amina fait le même type de constat pour les médecins vus en Algérie, dont elle trouve qu'ils lui portent trop peu d'attention au contraire de son expérience très récente en France.

Marie : Ah, oui, le médecin elle est gentille. Bon en fait, si je compare par rapport aux médecins du Congo, Mme P est très gentille ! En fait elle me laisse le temps de m'exprimer, de m'écouter, et c'est ça.

Pour résumer, les femmes expriment des attentes envers les praticiens faisant le suivi gynécologique, comme envers l'ensemble des médecins. Celles-ci concernent les compétences médicales et pratiques mais avant tout les capacités de communication et d'information. La demande d'explications compréhensibles est très forte, ainsi qu'une attitude générale bienveillante et neutre.

5. Relations de confiance et relations de défiance

Dans la plupart des cas, les femmes réalisent leurs examens et leur suivi gynécologique toujours au même endroit, avec le même médecin. Il s'établit alors souvent une relation de confiance avec le praticien. Plusieurs types de relation médecin-malade sont retrouvés.

- Les relations construites sur la confiance peuvent être de deux ordres :

- La confiance peut être assurée : c'est à dire d'emblée acquise aux médecins, quel que soit le comportement de ces derniers. C'est le cas pour des femmes qui ont ce qui a été appelé plus haut un recours systématique au suivi gynécologique. Cette confiance peut être de l'ordre de l'habitude d'une médecine paternaliste. Plusieurs femmes décrivent ainsi une confiance dans l'autorité médicale en tant que telle. Celles-ci n'expriment pas d'attentes relationnelles envers leur médecin.

Béatrice : Je fais confiance à mon médecin moi. T'façon... (...) Moi c'est le médecin qui m'avais dit d'y faire, ma foi moi. (...) Je suis pas contrariante ! J'écoute tout moi, je fais tout ! Tout ce qu'on me dit je le fais !

Naïma : Un médecin qui se présente, je lui fais confiance ! Je suis comme ça. Même les médecins qui sont en dernière année, ils ont pas terminé et tout. Moi, je sais pas, je leur fais confiance. Je suis comme ça. Je fais confiance à tous les médecins.

- La confiance envers le médecin peut aussi être décidée : construite sur une relation positive. C'est le cas le plus fréquent. Les femmes expriment implicitement des attentes envers le médecin et quand celles-ci leur semblent satisfaites, elles accordent leur confiance, parfois sans réserves. C'est particulièrement le cas quand la relation médecin-malade est prolongée sur de nombreuses années ou renforcée par certains événements de vie.

Katia : Euh, bah là, déjà j'ai choisi un bon gynécologue. Comme ça je suis très contente de elle ! (...). Elle m'a suivi et elle m'a fait du bon traitement, voilà, depuis ça je crois beaucoup ! Je suis très rapprochée de elle !

- Symétriquement, certaines femmes, plus rares, n'accordent pas leur confiance à un médecin ou se méfient du monde médical ; ce sont en général les femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique. Là aussi, deux types de représentations sont observés.

- Soit la méfiance envers les médecins est systématique, et peut être qualifiée de défiance. Ce mot, plus fort, exprime un rejet d'emblée, avant même d'entrer en contact avec le médecin. Si ce contact a lieu, il peut finalement être satisfaisant. Ce sont les deux femmes décrites en rejet de la norme médicale dans notre typologie du recours aux soins gynécologique.

Héloïse : Le médecin il est censé être là pour nous soigner, pas pour nous brûler à petit feu en fait. (...) En fait moi je leur fais pas confiance moi ! Ouais non. Ils sont tous biens gentils, mais je leur fais pas confiance.

- Soit le rejet envers les médecins n'est pas généralisé, mais une ou plusieurs expériences négatives avec des praticiens, en particulier pour ce qui est des soins gynécologiques, va entraîner une méfiance voire un évitement du suivi gynécologique : C'est le cas de deux femmes de notre échantillon : Lilia et Emily.

Lilia : Avec mon mari, et on a du contacter une... un médecin. Mais je la trouvais... euh... très brutale ! Et puis à partir de ce moment je me suis braquée. Cette occasion-là, j'ai arrêté d'y aller.

Pour résumer, que ce soit sur le versant positif ou négatif, les femmes peuvent déterminer leur confiance envers les médecins de deux manières : a priori (« Je leur fais confiance » ou « Je ne leur fais pas confiance ») ; ou a posteriori, en fonctions des expériences positive ou négatives vécues.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE VI : ATTENTES ENVERS LE PRATICIEN

Les femmes qui ont un suivi gynécologique sont plutôt attachées au médecin qui le réalise, et en changent peu. Le choix dépend d'abord de critères d'accessibilité plus ou moins importants selon les personnes : accessibilité géographique, disponibilité en urgence, accessibilité financière et linguistique.

Les femmes acceptent plutôt facilement d'être suivies par un médecin généraliste, lorsqu'elles ont connaissance que cela est possible. Certaines femmes se tournent vers des structures comme les centres de planification et d'éducation familiale, où elles recherchent un anonymat en plus de l'accès facile.

Les attentes envers le praticien sont avant tout relationnelles. Il existe une forte demande d'informations, complètes et compréhensibles, et d'attitude générale attentive et bienveillante. Le médecin ou le gynécologue doit « mettre à l'aise ». Plusieurs femmes n'osent pas poser de questions et attendent que les explications soient à l'initiative du médecin.

La confiance envers les médecins en général, et les praticiens de gynécologie en particulier, dépend à la fois des représentations « a priori » positives ou négatives du monde médical en amont, puis des rencontres avec des praticiens. La relation médecin-patiente va donc se construire différemment selon les personnes et leurs attentes envers le monde médical.

RÉSUMÉ GLOBAL DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

La situation des femmes interrogées est trop diverse pour tenter d'en faire un tableau unique et cohérent. Pourtant, l'analyse des entretiens réalisée permet de retrouver des schémas communs. Il est possible d'identifier plusieurs grands types de représentations et d'attitudes vis-à-vis du suivi gynécologique :

- Quelques femmes vont éviter le recours gynécologique, en raison d'une méfiance globale envers le monde médical mais aussi de freins importants à la consultation. Entrent en jeu à la fois des limites pratiques d'accès à la consultation, surtout pour les personnes isolées ou sans couverture sociale ; et à la fois des limites culturelles et psychologiques liées à la pudeur mais particulièrement au fait que le besoin de suivi et de prévention n'est simplement pas perçu.

- Le plus souvent, les femmes cherchent à obtenir et continuer un suivi. La demande de prévention existe et est un des moteurs de la demande de soins, quoique les risques perçus soient souvent identifiés de façon imprécise ou parcellaire. Les femmes cherchent à prendre soin de leur santé et de leur fertilité de façon globale, et font pour cela le plus souvent confiance aux médecins.

- Le moment de la consultation gynécologique est particulier et souvent inconfortable. Elle fait l'objet d'attentes spécifiques de la part des femmes. Il s'agit surtout d'une demande d'information claire et compréhensibles et d'attitude neutre et apaisante du médecin.

Ainsi, la plupart des femmes interrogées ici ont les soins qu'elles souhaitent en matière de gynécologie. Si un grand nombre se méfient de la contraception, si beaucoup ont été confrontées à des grossesses non prévues, si certaines restent éloignées des recommandations, ce n'est que peu ici par un défaut d'accès mais plutôt lié à une absence de demande. Il existe des méconnaissances de femmes sur leur propre corps et sur l'utilité exacte d'un suivi gynécologique adapté.

DISCUSSION

I. Forces et limites et de l'étude

1. Originalité

Peu d'études qualitatives ont été réalisées sur les perceptions de femmes en situation, de précarité sur leur suivi gynécologique.

Ce travail permet de compléter des enquêtes épidémiologiques qui retrouvent un lien entre la précarité et un moins bon suivi gynécologique. Il apporte une approche centrée sur le point de vue des patientes en cherchant le sens donné par les femmes à ce suivi.

Cette étude complète également des enquêtes qualitatives moins nombreuses, effectuées sur le suivi gynécologique dans la population générale, et d'autres qui s'intéressent à des publics en situation de précarité sans prendre en compte leur genre.

2. Nombre d'entretiens

Le sujet du suivi gynécologique chez les femmes en situation de précarité est vaste. Cette question traite à la fois de prévention, de rapport au corps, de comportement sexuel, d'inégalités sociales, de rapports sociaux de genre et de la relation médecin malade. Le nombre de personnes interrogées n'a pas pu être suffisamment grand pour couvrir complètement chacun d'entre eux.

Les seize entretiens n'ont pas permis d'atteindre la saturation des données sur l'ensemble des thèmes abordés. Certaines femmes ont développé un sujet qui les touche particulièrement. Dans certains entretiens, des thématiques étaient simplement évoquées superficiellement. Des entretiens plus approfondis et plus nombreux auraient pu permettre d'enrichir les données, et d'affiner les résultats en compensant cette dispersion.

Toutefois, un plus grand nombre d'entretiens aurait nécessité plus de temps. Cela n'a pas été possible compte tenu des conditions de réalisation et des délais impartis à une thèse de médecine.

3. Mode de recrutement des femmes

Le terme « patiente » est peu utilisé ici pour les personnes interrogées car les femmes participantes ne sont pas toutes des consultantes. Plus de la moitié ont été recrutées en dehors d'une structure de soins : huit à l'épicerie sociale et solidaire de Villeurbanne, et deux en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), à Caluire.

L'intérêt de cette démarche est de recueillir la vision de femmes très éloignées du système de santé à propos du suivi gynécologique : Héloïse, Felipa et Lilia en sont des exemples.

Ces femmes qui n'ont pas recours aux consultations gynécologiques apportent un éclairage important. Leurs récits permettent de mieux comprendre une partie du non recours aux soins. Ces femmes enrichissent la compréhension des processus d'éloignement du suivi gynécologique.

4. Analyse des données

Le codage et l'analyse des données ont été réalisés par l'investigatrice de l'étude. Il n'y a pas eu de triangulation formelle des données, ce qui est une limite à la validité interne de l'étude.

Toutefois, un regard extérieur a été apporté avec une seconde lecture des entretiens par la directrice de thèse, avant de prendre connaissance de la première analyse. Des compléments ont été apportés lors de cette seconde lecture sur le sens attribué aux récits des participantes.

5. Biais possibles

La participation des femmes à l'étude est volontaire, ce qui implique que toutes les femmes interrogées sont prêtes à témoigner de leur vision du suivi gynécologique. Des femmes moins à l'aise sur ces questions peuvent choisir de ne pas participer. Il existe un bias de recrutement inévitable : les femmes acceptant d'être interrogées sont celles qui se sentent légitimes à l'être, et leur vision n'est sans doute pas exactement semblable à celle de femmes n'ayant pas fait cette démarche, sans que l'on puisse dire dans quelle mesure.

Un autre biais inévitable est le biais de désirabilité. Dans une étude qualitative, les personnes interrogées peuvent avoir tendance à modifier leurs propos pour se conformer à ce qu'attend l'enquêteur, ou à ce qu'elles perçoivent de ces attentes. Chaque personne cherche, consciemment ou inconsciemment, à donner la meilleure image possible de lui-même.

Ce biais est particulièrement important à prendre en compte ici, car l'investigatrice est médecin et interroge des femmes sur un sujet médical. On peut s'attendre à ce que certaines images négatives des médecins soient tues. Par exemple, il est possible que des femmes aient été victime de violences gynécologiques, mais ne sentent pas la possibilité de le raconter à un autre médecin. Les femmes interrogées peuvent aussi souhaiter se montrer plus observantes ou plus concernées par la prévention gynécologique qu'elles ne le sont réellement. Si chaque personne a paru entièrement sincère dans ses propos, cela n'élimine pas la possibilité de perte de données pour cette raison.

Par ailleurs il faut évoquer le biais d'interprétation car une investigatrice unique a recueilli et interprété les propos des femmes. Aucune personne n'est neutre, ni vierge de ses propres représentations. Ici, on suppose que nos représentations sont construites par notre culture personnelle et familiale, par notre milieu social, par notre formation médicale. Même en adoptant une lecture distanciée propre à la recherche, il est possible que nos représentations et convictions interfèrent avec les résultats, d'autant plus dans une étude qualitative qui repose principalement sur l'analyse de verbatims.

6. Barrière de la langue

Une autre limite de l'étude est celle de la barrière de la langue. Beaucoup de femmes immigrées vivent en situation de précarité. L'étude des personnes touchées par la précarité amène donc à interroger des femmes immigrées, et c'est bien le cas ici, dans une proportion assez importante.

Cependant, il n'a pas été possible d'effectuer d'entretiens avec des femmes allophones, par défaut d'interprétariat. Un des entretiens réalisés a d'ailleurs été exclu de l'analyse pour cette raison.

Deux limites à l'obtention de données pertinentes chez les femmes maîtrisant mal la langue française peuvent être discutées :

- D'une part, aucun entretien ne concerne une femme vivant en France sans parler la langue française (impossible sans interprétariat professionnel). Le ressenti vis-à-vis du suivi gynécologique peut différer de celui de femmes francophones. Ceci est exprimé par certaines des femmes nées à l'étranger. (Katia, Emily)

- D'autre part, plusieurs entretiens sont réalisés avec des femmes dont le français n'est pas la langue natale, et certaines ont un niveau de français débutant. Lors de ces entretiens, certaines questions ont pu être mal comprises. Les femmes ont pu avoir des difficultés à exprimer clairement leurs idées dans une langue apprise depuis peu. Cette difficulté est particulièrement présente dans les entretiens d'Amina et d'Olivia, et dans une moindre mesure pour Katia. La perte de données est inévitable. Toutefois il est à noter que ces entretiens, même limités, ont permis à des femmes qui s'expriment peu sur le sujet traité habituellement de faire part de leurs perceptions. Malgré les difficultés de communications, nous avons pu recueillir des idées importantes sur leur suivi gynécologique.

II. Discussion des caractéristiques de l'échantillon

Dans une étude qualitative, l'échantillon de personnes recruté ne vise pas être représentatif. En effet, l'objectif est de comprendre le sens donné par les femmes à leur suivi, et non de rechercher une exactitude statistique.

L'échantillonnage est raisonné : il cherche à obtenir une variété des profils sur les critères pouvant avoir un lien avec le sujet étudié. Ici, nous allons revenir sur les principales caractéristiques de l'échantillon, en s'intéressant aux interactions possibles avec les résultats obtenus.

1. Age

L'âge a une influence importante sur le suivi gynécologique. Une femme en âge de procréer ne sera pas suivie de la même façon qu'une femme ménopausée ou qu'une adolescente. Diverses études montrent que le recours gynécologique dépend de l'âge, en particulier sur le frottis cervico-utérin. Parmi la classe d'âge « cible », les plus âgées ont tendance à être beaucoup moins dépistées que les femmes d'âge « moyen ». (3)

Au-delà de ces différences chiffrées, les attentes et les pratiques des femmes varient selon leur âge. L'analyse des entretiens révèle en effet que les représentations du suivi évoluent avec les années.

L'échantillon montre une prédominance de femmes de plus de trente ans. La classe d'âge la plus représentée est entre 30 et 36 ans. Il s'agit donc de femmes d'âge moyen pour le sujet étudié. Plusieurs femmes de plus de 50 ans sont également interrogées. Il y a relativement peu de femmes très jeunes : Seule deux ont moins de 25 ans, et aucune moins de 20 ans. Toutes les femmes interrogées ont une expérience de sexualité et de recours en gynécologie. La plupart ont une expérience de grossesse et de recours à un ou plusieurs moyens de contraception. Elles décrivent des différences d'approche selon les étapes de leur vie. Ceci amène une grande richesse aux discours recueillis.

L'approche de femmes très jeunes, qui débutent leur suivi gynécologique est moins explorée par ces entretiens. En revanche, l'échantillon permet d'obtenir les perceptions de femmes plus âgées et ménopausées, qui sont souvent moins consultées sur leur suivi gynécologique.

Un autre point donne une importance à l'âge des enquêtées : Les recommandations et les habitudes en gynécologie n'ont cessé d'évoluer, comme le reste de la médecine. Ces dernières décennies, de nouvelles méthodes contraceptives ont fait leur apparition (implant, œstro-progestatifs de 3e génération, DIU hormonal...). Les 3 grandes enquêtes nationales sur la sexualité en France réalisés en 1970 (52), en 1992 (53) et en 2007 (54) ont montré des modifications des comportements et des normes sexuelles. L'âge d'entrée dans la sexualité des femmes rejoint celui des hommes, le nombre de partenaires que les femmes ont au cours de leur vie augmentent, les pratiques sexuelles se diversifient, le préservatif est plus souvent utilisé lors des premiers rapports avec pénétration.

Les récits de femmes d'âge divers sont le témoin de ces évolutions. Prenons l'exemple du VIH : Céline et Emily ont vécu avec l'apparition de l'épidémie dans les années 1980. Elles attachent une grande importance à la protection des rapports et au dépistage en début de relation, et le mettent en lien avec leur vécu à cette époque.

Certaines femmes plus âgées ou plus jeunes font également le lien entre leur perception du virus avec leur génération. Les attitudes des femmes d'une même génération ne sont pour autant pas homogène vis-à-vis des mesures de protection. Par exemple, les femmes nées à l'étranger ont bénéficié de campagnes de prévention différentes de celles réalisées en France, ce qui peut expliquer les différences intra-générationnelles sur cette question.

2. Niveau de précarité

a. Mode d'évaluation de la précarité

La précarité est difficile à évaluer de façon simple et objective. Ici, il a été choisi d'utiliser le score EPICES, qui présente l'avantage d'être validé, reproductible et facile à réaliser. Ce score donne une bonne indication sur le niveau de précarité d'un individu à un moment donné, compris comme sa vulnérabilité sur le plan financier et social. Il ne permet cependant pas de classer strictement les personnes selon leur niveau de vie, trop de facteurs entrant en jeu. On peut remarquer que ce score donne un poids comparativement important à l'isolement social dans l'évaluation, ce qui n'est pas pris en compte si on se fie plutôt aux revenus, à l'obtention de la CMU ou à la catégorie socio-professionnelle pour évaluer la précarité.

Selon l'étude qui l'a évalué et construit, le score EPICES est lié à tous les indicateurs de mode de vie, d'accès aux soins et de santé. Entre autres, l'absence de suivi gynécologique est significativement liée au score EPICES : plus il est élevé, moins les femmes sont suivies. Cet indicateur décroît régulièrement du quintile 1 au quintile 5. (26) Ce score a démontré son utilité en obstétrique pour repérer les femmes les plus vulnérables, chez qui le risque de complications de la grossesse est accru. (55)

Pour les médecins, l'identification des difficultés sociales des patients est souvent « intuitive ». Elle se base sur des critères administratifs (bénéficiaire de la CMU ou de l'AME), d'apparence (habillement, langage) et liés au mode de vie (emploi, situation familiale). Cette évaluation spontanée a montré dans une thèse une concordance avec le score EPICES. (56)

Dans notre étude, toutes les femmes appartiennent au 4e et 5e quintile selon EPICES, et 14 sur 16 appartiennent au 5e quintile EPICES, qui définit la plus forte précarité. Il s'agit de femmes à risque sur le plan gynécologique selon cette évaluation. Il existe toutefois des différences importantes dans l'échantillon. Les femmes avec les scores EPICES les plus bas ont ici un bon niveau d'éducation et cumulent le moins grand nombre de critères de précarité. Des femmes avec les scores les plus élevés vivent dans des conditions pouvant être très difficiles financièrement et socialement, et/ou dans une situation de fort isolement. Cette variété dans l'échantillon permet là encore une bonne pertinence.

Ainsi, il a été recueilli les propos de femmes de niveau de précarité différents. Cependant, aucune des femmes n'est dans une situation de grande exclusion. Toutes les femmes participantes sont assurées sociales.

L'intérêt de ce recrutement est de mieux représenter la population précaire rencontrée la plus couramment en cabinet de médecine générale. En effet, il semble que l'accès aux soins des grands exclus et des non assurés sociaux se fait peu en médecine ambulatoire libérale, et plutôt en structure dédiées ou en milieu hospitalier. (57,58) En revanche, les femmes interrogées ici sont celles susceptibles de consulter en médecine générale ambulatoire pour leur suivi gynécologique. Il est donc particulièrement intéressant pour la pratique quotidienne de se pencher sur leurs représentations

b. Influence du niveau de précarité sur les résultats

L'analyse des entretiens révèle que les représentations des femmes ne peuvent pas être expliquées par leur niveau de précarité. Le score EPICES ne semble pas ici en rapport ni avec le recours au suivi, ni avec les pratiques des femmes en matière de contraception et de planification des grossesses, ni avec les attentes envers le praticien. Autrement dit, regrouper les femmes sur leur score EPICES ne permet pas de faire apparaître de représentations homogènes sur aucun de ces sujets : il n'a pas été possible ici d'établir de typologie des représentations de femmes qui soit cohérente avec leur niveau de vie.

Les attitudes des femmes vis-à-vis de leur suivi peuvent être parfois expliquées par leur niveau d'éducation, leur âge ou leur origine géographique. En revanche le niveau « brut » de précarité selon EPICES n'apporte pas d'éclairage.

Ceci ne signifie pas que la précarité n'a aucun impact sur les expériences et les comportements des femmes : le frein financier à la consultation existe bel et bien. L'isolement social et les difficultés de vie quotidienne sont des éléments déterminants sur le type de suivi recherché par les femmes. Cependant, la perception qu'elles ont de la prévention et de la gynécologie, que celle-ci soit plutôt positive ou négative, n'est pas explicable par leur niveau de précarité.

3. Niveau d'éducation

Le niveau d'instruction est corrélé statistiquement avec le niveau de précarité. Les personnes les moins diplômées sont plus souvent au chômage ou dans des emplois précaires : Intérim, CDD, temps partiel subi.(22) Ici, connaître le type d'éducation de chaque femme vis-à-vis de la santé et du suivi gynécologique s'est avéré plus éclairant que de connaître simplement leur niveau d'études.

Le niveau d'instruction institutionnel peut être facilement évalué. Dans l'échantillon, on retrouve une grande variété de formations initiales, qui va du niveau primaire à un équivalent Bac + 5. Plus de la moitié des femmes ont le niveau Bac ou au-delà. Il faut remarquer que plusieurs femmes ont été diplômées dans leur pays d'origine, et perdent les bénéfices de cette formation avec l'immigration. Soit leurs diplômes ne sont pas reconnus en

France, soit il leur est impossible de trouver un emploi en rapport avec leurs qualifications. C'est ici le cas d'Emily, Felipa, Julia, Katia et Marie.

La plupart des femmes ayant poursuivi les études après leur bac ont reçu une éducation minimale sur la biologie féminine voire sur la sexualité, mais le diplôme n'est pas ce qui permet d'expliquer le plus clairement les attitudes des femmes. Il apparaît plutôt que ce sont celles qui ont reçu une éducation parentale sur ces questions, et surtout celles qui ont elles-mêmes eu les ressources suffisantes pour chercher les informations adaptées qui ont le suivi gynécologique le plus satisfaisant. Les risques d'infections sexuellement transmissibles ou de grossesse sont évalués plus justement, et les freins à la consultation gynécologique sont moins importants.

Aller chercher par soi-même des informations sur la sexualité ou la contraception, ou savoir vers qui se tourner pour le faire, nécessite des ressources culturelles et psychologiques. Il faut d'abord se sentir légitime pour poser ses questions à autrui, il faut connaître les sources d'information possibles et avoir un regard critique dessus. Cela semble favorisé par un bon niveau d'éducation. Au contraire, certaines des femmes de l'étude cumulent les incompréhensions à propos du suivi gynécologique : Héloïse, Béatrice, Amina ou Olivia. Ce sont aussi ces femmes qui ont le plus bas niveau d'études.

Une corrélation existe entre bas niveau d'étude et éloignement des normes sanitaires et de santé publique. Ce sont plus souvent ces femmes qui « *n'osent pas demander* », et qui ne sont pas allés chercher d'information dans des sources extérieures. Il semble qu'un haut niveau d'études, plutôt que d'influer directement sur les connaissances et les perceptions en matière de suivi gynécologique, permet aux femmes qui en bénéficient de savoir où et comment s'informer et de pouvoir le faire.

Ceci recoupe des travaux menés sur la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité d'une personne à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant sa santé. (59) Il est possible que ce concept permette d'expliquer le lien entre bas niveau d'éducation et moins bon suivi des femmes. Cependant, la part de la littératie en santé dans les inégalités sociales en gynécologie n'est pas encore claire.

4. Origines géographiques

Parmi les seize femmes incluses dans cette étude, neuf ne sont pas nées en France, et huit ont débuté leur suivi gynécologique à l'étranger. Nous pouvons supposer que certaines des différences dans leurs habitudes de soins et leurs représentations du suivi gynécologique sont liées à des différences des systèmes de soins selon les pays. En effet, au-delà de différences culturelles, dont nous avons vu qu'elles n'interviennent ici que marginalement dans les comportements, les pratiques en terme de suivi gynécologique varient dans le monde.

Par exemple, la très grande variabilité des usages contraceptifs dans le monde permet de mieux comprendre celui des femmes immigrées.

En France, le moyen de contraception le plus utilisé est la pilule (36,5%), puis le DIU, dans une proportion équivalente à la pilule pour les femmes de 30 à 34 ans, et même supérieure pour celles de plus de 35 ans. La contraception définitive ne concerne que 5,4 % des femmes de plus de 30 ans. L'injection hormonale est très peu utilisée.(31)

Dans le monde, la couverture contraceptive est d'environ 63 % en 2011. La méthode contraceptive la plus utilisée est la stérilisation, suivie par le DIU puis la pilule. L'injection hormonale occupe une place non négligeable dans le monde : elle concerne par exemple 24 % des femmes au Pérou et 45 % au Kenya. (60)

Les méthodes utilisées par les femmes de notre étude reflètent les usages de leurs pays d'origine. Par exemple, Felipa et Lilia ont eu recours à des injections hormonales contraceptives, toutes deux en Amérique du sud. Amina et Naïma sont algériennes, elles ont utilisé la pilule comme premier et seul moyen de contraception. C'est la méthode la plus largement utilisée en Algérie avec 45,9 % des femmes en 2006. Marie décrit un accès à la contraception très minoritaire en République Démocratique du Congo. La couverture contraceptive n'y est que de 17 % environ avec un recours à la pilule de 1 %.

Nous pouvons faire le même constat à propos du dépistage des cancers gynécologiques. Les recommandations et les possibilités pratiques du dépistage régulier sont variables selon les pays. Pour les pays d'origine des patientes de l'étude :

- En Algérie, aux Etats-Unis, en Géorgie, au Brésil et en Colombie, les recommandations sont comparables à celles existant en France. L'âge de début du dépistage est de 21 ou 25 ans, poursuivi jusqu'à 64 ou 69 ans, tous les trois ans. Le taux de femmes dépistées au sein de ces pays est variable. Les inégalités sont très fortes en Amérique du Sud.

- Au Kosovo et en République Démocratique du Congo, aucun programme de dépistage du cancer du col n'est organisé, les frottis sont faits par les médecins selon leurs propres pratiques et à l'occasion d'autres consultations.

- En Russie, le frottis cervico-utérin est recommandé tous les ans à partir de 18 ans pour toutes les femmes. Ceci explique que Katia, née en Russie, surestime la fréquence nécessaire de cet examen, en se basant sur la norme de son pays d'origine.

Il faut donc tenir compte des normes sexuelles, contraceptives, procréatives des pays où les femmes ont grandi avant la migration pour ce qui concerne les personnes immigrées.

5. Situation conjugale

Le fait de vivre seule, et plus encore d'être mère isolée, est un des facteurs associés à la précarité. (44) La question « *vivez-vous en couple ?* » est d'ailleurs l'une des onze du score EPICES.

L'échantillon a une bonne répartition sur ce critère avec environ la moitié des femmes vivant en couple. Sept femmes n'ont aucun partenaire homme au moment de l'entretien. Quatre des enquêtées sont mères isolées avec un ou plusieurs enfants à charge.

Il existe un lien entre la situation conjugale et le suivi gynécologique. Les femmes vivant seules ont moins recours à une contraception médicalisée et ont des suivis de grossesse moins complets. Pour les consultations gynécologiques et les dépistages des cancers, les données sont discordantes, mais il semble que les femmes seules sont moins suivies et moins dépistées que celles vivant en couple. (61,62)

Par ailleurs, les femmes en couple sont plus susceptibles d'avoir des liens sociaux et familiaux forts même si le fait d'être célibataire n'isole pas obligatoirement. L'isolement, compris comme la pauvreté du soutien social, est un des facteurs pouvant expliquer le renoncement aux soins. Se sentir entourée, avoir un rôle social au sein du couple et de la famille inciterait plutôt les femmes à porter attention à leur santé en général et à leur suivi. En revanche, la monoparentalité ne permet pas forcément cela. Les femmes qui ont seules la charge d'un ou plusieurs enfants sont plus à risque de vivre dans des situations de grande précarité, avec une charge du travail quotidien qui les découragent plutôt au suivi médical. (18)

L'analyse des verbatims montre que l'influence directe du partenaire sur le suivi gynécologique existe sur des sujets importants (comme l'utilisation du préservatif) mais est peu mise en avant par les femmes, qui gèrent seules leur suivi médical.

L'influence du partenaire semble surtout indirecte, car le suivi gynécologique est associé à la situation conjugale. Les femmes le débutent souvent leur suivi au moment de leur première relation de couple, qui peut être le mariage pour certaines. Le suivi est parfois interrompu pendant les périodes de célibat, car il n'est plus considéré utile en l'absence de rapports sexuels.

Le fait de se sentir dans une situation de couple stable est un facteur rassurant, qui permet à certaines personnes d'envisager sereinement une grossesse, ou de porter une plus grande attention à leur santé. La confiance dans le partenaire est un facteur très important notamment pour la prévention des infections sexuellement transmissibles : les femmes peuvent s'en sentir protégées si la relation est stable. Étant donné que le frottis cervico-utérin est souvent confondu avec une recherche des infections, le fait d'être en couple avec un partenaire de confiance peut alimenter l'idée que ce dépistage n'est pas nécessaire.

6. Lieux de vie

a. En milieu urbain

Les enquêtes sur la répartition territoriale de la précarité montrent qu'elle touche particulièrement certaines zones rurales ainsi que des zones précises de certaines grandes agglomérations. (24) La densité de l'offre de soins en termes de professionnels de santé (nombre de gynécologues et de médecins généralistes accessibles) est un des déterminants du recours au suivi gynécologique qui a été établi. (3) Le suivi dépend également de la mobilité quotidienne des femmes : celles qui sortent au quotidien en dehors de leur quartier de résidence ont plus fréquemment un suivi gynécologique. Dans la mesure où les personnes ayant une mobilité spatialement réduite sont également souvent les plus défavorisées, l'accumulation des facteurs sociaux péjoratifs (individuels et territoriaux) peut exacerber l'ampleur des inégalités de santé et de recours aux soins. (63)

Dans notre échantillon, toutes les femmes interrogées sauf une (Béatrice) vivent dans un environnement urbain.

Dans notre étude, le critère géographique n'est pas le plus important dans le choix d'un lieu de suivi, et la question de l'accessibilité en termes de temps et de transport a été peu abordée. Toutes les femmes qui souhaitent un suivi gynécologique trouvent assez facilement un praticien. A l'exception de Lilia, elles ne décrivent pas de difficulté à changer de médecin après une mauvaise expérience.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes vivent dans des zones urbaines bien desservies en terme de gynécologie, ou qu'elles disposent d'une mobilité qui leur permet de consulter sans rencontrer de difficultés de déplacements. On pourrait s'attendre à ce qu'il en soit autrement pour des femmes vivant en milieu rural, avec des structures de soins plus lointaines et plus dispersées sur le territoire.

Il est possible également que les représentations du suivi gynécologique soient différentes chez des femmes vivant en milieu rural, mais l'échantillonnage ne permet pas de documenter cette question.

b. Logement

Le type de logement est très fortement associé à la précarité. Les personnes ayant des difficultés d'accès au logement se trouvent dans des situations très instables, qui rendent plus difficile le reste des aspects de l'existence (santé, emploi et sécurité). Etre propriétaire de son logement est un facteur protecteur.

Dans notre échantillon, la majorité des femmes n'ont pas évoqué de difficulté de logement. Aucune n'est propriétaire, mais toutes ont accès à un toit. Naïma et Olivia vivent en CHRS, en chambre partagée. Deux femmes décrivent spécifiquement des problématiques de logement. Céline est hébergée chez ses parents pour éviter de long temps de trajet. Elle s'inquiète de ne pas pouvoir trouver d'autre logement. Marie, récemment immigrée, n'a pas de logement stable et est hébergée chez des connaissances.

L'instabilité du logement peut avoir un impact sur le suivi médical et gynécologique, qui n'est pas évoqué ici. Notamment, un hébergement instable rend vulnérable aux violences sexuelles, ce qui a été décrit pour les femmes migrantes venant d'Afrique sub-saharienne. (64)

7. Situations non évoquées

Aucun échantillon de personnes ne peut être exhaustif de la population générale. Le recrutement par échantillonnage raisonné permet ici d'obtenir une variété des profils sur les critères discutés ci-dessus. Toutefois, il n'a pas permis d'accéder à certaines femmes. Il est important de comprendre que les représentations explorées ici ne reflètent pas celles de toutes les femmes précaires.

Notamment, on pourra remarquer qu'aucune femme de l'étude n'a signalé avoir eu de recours à du travail sexuel ou s'être prostituée. Or, pour ces femmes, un suivi gynécologique attentif est crucial. L'étude ne permet pas de connaître leurs ressentis ce sujet.

De nombreuses autres situations sont associées à la précarité en France. Par exemple l'usage de drogue, la pathologie psychiatrique, l'incarcération. Nous ne les avons pas abordées dans l'étude.

Par ailleurs, dans l'échantillon, aucune femme ne décrit de relation autre qu'hétérosexuelle. Le fait d'avoir eu des rapports avec une femme n'est jamais mentionné dans l'étude, pas plus qu'une autre orientation sexuelle (bisexualité, asexualité, ou autre) On peut imaginer soit que cela n'a pas eu lieu, soit que les femmes n'y voient pas le lien avec tout ce qui entoure le suivi gynécologique.

D'autre part, aucune personne ne s'identifiant comme transgenre n'a participé à l'étude.

Des études portant spécifiquement sur ces populations ou les incluant pourraient éclairer la problématique que nous abordons.

III. Déterminants des inégalités dans le suivi gynécologique

Comme cela a été détaillé en introduction, en ce qui concerne la gynécologie, les inégalités sociales sont prouvées dans le monde entier. Quelle importance les représentations des femmes pourraient-elles avoir pour les expliquer ?

A l'échelle mondiale, une étude de 2010 recherche les déterminants des inégalités d'accès aux frottis de dépistage dans 67 pays. Il en ressort que si les inégalités entre classes sociales sont présentes dans tous les pays, leurs déterminants sont extrêmement variables. Le facteur explicatif le plus important est le niveau d'éducation, mais avec de grandes disparités à travers le monde. Dans certains pays d'Afrique, la ruralité pèse un poids important, alors qu'il est minime en Europe. L'âge semble n'avoir globalement que peu d'influence. (65) Cela nous oriente vers des explications spécifiques à chaque pays, qui peuvent relever de l'organisation du système de santé, mais aussi de normes culturelles et sociales.

Ainsi, en France, deux composantes peuvent être analysées : les déterminants de l'accès aux soins et ceux du recours aux soins. Si l'accessibilité est liée à des contraintes pratiques et au système de santé, les explications du non-recours font aussi appel aux représentations sociales.

1. Accès des populations précaire au suivi gynécologique

En France, des dispositifs sont mis en place pour faciliter l'accès aux soins préventifs et curatifs des populations définies comme « à risque ». Nous pouvons citer les dispositifs de couverture maladie (CMU, AME, ACS) et les structures qui permettent la gratuité des soins gynécologiques, qu'elles soient publiques ou associatives (CeGIDD, PASS, CPEF, CASO de médecins du monde).

Ces dispositifs sont indispensables aux plus précaires, mais ils ne permettent pas de corriger les inégalités de santé qui trouvent leurs causes principalement en dehors du système de santé.

En France, les points les plus importants de l'accessibilité sont les suivants :

- Sur le plan financier c'est l'accès à une complémentaire santé qui est déterminant. En l'absence de cette dernière, le reste à charge peut être trop important et décourager la personne de consulter. (66,67) Il existe également des discriminations de certains médecins vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. (68) Ces comportements visent surtout des personnes qui cumulent plusieurs facteurs de précarité (dans leur apparence ou leur langue par exemple). Ils sont difficiles à quantifier, et sont plutôt du fait de spécialistes, dont les gynécologues. Il peut arriver que des personnes redoutent d'être victimes de telles discriminations et renoncent alors à consulter pour ne pas y être exposées.

- L'éloignement géographique ne semble pas être un obstacle aux consultations des plus précaires, mais il existe bel et bien des inégalités territoriales pour le temps d'accès à un médecin généraliste ainsi qu'à un gynécologue. (69) Certaines études montrent que dans les territoires concentrant le plus de difficultés socio-économiques, l'offre de soins est relativement moins dense. Selon les études menées en région parisienne sur la cohorte SIRS, de fortes inégalités territoriales sont mises en évidence : les habitantes des quartiers classés en zone urbaine sensible (ZUS) ont un risque près de deux fois plus élevé de ne pas être suivies que celles habitant dans des quartiers de type « moyen » ou « supérieur ». (63) On peut y voir un effet de ce qui a été appelé « inverse care law » par Hart en 1971, puis retrouvé à plusieurs époques et lieux : l'offre de soins tend à être inversement proportionnelle aux besoins de la population.(70)

- Les femmes étrangères ou nées de parents étrangers semblent être moins bien suivies que les femmes nées de parents français, sur le plan gynécologique. Une enquête parue dans le BEH en 2012 retrouve un cumul de facteurs de risques périnataux chez les femmes de nationalité étrangère, en particulier d'Afrique sub-saharienne. (71) Un second article s'intéresse à l'accès aux soins des migrants et retrouve de nombreux obstacles : les plus fréquents étaient la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (27%), la barrière linguistique (26%), les difficultés administratives du fait de la complexité des démarches (24%) . Les obstacles d'ordre financier étaient cités par 7% des personnes.

Une étude centrée sur les récits des personnes migrantes constate que la santé des femmes migrantes est plus souvent altérée que celle des hommes, et a tendance à se dégrader avec le temps passé en France, ce qui pourrait notamment être lié aux conditions de vie de ces femmes et au cumul de discriminations racistes et sexistes, ainsi qu'à l'occurrence fréquente des violences envers elles. (64,72)

2. Déterminants du recours aux soins

a. Influence des parcours médicaux

Selon les données de l'assurance maladie parues en 2017, il semble que les personnes qui ont le moins recours au dépistage du cancer du col de l'utérus sont à la fois les personnes les plus éloignées du système de santé (celles qui n'ont pas de médecin traitant et pas de suivi); et les femmes en invalidité ou atteintes de certaines affection longue durée (ALD), (notamment obésité, diabète, pathologie psychiatrique, VIH, hépatite) (3)

Il apparait dans notre analyse qu'un suivi médical rapproché peut avoir un effet positif ou négatif sur le suivi gynécologique, selon la manière dont les femmes vivent ce suivi, et selon la nature de l'ALD (en lien avec la gynécologie ou non) :

- Si la prise en charge d'une pathologie est vécue comme contraignante voire excessive, certaines femmes vont alors tenter de limiter les contacts médicaux et éviter tous ceux qui ne leur paraissent pas absolument nécessaire. Cela peut être le cas après un parcours médical lourd où le recours au monde médical a apporté plus d'effets néfastes que de bénéfiques. De leur côté, les médecins peuvent se focaliser sur la prise en charge de la maladie « principale » (diabète, pathologie psychiatrique, etc.) d'autant plus si les contacts médicaux sont rares. La prévention notamment gynécologique peut alors être oubliée.

- Au contraire, certaines femmes atteintes d'une affection chronique vont se sentir d'autant plus à risque. Ici, nous l'avons vu pour Katia ou Céline. Le suivi devient essentiel pour elles, et nous pouvons penser que c'est d'autant plus le cas pour les pathologies gynécologiques. Si la prise en charge médicale est vécue positivement, ces parcours médicaux ne sont plus un frein au recours.

En revanche, les femmes très peu suivies, qui n'ont que peu d'habitudes de prévention et pas de médecin traitant ont beaucoup moins tendance à avoir des frottis cervico-vaginaux régulièrement. Ce lien est retrouvé dans plusieurs études sur les déterminants du dépistage du cancer du col de l'utérus. (3,73)

Ceci est cohérent avec les résultats de notre étude. Les femmes peu suivies en général sont également celles qui sont les moins suivies sur le plan gynécologique. Peu de femmes dissocient complètement le suivi gynécologique du reste du recours médical.

b. Analyse du non-recours

Une étude réalisée par les CES et CETAF de Grenoble en 2008 s'intéresse au non-recours aux soins. Elle cherche à mesurer le non recours au généraliste, au suivi dentaire et au suivi gynécologique. Le suivi gynécologique y est défini comme le recours à une consultation gynécologique dans l'année. (74)

Il y est constaté que le non recours ne concerne pas uniquement les personnes précaires mais toute la population dans des proportions variables. Le non recours gynécologique concerne particulièrement les jeunes femmes en insertion et les bénéficiaires de la CMU-C. Les entretiens réalisés dans le même temps retrouvent des explications complexes.

En ce qui concerne le suivi gynécologique, les thématiques permettant d'expliquer le non recours sont assez cohérentes avec nos résultats : Elles dépendent de multiples facteurs parmi lesquels : l'âge, la santé perçue, l'origine, l'éducation générale et sanitaire, le sentiment de vulnérabilité ou d'invulnérabilité et les rapports sociaux et familiaux. La faiblesse du support social est particulièrement lié au non recours, quelle que soit la population étudiée (précaire ou non précaire). Le non-recours est également très lié à l'absence de complémentaire santé. Le travail qualitatif associé à cette étude met en évidence l'importance de la demande de soins : les définitions du non-recours ne tiennent pas compte du besoin de soins réel ni de celui qui est ressenti par les patients.

Ces résultats concordent avec l'étude menée en 2012 à Paris sur les inégalités de recours au frottis de dépistages. Le recours dépend de caractéristiques matérielles (quartier de résidence, revenus, nombre de médecins disponibles), psychosociales (niveau d'étude, vie en couple ou non) et sociologiques (moins souvent chez les femmes immigrées). Quand les femmes sont interrogées sur les raisons de ce non recours, 70,2 % d'entre-elles disent qu'elles n'en ressentaient pas le besoin, ou que tout allait bien, et 51,8 % qu'on ne le leur a jamais proposé. 18 % le justifient par un rejet de l'examen gynécologique, 7,7 % par manque de temps ou autres préoccupations et seulement 4,8 % pour raison financières. (47)

Ceci correspond bien aux propos des femmes de notre enquête : le frein financier existe, mais l'absence de besoin perçu a une plus grande importance pour expliquer le non recours. La spécificité de l'examen gynécologique, ressenti fréquemment comme désagréable et intrusif, explique également une part non négligeable du non-recours.

IV. Perception de la santé et du risque des personnes précaires

1. Santé perçue

La perception de son état de santé n'est pas forcément en rapport avec la santé mesurée médicalement en termes de pathologies ou de facteurs de risque identifiés. La santé perçue est également liée au niveau social et au genre.

Selon les données du fond CMU, les personnes en situation de précarité (ici les bénéficiaires de la CMU-C) perçoivent leur santé comme moins bonne que les plus favorisés. (75) Par ailleurs, les femmes se perçoivent en moyenne en moins bonne santé que les hommes. (61) Cela pourrait s'expliquer par le rôle de soin des autres (enfants, parents, malades) qui est plus souvent attribués aux femmes, et aussi par leur plus grande proximité avec le milieu médical du fait des grossesses et du rôle de mère. Elles ont de ce fait une meilleure connaissance des normes sanitaires que les hommes et se perçoivent en moins bonne santé par rapport à cette norme. (72,76)

Ici, nous avons demandé aux femmes comment elles percevaient leur état de santé. Cette question n'a pas été posée à toutes les femmes, et l'évaluation n'est donc que partielle. Il en ressort que les enquêtées se sentent pour un peu moins de la moitié d'entre elles en bonne santé, les autres se décrivant en moyenne ou mauvaise santé. Les termes du registre de la fatigue (« *Fatiguée* » « *Bien mais fatiguée* » « *Je me fatigue vite* ») reviennent à de nombreuses reprises.

La plupart des femmes interrogées connaissent au moins partiellement les normes de santé en matière de suivi gynécologique et se positionnent par rapport à celles-ci : « *Il faudrait que j'y aille* ». Elles évaluent leur propre santé par rapport au suivi « normal » et pas seulement par rapport à leurs symptômes.

Les liens entre santé et santé perçue sont aussi ceux de la perception du risque : Agit-on différemment pour sa santé selon qu'elle soit perçue comme bonne ou mauvaise ? Quelle est l'influence d'une situation de précarité sur la santé perçue ? Cette « *fatigue* » récurrente dans le discours des femmes est-elle une façon d'exprimer la charge du quotidien ? Ces sujets restent en grande partie à explorer.

2. Risque perçu et recours

Dans sa thèse de doctorat en sociologie, Antoine Rode, analyse le non recours aux soins chez les personnes précaires. (77) Il constate que la santé est maintenant érigée en norme, en valeur quasi morale : il est de la responsabilité de chacun de prendre soin de celle-ci. Les personnes en situation de non-recours, qui sont plus souvent des personnes démunies socialement, sont alors facilement considérées comme irresponsables ou négligentes. Pourtant, en interrogeant ces personnes, il constate qu'elles accordent également une grande importance à cette « valeur santé », d'autant plus qu'elle est nécessaire à leur fonctionnement professionnel. C'est ce qu'on appelle la vision fonctionnelle de la santé.

Les personnes précaires peuvent parfois mettre leur santé entre parenthèse temporairement lorsqu'ils se trouvent dans des situations très difficiles, et alors remettre les soins à plus tard. Mais dans les autres cas, même si la santé reste une priorité, sa recherche ne passe pas forcément par une demande de soins. Le recours médical n'est pas toujours vu comme le meilleur moyen d'améliorer sa santé ou de la préserver.

Comme pour les femmes de l'étude présente, c'est du besoin de soins qu'il est question avant tout. Si ce besoin n'est pas ressenti, alors il n'y a pas de recours aux soins. Or le besoin émerge principalement devant une douleur ou une gêne. Il s'agit d'une logique surtout curative de recours au monde médical. Les personnes concernées ne sont pourtant pas passives vis-à-vis de leur santé : elles valorisent facilement l'autonomie face à un problème médical.

Dans ses travaux, Claudine Burton-Jeangros se penche sur la perception du risque chez les femmes de différents niveaux sociaux. (78) Elle constate là aussi que les femmes situées en bas de la hiérarchie sociale ont une approche plutôt fonctionnelle de la santé, et expliquent la maladie par des facteurs plutôt exogènes : c'est à dire provenant d'au dehors d'elles même, et donc sur lesquels elles n'ont pas de contrôle (l'hérédité, l'environnement, le hasard...). Cette conception du risque est en décalage avec les recommandations médicales qui mettent l'accent sur la prévention : puisque la santé trouve ses sources dans des facteurs extérieurs incontrôlables, ce n'est pas la prévention médicale qui permet de limiter les risques.

Dans son étude, l'importance accordée par les femmes à la prévention n'est pas en rapport avec leur position sociale. Les femmes qui considèrent les risques pour la santé comme les plus hauts sont celles qui valorisent le plus la prévention, sans que l'on puisse établir de lien avec le niveau de précarité.

Ces résultats semblent dessiner qu'en matière de prévention, ce sont plus les conceptions du risque et les relations de confiance ou non avec le milieu médical qui déterminent les comportements. Si on peut constater certaines représentations plus fréquentes dans certaines catégories sociales, on ne peut pas plaquer un modèle de représentations sur un spectre allant du moins au plus précaire. Cela est également cohérent avec notre étude, puisque ce n'est pas leur niveau de précarité qui semble éclairer les attitudes des femmes rencontrées.

Une autre étude qualitative de 2011 menée par Caroline Desprès s'intéresse au renoncement aux soins (66). On parle de renoncement à partir du moment où un besoin est identifié par la personne, mais qu'il n'y a pas de sollicitation d'un professionnel de santé pour y répondre. Ce renoncement semble être de deux ordres : renoncement barrière par obstacle pratique aux soins ou refus de soins. Dans ce dernier cas, il peut s'agir d'un refus des soins conventionnels, d'une volonté d'autonomie, ou d'une défiance envers le système de soins. Ce sont des explications que nous avons également pu observer dans notre étude parmi les femmes qui renoncent aux soins gynécologiques.

En revanche, l'équipe de Caroline Desprès identifie une « culture du renoncement » chez les personnes précaires. Certaines auraient intériorisée l'habitude de restreindre ses besoins de soins et de résister aux symptômes quand ils apparaissent, ce qui devient culturellement valorisé dans le cercle familial.

Cette attitude n'a pas été identifiée chez les femmes de notre étude : soit que cette culture du renoncement ne soit pas présente chez elles, soit que les entretiens n'aient pas permis de la mettre en évidence, soit qu'il existe une différence de comportement selon le genre.

V. La santé des femmes en situation de précarité

1. Planification, grossesses et IVG

Dans notre échantillon, la moitié des femmes ont vécu une ou des grossesses non prévues et cinq d'entre elles, soit environ les deux tiers, ont réalisé une IVG. Cela correspond aux proportions retrouvées dans la population générale. (79) Malgré l'utilisation d'un moyen de contraception médicalisé par la grande majorité des femmes ayant une activité sexuelle hétérosexuelle et ne souhaitant pas de grossesse, environ un tiers des grossesses ne sont pas prévues et environ deux tiers de ces grossesses aboutiront à une IVG.

Les causes de ce paradoxe apparent sont multiples : aucune méthode de contraception n'est entièrement efficace, et pour la pilule, qui reste le moyen le plus utilisé en France, l'efficacité est dépendante des conditions d'utilisation. De plus, certaines femmes peuvent méconnaître la possibilité d'une grossesse, ou être ambivalentes sur leur désir de grossesse.

Ces explications retrouvées par l'équipe de Nathalie Bajos (51) sont aussi présentes dans notre enquête. La contraception peut être trop contraignante, mal utilisée ou abandonnée par certaines femmes. D'autres ont un désir de grossesse mais vivent dans des conditions qui ne leur permettent pas de l'envisager sereinement, et cette ambivalence favorise la survenue de grossesses imprévues.

La décision du recours à l'IVG est elle aussi expliquée par de multiples facteurs. La norme de l'âge pour une grossesse en est un, l'inclusion dans un parcours scolaire pour les femmes les plus jeunes en est un autre. La situation de couple, et en particulier la sécurité affective ressentie au sein d'un couple stable est un des déterminants les plus importants du recours à l'IVG. Ce sont là aussi certaines des explications retrouvées par les parcours des femmes interrogées.

Il semble donc que les attitudes des femmes que nous avons interrogées sur la planification des grossesses et le recours à l'IVG ne diffèrent pas de celles de la population générale.

2. Violences faites aux femmes

Violences conjugales, agressions sexuelles et viols sont autant de facteurs qui viennent altérer la santé physique et mentale des femmes. À titre d'exemple, les violences conjugales concernaient 1 % des femmes en 2016. Une femme sur 7 déclare avoir subi une agression sexuelle au cours de sa vie. (80)

Le suivi gynécologique peut être affecté par ces violences de différentes manières. Une femme en situation de psycho-traumatisme suite à un viol pourrait par exemple éviter l'examen gynécologique ou au contraire y recourir plus fréquemment en raison de douleurs physiques ou psychiques, de crainte de grossesse ou d'IST. Le déroulement de la grossesse peut être affecté par des violences conjugales, qui débutent de façon disproportionnée à cette période.

Y-a-t-il des interactions entre violences faites aux femmes et niveau de précarité ?

Il est reconnu que les violences envers les femmes touchent toutes les classes sociales, même les plus aisées. Toutefois, toutes ne le sont pas dans les mêmes proportions. Selon des données de l'INSEE la part des victimes de violences physiques et/ou sexuelles est de 4,1% parmi les femmes appartenant aux 25 % des ménages dont le revenu par unité de consommation est le plus élevé. Elle est deux fois plus importante (8,2 %) chez celles appartenant au 25 % des ménages les plus modestes.

Les violences conjugales concernent tous les milieux sociaux, quel que soit le lieu de résidence. Toutefois, les diplômées du supérieur sont relativement moins exposées aux violences conjugales que les non diplômées, alors qu'elles subissent autant les autres types de violences.(81) Autre exemple, les personnes en situation de précarité sont surreprésentées parmi les personnes consultant pour violences au service de médecine légale de St-Etienne. (82) Les femmes immigrées sont aussi plus touchées par les violences en France, en particulier sexuelles. (64,80)

D'autre part, les violences faites aux femmes peuvent être d'ordre économique : Des femmes peuvent être mises en situation de dépendance financière vis-à-vis de leur conjoint. Il sera alors plus difficile pour elles de sortir d'une situation de violences. Les femmes en situation de précarité y sont particulièrement exposées.

En résumé, le fait d'être une femme et le fait d'être précaire exposent doublement à des violences.

Aucune question du canevas d'entretien ne portait sur d'éventuels faits de violence vécus, ce n'était pas l'objectif de l'étude. Dans les verbatims, il n'a été que très peu fait mention de violence, à l'exception notable de Céline. Il est possible que les autres femmes interrogées n'aient pas été concernées, ou qu'elles n'aient pas pu ou pas voulu en parler dans ce contexte.

Nous ne disposons ici que du récit de Céline sur la question des violences faites aux femmes. Elle parle du viol qu'elle a subi et de l'avortement qui a suivi. Pour elle, le viol n'a pas été un obstacle à un suivi gynécologique ultérieur, mais sa prise en charge à la suite de ce crime a été très mauvaise : la police puis le médecin auquel elle s'adresse ne reconnaissent pas sa parole. Pour autant, elle réaffirme sa connaissance de son corps et son autonomie vis-à-vis de ces autorités, et choisit de changer de médecin pour continuer à prendre soin de son corps. La situation de précarité dans laquelle elle se trouvait à ce moment ne semble pas en lien avec cette réaction personnelle.

Céline fait partie d'une minorité de femmes qui donnent l'alerte suite à des violences sexuelles : Un tiers des victimes de violences sexuelles n'ont pas porté plainte, ni enregistré de main courante, ni parlé à qui que ce soit (ami, médecin ou association).(80) Suite à cette démarche, elle est confrontée à une violence institutionnelle (refus de plainte, mise en doute de son témoignage). Cette expérience brise sa confiance envers ce médecin mais pas envers l'ensemble des institutions médicales, puisqu'elle continuera son suivi au CPEF.

VI. Représentations du suivi gynécologique dans la population générale

Au regard des éléments précédents, il semble se dessiner un ensemble de représentations de la santé, de la maladie et du risque qui influence le recours aux soins et à la prévention des personnes socialement défavorisées. L'étude présente se penche plus spécifiquement sur la santé des femmes en situation de précarité, et on peut alors se demander si leur perception du suivi gynécologique diffère fondamentalement de celles de la population générale.

Dans sa thèse de 2003, le Dr Guillin-Angoulvant se penche sur les représentations du suivi gynécologique des femmes, quel que soit leur niveau socio-économique. (83) Il est frappant de retrouver dans les verbatims des entretiens de ce travail, les mêmes termes que ceux prononcés par les femmes de notre étude. Par exemple, une partie semblable des femmes préfèrent confier leur suivi à un médecin femme. De même, l'auteur retrouve dans les représentations la fonction préventive et à la fois curative du suivi, des incompréhensions sur les objectifs du suivi, une gêne relative à l'examen physique. Le recours gynécologique n'est pas plus systématique dans cette étude que dans la nôtre, et certaines femmes utilisent des stratégies pour décider elles-mêmes du moment adéquat, retarder ou éviter la consultation.

Certains éléments ne sont pourtant pas mis en évidence dans ce travail qui apparaissent dans le nôtre, et qui pourraient dessiner les spécificités liées à la précarité :

Tout d'abord le frein financier est logiquement plus présent chez les femmes en situation de précarité. Ensuite, les patientes de ce travail qualitatif semblent moins souvent en situation d'isolement. Si le rôle de l'entourage familial et amical est important dans le recours au suivi, et ce quelle que soit la population étudiée, l'absence de support social est un frein qui paraît plus marqué dans notre étude.

1. L'examen gynécologique

Les femmes de notre enquête décrivent le plus souvent l'examen gynécologique comme désagréable mais nécessaire. La gêne qu'il suscite et son caractère intrusif sont plus soulignés que l'inconfort voire la douleur qu'il peut provoquer. Il s'agit d'un moment de vulnérabilité dont le bon déroulement dépend beaucoup de l'attitude du praticien. Il génère des

incompréhensions, et ses objectifs sont souvent flous pour les femmes. Elles en surestiment la fréquence recommandée : la plupart pense qu'il est obligatoire tous les ans.

Dans les autres études qualitatives réalisées sur le sujet, les femmes de toutes classes sociales ont globalement le même type de perception de l'examen gynécologique.

Dans la thèse du Dr Guillin-Angoulvant, à propos de l'examen gynécologique, les femmes parlent de gêne, de malaise d'inconfort, parfois de douleur. Elles peuvent y associer un sentiment de dévalorisation, lié à la position gynécologique. La pudeur est un frein assez largement répandu, qui va dépendre de l'image que chaque femme se fait de son corps, de son système de valeurs et de son vécu.

D'autres études sont plus focalisées sur le frottis cervico-utérin, dont la réalisation est conditionnée et souvent confondue avec l'examen gynécologique. Par exemple, dans une étude de 2011 sur la vision des femmes sur le frottis de dépistage et l'examen gynécologique, les patientes s'estiment assez mal informées sur cet examen (84) Beaucoup ignorent son rôle exact, et le considèrent comme gênant, anxiogène. Pourtant, la plupart ont une vision positive du frottis car il est associé à l'idée de prévention, qui serait nécessaire pour toutes les femmes.

Ces résultats sont concordants avec ceux du travail de thèse du Dr J. Jouenne sur le même sujet, et également très proches de ceux d'une autre étude qualitative chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C consultant en médecine générale. (85,86)

Il n'a donc pas été mis en évidence de fortes différences de perception de l'examen gynécologique selon la catégorie sociale. Les femmes en situation de précarité se disent souvent plus mal informées, mais leur vécu de l'examen ne semble pas différent.

2. Connaissance de son corps

Plusieurs des femmes de notre enquête ont des méconnaissances sur leur propre corps, que ce soit sur le plan anatomique ou physiologique. Cela participe aux incompréhensions sur le suivi gynécologique : le praticien va voir « *là-dedans* », la pilule « *dérègle* »

Cette méconnaissance sur son corps n'est pas spécifique aux femmes en situation de précarité. L'anatomie et la physiologie précise du sexe féminin n'est explorée que récemment, aussi bien dans les manuels scolaires que dans les publications scientifiques. A titre

d'exemple, les premières descriptions précises du clitoris datent seulement de 2009.

Dans sa thèse, le Dr Jugnon-Formentin explore les connaissances des femmes sur l'anatomie des organes génitaux féminins. Les résultats montrent que 39 % des femmes avaient des connaissances considérées comme insuffisantes, et seules 21 % légendaient sans erreur un schéma réaliste de la vulve. Le niveau d'étude était associé de manière significative au score obtenu au test de connaissance ainsi que la situation familiale : les femmes ayant fait le moins d'études et les femmes célibataires avaient des scores plus faibles. (87)

Il semble qu'une meilleure connaissance de son corps et de son fonctionnement soit un facteur associé à un suivi gynécologique satisfaisant. Les femmes de tout niveau social peuvent avoir des méconnaissances sur leur corps, mais qui diminuent avec le niveau d'étude. Un dialogue avec les parents à l'adolescence et une vie de couple semblent protecteurs à ce point de vue. Les femmes sont en majorité favorables à aborder ces sujets avec leur médecin généraliste.

3. Le choix du médecin

Dans l'étude présente, les femmes s'adressent à des gynécologues ou à des médecins généralistes pour le suivi gynécologique dans des proportions équivalentes. Six choisissent des structures publiques ou associatives (CPEF, CES, consultation hospitalière).

Les arguments de choix entre gynécologue et médecin généraliste sont assez peu exposés : deux des femmes pensent qu'un gynécologue est plus compétent qu'un généraliste pour ce suivi. Pour les autres, le choix se fait sur d'autres critères : facilité d'accès, gratuité, volonté d'anonymat ou orientation par d'autres professionnels. L'idée d'être suivie par un médecin généraliste pour la gynécologie est en général bien acceptée quand les femmes savent que cela est possible. Par ailleurs, certains de leurs généralistes ne pratiquent pas les actes de gynécologie courante, ou ne les ont jamais proposés.

Au vu de l'évolution de la démographie médicale, avec la raréfaction des gynécologues médicaux libéraux, plusieurs études et thèses se sont penchées sur les critères de choix du médecin. (88,89) Elles cherchent à évaluer l'acceptabilité pour les femmes d'un suivi par leur médecin généraliste. Il ressort de ces enquêtes que les femmes acceptent

généralement bien l'idée de faire réaliser le frottis cervico-utérin par leur médecin généraliste, d'autant plus si c'est une femme, mais que beaucoup n'ont pas connaissance de cette possibilité. Une relation ancienne et proche avec un médecin peut être un frein : un médecin de famille qui « connaît trop », trop proche de la personne, connu des proches, peut représenter une gêne pour l'examen gynécologique. Mais cela peut aussi être un facteur de bonne adhésion au suivi selon les femmes, la capacité du généraliste à prendre en charge la personne dans sa globalité est reconnue comme un plus pour le suivi gynécologique.

Globalement, les conclusions de ces études vont dans le sens d'une demande d'information et d'implication des médecins généralistes sur le suivi gynécologique.

A l'inverse, un sondage BVA réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges en Gynécologie Médicale en 2008 indique que les femmes auraient plus confiance dans les compétences des gynécologues que dans celles des généralistes pour leur suivi, et voient la baisse du nombre de ces spécialistes comme un danger potentiel pour leur santé. (28)

Il faut noter que peu d'études ont été menées sur les femmes suivies par une sage-femme en dehors de leur grossesse. Les sages-femmes sont pourtant habilitées à ce suivi, mais il semble que la majorité des femmes ignorent leurs compétences en matière de contraception et de prévention, et leur droit de prescription. (90) Le droit des sages-femmes à prescrire tous types de contraceptifs n'a été établi que récemment par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Les attentes relationnelles envers le médecin pratiquant l'examen gynécologique sont similaires dans les différentes études sur le sujet. Il s'agit avant tout d'une demande d'information compréhensible qui est très importante, et de neutralité avec une peur du jugement de la part du médecin. L'attitude espérée est bienveillante et chaleureuse, avec une attention portée à la demande de la patiente, ce qui implique un temps de consultation suffisant : le médecin doit « prendre le temps ».

Les habitudes des femmes pour leur suivi gynécologique varient avec la catégorie sociale. Les femmes en situation de précarité s'adressent plus à des structures publiques où les soins sont gratuits, et sont globalement moins suivies. On peut supposer que dans une structure publique, il soit plus compliqué d'avoir un suivi avec le même médecin pendant des années : les équipes changent vite, plusieurs intervenants sont présents. Dans ces conditions, nouer une relation de confiance avec un médecin pourrait s'avérer plus difficile.

Ceci n'a pas été mis en évidence dans les récits des femmes interrogées, pour qui la diversité des intervenants est plutôt une force car permet l'anonymat. La confiance dans le médecin est reportée sur la structure de soins dans son ensemble.

Pour résumer, les attentes relationnelles et les critères de choix du médecin des femmes en situation de précarité sont assez semblables avec celles de la population générale. Elles concordent avec celles des femmes de notre étude.

4. La contraception

Les pratiques et les connaissances en matière de contraception se modifient rapidement. Des inégalités sociales sont démontrées, dans l'usage de la contraception ou le nombre d'IVG, mais il semble que les facteurs sociaux ne soient pas actuellement ce qui explique le mieux les attitudes des femmes. Les inégalités dans ce domaine sont plutôt en diminution. (5,91,92)

Dans notre étude, diverses méthodes de contraception sont employées par les femmes. Elles varient beaucoup en fonction de l'âge, mais la pilule est souvent la première méthode utilisée. La norme contraceptive française (préservatifs, puis pilule puis DIU après les grossesses) est finalement peu retrouvée. En revanche, les enquêtées sont souvent méfiantes à l'égard des contraceptions, surtout hormonales. Il existe un climat de suspicion autour de la prise d'hormones, de « chimique », qui serait potentiellement néfaste sur le corps en général, ou sur la fécondité. Les effets secondaires pénibles comme les troubles de règles sont aussi évoqués.

De nombreuses études sont réalisées sur les pratiques contraceptives en France. L'objectif est souvent d'améliorer les pratiques, de réduire le nombre d'IVG. La contraception est surtout discutée chez les femmes considérées comme vulnérables, les femmes très jeunes, ou à la suite d'une IVG. (93,94). Il est notable que la part de la pilule diminue, que ce soit dans la population générale ou dans ces groupes plus restreints, en particulier suite à la médiatisation de ses effets indésirables. Des inégalités existent mais le taux d'utilisation d'une contraception reste stable, ainsi que le nombre d'IVG. (95)

Les réticences et inquiétudes exprimées par les femmes de notre étude sur « les hormones » ne sont donc pas spécifiques à cette population. Peu d'études qualitatives se sont penchées spécifiquement sur la question, mais dans celles qui existent, certaines femmes mettent à distance l'idée d'une gestion trop médicalisée de leur fécondité. (51)

Les freins à la contraception sont multiples et ne peuvent se comprendre qu'en prenant en compte le contexte de vie des femmes : mode de relations, sexualité, désirs de grossesses, normes sociales, etc. Ces freins évoluent rapidement au cours du temps et avec les avancées techniques. (92,96)

VII. Implications pratiques

Ce travail de thèse nous donne un bon aperçu des connaissances, des expériences et des représentations de femmes dans des situations de précarité diverses concernant le champ de la gynécologie médicale. Il nous renseigne également sur leurs attentes envers les praticiens. Que peut-on en retirer pour la pratique courante ? Quelles implications pour le médecin lors de la consultation ? Et du point de vue de la santé publique ?

1. A l'échelle du médecin généraliste.

Tout d'abord, identifier les difficultés socio-économiques de chaque patiente semble crucial. Quelques questions simples sur la situation professionnelle et familiale de chaque patient permettent de repérer les femmes très isolées ou en grande difficultés. Des recommandations ont été faites par le collège de médecine générale sur cette question. (97). Ce travail de repérage nécessite cependant un suivi sur plusieurs consultations, et doit éviter d'être inutilement intrusif.

Ensuite, les femmes attendent de leur médecin généraliste qu'il ou elle propose le suivi gynécologique. S'enquérir systématiquement pour les patientes déjà suivies de leur besoin contraceptif, de la date de leur dernier frottis ou mammographie le cas échéant, est utile et très bien accepté.

S'assurer de l'accessibilité du suivi gynécologique est possible. Cela peut passer par la recherche des horaires adaptés et par des consultations suffisamment longues, éventuellement un interprétariat. Sur le plan financier, le médecin peut orienter vers des structures pouvant réaliser le tiers payant intégral lorsqu'elles existent, même en l'absence de complémentaire maladie. Se faire aider d'un travailleur social peut être une solution dans certains cas.

Quand le suivi gynécologique n'est pas optimal, une étape importante pourrait être de s'intéresser à la demande de la personne. Il s'agit d'une approche centrée sur la patiente, qui a montré son intérêt par exemple dans la prise en charge du diabète (98) . Quel besoin ressent-elle ? Existe-il une demande de prévention, une demande de contraception ou au contraire un désir de grossesse ? Répondre au besoin ressenti et pas seulement aux recommandations de pratiques cliniques peut être un facteur d'adhésion aux soins par la suite.

L'étape d'information est également cruciale. Même pour les patientes les plus réticentes à un suivi gynécologique, la demande d'information est centrale. Plusieurs femmes n'osent pas poser leurs questions mais attendent de leurs médecins qu'ils abordent ces sujets. Une explication claire et sans jargon des objectifs, du déroulement et de l'intérêt du suivi permet à la fois de lever les incompréhensions et certaines idées fausses et de renforcer la confiance dans la relation soignant-soigné.

Lors de l'examen gynécologique, une attitude calme, attentive, favorisant l'intimité de la patiente et s'adaptant à ses réactions permet de ne pas renforcer la gêne et l'inconfort associé à cet examen et donc de ne pas induire les attitudes d'évitement qui peuvent suivre une mauvaise expérience.

Enfin, laisser le choix à la patiente du moment et du professionnel approprié pour réaliser ce suivi, lui laisser l'autonomie dans la décision, est important pour celles qui ressentent le suivi gynécologique comme une contrainte voire une injonction inutile.

Il ne faut pas perdre de vue que du côté du médecin, il existe également des freins à la pratique de la gynécologie courante, et également des freins à la prise en charge optimale des personnes en situation de précarité.

Les freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale ont été explorés, notamment par plusieurs thèses sur le sujet. (99,100) Les médecins généralistes perçoivent une réticence des patientes, une mauvaise reconnaissance de leurs compétences. Ils trouvent parfois ces actes chronophages et mal rémunérés par rapport à l'investissement en temps et en matériel. Certains se sentent mal formés sur le sujet. Le genre féminin du praticien est un facteur facilitant.

Les difficultés à l'accueil d'un public en situation de précarité ont également fait l'objet de travaux.(101) Les difficultés sont surtout connues pour les patients en grande précarité, avec des consultations souvent complexes, longues, avec des difficultés de communication. Une thèse réalisée auprès des internes en médecine générale à Marseille en 2013 retrouve chez ces futurs médecins de grandes méconnaissances sur les inégalités sociales de santé, ainsi que sur les dispositifs d'accès aux soins. (102) Les préjugés sur « les pauvres » ou les bénéficiaires de la CMU étaient encore vivaces pour un tiers d'entre eux : suspicion de demandes abusives, de comportements agressifs ou irrespectueux.

Au total, une attention portée plus particulièrement aux patientes précaires, en étant conscient des problématiques sociales, permet à l'échelle du médecin de favoriser le développement de la confiance dans la relation, afin d'inciter à un recours régulier selon les recommandations, ou le besoin ressenti. Une formation spécifique sur le sujet serait utile.

2. A l'échelle de la santé publique

La majorité des femmes n'est pas suivie par un médecin généraliste sur le plan gynécologique. De plus, nous avons vu que ce sont les femmes qui consultent le moins leur médecin, les plus isolées ou celles qui se méfient du système médical qui ont un moins bon suivi gynécologique. A son niveau, le médecin généraliste n'a donc pas tous les leviers pour améliorer cette situation.

Lutter contre les inégalités de santé est du ressort de l'Etat, avec des décisions politiques pour améliorer les conditions de vie des plus défavorisés, pour améliorer un système de santé qui permettent à chacun de recourir aux soins selon ses besoins sans avance de frais pour les personnes les plus précaires, et pour améliorer les campagnes de prévention.

De nombreuses mesures sont déjà mises en place pour permettre l'accès aux soins des plus précaires : CMU, AME, ACS, dispositifs des PASS notamment. Pourtant, le renoncement aux soins pour raisons financières n'a pas disparu. Certaines mesures utiles pourraient faciliter l'accès à ces aides.

En ce qui concerne le suivi gynécologique, l'information est essentielle, mais probablement pas suffisante. Des campagnes médiatiques sur le dépistage du cancer du col, des IST ou sur la contraception pourraient être utiles, mais nous avons vu en introduction le risque de ces mesures de santé publiques qui en s'adressant à tous peuvent paradoxalement aggraver les inégalités.

Il est possible que la mise en place du dépistage organisé soit plus efficace que le dépistage individuel alors en cours pour le cancer de l'utérus. Ce dépistage systématique, déjà en place pour le cancer du sein, ainsi que dans certains départements pour le cancer du col de l'utérus, n'efface cependant pas les inégalités. Les freins au dépistage et au suivi gynécologique restent présents.

CONCLUSION

Devant le constat d'inégalités sociales importantes dans le suivi gynécologique, nous avons étudié les récits de femmes vivant en situations de précarité à la recherche des représentations qui permettraient d'éclairer leur moindre recours.

L'analyse des propos de ces femmes montre qu'elles se préoccupent de leur santé. Elles ont en majorité une vision positive du suivi gynécologique qui fait partie de l'attention globale portée à leur santé, en particulier reproductive. Cependant, leur recours aux consultations gynécologiques est variable et dans la plupart des cas inférieur aux recommandations.

Une minorité de femmes décident de ne pas se faire suivre du tout en gynécologie par défiance envers la médicalisation. Plus fréquemment, celles qui s'éloignent du suivi le font temporairement en raison de conditions de vie difficiles les obligeant à passer leur temps à satisfaire des besoins plus immédiats, plutôt que de prendre du temps pour prévenir des maladies. Nous constatons que l'isolement social est une des circonstances qui crée le plus facilement les conditions de l'absence de suivi.

La plupart du temps, les femmes adaptent leur recours à leur demande : il peut s'agir un besoin contraceptif, d'un risque perçu de maladie gynécologique ou d'un symptôme ressenti subjectivement. Par ailleurs, beaucoup de femmes ont l'habitude d'un recours régulier à des fins préventives dont les objectifs sont souvent indéfinis. Elles se réfèrent à la norme transmise par l'entourage ou par les professionnels de santé.

Pour la planification des naissances, les femmes ont majoritairement recours à une contraception mais ne suivent pas la norme contraceptive. Comme dans la population générale il émerge une méfiance assez répandue envers les méthodes contraceptives médicales, en particulier hormonales, qui peut les pousser à s'en détourner.

Les représentations du suivi gynécologique dépendent de l'âge des femmes, et évoluent au cours de leur vie. Elles se construisent en fonction du contexte social et culturel et de l'éducation familiale de chaque personne. Avoir été éduqué dans un système de valeurs

traditionnel avec des tabous importants autour de la sexualité semble augmenter la gêne sur les questions gynécologiques. La capacité pour les femmes de rechercher les informations par elles-mêmes est déterminante sur leur attitude vis-à-vis du suivi. Cela semble plus facile pour des femmes nées en France, avec un niveau d'éducation élevé.

Les freins au suivi gynécologique identifiés sont les suivants :

D'abord, l'absence de perception de son utilité ;

Ensuite, des barrières à son accessibilité : principalement le coût financier pour celles pour lesquelles il existe un reste à charge pour les soins, auquel s'ajoute la barrière de la langue pour les femmes immigrées.

Troisièmement, le coût psychologique induit par l'examen physique, qui peut être renforcé par des expériences négatives avec le monde médical.

Les conditions de la consultation gynécologique sont importantes pour la perception du suivi. Une relation de confiance avec le médecin favorise le suivi. Cette confiance peut être acquise d'emblée ou décidée avec le temps. Les attentes envers le médecin sont principalement une demande d'information et une attention portée à la personne. Le genre du praticien peut avoir une importance, une partie des femmes étant plus à l'aise avec un médecin femme.

La précarité peut donc avoir une influence sur le suivi gynécologique : Au-delà du frein financier dissuasif, des situations liées à la précarité comme l'isolement ou l'accumulation de difficultés sociales et économiques, peuvent faire différer tout recours aux soins non perçus comme urgents, en particulier les soins préventifs en gynécologie.

Pour autant, les représentations des femmes sur leur suivi gynécologique diffèrent peu de ce qui est connu dans la population générale, que ce soit autour de la contraception, des critères de choix du praticien ou des motivations au recours gynécologique. La précarité n'explique pas ici les représentations du suivi gynécologique des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection générale des affaires sociales ; 2011 mai. Report No. : RM2011-061P.
2. Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? Rev D'Épidémiologie Santé Publique. août 2013 ; 61, Supplément 3:S158-62.
3. Barré S, Masseti M, Leleu H, Catajar N, De Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Épidémiologique Hebd. 24 janv 2017 ; (2-3):39.
4. Link BG, Northridge ME, Phelan JC, Ganz ML. Social epidemiology and the fundamental cause concept: on the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status. Milbank Q. 1998;76(3):375.
5. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés. sept 2012;(492).
6. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2012 ; 41(2) :151-66.
7. Joseph KS, Liston RM, Dodds L, Dahlgren L, Allen AC. Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services. Can Med Assoc J. nov. 2007;177(6):583-90.
8. Bajos N, Beltzer N, Warszawski J, Goulet V. Sexualité, conditions de vie et santé. In: Enquête sur la sexualité en France Pratiques, genre et santé. La découverte. 2008. p. 461-81.
9. Jodelet D. Les représentations sociales. Presses Universitaires de France. Paris; 1989. (Sociologie d'aujourd'hui). Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/les-representations-sociales--9782130537656.htm>
10. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 1 juill 2014; 161(1):67-72.
11. McCarthy M. Screening pelvic exams are of no benefit, US doctors' group says. Bmj-Br Med J. 1 juill 2014; 349:g4342.
12. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical Breast and Pelvic Examination Requirements for Hormonal Contraception: Current Practice vs Evidence. JAMA. 2 mai 2001 ; 285(17) :2232-9.
13. HAS. Fiche Mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Haute Autorité de Santé ; 2013.
14. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS ; 2010.
15. HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. Haute Autorité de Santé ; 2015. Disponible sur : www.has-sante.fr
16. HAS. Recommandations professionnelles Mise à jour Mai 2016 Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2007. Disponible sur: www.has-sante.fr
17. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Vol. 4074. Direction des journaux officiels ; 1987.
18. Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risque et santé. Paris: INSERM; 2001. 474 p. (Questions en santé publique).

19. Les niveaux de vie en 2015. INSEE Prem [Internet]. 2017 ;(1665). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques?collection=116>
20. Blanchet, Revil H, Rode A. Evaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale. Assemblée Nationale ; 2016 p. 158.
21. Les plafonds d'attribution. Barème CMU-C, ACS et AME au 1er avril 2017 [Internet]. CMU ; 2017. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/plafonds.php>
22. Barret C, Ryk F, Volle N. Enquête 2013 auprès de la Génération 2010 Face à la crise, le fossé se creuse entre niveaux de diplôme. Bull Rech Empl-Form Céreq. mars 2014 ;(319).
23. Martin M, Gilbert A. Des territoires inégaux face à la précarité - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 25. Insee Anal Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. sept 2016 ;(25). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2128987#titre-bloc-8>
24. L'état de santé de la population en France : publication du rapport 2017 [Internet]. DREES et Santé publique France ; [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France-publication-du-rapport-2017>
25. Les Solitudes en France. Rapport 2016 - Une étude réalisée par la Fondation de France avec la collaboration du CREDOC [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes_2016_rapport_final_0.pdf
26. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Épidémiologique Hebd. 2006 ; 14:93–96.
27. Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé - Sondage réalisé pour la MGEN et LMDE. OpinionWay; 2011.
28. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique - Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie. BVA; 2008.
29. Beltzer N, Hamers F, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bull Épidémiologique Hebd. 2017 ;(2-3):26-31.
30. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016 [Internet]. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>
31. Rahib D, Le Guen M, Lydié. Baromètre santé 2016 contraception quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique Fr [Internet]. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
32. Fécondité – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926>
33. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. 2014 ; 69(3) :365-98.
34. Blanpain N. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes -. INSEE Prem [Internet]. févr 2018 [cité 17 févr 2018];(1687). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>

35. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte - Ined - Institut national d'études démographiques. Popul Sociétés [Internet]. 2008 [cité 17 févr 2018] ;(441). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/la-double-peine-des-ouvriers-plus-d-annees-d-incapacite-au-sein-d-une-vie-plus-courte/>
36. Chardon O, Guignon N, De St Paul T. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2015.
37. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris) : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2012.
38. INPES - ISS : Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
39. Couffinhal A, Dourgon P, Geoffars P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réductions des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Quest Econ Santé - Inst Rech Doc En Econ Santé [Internet]. 2005;(92). Disponible sur: www.irdes.fr
40. Collège de la médecine générale. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en Médecine générale. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2014.
41. Breuil-Genier P, Sicart D. L'origine sociale des professionnels de santé. Etudes Résultats - Dir Rech Études L'évaluation Stat DREES. 2006;(496).
42. Despres C, Lombrail P. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination - Une analyse de discours de médecins et dentistes - Laboratoire LEPS – Université Paris XIII. Etudes Résultats - Déf Droits [Internet]. [cité 17 févr 2018]; Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudesresultats-oit-03.04.17-num-final.pdf>
43. Millot T. Précarité et Prévention en Médecine Générale: évaluation de la prise en charge des bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Université Claude Bernard Lyon 1; 2005.
44. Duhamel E, Joyeux H. Femmes et précarité. Conseil Economique, Social et Environnemental ;
45. Femmes et hommes, l'égalité en question - Edition 2017 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques ; 2017 [cité 17 févr 2018]. (INSEE Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr>
46. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. St-Maurice Inst Veille Sanit. 2007;
47. Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. Prev Med. avr 2012;54(3-4):259-65.
48. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus - Fiches Repères - état des connaissances en date du 17 juin 2013 [Internet]. INCa - Institut National du Cancer; 2013. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prevention-et-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
49. Azria É. Précarité sociale et risque périnatal. Enfances Psy. 2015 ; 67(3):13.
50. Vilain A, Gonzales L. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. Etudes Résultats - Dir Rech Études L'évaluation Stat DREES. juill 2013 ;(848).
51. Bajos N, Ferrand M, Equipe Giné. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. INSERM; 2002. (Questions en santé publique).

52. Simon P, Lévy C, éditeurs. Rapport sur le comportement sexuel des français. Paris: R. Julliard : P. Charron; 1972. 1 p.
53. France, Spira A, Bajos N, Béjin A, Agence nationale de recherches sur le SIDA (France), France, et al., éditeurs. Les comportements sexuels en France. Paris : la Documentation française ; 1993. 1 p. (Collection des rapports officiels).
54. Bajos N, Bozon S. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La découverte. Paris ; 2008. 609 p.
55. Convers M, Langeron A, Sass C, Moulin J-J, Augier A, Varlet M-N, et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2012;40(4):208-12.
56. Gasiorek E. Étude de la concordance entre le score epices et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Dijon]: U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon; 2014.
57. Chappuis M, Le Bihan Y, Tomasino A. Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde. *Après-Demain.* 2017;N ° 42, NF(2):3-5.
58. Balland M. Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Médecine Générale]. Université de Lorraine - Faculté de Médecine de Nancy ; 2012.
59. Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *Santé En Action.* 2017;2017:11.
60. World Contraceptive Patterns 2013 [Internet]. United Nations; 2013. Disponible sur: www.unpopulation.org
61. Danet S, Olier L, Moisy M, France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France. Paris: Documentation française; 2010.
62. Grillo F, Cadot E, Parizot I, Chauvin P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* oct 2008;56(6, Supplément):S357.
63. Chauvin P, Parizot I, Vallée J. Les inégalités sociales et territoriales de santé en milieu urbain: Enseignements de la cohorte SIRS. *Actual Doss En Santé Publique.* mars 2013;(82):29-32.
64. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Loû AD du. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health.* 1 janv 2018;3(1):e16-23.
65. McKinnon B, Harper S, Moore S. Decomposing income-related inequality in cervical screening in 67 countries. *Int J Public Health.* avr 2011;56(2):139-52.
66. Despres DC, Dourgon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Quest Econ Santé - Inst Rech Doc En Econ Santé.* 2011;(169).
67. Davoine E, Schott-Pethelaz A-M. Le renoncement aux soins, en particulier pour raisons financières : étude qualitative auprès de 20 patients de médecine générale. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
68. Desprès C, Guillaume S, Couralet P-E. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. *Rapp Au Fonds Financ Prot Complément Couv Univers Risque Mal.* 2009;

69. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. *Quest Econ Santé - Inst Rech Doc En Econ Santé*. 2016;(219).
70. Mercer SW, Watt GCM. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med*. déc 2007;5(6):503-10.
71. Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2012;2:30-34.
72. Cagnet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Rev Eur Migr Int*. 24 oct 2012;Vol. 28(2):11-34.
73. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique*. 2013;25(3):255.
74. Warin P, Chauveaud C, Rode A, Moulin J-J, Chatain C, Gutton S, et al. Le non-recours aux soins des actifs précaires - Rapport scientifique intermédiaire n°1. janv 2007 [cité 4 janv 2018]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00138936/document>
75. Rapport d'activité 2016 [Internet]. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; 2016 [cité 27 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/>
76. Potvin L, Frohlich KL. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes. *Ruptures Rev Transdiscipl En Santé*. 1998;5(2):142-52.
77. Rode A. Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [Sociologie]. Université Pierre Mendès-France - Grenoble II; 2010. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488403>
78. Burton-Jeangros C. Cultures familiales du risque. *Anthropos*. 2004. (Sociologiques).
79. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Popul Sociétés*. 2004;407:1-4.
80. Tournyol du Clos L, Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes. *INSEE Prem [Internet]*. 2008 [cité 11 janv 2018];(1180). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280722>
81. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence. *INSEE Prem [Internet]*. 2013 [cité 18 févr 2018];(1473). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920#titre-bloc-13>
82. Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin J-J, Debout M, Duband S. La précarité est plus fréquente chez les victimes de violences volontaires : intérêt du score EPICES. *Presse Médicale*. 1 juin 2009;38(6):881-92.
83. Guillin-Angoulvant C. L'examen clinique dans le cadre du suivi gynécologique: étude des représentations des femmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2003.
84. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer*. 2011;22(98):122-8.
85. Jouenne J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. *PARIS XII - CRETEIL*; 2014.
86. Joseph J-P, Turlin X, Kinouani S, Magot L, Demeaux J-L, Quintard B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. *Médecine*. 2014;10(10):472-477.

87. Jugnon Formentin L, Dupraz C. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes : étude transversale descriptive à partir de 262 questionnaires. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
88. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
89. Turlin X. Attitudes et représentations des femmes en situation de précarité concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus proposé par le médecin généraliste en Gironde [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2011.
90. Delepau C. Suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes : étude des représentations et des connaissances des femmes. 2016.
91. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 1 juin 2004 ; Vol. 59(3):479-502.
92. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés - Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques*. 2014;(511).
93. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Polit Soc Fam*. 2010;100(1):104-9.
94. Moreau Caroline C, Desfrères J, Bajos Nathalie N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc*. janv 2011;1:148-61.
95. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Sociétés - Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques*. 2015 ;(518). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
96. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée - Document de synthèse. Haute Autorité de Santé; 2013. Disponible sur: www.has-sante.fr
97. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? *Collège de la Médecine Générale*; 2014.
98. Moreau A, Kellou N, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*. 2013;24(110):268-77.
99. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre -et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une étude quantitative [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine de Tours; 2013. Disponible sur: http://www.applis.univtours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrossetMarie.pdf
100. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux U.F.R des sciences médicales ; 2014.
101. Philippe V, Le Goaziou M-F. L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais : enquête qualitative par entretiens individuels auprès de médecins généralistes de Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2016.
102. Merieux I, Ernst S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative. [Médecine Générale]. Faculté de Médecine de Marseille ; 2013.

Annexe 1 : Score EPICES

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
EPICES = 75,14 +10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

Annexe 2. Fiches de recrutement

1. A l'intention des patientes

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale/ *médecin généraliste remplaçante*

Pour terminer ma formation, je réalise une thèse sur le suivi gynécologique des femmes.

Pour cela, j'organise des entretiens individuels pour recueillir vos idées et vos opinions sur votre suivi médical.

Ce sont des rencontres de 30 min à 1 heure environ, dans un lieu de votre choix, et bien sûr confidentielles.

Seriez-vous intéressée pour participer ?

Si c'est le cas vous pouvez me contacter au 06-80-52-91-15. Je suis disponible pour vous répondre.

Merci d'avance

Louise CHARDENAL

2. A l'intention des structures.

Je viens de terminer mon internat de médecine générale

Pour ma thèse, j'ai besoin de rencontrer des femmes pour des entretiens ou je leur parle de leur suivi gynécologique. Ce sont des entretiens bien sûr anonymes et confidentiels

Je m'intéresse aux femmes qui sont en situation de précarité (Que ce soit des difficultés financières, de logement, d'isolement, d'emploi...).

J'ai besoin de vous pour les rencontrer !

Si vous recevez une femme (de plus de 18 ans) que vous pensez être concernée :

- Demandez-lui si elle souhaiterait participer à l'étude : Si elle accepte, remettez-lui une des fiches explicatives et notez ses coordonnées (ça ne l'engage à rien). C'est moi qui la contacterai pour fixer avec elle d'un rendez-vous selon ses préférences.

- Il faut de préférence qu'elle parle et comprenne couramment le français pour que l'entretien puisse avoir lieu

- Ce n'est pas la peine de lui poser des questions sur sa situation sociale. C'est moi qui évaluerai sa situation rapidement et anonymement (par exemple par téléphone)

- Si elle souhaite me rencontrer auparavant, ou plus d'explications, il suffit de m'appeler ou m'envoyer un mail :

Numéro : 06 80 52 91 15

Mail : louise.chardenal@yahoo.fr

Merci d'avance de votre aide !

Louise Chardenal

Annexe 3. Canevas d'entretiens

Bonjour, je me présente, je termine ma formation pour devenir médecin. Je réalise une thèse sur le suivi gynécologique, c'est à dire tout ce qui peut avoir un rapport avec les soins médicaux de la femme

Ce qui m'intéresse, c'est votre histoire et votre opinion sur ce suivi, et ce que ça représente pour vous. Il n'y a aucune mauvaise réponse

Avec votre accord, je vais enregistrer l'entretien pour pouvoir retranscrire entièrement et fidèlement ce que vous me dites. C'est entièrement anonyme, et l'enregistrement ne sera pas conservé après la fin de l'étude.

OUVERTURE :

J'aimerais que vous me parliez de votre suivi gynécologique. Qu'est-ce que ça représente pour vous ?

Axe 1. Perception du suivi gynécologique et rapport au monde médical

- *Pour vous, de quel suivi médical particulier vous avez besoin en tant que femme ?*
- *Qu'est-ce que c'est pour vous un suivi médical normal pour la gynécologie ?*
- *Pensez-vous avoir les soins dont vous avez besoin dans ce domaine ? Et pourquoi ?*
- *A partir de quel âge avez-vous eu besoin d'un suivi gynécologique ? Et jusqu'à quel âge ?*
- *Qu'est ce qui est important pour vous dans ce suivi ?*

- Freins :

- *Est ce que vous avez déjà renoncé à consulter en gynécologie ? Pourquoi ?*
- *Qu'est ce qui peut vous empêcher d'avoir ce suivi ?*

- Perception de la consultation gynécologique et relation au médecin

- *Est-ce que vous avez déjà été examinée au niveau gynécologique ? Racontez-moi*
 - *Comment vous choisissez le médecin que vous voyez pour la gynécologie ? Est-ce que ça peut être un médecin généraliste ?*
 - *Qu'est-ce que vous attendez du médecin qui s'occupe de vous pour la gynécologie ?*
- OU : Comment souhaiteriez-vous que votre médecin se comporte pendant une consultation pour la gynécologie ?*
- *Qu'est-ce que vous penseriez si votre médecin généraliste vous pose des questions sur votre sexualité ou vie intime?*

Axe 2 - Image de son corps

- *En général, si vous avez une question sur la sexualité, la grossesse ou la contraception, où est-ce que vous cherchez la réponse ?*
- *Est-ce c'est des choses dont vous pouvez parler facilement ? A qui ?*
- *Qu'est ce qui est le plus important pour vous parmi ces questions ?*

- Education à la sexualité et aux questions sur le corps féminin

- *Comment vous avez appris ce qui concerne le corps de la femme et la sexualité quand vous étiez plus jeune ?*
- *(Si concernée) Maintenant, comment vous pensez aborder ces sujets avec vos filles ? Et avec vos fils ? Pourquoi ?*

Axe 3. Contraception, maternité et grossesses :

Contraception :

- *Comment vous avez planifié vo(s) grossesse(s) ? C'était prévu ? Racontez-moi !*
- *C'est quoi la contraception pour vous ? Qu'est-ce que vous avez déjà utilisé ? Vous pouvez m'en parler ? Qu'est-ce que vous en pensez ?*

Suivi de grossesse :

- *Comment ça s'est passé votre suivi de grossesse ? Qui s'en est occupé ? Racontez-moi !*
- *Comment vous l'avez vécu ? Les consultations médicales ; comment ça s'est passé ?*
- *(si concernée) Si vous tombez enceinte, qu'est-ce que vous allez faire comme suivi médical ?*

Axe 4. Prévention et rapport au risque :

Dépistage cancers :

- *Vous avez déjà fait un frottis ? À quoi ça sert pour vous ? Comment ça s'est passé ? Est-ce c'est important ? Pourquoi ?*
- *(Si concernée) Vous avez déjà fait une mammographie de dépistage ? Racontez-moi !*

Dépistage des IST

- *Est-ce que vous avez déjà fait un dépistage des IST ? Dans quelles circonstances ? Racontez-moi !*
- *Est-ce que vous vous protégez contre les IST ? Comment ? Et pourquoi ?*

Conclusion :

- *Est-ce qu'il y a autre chose que vous n'avez pas pu aborder mais que vous aimeriez dire ?*
- *Qu'est-ce qui vous semble le plus important dans tout ce que vous avez dit ?*

- Auto évaluation de l'état de santé :

Pensez-vous être plutôt en bonne ou en mauvaise santé actuellement ?

- Données démographiques

- Age
- Profession
- Situation familiale (conjugalité)
- Hébergement
- Niveau d'étude
- Pays d'origine (Si femme immigrée : depuis combien de temps en France ?)
- Nombres de grossesses/ enfants (si n'a pas été dit dans l'entretien)
- Type de couverture maladie : CMU/ AME/ ALD/ Mutuelle ?

Merci beaucoup d'avoir participé à cet entretien.

Je vous tiendrais informée des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

Annexe 4.
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Thèse D'exercice, Faculté de Médecine Lyon 1

Titre : Comment les femmes en situation de précarité perçoivent-elles le suivi gynécologique ?

Auteur : Louise Chardenal

Médecins encadrant la recherche : Dr Séverine Oriol

Description : Cette Etude qualitative consiste en une série d'entretiens individuels semi-dirigés. L'objectif est de recueillir les sentiments et les représentations de femmes vivant en situation de précarité vis à vis de leur suivi gynécologique.

Participation à l'Etude :

Votre participation à cette étude se résume à une entrevue individuelle.

Cette entrevue a une durée prévisible d'environ 30 minutes à 1 heure.

L'entretien sera entièrement enregistré, puis retranscrit intégralement et anonymisé.

Des extraits de cet entretien seront utilisés pour la rédaction de la thèse.

Le seul inconvénient est le temps consacré à cet entretien. Il n'y a besoin d'aucune préparation de votre part.

Confidentialité :

Les informations que vous donnerez seront anonymes : Seules les personnes participant à la recherche pourront connaître l'identité des personnes participant aux entretiens.

Votre nom n'apparaîtra pas dans la thèse.

Le contenu des entretiens sera conservé de manière confidentielle jusqu'à la présentation de l'enquête, et l'enregistrement audio des entretiens sera détruit dès la fin du travail.

Diffusion :

La thèse sera présentée à la faculté de médecine de Lyon.

Elle sera ensuite disponible en ligne et à la bibliothèque universitaire santé de Lyon.

Votre Consentement :

J'accepte de participer au mémoire intitulé « Perception des messages de prévention en médecine générale par les patients en situation de précarité »

Ma signature atteste de mon consentement à participer à l'étude. Je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps de l'étude sans aucune conséquence pour moi.

Signatures :

Informateur :

Participant :

Lieu et Date :

Pour tout renseignement supplémentaire, vous pouvez vous adresser :

Louise Chardenal, louise.chardenal@yahoo.fr



Nom, prénom du candidat : Chardenal Louise

CONCLUSIONS

Devant le constat d'inégalités sociales importantes dans le suivi gynécologique, nous avons étudié les récits de femmes vivant en situations de précarité à la recherche des représentations qui permettraient d'éclairer leur moindre recours. L'analyse des propos de ces femmes montre qu'elles se préoccupent de leur santé. Elles ont en majorité une vision positive du suivi gynécologique qui fait partie de l'attention globale portée à leur santé, en particulier reproductive. Cependant, leur recours aux consultations gynécologiques est variable et dans la plupart des cas inférieur aux recommandations. Une minorité de femmes décident de ne pas se faire suivre du tout en gynécologie par défiance envers la médicalisation. Plus fréquemment, celles qui s'éloignent du suivi le font temporairement en raison de conditions de vie difficiles les obligeant à passer leur temps à satisfaire des besoins plus immédiats, plutôt que de prendre du temps pour prévenir des maladies. Nous constatons que l'isolement social est une des circonstances qui crée le plus facilement les conditions de l'absence de suivi.

La plupart du temps, les femmes adaptent leur recours à leur demande : il peut s'agir d'un besoin contraceptif, d'un risque perçu de maladie gynécologique ou d'un symptôme ressenti subjectivement. Par ailleurs, beaucoup de femmes ont l'habitude d'un recours régulier à des fins préventives dont les objectifs sont souvent mal définis. Elles se réfèrent à la norme transmise par l'entourage ou par les professionnels de santé.

Pour la planification des naissances, les femmes ont majoritairement recours à une contraception mais ne suivent pas la norme contraceptive. Comme dans la population générale il émerge une méfiance assez répandue envers les méthodes contraceptives médicales, en particulier hormonales, qui peut les pousser à s'en détourner.

Les représentations du suivi gynécologique dépendent de l'âge des femmes, et évoluent au cours de leur vie. Elles se construisent en fonction du contexte social et culturel et de l'éducation familiale de chaque personne. Avoir été éduqué dans un système de valeurs traditionnel avec des tabous importants autour de la sexualité semble augmenter la gêne sur les questions gynécologiques. La capacité pour les femmes de rechercher les informations par elles-mêmes est déterminante sur leur attitude vis-à-vis du suivi. Cela semble plus facile pour des femmes nées en France, avec un niveau d'éducation élevé.

Les freins au suivi gynécologique identifiés sont les suivants :

D'abord, l'absence de perception de son utilité ;

Ensuite, des barrières à son accessibilité : principalement le coût financier pour celles pour lesquelles il existe un reste à charge pour les soins, auquel s'ajoute la barrière de la langue pour les femmes immigrées.

Troisièmement, le coût psychologique induit par l'examen physique, qui peut être renforcé par des expériences négatives avec le monde médical.

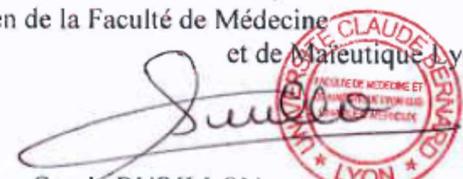
Les conditions de la consultation gynécologique sont importantes pour la perception du suivi. Une relation de confiance avec le médecin favorise le suivi. Cette confiance peut être acquise d'emblée ou décidée avec le temps. Les attentes envers le médecin sont principalement une demande d'information et une attention portée à la personne. Le genre du praticien peut avoir une importance, une partie des femmes étant plus à l'aise avec un médecin femme.

La précarité peut avoir une influence sur le suivi gynécologique : au-delà du frein financier dissuasif, des situations liées à la précarité, comme l'isolement ou l'accumulation de difficultés sociales et économiques, peuvent faire différer tout recours aux soins non perçus comme urgents, en particulier les soins préventifs en gynécologie. Pour autant, les représentations des femmes sur leur suivi gynécologique diffèrent peu de ce qui est connu dans la population générale, que ce soit autour de la contraception, des critères de choix du praticien ou des motivations au recours gynécologique. La précarité n'explique pas ici les représentations du suivi gynécologique des femmes.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Honora Alain


VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maieutique Lyon-Sud Charles Mérieux


Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 09/03/2018

CHARDENAL Louise - Comment les femmes en situation de précarité perçoivent-elles le suivi gynécologique ? Etude qualitative par seize entretiens semi-dirigés.

RÉSUMÉ **Contexte :** Les femmes en situation de précarité sont moins suivies sur le plan gynécologique que les autres femmes, sans qu'un désintérêt pour ce sujet soit observé.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Les récits de femmes avec un score EPICES > 40.2 recrutées en région lyonnaise ont été analysés pour comprendre leurs représentations. Seize entretiens ont été réalisés.

Résultats : Les femmes interrogées ont des parcours divers. La moitié ont un recours régulier en gynécologie. La plupart des femmes ont une vision positive du suivi et expriment une demande de soins préventifs en particulier pour la santé reproductive. Les risques d'IST et de cancer du sein sont connus mais celui de cancer du col utérin l'est peu. Des incompréhensions sur les objectifs du suivi apparaissent. La contraception est largement utilisée, plusieurs femmes expriment une méfiance envers les hormones. Des freins au suivi sont : l'accessibilité des soins (financier en cas d'avance des frais ; barrière de la langue pour les femmes immigrées) ; lors de la consultation (pudeur, inconfort, expériences médicales négatives) ; liés aux conditions de vie qui entraînent d'autres priorités immédiates. L'isolement est un facteur aggravant, le couple et l'entourage soutenant favorisant le suivi. Les attentes envers le praticien sont relationnelles, avec une demande d'informations adaptées à la personne.

Discussion : Les représentations du suivi gynécologique ne semblent pas différer de ce qui a été décrit pour la population générale. Le niveau d'éducation et la capacité à s'informer par soi-même permettent de mieux comprendre les inégalités que le niveau de précarité.

Conclusion : Les représentations des femmes en situation de précarité éclairent leur recours au suivi gynécologique. Ces femmes sont confrontées à des barrières spécifiques au suivi gynécologique, mais leurs représentations ne semblent pas dépendre de leur niveau de précarité.

MOTS CLES : Suivi Gynécologique/ Précarité/ Inégalités sociales de santé/ Contraception

JURY Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU
 Membres : Madame le Professeur Marie FLORI
 Madame le Professeur Liliane DALIGAND
 Docteur Séverine ORIOL

DATE DE SOUTENANCE : 12 AVRIL 2018

Adresse de l'autrice : 30 Rue de Crimée 69001 LYON
E-mail : louise.chardenal@yahoo.fr