



Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité

Lolita Ogé

► **To cite this version:**

Lolita Ogé. Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016.

HAL Id: dumas-01561133

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01561133>

Submitted on 12 Jul 2017

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Ecole de SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2016

Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la
contraception chez les femmes en situation de précarité

Étude qualitative réalisée au point H de Brest du 28 septembre au 3 novembre 2015

Présenté et soutenu par : Lolita OGÉ

Née le 5 Mars 1992

Directrice de mémoire: Docteur Catherine JEZEQUEL

Remerciements

À travers ces quelques lignes, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans l'élaboration de mon mémoire.

Isabelle PAULARD, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Brest, pour sa grande disponibilité, son écoute et sa guidance durant ces deux années de travail.

Catherine JEZEQUEL, directrice de ce travail et responsable du Point H de Brest, pour tous ses conseils, sa littérature et le temps qu'elle a su m'accorder.

Le personnel du Point H, pour son accueil et sa gentillesse.

Les femmes qui ont accepté de nous consacrer du temps pour mener à bien cette étude.

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Ma famille et mes amis pour m'avoir soutenue et accompagnée au cours de ces six années.

Ma promotion à l'école de sages-femmes, en particulier Cindy, Nolwenn, Sabine et Priscilla, pour tous les bons moments partagés.

Islem pour sa patience, son soutien et ses nombreuses relectures.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Méthodologie de la recherche	2
1.1 Type d'étude	2
1.2 Construction des outils de recherche	3
1.3 Lieu de l'étude	4
1.4 Choix de la population et méthodologie	4
2. Résultats de l'étude, analyse et discussion	5
2.1 Caractéristiques et présentation synthétique de la population	5
2.2 Résultats détaillés, analyse et discussion	7
2.2.1 Freins d'accès au suivi gynécologique	7
2.2.2 Freins dans l'accès à la contraception	10
2.2.2.1 Ambivalence face au désir de grossesse.....	10
2.2.2.2 Difficulté à trouver une contraception qui leur convient	11
2.2.2.3 L'attitude « paternaliste » des professionnels de santé	12
2.2.2.4 Les représentations négatives et effets indésirables des contraceptions utilisées antérieurement.....	13
2.2.2.5 Les freins culturels et religieux.....	14
2.2.2.6 Les facteurs personnels.....	14
2.2.2.7 Les freins économiques.....	15
2.2.2.8 Les échecs de contraception	16
2.2.2.9 La contraception d'urgence	17
2.2.2.10 L'accès à la contraception	18
Conclusion	19
Bibliographie.....	21
Résumé.....	24

Introduction

La France fait partie des pays européens ayant une prévalence contraceptive élevée [1]. Elle occupe une des premières places mondiales. D'après l'étude Fécond, en 2013, près de 97% des femmes françaises âgées de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception (méthodes naturelles comprises). Seules 3% des femmes concernées par la contraception, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et sans désir de grossesse, n'en utilisent pas [2].

Malgré le taux élevé de couverture contraceptive et les nombreuses méthodes de contraception efficaces disponibles, il persiste un nombre important de grossesses non désirées et d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en France. Selon l'enquête Cocon, réalisée entre 2000 et 2004, une grossesse sur trois est déclarée non prévue et deux tiers de ces grossesses non prévues surviennent malgré l'utilisation d'une contraception théoriquement efficace [3].

La France, bien que pourvue d'un système de protection sociale à vocation universelle, connaît des inégalités sociales dans l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé. Les personnes en situation précaire rencontrent plus de difficultés pour accéder aux soins avec des inquiétudes sous-jacentes liées à la prise en charge financière de leurs dépenses de santé. Le renoncement aux soins est très fréquent chez ces personnes. Le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique de 2009 parle de « double injustice » subie par les personnes en situation de précarité qui cumulent facteurs de risque et maladies, présentant un retard au diagnostic et de fait des pathologies plus évoluées [4].

En 2004, Madame Emmanuelle Cambois, chercheuse à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) relate que de nombreux professionnels de santé connaissent mal les situations et conditions de vie particulières de leurs patients en difficulté, les risques de santé qu'ils encourent et les réticences et peurs qu'ils éprouvent face aux systèmes de soins. Les médecins se trouvent souvent démunis face à leurs patients défavorisés dont les besoins dépassent la simple prescription [5].

D'après une enquête du SAMU social de Paris, les besoins comme la sexualité et le bien-être des couples en situation précaire sont considérés comme moins légitimes par les professionnels et ne relèvent pas de l'urgence [6]. Pourtant, selon l'OMS, la santé génésique

ou santé sexuelle et reproductive est un droit fondamental de la personne. Les femmes en situation de précarité ont les mêmes désirs, comportements et besoins que les femmes en population générale concernant leur vie affective, sexuelle et reproductive [7]. Les interruptions volontaires de grossesse concernent les femmes de toutes catégories sociales. Cependant, le fait d'IVG répétées (deux ou trois IVG rapprochées dans le temps), établit un marqueur de précarité sociale et affective [8]. Le recours à la contraception peut représenter un budget important lorsque les femmes se voient prescrire des contraceptifs non remboursés, ce qui est le cas pour 42 % d'entre elles en 2010. 43 % des jeunes utilisatrices de contraception orale en situation financière difficile sont totalement remboursées pour leur contraception [9].

D'après l'étude Fécond, de réelles difficultés concernant l'accès à une contraception efficace pour ces patientes en situation de précarité existent. Mais pour celles qui y ont accès, elle ne s'avère pas non plus toujours adaptée. L'information concernant la contraception choisie est-elle bien expliquée par les professionnels de santé et bien comprise par la patiente ? L'absence de contraception est-elle liée aux effets indésirables imputés à tort à la contraception ? Quels sont les freins rencontrés par les patientes en situation précaire concernant le suivi gynécologique et la contraception ? C'est ce que nous allons développer dans notre travail qui a pour objet d'évaluer les freins dans l'accès au suivi gynécologique et à une contraception efficace chez ces femmes, à travers une étude prospective réalisée dans un centre de santé brestois. Nous tenterons également dans notre discussion d'identifier les éventuelles causes des échecs contraceptifs chez ces patientes.

1. Méthodologie de la recherche

1.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative et prospective. Dans une approche qualitative, notre étude porte sur des aspects personnels de la vie de ces femmes, il nous est apparu nécessaire d'établir un contact direct. L'entretien est l'outil le plus approprié afin de favoriser la qualité des échanges et de s'assurer d'une bonne compréhension des questions, en reformulant si nécessaire. De plus, s'agissant d'une population en milieu précaire, certaines personnes peuvent être illettrées, voire analphabètes, ou présentant une éventuelle barrière de la langue.

Des entretiens directifs ont donc été finalement réalisés afin de cibler de façon précise les contraceptions utilisées chez ces femmes ainsi que les éventuelles difficultés d'accès à une contraception efficace et au suivi gynécologique et les causes d'échec de contraception. Les questions ont été adaptées au niveau de compréhension des patientes.

1.2 Construction des outils de recherche

Les outils de recherche ont été construits à partir des objectifs de l'étude, alimentés par la littérature, la réflexion et la construction d'hypothèses. Les questions posées lors des entretiens ont pour objectif d'interroger ces hypothèses.

Le guide d'entretien se divise ainsi en quatre parties :

- la première partie permet de présenter la situation socio-économique de la patiente, d'avoir des informations sur sa situation familiale. Elle permet également d'évaluer un éventuel désir de grossesse.

- la seconde partie interroge la prise actuelle ou non d'une contraception; si oui, le type de contraception utilisé et les difficultés éventuellement rencontrées. Elle interroge également les contraceptions utilisées auparavant.

- la troisième partie concerne les échecs éventuels de contraception et les causes de ces échecs. Elle interroge le rôle des professionnels.

- la quatrième partie est axée sur l'accès aux soins en général, à la contraception et au suivi gynécologique. Elle évalue les freins, les difficultés rencontrées, les causes de renoncement.

Ce guide d'entretien a été validé par deux experts, un expert méthodologique : Lolita Mercadié, docteur en psychologie et un expert médical : Catherine Jezequel, médecin généraliste et coordinatrice du Point H. Il a ensuite été testé auprès de patientes du Point H et modifié. Très rapidement, il s'est avéré que les premiers entretiens semi-directifs n'étaient pas adaptés au niveau de compréhension de la population interrogée ; nous avons donc choisi de réaliser des entretiens directifs avec des questions fermées et de la reformulation, notamment concernant la « contraception » et/ou la « contraception d'urgence », qui étaient parfois des mots non compréhensibles pour elles.

1.3 Lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique. Le recrutement des patientes a été réalisé au Point H de Brest. Ce lieu d'étude a été choisi afin de solliciter des femmes majeures, en situation précaire. Il s'agit de femmes qui se font suivre à minima, mais qui sont potentiellement intéressées par les questions liées à la contraception.

Le Point H est un centre d'accueil médicalisé de soins gratuits qui a été créé en 1988 dans le cadre du plan Santé Précarité, afin de répondre à la nécessité de premiers soins d'hygiène et infirmiers des patients précaires. Ce centre facilite l'accès aux soins primaires. Il accueille des personnes en situation de grande exclusion parfois sans couverture sociale (32%) ou sans complémentaire santé et en général sans médecin traitant (51%), étrangers, allocataires du RSA, chômeurs en fin de droit et personnes surendettées ou ne pouvant plus faire l'avance de frais en libéral (62%). Ce sont des personnes définies comme précaires, elles sont en-dessous du seuil de pauvreté, le plus souvent sans activité professionnelle (92%), avec pour certaines d'entre elles des difficultés d'accès au logement (56%) et un isolement socio-affectif (62%) [10]. Le point H constitue une passerelle vers le droit commun, les patients sont pris en charge dans un premier temps puis sont orientés vers les professionnels libéraux. Les femmes sont orientées vers les gynécologues du CHRU, les gynécologues libéraux ou les sages-femmes libérales pour le suivi d'une grossesse ou le suivi gynécologique de prévention. L'accès aux soins est conditionné par l'accès aux droits, or certaines personnes en situation précaire sont éligibles à des prestations sociales qu'elles ne perçoivent pas soit par méconnaissance de ceux-ci ou soit du fait de la complexité des dossiers. Une des missions du Point H consiste à faciliter l'accès aux droits pour permettre ensuite un accès aux soins.

1.4 Choix de la population et méthodologie

La population a été sélectionnée selon plusieurs critères d'inclusion. Nous recherchons des femmes majeures, consultant au Point H, francophones, non enceintes, non stériles et ayant des relations hétérosexuelles.

Les femmes volontaires répondant potentiellement aux critères d'inclusion ont été recrutées en salle d'attente et les entretiens ont été réalisés dans une salle isolée. Les femmes acceptant d'être interrogées ont signé un consentement après information leur expliquant que l'entretien était enregistré, anonyme et confidentiel. La principale difficulté rencontrée a été l'importante

fréquentation du Point H par des hommes et des femmes étrangères non francophones, qui constitue une difficulté de recrutement selon les critères d'inclusion choisis. Il a également été nécessaire d'adapter le vocabulaire pour une bonne compréhension des questions par les patientes interrogées. Le nombre d'entretiens n'était pas défini préalablement. Ils ont été arrêtés lorsque le coefficient de saturation des données a été atteint. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Les données ont été triées par catégorisation sémantique. Ainsi, les idées essentielles ont été regroupées par thèmes dans un tableau pour chaque patiente. Puis une analyse thématique a été réalisée, reprenant le nombre de patientes ayant des réponses similaires.

2. Résultats de l'étude, analyse et discussion

2.1 Caractéristiques et présentation synthétique de la population

13 entretiens d'une durée moyenne de 20 minutes (la durée minimale était de 9 minutes et la durée maximale était de 28 minutes) ont été réalisés au point H de Brest du 28 août au 3 novembre 2015. Les principales caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les prénoms ont été modifiés par souci de confidentialité.

Caractéristiques et présentation synthétique de la population.

	Age, situation familiale, enfants, pays d'origine	Suivi gynécologique régulier	Désir de grossesse	Contraception actuelle	Contraception(s) utilisée(s) antérieurement	Effets indésirables rencontrés	Echec de contraception	Grossesse non désirée, IVG	Connaissance contraception d'urgence ? Du lieu où la trouver ? Des délais d'efficacité?
Virginie	35 ans, Mayotte Séparée, 4 enfants	Uniquement pendant les grossesses	Oui. le garde si grossesse inopinée	Préservatifs	DIU	DIU : gêne du mari donc retiré	Rupture de préservatif	Non	En a déjà entendu parler Lieu : aucune idée Délais : aucune idée
Marie	32 ans, Mayotte Séparée, 3 enfants	1 fois/an	Oui	Aucune	Pilule Implant DIU	Implant : spotting + fatigue DIU : douleurs abdominales	Aucun	Non	En a déjà entendu parler Lieu : pharmacie Délais : aucune idée
Emilie	24 ans, Madagascar En couple, pas d'enfant	Non	Non	Préservatif + méthode naturelle	Aucune	Aucun	Oubli/rupture de préservatif	2 IVG	Utilisée 2 fois Lieu : pharmacie Délais : 72h
Chloé	31 ans, Tunisie Mariée, 2 enfants	En cas de symptômes	Non	Implant (2013)	Pilule	Implant: gonflement abdominal, nausées, troubles du cycle	Oublis de pilule	Non	Utilisée Lieu : hôpital, SF Délais : aucune idée
Lucie	24 ans, Maroc Mariée, 2 enfants	1 fois/an	Non	DIU cuivre (2015)	Implant	Implant : aménorrhée	Non	Non	Ne connaît pas
Nadia	39 ans, Algérie Mariée, 4 enfants	Tous les 2-3 ans	Non	DIU (2015)	Aucune	Aucun	Aucun	Non	Ne connaît pas
Jena	30 ans, Algérie Mariée, 2 enfants	Pendant grossesses	Non	Préservatif	Pilule	Pilule : nervosité	Pas d'oubli	Oui, sous Cérazette	Ne connaît pas
Sylvie	54 ans, France Séparée, 2 enfants	En cas de symptômes	Non Ménopausée	Aucune	Pilule DIU	Pilule : céphalées DIU : hyperménorrhée	Pas d'oubli	1 IVG	En a déjà entendu parler Lieu : pharmacie Délais : 2-3 jours
Aurélié	50 ans, Géorgie Veuve, 4 enfants	1 fois/an	Non Hystérectomie totale	Aucune	Aucune		Aucun	2-3 IVG	Ne connaît pas
Anne	45 ans, Gabon En couple, 2 enfants	En cas de symptômes	Non	Méthode naturelle	Pilule DIU cuivre	Pilule : cycle irrégulier DIU : infections	Pas d'oubli	Non	Ne connaît pas
Claudine	50 ans, France Célibataire, pas d'enfant	Jamais	Non Homosexualité	Relations hétérosexuelles sous l'effet de l'alcool, ignorance de protection ou non	Préservatifs	Aucun	Oublis de préservatifs ? (alcooolisation)	Non	Utilisée Lieu : pharmacie Délais : aucune idée
Jeanne	49 ans, France Séparée, 2 enfants	Tous les 2 ans	Non ménopausée	Aucune	Pilule DIU cuivre	DIU : gêne du mari	Pas d'oubli	non	En a déjà entendu parler (sa fille) Lieu : pharmacie Délais : 8h ?
Sarah	32 ans, Maroc Mariée, pas d'enfant	1 fois/an	Oui	Aucune	Pilule (internet)	Pilule : prise de poids	Pas d'oubli	Non	Ne connaît pas

13 femmes âgées de 24 à 54 ans, consultant au Point H ont été interrogées. La moyenne d'âge est de 38 ans. 7 de ces femmes sont en couple dont 5 sont mariées. 4 sont séparées de leur conjoint, 1 est veuve. 1 est célibataire et homosexuelle, mais elle a tout de même des relations hétérosexuelles sous l'emprise de l'alcool. 10 de ces patientes ont des enfants. 3 sont originaires de France métropolitaine, les autres sont d'origine algérienne, tunisienne marocaine, mahoraise, géorgienne, gabonaise.

Notre étude regroupe une majorité de femmes d'origine étrangère, ce qui est non représentatif de la population française en situation précaire. L'information donnée dans leur pays d'origine - concernant la contraception, les moyens de rattrapage, les recommandations de suivi gynécologique annuel - n'est pas la même que celle dispensée en France.

2.2 Résultats détaillés, analyse et discussion

2.2.1 Freins d'accès au suivi gynécologique

Seules 4 femmes sur 13 ont un suivi gynécologique régulier, avec une consultation chez un gynécologue une fois par an, conformément aux recommandations. 9 femmes sur 13 voient leur gynécologue moins d'une fois par an. Parmi elles, 2 prennent rendez-vous avec un gynécologue tous les 2 ou 3 ans, 2 n'ont aucun suivi gynécologique, 3 ne consultent qu'en cas de symptômes et 2 ne voient un gynécologue que pendant leurs grossesses. Cela signifie donc que plus de la moitié des femmes en situation de précarité suivies au point H décrivent une absence de suivi annuel (9/13).

Les principales causes d'absence de suivi annuel évoquées par ces femmes sont :

- Un besoin non ressenti pour 3 femmes sur 13 :

Chloé répond : *« parce que je n'ai pas de soucis, mais d'après ce que j'ai entendu, il faut aller souvent »*, Sylvie déclare : *« là c'est très souvent car j'ai eu un problème gynécologique »*, Anne explique : *« Non, je vois le gynécologue surtout quand j'ai des problèmes gynécologiques, sinon le frottis, j'ai dû le faire une ou deux fois... »*.

- La difficulté à trouver un gynécologue (2/13) :

Jeanne : « *non, je devrais mais euh... Le problème c'est pour trouver un gynécologue qui vous prend, ce n'est pas facile du tout... je vais au bilan de santé tous les 2 ans et donc là je vois un gynécologue* ».

- Le coût est évoqué par une seule de ces patientes.

- D'autres préoccupations qui leur paraissent plus importantes (1/13) :

Nadia, qui a 4 enfants : « *Tous les 2-3 ans, car je suis toujours avec les rendez-vous, amener les enfants à l'école, faire à manger, je suis trop occupée* ».

- L'ignorance de la nécessité d'un suivi annuel :

Virginie, mahoraise de 35 ans : « *Je ne savais pas* ».

- Le choix délibéré de ne pas recourir au suivi gynécologique :

Claudine qui, malgré des antécédents de pathologies du col utérin, déclare: « *parce que je n'en ai pas envie, parce que je vois déjà mon médecin, je vois ma psy, je vois mon alcoologue, c'est bon, ça suffit. Je sais que je devrais faire des mammos, des frottis. Une fois, je suis allée au centre de santé et là on m'a fait un frottis, mais ça doit faire 4 ans. J'ai eu des problèmes, on m'a enlevé une partie du col de l'utérus* ».

Le suivi gynécologique annuel n'est pas une évidence pour toutes et nombreuses sont celles qui ne consultent un gynécologue qu'en cas de pathologie ou de grossesse. Il s'agit de consultations motivées par des symptômes mais jamais en prévention. Il existe différents obstacles liés aux patientes concernant le suivi gynécologique et les dépistages. Tout d'abord, la non-perception de la nécessité de ce suivi qui peut s'expliquer par le fait qu'en situation de précarité, les priorités sont se nourrir, se loger, travailler et loin derrière, se soigner. Une démarche de soins préventifs est encore moins envisageable. La méconnaissance de l'existence et de l'intérêt des dépistages est un frein, de même que la peur vis-à-vis de l'examen ou de son résultat et les obstacles économiques et sociaux [11]. Les femmes ayant un faible niveau socioéconomique sont davantage touchées par la mortalité par cancer du sein. Elles ont un accès au dépistage et aux soins moins fréquemment [12]. De plus, elles peuvent avoir des difficultés à s'inscrire dans une temporalité ; revenir l'année suivante et se projeter dans le futur leur est difficile [12]. Cela n'entre pas dans les habitudes de ces populations.

D'autre part, il existe davantage d'états dépressifs, de pathologies mentales, de troubles du comportement chez les patients en situation de précarité [5]. La souffrance psychique, la honte les empêchent parfois de consulter et d'en parler. De même que le sentiment d'insécurité, de mal être, d'inutilité, la perte du sentiment de maîtrise de son existence peut

leur faire douter de l'intérêt de prendre soin d'eux et cela peut constituer un obstacle aux soins, au suivi gynécologique.

La formation des professionnels n'est pas toujours suffisante pour proposer une prise en charge adaptée à leurs différents profils avec plus de tolérance pour des comportements qui ne sont pas dans les normes.

Dans notre étude, les femmes ne se sentent pas jugées par les professionnels de santé qu'elles consultent. Cela peut s'expliquer par le fait que les consultations réalisées au Point H facilitent l'accès aux soins. En effet, elles sont réalisées par des professionnels qui ont accepté et sont habitués aux personnes en situation précaire. Ils savent comment les aborder et comment se comporter avec elles pour établir une relation de confiance, contrairement peut-être aux professionnels de santé libéraux qui peuvent être découragés face aux nombreux rendez-vous manqués. Certaines attitudes des professionnels de santé peuvent constituer des freins au suivi gynécologique et au dépistage. En 2015, plus d'un tiers des médecins libéraux refusent de soigner les personnes qui bénéficient de la Couverture Maladie Universelle. En région parisienne, les taux de refus imputables à la CMU sont élevés parmi les gynécologues et les ophtalmologues. Il est de 38.1% pour les gynécologues (17.4% en secteur 1 et 40.2% en secteur 2). Certains adoptent même des stratégies visant à dissuader les patients de venir les consulter : délais de rendez-vous très longs, consultation à minima ou froideur, agressivité [13]. De plus, un audit de pratique de 41 médecins généralistes montre que ceux-ci proposent moins le dépistage aux femmes qu'ils connaissent depuis longtemps, aux femmes étrangères et aux femmes précaires [14]. Les professionnels de santé peuvent estimer que les bénéfices du dépistage sont faibles pour ces femmes. Il peut y avoir une faible motivation du médecin pour les activités préventives, un manque d'investissement dans l'information et l'orientation des femmes.

Ainsi l'accès à la contraception et la prévention des cancers féminins constituent des enjeux de santé publique et ce particulièrement chez les femmes en situation de précarité qui semblent être moins intéressées par ces questions. Le rôle des professionnels est déterminant dans l'orientation et dans la compréhension et l'adhésion des femmes au dépistage. Il est important que la femme puisse être fidélisée dans des lieux de consultation. Le fait d'avoir un lieu stable où elle est « connue » est un élément favorisant le recours aux soins de façon préventive ou curative. Il est alors primordial de profiter de chaque consultation pour l'informer et la sensibiliser au dépistage. A Brest, il existe un centre d'examen de santé qui

dépend de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui propose un bilan global de l'état de santé des personnes dont le frottis cervical [15].

2.2.2 Freins dans l'accès à la contraception

2.2.2.1 Ambivalence face au désir de grossesse

L'une des femmes interrogées a un désir de grossesse, 7 n'en ont pas et 3 femmes sont ménopausées. Pour deux d'entre elles, le désir de grossesse est ambivalent. Il s'agit de Virginie, séparée de son conjoint, seule avec 4 enfants qui, à la question : « Avez-vous un désir de grossesse ? » répond : « *oui, oui... Quand il est là, je le garde de toute façon...* » ou de Marie qui est également séparée de son conjoint avec lequel elle a eu 3 enfants et qui répond « *j'aimerais bien* » et qui ne prend pas de contraception. S'agit-il d'un réel désir de grossesse chez ces deux femmes qui sont en situation de séparation de couple ?

Le désir de grossesse et le désir d'enfant peuvent être marqués par une certaine ambivalence. Cette ambivalence se retrouve chez les femmes en situation de précarité, avec la notion de « grossesse réparatrice » sans pour autant toujours correspondre à un désir d'enfant. La femme enceinte est reconnue socialement et ce désir d'enfant peut donc traduire un besoin de reconnaissance sociale. Il semblerait que la grossesse apporte un bénéfice à ces femmes, à différents niveaux. Elle réduirait un sentiment de solitude ressenti par certaines, apporterait une « motivation », une force de vie et de combativité et la possibilité de se projeter dans un avenir heureux. Elle favoriserait l'accès à de nouveaux services offerts aux femmes enceintes et/ou accompagnées d'enfants. Un enfant à naître peut être vu comme porteur d'espoir [6]. Ce désir de grossesse et ce désir d'enfant influencent à la fois l'expression d'un besoin contraceptif auprès des professionnels, l'utilisation (bonne ou mauvaise) de la contraception et également le choix de la méthode contraceptive. Le désir d'enfant et l'acceptabilité de la contraception sont sans cesse réévalués l'un par rapport à l'autre : les effets secondaires d'une méthode de contraception sont d'autant moins acceptés que le désir de grossesse ou d'enfant est élevé [16]. L'ambivalence face au désir de grossesse est un des facteurs associés à des échecs contraceptifs [17].

2.2.2.2 Difficulté à trouver une contraception qui leur convient

En ce qui concerne le moyen de contraception actuellement utilisé chez les patientes interrogées, seules 3 femmes bénéficient d'un contraceptif efficace (1 est sous implant progestatif et 2 sont porteuses d'un DIU au cuivre), 2 femmes utilisent uniquement des préservatifs, l'une d'entre elles utilise les méthodes naturelles (dates du cycle) et une autre utilise les méthodes naturelles en plus du préservatif. Les 5 patientes qui n'utilisent aucune contraception sont ménopausées ou ont un désir de grossesse. 7 des patientes interrogées ont déjà utilisé la contraception orale, 5 le DIU, 2 l'implant et 3 n'ont jamais utilisé de moyen contraceptif.

L'implant et le DIU sont des contraceptions efficaces dont ne bénéficient pas toujours les femmes en situation précaire qui n'ont pas d'accès facilité à un centre de santé gratuit. Suite au débat médiatique sur les contraceptions œstro-progestatives de troisième génération fin 2012, les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé la contraception orale au profit de méthodes moins efficaces (dates des rapports en fonction du cycle, retrait). Celles qui ont un niveau d'étude assez faible ont opté pour le préservatif et les plus diplômées pour le DIU. Les femmes qui sont dans une situation financière difficile se sont en partie tournées vers les méthodes dites naturelles [2]. Selon l'INPES, les femmes socialement les moins favorisées (au chômage ou inactives) déclarent plus fréquemment que les autres, avoir recours à une méthode contraceptive non médicale (préservatifs ou autres méthodes « locales » incluant par exemple, le fait d'éviter certains jours, ou encore le retrait du partenaire) [17].

Ces choix contraceptifs sont-ils des choix éclairés résultant d'une information adaptée au niveau de compréhension de la femme ? Ou est-ce un choix dirigé par le prescripteur qui les incite à choisir une contraception efficace et de longue durée d'action, dans le but d'éviter un échec de contraception lié au manque de suivi ou d'observance ? Le professionnel peut avoir une attitude paternaliste avec la volonté de protéger d'une éventuelle grossesse, la femme qui du fait de sa précarité est considérée comme vulnérable.

2.2.2.3 L'attitude « paternaliste » des professionnels de santé

Virginie précise: « *Quand j'ai eu mon premier enfant, après on m'a mis le stérilet* ». Marie raconte : « *j'ai commencé à prendre la Minidril quand j'ai accouché de mon petit garçon, on m'a dit de prendre ça, on m'a dit que c'est bien de prendre ça et moi j'ai pris je sais rien c'est le médecin qui décide je sais rien et je l'ai pris et ça s'est bien passé.* ». Nadia: « *mon stérilet a été posé à Morvan après la naissance du dernier enfant* ». Anne: « *quand j'ai eu mon garçon, on m'a mis sous pilule, mais au bout de 6 mois, ça n'allait pas, j'avais un cycle irrégulier donc on a arrêté, on m'a mis le stérilet au cuivre*».

Au cours des entretiens, il ressort une passivité dans le choix contraceptif « on m'a mis le stérilet », « on m'a mis sous pilule ». Or, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (actuellement Haute Autorité de Santé) de 2004 rappellent que l'efficacité biologique des méthodes contraceptives n'est pas le seul élément permettant d'assurer une bonne protection. Les facteurs médicaux et psychosociaux peuvent avoir un impact sur l'adhésion des patients à la contraception proposée et rendre difficile l'observance ou la bonne utilisation de la méthode [18]. Pour assurer la réussite d'une méthode contraceptive, l'implication de la femme et/ou du couple dans le choix de la méthode est primordiale et doit tenir compte des déterminants psychologiques, sociologiques, économiques, des motivations et du choix du couple. La Haute Autorité de Santé recommande aux professionnels de santé de prendre le temps d'analyser la situation médicale, sociale, l'appartenance culturelle, les peurs et les envies de la femme afin de lui prescrire une contraception adaptée car plus le médecin implique les femmes dans le choix de leur méthode contraceptive, plus elles en sont satisfaites et moins elles connaissent d'échecs. La consultation sur le modèle BERCER est un outil indispensable. L'explication des avantages et des inconvénients permet de diminuer les abandons par 3 [19]. L'accès à la contraception peut aussi être freiné par des déterminants liés aux professionnels de santé (pratiques, information et formation, représentations). En raison de certaines représentations socioculturelles, l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs de leurs patients peut être plus faible : c'est notamment le cas dans les situations où la grossesse n'est pas socialement envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistantes. Ces représentations sont généralement liées aux situations où la sexualité, en particulier féminine, n'est pas socialement acceptée [16].

2.2.2.4 Les représentations négatives et effets indésirables des contraceptions utilisées antérieurement

Parmi les femmes interrogées, peu bénéficient actuellement d'une contraception efficace (implant, DIU). Pourtant, elles sont plus nombreuses à en avoir déjà utilisé. En effet, 7/13 ont déjà utilisé le DIU ou l'implant, qu'elles n'ont finalement pas toléré en raison des effets indésirables. Il semble alors pertinent de s'intéresser aux motifs d'arrêt contraceptif.

Les effets indésirables rencontrés avec le DIU et évoqués par les femmes interrogées sont une gêne du conjoint, des douleurs pelviennes ou des infections récurrentes. Avec l'implant, les patientes rapportent des spotting, une asthénie, une sensation de ballonnements, des nausées, des vomissements, une aménorrhée. Avec la contraception orale, elle se plaint de nervosité, de cycles irréguliers, d'une prise de poids. Virginie ne veut pas prendre de contraception autre que le préservatif car *« ça fait grossir la pilule et l'implant, mes amies me l'ont dit »* et *« le stérilet, ça embêtait mon mari »*. Pour Marie : *« avec l'implant ça s'est mal passé, les saignements... la fatigue..., avec le stérilet, j'avais mal au ventre »*. Pour Chloé : *« avec l'implant, j'ai la sensation d'être enceinte, avec des nausées, le ventre qui grossit, la première année, je n'avais pas de règles, maintenant, j'ai des règles trop souvent donc c'est très embêtant mais c'est comme ça »*. Jeanne précise : *« le stérilet c'était très bien mais mon compagnon n'aimait pas du tout, il sentait le bout »*, Anne reprend : *« je faisais plus d'infections avec le stérilet comme je suis diabétique »*. Lucie spécifie : *« avec l'implant, j'avais beaucoup de mois sans menstruations »*.

Dans notre étude, différents effets secondaires des contraceptions sont retrouvés. Ils peuvent décourager les femmes (peur de grossir, peur de la douleur). Ces effets indésirables mal tolérés aboutissent souvent à des arrêts ou des changements de contraception qui peuvent être responsables de grossesses imprévues. Les représentations négatives de la contraception par les femmes, au-delà des effets secondaires, sont un frein. En population générale, la prise de poids causée par les méthodes contraceptives hormonales, qu'elle soit ressentie ou anticipée, est un des motifs d'arrêt de la contraception [16]. Ainsi la perception des femmes de notre étude relative à la prise d'un contraceptif ne se distingue pas de celles des femmes en population générale. Selon l'INPES, 22% des français pensent que la contraception orale peut rendre stérile et 24% pensent qu'elle fait grossir. L'existence de certaines fausses croyances et

représentations sur les différentes méthodes de contraception constitue un frein et un des facteurs associés à des échecs contraceptifs [17].

Une étude qualitative, menée auprès de femmes françaises en population générale, visant à analyser les aspects psychologiques liés à la grossesse non prévue, met en évidence 4 éléments rendant difficile l'observance de la contraception : les effets secondaires sur la morphologie ou le métabolisme de la personne, la perception du contraceptif en tant que perturbateur de l'acte amoureux (préservatif) ou objet pathogène immergé dans son corps (DIU), la peur sous-jacente d'une stérilité associée à la prise prolongée d'un contraceptif [6].

2.2.2.5 Les freins culturels et religieux

Sarah détaille : *« je n'ai jamais vu de médecin pour la pilule, je l'ai toujours achetée sans ordonnance, sur internet, car ce n'est pas facile, je ne suis pas française, je viens du Maroc donc automatiquement c'est difficile d'aller voir un médecin pour demander la pilule, ça ne le fait pas quoi... parce que je n'étais pas mariée au départ ».*

La culture peut également constituer un frein dans l'accès à la contraception. En effet, dans certains pays où la religion est très présente et dans certaines familles religieuses où les relations sexuelles ne sont pas tolérées en dehors du mariage, il est très mal perçu de consulter un professionnel de santé pour obtenir une contraception. Cela oblige certaines femmes à acheter leur pilule sur internet sans aucune consultation médicale préalable. D'autres n'utilisent aucune contraception pour des raisons de confidentialité.

2.2.2.6 Les facteurs personnels

Le choix de recourir à une pratique contraceptive peut être freiné par la réticence de certaines femmes à consulter un professionnel de santé parce qu'elles redoutent l'éventualité d'un examen gynécologique ou de questions que pourrait leur poser le professionnel de santé et qui relèvent de l'intime [16]. La pudeur, les cultures, les religions peuvent rendre difficile l'orientation vers des professionnels libéraux masculins d'où l'intérêt de l'orientation vers les sages-femmes qui sont très majoritairement des femmes.

Les périodes d'instabilité et/ou de fragilité affectives peuvent également constituer des facteurs de risque d'échec de la contraception [16]. Paradoxalement, les périodes de célibat

sont davantage pourvoyeuses de grossesses imprévues et d'IVG. En 2011, 51.7% des IVG surviennent chez des femmes qui sont seules [20]. Les ruptures amoureuses peuvent avoir pour conséquence une remise en question de la méthode contraceptive. La prise régulière d'une contraception peut être jugée inadéquate par rapport à la fréquence des rapports [16].

Il existe des situations de grande difficulté sociale qui exposent tout particulièrement les femmes au risque d'absence totale de contraception : ce sont les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile fixe où les femmes n'ont pas la maîtrise suffisante de leur quotidien pour s'engager dans un projet de contraception [16].

Les conduites addictives sont également responsables de conduites potentiellement à risques du fait de rapports non protégés (ignorance de la protection ou non lors du rapport sexuel). En effet, la prise quotidienne ou à chaque rapport d'un contraceptif suggère d'être dans un état de conscience non altéré par la prise de substances psycho-actives [6]. Les conduites addictives accentuent la difficulté de temporalité.

2.2.2.7 Les freins économiques

Les contraintes économiques peuvent faire obstacle à la prise d'une contraception. Les pilules de 2^{ème} génération sont toutes remboursées, de même que le DIU et l'implant et certaines pilules de 3^{ème} génération sont aujourd'hui des produits génériques moins coûteux. Cependant, l'avance du prix d'une consultation médicale peut poser problème, bien que dans notre région, nous sommes assez peu confrontés aux dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non conventionnés en secteur 2. Il faut rappeler que le préservatif, une des principales méthodes de contraception utilisée en début de vie sexuelle, n'est pas remboursé. L'enjeu de la gratuité de l'accès aux méthodes de contraception est donc plus que jamais d'actualité [2]. Il est important que la prescription d'une méthode de contraception prenne en compte les conditions de vie de la femme et notamment ses capacités financières et qu'elle participe activement au choix de sa contraception [18]. De manière générale, la question du coût est peu posée par les professionnels de santé lors de la prescription. En 2012, 50% des pilules combinées œstro-progestatives utilisées étaient des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, qui étaient, pour certaines, remboursées par la sécurité sociale et dont l'utilisation a augmenté régulièrement au détriment des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération. A partir de décembre 2012, un débat médiatique en France portant sur le risque thromboembolique associé aux pilules contraceptives de 3^{ème} et 4^{ème} génération a abouti au fait qu'elles ne soient plus remboursées

par la Sécurité sociale après mars 2013. Elles ont alors été moins prescrites. En 2010, 40 % des pilules utilisées étaient de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, cette proportion est passée à 25 % en 2013 [2]. Il est désormais recommandé de prescrire la pilule de 2^{ème} génération en premier recours, dont le remboursement est facilitant pour les personnes en situation précaire.

2.2.2.8 Les échecs de contraception

Des échecs de contraception sont retrouvés chez les femmes qui utilisent ou ont utilisé les préservatifs ou la contraception orale. 2/13 ont déjà été victimes d'une rupture de préservatif, soit 2/3 de celles qui utilisent des préservatifs. Pour 2 d'entre elles, il y a parfois des oublis de préservatif, dont une femme du fait de conduites addictives (alcoolisation lors des relations hétérosexuelles). Il s'agit de Claudine qui raconte : *« l'amour avec les garçons, ça ne m'arrive que sous alcoolisation, sinon je ne peux pas avec un garçon, ce n'est pas possible... Donc automatiquement, je ne sais plus après si c'était protégé ou non, c'est lors de soirées de buvette uniquement »*. Parmi celles qui ont déjà utilisé la contraception orale (soit 7/13), 1 seule évoque des oublis (1/7). On relève 1 grossesse non désirée sous contraception progestative, à priori sans oubli, il s'agit de Jena, qui s'est retrouvée enceinte peu de temps après son accouchement.

Dans notre étude, les grossesses non désirées surviennent essentiellement chez les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives de courte durée (préservatifs, contraception orale) ou qui n'utilisent pas de contraception. Les oublis de contraception orale ne sont pas toujours perçus. Une seule des sept femmes qui ont déjà utilisé la contraception orale, dit avoir eu des oublis. Or, l'étude Coraliance (2005) sur 2306 femmes montre 22,5 % d'oubli au cours du dernier cycle avant inclusion [19]. Nous pouvons donc supposer une difficulté de notre population précaire à bien repérer les oublis, ce qui majore la difficulté pour elles d'utiliser les méthodes de rattrapage.

Trois des patientes interrogées ont déjà eu recours à l'IVG. Pour l'une d'elle, il s'agit d'une IVG unique. En revanche, les 2 autres y ont eu recours plusieurs fois. (2 fois et 2-3 fois). Emilie raconte : *« j'ai fait une interruption, 2 fois, je ne sais plus si le préservatif a craqué ou si c'est un oubli »*. Jena précise : *« J'utilise des préservatifs car avant je ne voulais pas être enceinte aussi tôt et j'ai eu ma 2^{ème} fille, j'étais en train de faire l'allaitement et en même temps je prends la pilule Cérazette et je suis tombée enceinte avec la pilule. »* Elle nous dit

également: « *je n'ai jamais jamais jamais fait d'interruption, ça ne se fait pas dans notre religion* ». Sylvie explique: « *J'ai fait une interruption une fois, en fait c'était un enfant désiré au début mais mon compagnon a refusé après* ». Pour Aurélie : *je n'ai jamais pris de contraception, j'ai déjà 4 enfants, 2 ou 3 fois j'ai déjà avorté et sinon je n'ai jamais été enceinte sans contraception, mon mari était toujours en déplacement, j'étais tout le temps seule donc pas besoin* ».

Bien que la majorité des femmes interrogées aient pu bénéficier d'une contraception et qu'elles disent ne pas ressentir de difficultés d'accès à la contraception, elles sont 4 à avoir eu des difficultés à contrôler leur fertilité. Dans de nombreuses cultures ou religions, l'IVG n'est pas tolérée et en cas de grossesse non désirée, la question de l'IVG ne se pose pas.

2.2.2.9 La contraception d'urgence

7 femmes sur les 13 ont déjà entendu parler de la contraception d'urgence. Parmi ces 7 femmes, 3 l'ont déjà utilisée et 4 ne l'ont jamais utilisée. En ce qui concerne la connaissance des lieux où la trouver, 7 ne savaient pas qu'elles peuvent la demander à la pharmacie ou à l'hôpital. Pour ce qui est des délais, 11 patientes ne savaient pas qu'elle peut être prise dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé.

Ce qui signifie que près de la moitié (6 patientes sur 13) n'a aucune connaissance de la contraception d'urgence. Nombreuses sont celles qui ne savent pas où elles peuvent se la procurer ni quels sont les délais pour la prendre. Et certaines n'en avaient jamais entendu parler et ne savaient pas à quoi elle servait. Elle est mal connue chez les femmes de notre étude. La seule méthode de rattrapage qui a été questionnée est la pilule du lendemain. Des études ont montré que le niveau de connaissance de la contraception d'urgence apparaît plus faible chez les femmes ayant un niveau d'éducation bas [21]. En population générale, 35 % des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence pensent qu'elle ne concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans et seuls 5 % des Français connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72h après un rapport non protégé. Un Français sur quatre n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence [22].

2.2.2.10 L'accès à la contraception

Les difficultés d'accès aux soins en général et à la contraception ne sont pas ressenties pour 10 des 13 femmes interrogées.

Les femmes de notre étude consultent au point H et bénéficient donc de soins gratuits. Marie explique : *« j'ai été au point H et on m'a donné gratuitement »*. Pour Jena : *« S'il n'y avait pas le point H, ce serait difficile pour avoir les médicaments, car c'est cher... »*, Sarah précise : *« je suis venue au Point H pour ne pas payer »*.

Pour Lucie : *« le stérilet c'est gratuit avec CMU »*, ou encore Nadia *« le stérilet a été posé gratuitement à l'hôpital, mais sinon ça coûte trop cher »*. Anne, originaire du Gabon nous raconte : *« Je trouve qu'ici c'est facile, il n'y a pas besoin de payer tout de suite, alors qu'au Gabon, il faut payer avant d'être traité. Donc il faut avoir les moyens pour se faire soigner. Alors que depuis que je suis ici, on arrive à l'hôpital, ils nous prennent en charge et payer on voit ça après »*.

Pour la plupart d'entre elles, les contraceptions de longue durée ont été posées gratuitement à l'hôpital et la contraception orale peut être délivrée gratuitement au Point H.

L'accès à la contraception leur est facilité. Notre étude a donc été réalisée auprès de ces patientes qui ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des patientes en situation de précarité. Le choix de lieu de notre recherche peut donc constituer, à lui, un biais de recrutement de la population. Certaines bénéficient de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et ne connaissent donc pas les problèmes d'avance des frais de santé. Pour les femmes immigrées interrogées, l'accès aux soins leur semble très facile en France par rapport à leur pays d'origine.

Conclusion

Les personnes en situation précaires sont davantage concernées par les difficultés d'accès aux soins de manière générale. Notre étude nous montre que les femmes qui consultent dans un centre de santé gratuit ne ressentent pas de difficultés pour accéder aux soins gynécologiques et à la contraception dont elles peuvent bénéficier gratuitement. Pourtant, beaucoup n'ont pas de couverture contraceptive. Des IVG, des grossesses non désirées, une absence de suivi gynécologique régulier sont observés. Il persiste une méconnaissance de la prévention. De nombreux freins à une contraception efficace peuvent être observés chez les personnes en situations précaires. Les raisons financières, la non-tolérance des effets indésirables, les représentations négatives, la méconnaissance des moyens de rattrapage, l'ambivalence par rapport au désir de grossesse sont les principales causes d'absence de contraception ou d'échec de celle-ci qui ont été mis en évidence dans notre étude. Concernant le suivi gynécologique, la situation de précarité fait que les actes de prévention passent en second plan, quand tout le reste apparaît plus urgent. En situation précaire, l'accès peut se limiter aux soins et non à la prévention. Pour les personnes en grande précarité, il est probable que l'accès soit même limité aux seuls soins d'urgence. Or, le recours aux soins gynécologiques comporte une dimension préventive importante.

Le manque d'information sur les démarches et lieux permettant d'accéder gratuitement à des examens freine aussi le recours préventif. Ce défaut d'information concerne également les campagnes de prévention, dont les messages peuvent être incompréhensibles pour les personnes en situation précaire. Un travail sur les moyens de transmettre ce type de messages et une meilleure éducation à la santé pourraient améliorer la réceptivité des personnes les plus démunies.

La sensibilisation des professionnels de santé et notamment des sages-femmes, aux difficultés des femmes en situation précaire est importante, afin d'envisager le suivi gynécologique qui demeure toujours insuffisant ainsi que l'accès à la contraception. La gageure pour les professionnels est de créer du lien pour faire émerger une demande chez ces femmes dont la situation sociale difficile peut entraîner une non-demande. La prise en charge des personnes en situation de précarité présente des spécificités ; il est nécessaire d'humaniser les prises en charge pour ne pas les éloigner du soin et renforcer leur mal-être. Un « volontarisme » des professionnels pour donner accès aux soins est primordial. L'objectif est de « donner envie »

sans être hygiéniste, ni dans l'injonction de soins. La plupart des professionnels de santé qui exercent en libéral ne sont pas suffisamment formés aux spécificités des prises en charge des femmes en situation de précarité. Une prise en charge psycho-sociale est souvent nécessaire. Au Point H, les patientes sont fréquemment orientées vers les sages-femmes libérales. Il est donc important que celles-ci aient une connaissance des inégalités sociales de santé et des freins dans l'accès aux soins des femmes en situation de précarité sociale.

Bibliographie

1. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Contraceptive Patterns 2013. [En ligne]. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>. Consulté le 10 juin 2015.
2. Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. 2014;511:1-4. [en ligne]. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule_fr.pdf. Consulté le 30 mars 2015.
3. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence: prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique. 2013. [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf. Consulté le 30 mars 2015.
4. Haut Conseil de la santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 2009. [en ligne]. www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf. Consulté le 15 décembre 2015.
5. Cambois E. Les personnes en situation difficile et leur santé. Les travaux de l'observatoire. 2004:101-120. [en ligne]. https://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Travaux2003-2004-1-2-1-personnesensituationdifficile_sante-Cambois1.pdf. Consulté le 12 août 2015.
6. Brunet L, Carpentier S, Laporte A. Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité : une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Observatoire du Samu social de Paris. 2005. [en ligne]. <https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapgyn1005w.pdf>. Consulté le 12 avril 2015.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Santé génésique: Rapport du secrétariat. [En ligne]. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf. Consulté le 17 juin 2015.

8. Bajos N, Moreau C, Leridon H. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés. 2004;407:1-4. [en ligne]. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf. Consulté le 13 avril 2015.
9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés. 2012;492:1-4. [en ligne]. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf. Consulté le 12 avril 2015.
10. Jezequel C. Rapport d'activité du Point H. 2014.
11. Médecins du monde. Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France. 2013. [en ligne]. <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Les-Rapports/En-France/Contraception-et-prevention-des-cancers-feminins>. Consulté le 4 janvier 2016.
12. Henry J-P. Dépistage des cancers du col utérin et du sein chez les exclues : un challenge. Dossier GO. 2006:11-12. [en ligne]. <http://www.gynsf.org/doc/DOSSIER-GO.pdf>. Consulté le 12 décembre 2015.
13. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Rapport final. 2009. [en ligne]. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf. Consulté le 18 janvier 2016.
14. Aubert J-P, Falcoff H, Florès P. Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans : audit de pratique de 41 médecins généralistes d'Ile de France. La revue du Praticien Médecine Générale. 1995;130:40-51.
15. L'assurance Maladie. L'examen de santé. [en ligne]. http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-finistere/nos-actions-de-prevention/l-examen-de-sante/tout-savoir-de-l-examen_finistere.php. Consulté le 10 janvier 2016.

16. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. 2013. [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf. Consulté le 16 avril 2015.
17. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Favoriser le dialogue sur la contraception. Dossier de presse. 2008. [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf>. Consulté le 18 mars 2015.
18. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse. 2011. [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>. Consulté le 18 mars 2015.
19. Linet T. Qu'est-ce qu'une consultation bâtie sur le mode BERCER ? 2010. [en ligne]. <http://formagyn.com/blog-3/files/50b2c89dfb3b89e39f4cf77535c9e380-4.html>. Consulté le 17 septembre 2015
20. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population-F. 2014;69(3):365-398. [en ligne]. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf. Consulté le 12 février 2015.
21. Faucher P. Contraception d'urgence. Em-consult, Gynécologie, 700-A-50. 2011.
22. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. 2007. [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf. Consulté le 25 mars 2015.

Résumé

Objectifs : Déterminer les freins éventuels rencontrés par les patientes en situation précaire, concernant le suivi gynécologique et la contraception. Et secondairement envisager les causes éventuelles d'échec contraceptif.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens directifs de treize femmes en situation précaire consultant au Point H de Brest. Les entretiens ont été menés du 28 août au 3 novembre 2015.

Résultats : Les femmes consultant au Point H disent ne pas ressentir de difficultés d'accès aux soins en général, ni à la contraception. Les femmes ne ressentent aucun jugement de la part des professionnels de santé. Elles ne sont pas non plus confrontées à des refus de soins. Pourtant, des grossesses imprévues, des IVG, une absence de contraception efficace et une absence de suivi gynécologique régulier sont retrouvés.

Analyse et discussion : Le fait d'avoir accès à un centre de soins gratuits facilite le recours aux soins et à la contraception. Les personnes en situation précaire qui n'en bénéficient pas présentent davantage de pathologies évoluées, renoncent souvent aux soins et ne bénéficient pas toujours de contraceptions efficaces.

Conclusion : Les femmes en situation précaire qui ont accès à un centre de santé gratuit ne sont pas concernées par les difficultés d'accès aux soins. Cependant, elles ne perçoivent pas la nécessité des soins de prévention qui passent au second plan par rapport à d'autres préoccupations vitales. Il est primordial que les professionnels de santé soient sensibilisés aux particularités de cette population afin de faire émerger une demande.

Mots-clés : Précarité, contraception, suivi gynécologique, freins

Titre : Les freins à l'accès au suivi gynécologique et à la contraception chez les femmes en situation de précarité.

Auteur : Lolita Ogé

Diplôme d'Etat de Sage-femme, Brest, 2016.