



HAL
open science

**Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes
en situation de précarité: freins à la participation,
implications sur la prise en charge en médecine générale
(étude qualitative auprès de 13 femmes précaires non
dépistées)**

Clémence Fouqueron

► **To cite this version:**

Clémence Fouqueron. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité: freins à la participation, implications sur la prise en charge en médecine générale (étude qualitative auprès de 13 femmes précaires non dépistées). Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01753145

HAL Id: dumas-01753145

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01753145>

Submitted on 5 Jun 2018

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE
Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée par

Clémence FOUQUERON

née le 26 mai 1986 à Angers

*Dépistage du cancer du col de l'utérus
chez les femmes en situation de
précarité: freins à la participation,
implications sur la prise en charge en
médecine générale
(étude qualitative auprès de 13 femmes
précaires non dépistées)*

**Thèse soutenue à RENNES
le 13 mai 2016**

devant le jury composé de :

Jean LEVÊQUE

Professeur – CHU Rennes / *Président*

Julien EDELIN

Maître de Conférence – Centre Eugène Marquis / *Juge*

Françoise TATTEVIN

Maître de Conférence Associée – DMG Rennes / *Juge*

François-Xavier SCHWEYER

Docteur en Sociologie – EHESP Rennes / *Juge*

Chrystèle CERTAIN

Médecin / *Directrice de thèse*

Liste des professeurs



Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie

DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER Christian	Médecine et santé au travail
Professeur des Universités émérite	
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie

VIOLAS Philippe

Chirurgie infantile

WATIER Eric

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie

WODEY Eric

Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Remerciements

À notre Président de jury

Monsieur le Professeur Jean Levêque,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre cordialité et pour l'attention que vous portez à ce travail.

Aux membres du jury

Monsieur le Docteur Julien Edeline,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier et à vous témoigner ma gratitude.

Madame le Docteur Françoise Tattevin,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de toute ma considération pour votre implication dans notre formation.

Monsieur le Docteur François-Xavier Schweyer,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, vos conseils, et pour toute l'attention que vous avez portée à ce travail.

Madame le Docteur Chrystèle Certain,

Tu me fais l'honneur de diriger et juger cette thèse. Je tiens à te témoigner ici toute ma gratitude pour tes conseils avisés, ta très grande disponibilité, ta gentillesse et ton investissement dans notre formation de médecins généralistes. Sois assurée de ma plus profonde estime.

À ceux qui ont contribué à ce travail

Aux responsables ou bénévoles de la PMI du Blosne, du restaurant social Le Fourneau et des Restos du Cœur de Rennes, merci pour votre accueil et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Aux 13 femmes qui ont acceptées de répondre à mes questions et dont les témoignages sont l'essence même de ce travail, merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre confiance.

Aux relectrices, Régine et Maman, merci pour vos précieux conseils.

À ma famille

À mes parents, pour m'avoir toujours soutenue durant ces longues années, pour tout ce que vous avez fait pour moi et tout ce que vous ferez sûrement encore.

À mes grands-parents pour tous les bons moments partagés avec vous. À Henri, tu es dans mes pensées.

À Pierre, François et Paul, pour nos joyeux rassemblements, malheureusement trop espacés. À Élise, Zoé et Thomas.

À mes amis

Pour tous les moments partagés. Angevins, Rennais et souvent bien trop loin, vous êtes dans mes pensées.

À Antoine, Lise, Charlotte, Marc-Antoine, Sylvain pour nos vacances mémorables aux quatre coins de la France et du Monde. À Pauline, pour toutes ces soirées passées à tes côtés.

À Julie, Clara, aux fanfarons, à Étienne et aux autres angevins. Sans vous, l'externat n'aurait pas été le même. À Adeline pour ta bonne humeur et ta participation à ce travail.

À Delphine, Mélinda, Bruno, Hélène, Aloïs et les autres, pour les moments passés à vos côtés pendant l'internat. À Lucie pour ton soutien et ton amitié.

À Céline, Maxime, la Petite, Zélie et Tanguy, vous avez été les meilleurs colocataires du monde !

À Laura, Anaël, Floyd, Simon, Esmé, JM et les autres. Merci pour ces belles rencontres.

À François-Xavier

Merci pour ton soutien, tes bons petits plats et ton humour. Pour les moments passés ensemble, ici ou ailleurs, et pour tous nos projets.

Table des matières

Liste des professeurs	2
Remerciements	8
Table des matières	10
Liste des illustrations	13
Liste des abréviations.....	14
Introduction	15
1. Précarité et santé	15
1. Précarité.....	15
2. Inégalités sociales de santé	18
3. Dispositifs d'accès aux soins.....	20
2. Cancer du col de l'utérus	22
1. Epidémiologie	22
2. Histoire naturelle et facteurs de risque.....	22
3. Prévention primaire : la vaccination	23
4. Prévention secondaire : le dépistage par FCU	23
3. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité.....	25
1. Inégalités sociales de recours au dépistage du CCU.....	25
2. Perspectives de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du CCU.....	25
3. Place du médecin généraliste	26
Matériel et méthodes.....	27
1. Méthode.....	27
1. Type d'étude	27
2. L'entretien semi-dirigé	27
2. Population et échantillonnage.....	27
1. Population cible	27
2. Recrutement des participantes.....	27
3. Inclusion.....	28

3. Recueil des données	29
1. Déroulement des entretiens	29
2. Guide d'entretien	29
3. Transcription	29
4. Analyse des données	29
Résultats.....	30
1. Recrutement des femmes	30
2. Réalisation des entretiens	30
3. Caractéristiques des femmes	30
4. Analyse thématique	31
1. Freins à la participation au dépistage du CCU pour les femmes en situation de précarité	31
2. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes en situation de précarité	41
Discussion.....	46
1. Validité de l'étude.....	46
1. Forces de l'étude	46
2. Limites de l'étude.....	46
2. Freins à la participation au dépistage du CCU pour les femmes précaires	47
1. Des représentations négatives sur la santé et le dépistage des cancers	47
2. Un manque de connaissances sur le dépistage du CCU	48
3. Des résistances comportementales vis-à-vis du FCU	49
4. Des parcours de vie chaotiques	50
5. D'autres priorités.....	51
6. Des obstacles à l'accès aux soins	52
7. Des insatisfactions vis-à-vis des médecins.....	52
8. Des craintes vis-à-vis de l'examen gynécologique	53
3. Implications sur la prise en charge du médecin généraliste.....	53
1. Des freins sur lesquels le médecin généraliste a peu d'influence.....	53
2. Des leviers d'action pour le médecin généraliste	54

Conclusion	59
Bibliographie	60
Annexes	67
Annexe 1 : Questionnaire d'inclusion.....	67
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	68

Liste des illustrations

Figure 1 : Modèle de Dahlgren et Whitehead.....	19
Tableau : Caractéristiques des femmes.....	31
Figure 2 : Modèle de Fishbein et Ajzen.....	50

Liste des abréviations

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé

AME : Aide médicale d'Etat

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCU : Cancer du col de l'utérus

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CIN : Néoplasie cervicale intra-épithéliale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : Human papillomavirus

HSV : Herpes simplex virus

INCa : Institut National du Cancer

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

ISS : Inégalités sociales de santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

1. Précarité et santé

1. Précarité

1. Définitions de la précarité

En France, le Conseil économique et social a retenu la définition de la précarité proposée en 1987 par le Père Joseph Wresinski, fondateur du mouvement ATD Quart-Monde. Ainsi, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, 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 » (1). Les sécurités dont il est question sont le revenu, l'habitat, la santé, l'éducation, l'accès au métier et à l'emploi, l'accès à la culture, le lien familial et social.

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) a donné une définition plus large de la précarité : elle correspond à un processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion (2).

Les processus de précarisation ont des origines variées : précarisation de l'emploi, érosion des solidarités familiales, fragilisation due à la maladie, etc. L'enchaînement de ces événements et expériences débouche sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. Dès lors qu'une fragilité perdure, et qu'elle se cumule avec d'autres fragilités (acquises précédemment, ou conséquences de la première), le risque de précarisation croît fortement. Les processus de précarisation évoluent constamment, ils sont dynamiques. Les situations de précarité sont donc susceptibles d'être transitoires et réversibles.

2. Définitions différentielles: la pauvreté et l'exclusion

La précarité ne doit pas être confondue avec l'exclusion ou la pauvreté : elle touche une partie de la population française qui va bien au-delà des populations pauvres ou exclues.

L'exclusion est caractérisée par l'absence (pendant une période plus ou moins longue) de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. Au sens strictement légal du terme, seuls les « sans-papiers » seraient de

véritables « exclus » (2). L'exclusion peut être économique (chômage de très longue durée), sociale (mères célibataires sans soutien familial ni social, personnes âgées isolées, jeunes déscolarisés, etc.) ou même indirecte (immigrés ou handicapés qui ne peuvent profiter des mêmes droits ni participer aux mêmes activités que les autres). En fait, l'exclusion ne se résume pas à la seule absence de ressources financières, qui peut toujours être compensée par différentes formes d'assistance. L'exclusion est intimement liée à un sentiment d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraîne une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. Ainsi, pour les sociologues Bourdieu et Paugam, l'exclusion sociale consiste en un phénomène de relégation ou de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société (3, 4).

La pauvreté concerne « les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat dans lequel elles vivent », selon la définition du Conseil Européen de décembre 1984 (5). Ici, la pauvreté est envisagée de façon multidimensionnelle, beaucoup plus large que la seule évaluation du revenu monétaire.

La pauvreté monétaire est définie par un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian. En France et dans les pays européens, la pauvreté monétaire est mesurée de manière relative : le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population, alors que d'autres pays (États-Unis, Canada) ont une approche absolue (6).

Les contours de la notion de précarité sont d'autant plus flous qu'elle entretient une relation de connivence avec celle de pauvreté, même si les deux termes prétendent rendre compte de phénomènes et de processus distincts. Ainsi, « tout converge, pour montrer qu'une part très importante de la population, sans être pauvre à proprement parler, est en permanence sur le fil du rasoir, connaît des difficultés sans jamais en voir la fin, ni même pouvoir en espérer la sortie. Elle est, au sens propre, en précarité, et se trouve ainsi en risque récurrent de paupérisation. Qu'un accident de vie, de santé, ou professionnel survienne, et c'est le basculement » (7).

3. Données chiffrées

Selon l'INSEE, en France, en 2013, 8,6 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire (1000€ par mois), fixé à 60 % du niveau de vie médian. 14.0 % de la population est ainsi dite pauvre (8). Ce chiffre a augmenté à partir du milieu des années 2000. Mais la hausse s'est nettement accélérée depuis 2008, compte tenu de la crise économique, témoignant d'un élargissement de la pauvreté à des publics jusqu'alors épargnés. Ainsi, l'ensemble de la population n'est pas touché de la même manière : les

familles monoparentales, les jeunes et les personnes privées d'emploi sont les premières victimes de la crise de longue durée (9).

Il n'existe pas de chiffres précis sur l'exclusion. S'agissant d'un processus, il est difficile de comptabiliser « les exclus ».

Il n'existe pas non plus de mesure globale de la précarité, mises à part des données concernant le marché du travail, la situation familiale ou encore les conditions de logement. Même combinés entre eux, ces éléments ne peuvent suffire pour mesurer objectivement la précarité. Cependant, le HCSP estimait dans son rapport de 1998 que la précarité touchait entre 20 et 25% de la population vivant en France soit 12 à 15 millions de personnes (2). Ce chiffre est confirmé en 2012 par l'ancien médiateur de la république et président du Conseil Economique et Social, Jean-Paul Delevoye : « pour 12 à 15 millions de personnes, les fins de mois se jouent à 50 ou 150€ près » (10). La différence avec les chiffres de l'INSEE s'explique par des rapprochements avec le nombre de personnes traitées par les commissions de surendettement, les découverts bancaires, les retenues sur salaires, les crédits revolving, etc...

4. Les femmes et la précarité

Les femmes ont en moyenne des revenus individuels bien inférieurs (de l'ordre de 25 %) à ceux des hommes. Elles sont plus nombreuses à être pauvres, c'est-à-dire à vivre dans des foyers aux niveaux de vie très faibles : en 2013, 14,3 % vivent dans un ménage pauvre contre 13,6 % des hommes (8).

Le fait que les femmes soient plus exposées à des conditions de vie matérielles difficiles tient principalement à deux éléments. D'une part, avant 65 ans, les femmes sont plus souvent à la tête de familles monoparentales que les hommes (84 % des « chefs » de famille monoparentale sont des femmes). Or, ces familles ont un niveau de vie moyen inférieur de 30 % à celui de l'ensemble des autres ménages. D'autre part, en raison de leur plus longue espérance de vie, les femmes sont plus souvent seules après 65 ans. Or, ces femmes seules ont un niveau de vie moyen très inférieur à celui des couples, mais aussi à celui des hommes seuls du même âge, du fait de carrières professionnelles différentes. Elles sont nombreuses à ne pas avoir travaillé ou à avoir eu des carrières incomplètes et donc à ne percevoir que peu ou pas de droits à retraite.

Le taux de chômage des femmes, même si l'écart s'est sensiblement réduit, a toujours été plus élevé que celui des hommes pour l'ensemble de la population active, à l'exception des femmes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, en début de vie active.

Les femmes sont surreprésentées dans certains métiers considérés comme correspondant à des qualités « naturelles et innées chez elles », ces qualités étant aussi peu reconnues dans

la vie professionnelle que dans la sphère familiale (11). En 2010, on compte en particulier plus de 95 % de femmes dans trois métiers peu qualifiés de services aux particuliers (assistantes maternelles, aides à domicile, employées de maison) et plus de 70 % parmi les agents d'entretien et les employés du commerce (12). La fréquence de ces métiers dans l'emploi féminin va de pair avec des conditions de travail qui concourent au développement et à l'installation dans la précarité : temps partiel, sous-emploi, horaires atypiques et bas salaires. Le travail à temps partiel, fréquemment imposé dès l'embauche, concerne 30% des femmes ayant un emploi, contre 7.2% des hommes. Ces femmes, pour un tiers d'entre elles, déclarent être dans cette situation faute d'avoir trouvé un emploi à temps plein (13).

La précarité n'est pas l'apanage des seules femmes. Toutefois, leurs modes de participation au marché du travail, les caractéristiques des emplois auxquels elles accèdent et le fait que les charges familiales continuent de peser le plus souvent et majoritairement sur elles, les exposent plus que les hommes à des ruptures de parcours et des discontinuités, vecteurs de précarité financière et sociale.

2. Inégalités sociales de santé

1. Définition

Les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale, et concernent toute la population selon un gradient social. Dans tous les pays où les ISS sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur (14).

Les ISS peuvent être distinguées des inégalités de santé (sans l'adjectif «sociales»), qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs (génétiques, comme d'être un homme ou une femme ; physiologiques, comme d'être jeune ou vieux). En pratique, les deux termes «ISS» et «inégalités de santé» sont utilisés de manière indifférenciée. L'OMS a substitué à ces deux termes, celui d'«iniquités» (15).

Le Black Report, paru en Angleterre en 1980, fut l'un des premiers à révéler que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé (16). Se basant sur un suivi longitudinal de cohortes appartenant à différents milieux sociaux en Grande-Bretagne, il démontre que si, globalement, l'espérance de vie et la morbidité évoluent favorablement après la mise en place d'un système de soins d'accès universel, les différences observées entre les groupes selon leur position sociale, entre travailleurs manuels et cadres supérieurs par exemple, ne se sont pas atténuées avec l'instauration d'un régime d'assurances universel.

2. Modèles des déterminants sociaux de la santé

Les comportements individuels défavorables à la santé ne sont pas prépondérants pour expliquer les inégalités de santé observées et ne peuvent à eux seuls les expliquer. D'autres facteurs pour lesquels un lien direct n'est pas établi (comme l'est, par exemple, le lien entre tabac et cancer du poumon) apparaissent statistiquement liés à l'état de santé : ils sont appelés déterminants sociaux de santé. Plusieurs auteurs ont proposé des modèles, plus ou moins dynamiques, permettant de hiérarchiser la part respective des différents déterminants qui participent à la genèse des inégalités au sein d'une société et qui structurent les inégalités de santé.

Le modèle de Dahlgren et Whitehead est le plus connu et le plus utilisé en épidémiologie sociale (17). Les déterminants de la santé sont illustrés par des strates superposées avec, au centre, les individus (figure). Au-dessus de toutes les autres strates se trouvent les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales présentes dans l'ensemble de la société. Ici, la situation économique d'un pays et le marché du travail, par exemple, ont un impact sur toutes les autres strates.

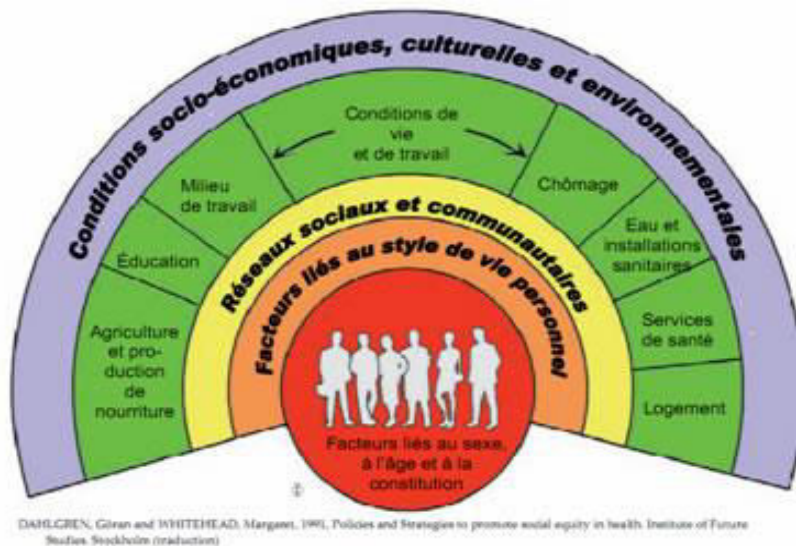


Figure 1 : Modèle de Dahlgren et Whitehead

Le modèle des influences multiples tout au long de la vie (life course model) positionne les ISS comme le résultat d'expositions multiples et différentielles à certains risques dès le plus jeune âge et tout au long de la vie (18). L'accumulation des désavantages/avantages sociaux et psychologiques participe, tout au long de la vie, à accentuer les écarts de santé, l'expression précoce de maladies, leur évolution et les écarts de survie, une fois ces maladies déclarées (19).

Enfin, le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS est axé sur les « causes des causes » des inégalités dans et entre pays : les structures mondiales et

sociales, et les conditions déterminées socialement qu'elles créent, conditions dans lesquelles les personnes grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (5).

3. Données chiffrées

Malgré un système de soins envié, les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes exerçant des métiers manuels. Leur taux de mortalité rapporté à celui des travailleurs non manuels était de 1,7 en France (20). Cette différence s'explique par l'importance des inégalités observées pour certaines causes de décès en France : cancers du poumon, des voies aérodigestives et cirrhose hépatique notamment. Pour les femmes, la contribution du cancer aux inégalités sociales de mortalité est moins marquée ; ces inégalités sont par contre plus marquées pour les maladies cardiovasculaires chez elles (21).

Globalement, les inégalités de mortalité liées au niveau d'études ont augmenté depuis 1968 (22). Cette augmentation est due essentiellement à une baisse constante des taux de mortalité parmi les personnes les plus diplômées, baisse bien plus importante que chez les non-diplômés. A 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 années, soit six années de plus que les ouvriers. Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits : deux années entre les cadres supérieures et les ouvrières (23).

Aux inégalités de mortalité s'ajoutent des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. A 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les dernières 22 années de sa vie avec une incapacité. Cette période ne sera que de 16 années pour une femme cadre supérieure) (24). Il y a donc une double peine, portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci.

3. Dispositifs d'accès aux soins

Les rapports au Conseil Economique et Social de Joseph Wresinski en 1987 puis Geneviève de Gaulle-Anthonioz en 1995 ont transformé la conception de la lutte contre la précarité. Ils ont servi de socle à la création du Revenu Minimum d'Insertion, à la mise en place d'une CMU et à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

1. CMU de base et CMU complémentaire

La CMU de base et la CMU complémentaire (CMU-C) ont été votées dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999, reprenant pour l'essentiel les conclusions d'un travail de recherche mené par ATD Quart Monde (25).

La Protection Universelle Maladie (PUMA) remplace depuis le 1^{er} janvier 2016 la CMU de base. Désormais, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable (plus de 3 mois) et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé : les conditions d'ouverture de droits ont été simplifiées. Certaines personnes, notamment demandeurs

d'asile, demandeurs du statut de réfugié, personnes admises au titre de l'asile ou reconnues réfugiées sont dispensées de justifier de la stabilité de la résidence et bénéficient de fait de la PUMA. La PUMA permet le remboursement de la part obligatoire des soins et médicaments, le ticket modérateur et le forfait hospitalier restant à la charge du patient. Elle est gratuite si les revenus sont inférieurs à 9611€ (seuil 2016) ainsi que pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou du RSA socle (26).

La CMU-C, quant à elle, permet aux mêmes personnes de bénéficier d'une prise en charge gratuite de la part complémentaire. Elle est attribuée sous conditions de ressources : le plafond annuel de ressources est de 8663€ pour une personne seule en 2016 (26).

Pour les bénéficiaires de la PUMA et de la CMU-C, les médecins conventionnés ont l'obligation de respecter les tarifs de base reconnus par la Sécurité Sociale.

2. ACS

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) concerne toutes les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et 35 % au-delà. Elle donne droit à une attestation-chèque d'une valeur comprise entre 100 et 550€ selon l'âge, à faire valoir auprès d'un organisme de protection complémentaire. Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS donne droit à la dispense totale d'avance de frais pour les bénéficiaires (26).

3. AME

L'aide médicale d'état (AME) s'adresse aux ressortissants en situation irrégulière et précaire, résidant en France de façon stable depuis plus de trois mois. Les prestations sont globalement les mêmes que pour les bénéficiaires de la CMU-C. Cependant, contrairement à la CMU-C, il n'existe pas pour l'AME de forfaits supplémentaires pour la prise en charge des soins dentaires, lunettes ou prothèses auditives. Sous certaines conditions, une prise en charge au titre des soins urgents peut être accordée pour les étrangers en situation irrégulière ne bénéficiant pas (ou pas encore) de l'AME (26).

2. Cancer du col de l'utérus

1. Epidémiologie

Le cancer invasif du col de l'utérus (CCU) est le deuxième cancer féminin dans le monde. Dans les pays développés, son incidence et sa mortalité ont régressé de moitié depuis une trentaine d'années (27).

En France, le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 6.7 pour 100 000, en 2012 (28). Avec 3028 nouveaux cas estimés, il représente le onzième cancer par ordre de fréquence chez la femme. Il est le deuxième chez la femme jeune avant 45 ans, le pic d'incidence se situant autour de 40 ans (29). La survie nette à 5 ans est estimée à 64%, en baisse entre 1989 et 2010. Cette diminution est paradoxalement attribuée à un recours plus important au dépistage, permettant de réséquer les lésions précancéreuses : les cancers ayant échappé au dépistage sont alors diagnostiqués à des stades plus avancés (30). Le nombre de décès par CCU est estimé à 1102 en 2012, ce qui le place au douzième rang des décès par cancer chez la femme. L'âge moyen au décès est de 66 ans.

Les taux d'incidence et de mortalité par CCU sont en constante diminution depuis 1980, avec un rythme cependant moindre depuis 2000. Cette tendance à la baisse est essentiellement expliquée par l'existence, depuis les années soixante, du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU), mais aussi par l'utilisation de préservatifs (31).

2. Histoire naturelle et facteurs de risque

La majorité des CCU sont des carcinomes, parmi lesquels 80 à 90 % sont des carcinomes épidermoïdes développés à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol, et 10 à 20 % sont des adénocarcinomes développés à partir de l'épithélium cylindrique qui recouvre le canal endocervical ou endocol. Il existe également d'autres formes histologiques très rares : sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs secondaires (32).

1. Carcinogénèse

Une infection par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) dit à haut risque oncogène est retrouvée dans 99% des carcinomes épidermoïdes du col, cette infection sexuellement transmissible en constituant la cause principale. Les adénocarcinomes cervicaux sont également en rapport avec l'HPV (33).

Environ 80% des personnes ayant eu des rapports sexuels ont été exposées aux HPV, sans pour autant développer un cancer. Après contagion avec l'HPV, il peut y avoir une infection cervicale à HPV : elle est spontanément résolutive pour la majorité des femmes, mais peut également persister dans le temps (rémanence). Lorsqu'elle persiste, il peut se développer au niveau du col des lésions précancéreuses : néoplasies cervicales intraépithéliales de

différents grades (CIN 1 à 3) et adénocarcinome in situ. Ces lésions peuvent régresser spontanément ou évoluer sur une période moyenne de 15 ans vers un cancer invasif (36,37).

En France, le nombre annuel de diagnostics de CIN pourrait être de l'ordre de 40 000 cas (29).

2. Facteurs de risque

La persistance d'une infection à HPV à haut risque est considérée comme la cause principale du CCU. Parmi la quinzaine de type viraux oncogènes identifiés, les HPV 16 et 18 sont les plus fréquents dans les cancers invasifs du col (70%) (36). Les facteurs de risque de contracter l'HPV sont l'âge précoce du premier rapport sexuel, un nombre élevé de partenaires sexuels au cours de la vie, les antécédents d'IST (37).

D'autres facteurs de risque, agissant en même temps que l'HPV, influencent le risque de développer un CCU : le tabagisme, la co-infection à *Chlamydia trachomatis* (co-infection HSV2 controversée), l'immunodéficience acquise (VIH, traitements immunosuppresseurs), la prise de contraceptifs oraux (oestroprogestatifs) au long cours, la multiparité (corrélation discutée), l'exposition in-utéro au diéthylstilbestrol, et des facteurs génétiques (syndrome de Peutz-Jeghers, associations de phénotype HLA) (35),40).

Enfin, un niveau socio-économique faible doublerait le risque de développer un cancer invasif du col : les femmes des milieux défavorisés ont souvent un accès restreint aux services de santé, une connaissance limitée des comportements préventifs, et participent moins au dépistage (39).

3. Prévention primaire : la vaccination

En prévention primaire, outre l'arrêt du tabac et le port du préservatif, la vaccination HPV est aujourd'hui possible. La vaccination ne protège pas contre l'ensemble des HPV à l'origine du CCU, et ne dispense pas du dépistage par FCU. Elle est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV. Il est recommandé de vacciner toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, et jusqu'à 19 ans dans le cadre du rattrapage vaccinal (40). Deux vaccins ont une autorisation de mise sur le marché : Gardasil® (quadrivalent) et Cervarix® (bivalent). En 2013, seulement 20 % des jeunes filles âgées de 16 ans avaient reçu les trois doses vaccinales (41).

4. Prévention secondaire : le dépistage par FCU

Le FCU a prouvé son efficacité en tant que test de dépistage du CCU. Ses caractéristiques respectent les critères d'évaluation des programmes de dépistage publiés par l'OMS en 1968 : en particulier, il est peu onéreux, simple, et dépiste une maladie grave, décelable pendant une phase de latence, pour laquelle des traitements existent (42).

1. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

En France, le dépistage du CCU est avant tout un dépistage individuel. Il est fondé sur la réalisation d'un FCU à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans, chez les femmes asymptomatiques (à l'exclusion des femmes ayant eu une hystérectomie avec ablation du col et celles n'ayant jamais eu de rapport sexuel) (43).

Aux Etats-Unis, le FCU seul est proposé aux femmes de 21 à 29 ans, tous les 3 ans. Pour les femmes de 30 à 65 ans, le FCU est recommandé tous les 5 ans s'il est combiné avec un test HPV, ou tous les 3 ans s'il n'est pas combiné au test HPV (44). Au Canada, le dépistage par FCU est recommandé aux femmes à partir de 21 ans et jusqu'à 69 ans (45).

Le FCU doit être réalisé à distance des rapports sexuels, en dehors des périodes menstruelles, de tout traitement local ou d'infections, avant le toucher vaginal, et concerner la totalité de l'orifice externe du col (exocol et endocol) correctement exposé à l'aide d'un spéculum. Il est soit étalé en couche mince sur lames et fixé immédiatement ou mis dans un milieu liquide spécifique, puis envoyé à un laboratoire entraîné (46).

2. Acteurs du dépistage

Le FCU est un acte médical, les gynécologues en sont actuellement les principaux effecteurs: entre 70 et 90 % de ces examens selon les régions (29). Les médecins généralistes réalisent environ 10% des FCU. Les sages-femmes sont autorisées à effectuer ce prélèvement. Certains laboratoires d'analyses médicales proposent la réalisation du FCU. Enfin, il est possible d'accéder au FCU sans avance de frais via les consultations hospitalières de gynécologie, les Centres de Planification ainsi que dans certains laboratoires d'analyses médicales.

Les FCU sont interprétés par des anatomo-cytopathologistes selon le système de Bethesda (47). Tout FCU anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques complémentaires selon des modalités qui ont fait l'objet de recommandations de la HAS (48).

3. Données chiffrées sur le dépistage

La dernière étude de l'INCa, publiée fin 2015, estimait à 61 % la part des femmes ayant réalisé au moins un FCU en 4 ans. Plusieurs sous-populations ont été identifiées comme moins participantes : principalement les femmes de plus de 50 ans, les femmes en situation sociale défavorable (CMU-C, quartier défavorisé, migrantes), les femmes ayant une situation de santé défavorable (comorbidités, handicaps). Par ailleurs, d'autres catégories de femmes ont un taux de participation insatisfaisant : les femmes enceintes, les femmes homosexuelles, les femmes touchées par le VIH ou une hépatite, les usagères de drogues, les femmes vivant parmi les gens du voyage, les roms et les détenues (49).

3. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité

1. Inégalités sociales de recours au dépistage du CCU

Les femmes en situation de précarité ont moins recours au dépistage du CCU que la population générale : en 2015, l'INCa estimait à 51% le taux de femmes bénéficiaires de la CMU-C ayant réalisé au moins un FCU dans les 4 ans (49). Dans une étude menée par Médecins du Monde dans des centres accueillant une population en grande précarité, seules 33% des femmes de 25 à 65 ans déclaraient avoir fait un FCU au cours de leur vie (50).

Le programme de recherche SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociale) en Ile-de-France, étudie les déterminants des ISS en suivant une cohorte de plusieurs milliers de franciliens. Dans l'une des études, les facteurs associés à une absence de dépistage du CCU étaient le fait d'être une femme célibataire, peu diplômée, d'origine étrangère, sans enfant, sans couverture maladie, n'ayant jamais travaillé et résidant dans un quartier de classe moyenne ou basse (51) .

Ces données rejoignent celles des études internationales : les caractéristiques individuelles telles que le célibat (52), l'absence de suivi médical régulier (53), l'absence de Couverture Maladie (54), un bas niveau d'instruction, une situation socio-économique défavorable, la résidence dans un quartier défavorisé (56,57) sont généralement associées à un taux de participation faible au dépistage.

De plus, les femmes confrontées à une situation financière difficile ont un moindre accès aux soins gynécologiques, elles ont donc moins recours aux méthodes contraceptives qui elles-mêmes favorisent un suivi médical régulier (57).

2. Perspectives de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du CCU

L'un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 est précisément la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du CCU. Le programme national de dépistage organisé ciblera les femmes ne réalisant pas de FCU et les populations les plus vulnérables, et garantira une prise en charge totale des actes de dépistage par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (58). Outre les campagnes d'information classiques, des partenariats avec les organisations basées dans les communautés seront proposés pour améliorer la participation des femmes précaires, parfois difficiles d'accès. L'objectif serait d'atteindre un taux de couverture du dépistage dans la population cible de 80 % (49).

L'auto-prélèvement vaginal pour la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes à haut risque (test HPV) pourrait être une alternative intéressante pour les femmes ne participant pas au dépistage du CCU. Plusieurs expérimentations ont prouvé l'intérêt de cette procédure

pour les femmes non-participantes malgré les lettres d'invitation, et une étude marseillaise a confirmé l'efficacité du test pour améliorer la participation des femmes bénéficiant de la CMU-C (48,59). Le test HPV est plus sensible que le FCU, mais sa faible spécificité risque de conduire à la détection et au traitement de lésions bénignes susceptibles de régresser (60). Des travaux sont en cours afin de mieux appréhender la faisabilité de cette démarche (29).

3. Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est souvent le seul prescripteur et le premier responsable des soins pour les personnes précaires, le recours au spécialiste étant socialement différencié (61). Il apprend à connaître, au fil des consultations, à la fois l'état de santé de ses patients, leurs conditions de vie quotidienne, et leur histoire personnelle et sociale. Comme tous les acteurs de santé, il est engagé dans la prévention de la mortalité précoce et la prise en compte des inégalités sociales qui lui sont attachées. Il occupe même une position de témoin privilégié de ces inégalités.

Les médecins généralistes seront appelés à prendre un rôle plus important pour le suivi gynécologique, à l'avenir, du fait de la diminution du nombre de gynécologues médicaux. Cependant, pour le dépistage du CCU, ils rencontrent encore de nombreux obstacles : manque de conviction, difficultés techniques, manque de disponibilité spécifique, oubli, réticence de la patiente (peur, méconnaissance de l'intérêt, obstacles économiques). La relation médecin-patient peut être un obstacle, le médecin pouvant être gêné par le caractère intime de l'examen. Des lacunes liées à l'organisation du système sont déplorées, telle l'absence d'organisation du dépistage (62). Une rémunération complémentaire pour le FCU a été instituée en 2011, afin de favoriser ce dépistage par les médecins généralistes.

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les freins à la participation au dépistage du CCU chez les femmes en situation de précarité. L'objectif secondaire était de faire émerger les leviers à disposition du médecin généraliste pour améliorer la participation au dépistage du CCU chez les femmes précaires.

Matériel et méthodes

1. Méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de femmes en situation de précarité.

La recherche qualitative vise à décrire et analyser la culture et le comportement des humains et de leurs groupes, en étudiant leurs points de vue. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle s'inscrit plutôt dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes (63). Au plan épistémologique, la recherche qualitative appréhende l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative (64).

La méthode ethnographique était la plus adaptée pour satisfaire aux objectifs de l'étude. Sa force réside dans la compréhension de certains éléments culturels d'un groupe (conception, représentations, croyances) à partir du point de vue des membres faisant partie de ce groupe (65).

2. L'entretien semi-dirigé

L'objectif de l'entretien semi-dirigé est d'obtenir un discours linéaire sur le thème de recherche de la part de la personne interrogée. L'entretien est structuré par le chercheur qui construit un guide d'entretien à partir d'éléments issus d'une enquête exploratoire.

L'entretien semi-dirigé implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. L'accès à un dialogue authentique exige pour le chercheur d'être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite (63).

2. Population et échantillonnage

1. Population cible

La population cible était constituée par les femmes de 25 à 65 ans résidant en métropole rennaise, sans antécédents d'hystérectomie ou de lésion dysplasique cervicale, non dépistées pour le cancer du col de l'utérus, et bénéficiant de la CMU ou de l'ACS.

2. Recrutement des participantes

Le recrutement des femmes a eu lieu au sein de trois structures rennaises :

- une association caritative : les Restos du Cœur
- un service de Protection Maternelle et Infantile, dans le quartier du Blosne
- un restaurant social géré par le CCAS : le Fourneau.

Les responsables des structures ont été contactés et informés des objectifs de l'étude. Leur accord pour le recrutement des femmes parmi les usagères a été obtenu.

Les bénéficiaires des Restos du Cœur ont été recrutées directement, par le chercheur sur place lors des permanences de distribution alimentaire, juste après le remplissage de leur cabas de provisions. Les usagères de la PMI ont été recrutées directement, par le chercheur sur place lors des demi-journées de consultation pédiatrique et de permanence de pesées des bébés, avant ou après la prise en charge médicale. Un questionnaire oral a été soumis, individuellement à la plupart des femmes présentes (annexe1). Il permettait de sélectionner les femmes éligibles à un entretien.

Les usagères du restaurant social ont été recrutées indirectement par l'infirmière de la structure. En effet, la fréquentation essentiellement masculine du lieu et les difficultés à entrer en contact avec les usagères, pour la plupart sans domicile fixe, compliquaient le recrutement.

La sélection des femmes a reposé sur la technique de l'échantillonnage raisonné.

3. Inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Femme âgée de 25 à 65 ans
- Niveau suffisant de compréhension et d'expression de la langue française
- Bénéficiaire de la CMU ou de l'ACS
- Absence d'antécédents d'hystérectomie ou de lésion dysplasique cervicale
- Absence de FCU dans les 4 dernières années.

Un rendez-vous a été fixé avec les femmes éligibles qui acceptaient l'entretien, avec confirmation de la venue par téléphone une heure avant le rendez-vous. Le lieu des entretiens a été laissé à l'appréciation des femmes.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation du protocole de recherche.

3. Recueil des données

1. Déroulement des entretiens

La confidentialité et l'anonymat des données ont été garantis avant l'entretien. Après accord oral des participantes, les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone. Les entretiens se sont déroulés en face-à-face.

2. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré, cette trame servant de guide flexible (pas d'ordre fixe) à la discussion. Les thèmes du guide d'entretien ont émergé à la lumière de la littérature existant sur le sujet et à la suite de deux entretiens exploratoires (médecin à forte activité gynécologique exerçant dans un quartier défavorisé, assistante sociale du Planning Familial d'un quartier défavorisé). Les thèmes suivants ont été retenus : le parcours de vie de la femme, la place de la santé, les représentations du cancer, de l'examen gynécologique et du FCU, et le rôle du médecin généraliste pour le suivi gynécologique et le frottis (annexe 2).

3. Transcription

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, en intégrant les éléments non-verbaux comme les silences, les rires. Les retranscriptions ont été anonymées avant l'analyse.

4. Analyse des données

Les données des entretiens ont été analysées grâce à l'approche inductive générale (66). Après retranscription, le matériel a été relu à plusieurs reprises, des unités de sens ont été sélectionnées, des thèmes généraux ont été identifiés, des catégories et sous-catégories ont été nommées puis classifiées.

L'analyse a été menée par deux chercheurs (triangulation des chercheurs) pour confronter les significations dégagées.

Résultats

1. Recrutement des femmes

7 matinées ont été consacrées au recrutement des femmes lors des permanences de distribution alimentaire des Restos du Cœur. 20 à 30 femmes ont été abordées lors de chacune de ces matinées. 6 demi-journées ont été consacrées au recrutement des femmes à la PMI. Toutes les mères consultant avec leur enfant étaient sollicitées, c'est-à-dire entre 5 et 10 femmes par demi-journée. Toutes les femmes qui l'acceptaient ont été soumises au questionnaire d'inclusion.

Dans les deux structures pré-citées, un motif fréquent d'exclusion était le délai de réalisation du FCU, inférieur à 4 ans. Il concernait surtout les mères de jeunes enfants, ayant bénéficié d'un FCU en début de grossesse. Aux Restos du Cœur, l'autre motif d'exclusion de l'étude était le niveau de compréhension et d'expression de la langue française. A la PMI, un nombre important de mères avaient moins de 25 ans ou une situation sociale jugée non précaire (bénéficiaires de mutuelles classiques) ; elles ont été exclues.

Plusieurs femmes ont refusé de participer à l'étude, bien que répondant aux critères d'inclusion. Le motif allégué était le manque de disponibilité, tout particulièrement chez les mères de jeunes enfants. D'autres femmes étaient gênées de se livrer sur un sujet aussi intime. 5 femmes recrutées n'ont pu être jointes une heure avant l'entretien. Une femme ne s'est pas présentée à deux reprises aux rendez-vous fixés.

Au restaurant social, les femmes étaient très peu représentées parmi les usagers, rendant les candidates à l'inclusion rares.

Au total, 13 femmes ont été incluses : 11 ont été recrutées directement aux Restos du Cœur, 1 directement à la PMI, et 1 recrutée indirectement par l'infirmière du restaurant social.

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu du 26 juin au 28 septembre 2015. Ils ont duré entre 38 et 71 minutes (moyenne : 48mn37s). 7 entretiens ont été réalisés au domicile des femmes, 6 dans un lieu public.

La saturation a été obtenue au bout de 12 entretiens, le dernier ayant été réalisé comme marge de sécurité pour s'assurer de cette saturation.

3. Caractéristiques des femmes

Le caractère raisonné et choisi de l'échantillonnage a permis une diversité d'âge, d'origines géographiques et de parcours biographiques (tableau).

Tableau : Caractéristiques des femmes

	Age	Situation maritale	Nombre d'enfants	Dernier diplôme	CSP	Origine	Domicile	Délai FCU	Durée entretien
Mme A	50	Union libre	3	CAP cuisine	Employée (chômage)	France	Foyer AFPA	6 ans	46m32s
Mme B	51	Célibataire	0	Agrégation Langues	Professeur (invalidité)	France	HLM	4 ans	50 mn04s
Mme C	50	PACS	1	CAP serveuse	Employée (chômage)	France/ Espagne	HLM	5 ans	71mn16s
Mme D	41	Mariée	1	CAP petite enfance	Aide à domicile, agent d'entretien (chômage)	France	Tente/squat	>5 ans	47mn37s
Mme E	65	Veuve	1	Certificat école ménagère	Lingère, agent d'entretien	Congo	Foyer femmes vulnérables	Aucun	44mn13s
Mme F	64	Instance de divorce	1 +1décédé	Certificat d'études	Retraite (secrétaire)	France	Location privée	>5 ans	66mn10s
Mme G	35	Célibataire	1 décédé	DEUG Sociologie	Aide médico-psychologique	France	HLM	5 ans	40mn04s
Mme H	51	Mariée	0	Arrêt scolarité à 10 ans	Couturière	Sri-Lanka	HLM	Aucun	38mn07s
Mme I	38	Concubinage	4	CAP Petite-enfance	Mère au foyer	France (Guyane)	Location privée	4 ans	39mn55s
Mme J	40	Veuve	2	Age : 12 ans	Jardinière	Corée du Nord	HLM	aucun	49mn44s
Mme K	40	Mariée	2	Université 7 ans (bouddhisme, éducation)	Professeur des écoles	Mongolie	CADA	6 ans	42mn22s
Mme L	45	Union libre	0	Université 5 ans (langue russe)	Agent d'entretien	Bulgarie	Location privée (colocation)	6 ans	57mn48s
Mme M	65	Divorcée	3	Certificat d'études	Retraitée (auxiliaire de vie)	France	HLM	>10 ans	38mn 45s

4. Analyse thématique

1. Freins à la participation au dépistage du CCU pour les femmes en situation de précarité

1. Les représentations sur la santé et le dépistage des cancers

Le pessimisme

Les femmes rencontrées avaient une tendance au pessimisme, notamment en ce qui concerne leur santé.

Mme G : « *Je suis persuadée que je ne peux plus avoir d'enfants. [...] Je suis à peu près sûre que même si je voulais un enfant, j'arriverai pas à l'avoir* ».

Elles anticipaient les résultats des examens médicaux de façon négative, se sentant menacées par la possible découverte d'une pathologie.

Mme F : « *Et puis quand va falloir que je refasse un examen de mes intestins, je me dis : 'bein, il va peut-être me retrouver des polypes'. Euh, oulala lala attention* ».

Le fatalisme

La quasi-totalité des femmes faisait référence à des proches malades ou décédés lorsque le thème du cancer était abordé. Le cancer était associé à la mort, alimentant une vision fataliste.

Mme C : « *Je perds que des amis en ce moment. Cancer, cancer, cancer. Moi ça j'aime pas. Ma maman elle est morte d'un cancer de la vessie* ».

Mme F : « *Moi ma sœur elle était suivie hein, quand elle a eu... elle allait régulièrement chez le docteur. Son cancer du sein s'est déclenché, et puis voilà hein. Vous savez quand vous avez à avoir quelque chose...* ».

L'impuissance

Certaines femmes se sentaient impuissantes face à la possible survenue d'un cancer.

Mme M : « *Moi je sais que je l'ai le cancer, mais où ? Bah on peut pas savoir. Quand il sera décidé quoi* ».

Elles faisaient appel à la chance, à la superstition, voire à la protection de Dieu pour tenter d'échapper aux problèmes de santé.

Mme E : « *Non, ça peut pas arriver, Dieu me protège. C'est Dieu qui me protège, c'est pas moi. Ça peut pas arriver, je n'y pense pas* ».

Une faible considération vis-à-vis des conséquences futures

Plusieurs femmes ne participaient pas aux dépistages du fait de leurs contraintes (gêne, douleur). Les bénéfices à long terme de la prévention étaient ainsi contrebalancés par leurs contraintes à court-terme.

Mme A : « *Ah oui, la mammographie ! Bah j'en ai jamais fait moi. Mais il paraît que ça fait mal...* »

Les consignes de prévention n'étaient appliquées qu'après la survenue d'une pathologie qui avait permis une prise de conscience des conséquences de comportements à risque.

Mme E : « *Quand j'ai souffert de la tension, pour moi, je pensais que ce n'est rien. Je buvais de l'alcool. Je préparais à manger, je mettais des piments, je mettais du sel. Pour moi, maintenant, je paye les conséquences des tensions toujours trop hautes (survenue d'un AVC)* ».

La perception d'une faible espérance de vie

Du fait de handicaps ou de pathologies préexistantes, certaines femmes s'attendaient à ne pas vivre longtemps, ou à avoir une qualité de vie altérée. Dans ces conditions, le dépistage précoce des cancers pouvait apparaître moins bénéfique.

Mme C : « *C'est comme ça. On va pas vivre jusqu'à 95 ans hein. La petite mère qui vit jusqu'à 110 ans... Dis donc, faut le faire* ».

2. L'accès et le traitement de l'information sur le dépistage des cancers

Un manque de connaissances

Parmi les femmes originaires de pays étrangers, quatre ne connaissaient pas l'existence de la procédure de dépistage du CCU.

Mme E : « - Mon travail s'intéresse au frottis [...]. Est-ce que vous connaissez ça ? - *Non, ça je ne connais pas. Personne ne me l'a dit* ».

La physiopathologie du cancer du col de l'utérus n'a pas été abordée lors des entretiens. Une seule femme a spontanément cité le papillomavirus comme agent responsable d'infections recherchées à l'examen gynécologique.

Fréquemment, le FCU était confondu avec le prélèvement vaginal. Les notions théoriques concernant l'intérêt du FCU étaient parfois très floues. Certaines femmes pensaient que le FCU dépistait toutes les IST, d'autres ne savaient pas quel organe était concerné.

Mme C : « *Bah dépister... Bah le vagin. Les ovules. Les ovules et tout. Les ovaires. Les intestins et tout hein* ».

Aucune femme ne connaissait la fréquence recommandée du FCU.

Parmi les professionnels habilités à réaliser le FCU, le gynécologue était cité systématiquement. Pour nombre de femmes, le spécialiste était le seul autorisé à pratiquer cet examen. Peu citaient le médecin généraliste comme possible effecteur du FCU, et aucune ne mentionnait les sages-femmes, les centres du Planning Familial, ou les laboratoires d'analyses médicales.

Les bénéfices du dépistage et de la détection précoce des cancers étaient mal connus par certaines femmes. Elles ne se sentaient pas menacées par le cancer, parce qu'elles croyaient en leur propre capacité à prévenir le cancer plus qu'en celle du dépistage de masse, parce qu'elles étaient optimistes vis-à-vis de leur état de santé, asymptomatiques ou déjà suivies médicalement pour d'autres motifs.

Mme M : « *On m'a envoyé plusieurs courriers (pour le FCU), mais je le fais pas moi. Non. Si vraiment je me sens pas bien [...], là peut-être que je le ferais, mais là... Ça va. A part mon cœur moi c'est tout* ».

Un manque de soutien et d'influences sociales

Le manque de connaissances sur le dépistage des cancers était en partie dû au manque de soutien, à l'isolement social de certaines femmes. L'isolement pouvait être lié à une arrivée récente en France, à des périodes prolongées de chômage, à de longues hospitalisations en secteur psychiatrique.

Mme F : « *Mais vous savez quand vous avez été deux ans hospitalisée (en secteur psychiatrique) euh, pffff, ça vous... Vous vous sentez rejetée de tout* ».

L'absence d'incitation au dépistage du CCU ne contribuait pas à intégrer cette norme : aucune femme n'a fait référence à des proches ayant participé au dépistage du CCU. Par contre, certaines proches ayant bénéficié d'une mammographie étaient vues comme des modèles, favorisant l'adhésion des femmes au dépistage du cancer du sein.

Mme C : « *Ma sœur elle a fait. Je lui ai demandé : 'est-ce que t'as fait ?'. Elle me dit : 'oui, j'ai rien'. [...] Et... je dis à ma sœur, je dis : 'je vais le faire aussi'* ».

Des difficultés pour intégrer l'information :

La compréhension des informations était compromise pour certaines femmes. Madame C, d'origine française, ne saisissait pas le sens de certaines questions par manque de vocabulaire. Des reformulations ont dû être faites.

Mme C : « *J'ai pas fait la grande école moi... Professionnels ? - Est-ce qu'il y a d'autres... docteurs ou d'autres... non-docteurs qui peuvent faire le frottis d'après vous ?* »

Des comorbidités psychiatriques, telles qu'un trouble bipolaire non équilibré pour l'une d'elle, ou l'antécédent d'alcoolisme chronique d'une autre, influaient ou avaient pu influencer sur le processus d'intégration de l'information.

Mme A : « *J'ai eu des problèmes d'alcool, j'ai fait plusieurs cures, je vous le cache pas* ».

Pour les femmes parlant peu le français, la barrière de la langue nuisait à la compréhension des informations, y compris les informations médicales. Ces difficultés de communication transparaissaient de façon évidente lors de trois entretiens.

Mme J : « *Petite mal. Ici après examen, contrôle. Et c'est petite problème. Maintenant, peut-être médicaments et ça va* ».

La décision de reporter ou de ne pas se soumettre au FCU

Malgré leurs connaissances sur l'intérêt et les modalités du dépistage du CCU, certaines femmes procrastinaient.

Mme A : « *J'attends, et puis euh... tout en sachant que c'est important. Mais euh... mais des fois je recule quand même* ».

D'autres avaient intériorisé la norme, sans pour autant passer à l'acte.

Mme G : « *Le frottis c'est important, ne serait-ce que dans un dépistage. Mais [...] c'est moins facile de mettre en pratique* ».

Enfin, d'autres rejetaient le message sur le dépistage des cancers, au sens propre comme au sens figuré.

Mme M : « *Oui je l'avais eu mais je l'ai jeté à la poubelle (courrier pour la mammographie), ça sert à rien, j'ai rien, je le sais très bien* ».

3. Le rapport avec le parcours de vie

Des difficultés à surmonter les épreuves du passé

Les femmes se sont largement confiées sur les épreuves subies dans le passé. Beaucoup n'avaient pas encore réussi à surmonter ces souvenirs, les empêchant d'avancer.

Pour madame G, le deuil de son fils nourrisson était impossible.

Mme G : « *Faudrait d'abord que j'arrive à faire mon deuil pour pouvoir passer à autre chose, et j'y arrive pas donc euh...* »

Deux femmes avaient rompu le lien avec un de leurs enfants suite à des disputes. Trois femmes d'origine étrangère étaient séparées de leurs enfants, restés au pays d'origine ou bloqués dans un pays tiers.

Trois femmes disaient avoir subi des violences physiques (conjugales pour deux d'entre elles), trois autres auraient été victimes de violences sexuelles. Ces agressions les marquaient durablement.

Mme A : « *On m'a fait du mal alors maintenant... voilà, c'est comme ça. [...] Ils m'ont pas fait de cadeaux. Donc bah voilà, c'est... J'ai plus confiance aux hommes.* »

Mme G : « *J'ai... j'ai... j'ai un passé enfantin un peu difficile, où j'ai été violée gamine, et du coup, j'ai... Je fais des blocages quoi.* »

Certaines femmes se sentaient mises à l'écart, ayant subi de façon répétée abandons, trahisons ou brimades.

Mme C : « *Le voisinage, il me forçait à boire. J'en ai pris plein dans la tronche. C'est méchant de me... de me faire mal. Et depuis ce temps là... Profiter de mon pognon, mon argent.* »

Enfin, d'autres ne pouvaient parvenir à la résilience du fait d'un sentiment marqué de honte en lien avec leur parcours.

Mme F : « *J'ai honte de mon parcours, d'une femme abandonnée, une femme isolée. J'ai honte. D'avoir été battue [...] J'ai honte de moi. Je crois que je serai... Je sais pas, je pense pas que j'effacerai* ».

D'autres priorités

Plusieurs femmes considéraient la santé comme un domaine important, voire une priorité. Pour d'autres, bien qu'important, le suivi de santé était relégué à un rang bien inférieur dans la liste des priorités.

Les difficultés financières étaient évoquées par la plupart d'entre elles.

Mme C : « *Ils m'envoient 243 euros, au RSA. Ok, moi je fais des courses. Quelques jours après, ils m'envoient un courrier : faut que je rembourse maintenant. Vous trouvez que c'est logique leurs conneries ? [...] 29 euros par mois que je touche* ».

L'accès à l'emploi était une préoccupation majeure pour les femmes au chômage. Pour certaines d'entre elles, l'insertion professionnelle était compromise par un handicap.

Mme C : « *Il me manque le boulot, travailler. Y a pas le boulot. Mon homme il me reproche tout le temps : 't'es feignante, t'es feignante'. C'est pas ma faute... C'est surtout le dos. Mon dos il me fait mal...* »

L'obtention d'un logement social, pour les femmes sans domicile fixe ou l'ayant été, était la préoccupation principale. Elle conditionnait l'accès à un emploi.

Mme D : « *Là où on va aller, on va avoir un logement. [...] C'est pas en foyer, c'est rien du tout, c'est pas sous tente, donc c'est euh... Donc euh, déjà on va être posés, on va être mieux* ».

Plusieurs femmes avaient été confrontées à des problèmes judiciaires ou administratifs. L'une d'elles avait dû témoigner dans le procès de son ex-compagnon incestueux, une autre avait été condamnée à de la prison avec sursis pour des violences sur son propriétaire, une dernière était en pleine procédure de divorce, conflictuelle.

Mme F : « *Ah bah d'aussitôt que mon divorce est réglé, qu'il m'a donné mes 45 ans de vie commune... [...] Qu'il soit condamné à me donner ce qu'il est prévu de m'être donné.* »

Pour madame I, la priorité était la santé des enfants.

Mme I : « - En Polynésie, tu avais un médecin traitant ? - *Oui, pour les enfants. Oui, voilà.* - Pour les enfants ouais. Et pour toi ? - *Moi, non ! [...] Ça fait 4 ans que j'ai pas consulté.* »

Enfin, madame F privilégiait sa reconstruction psychique suite à son divorce, au détriment de tout suivi somatique.

Mme F : « *La santé pour moi, c'était d'aller voir mon psy. Que mon psy m'écoute, et qu'il m'aide. Il m'a aidée, il m'a aidée. Beaucoup, beaucoup* ».

Le nomadisme

Les parcours étaient marqués par la mobilité géographique. Les femmes d'origine étrangère avaient dû fuir leur pays pour échapper à la persécution (régime autoritaire, conflit ethnique, opinions politiques) ou pour des raisons économiques. Les femmes françaises avaient dû déménager suite à l'obtention d'un logement social, pour des raisons professionnelles (recherche d'emploi, formation) ou familiales. Ces itinéraires entraînaient des ruptures dans le suivi médical.

Un rapport au temps perturbé

Les femmes se projetaient rarement sur le long terme, elles étaient obnubilées par la résolution des problèmes du quotidien et fonctionnaient dans l'urgence. Plusieurs évoquaient leurs difficultés en terme de planification, qu'il s'agisse de respecter ou organiser des rendez-vous.

Mme I : « *Quand j'irai peut-être voir le gynéco, à ce moment-là, je profite dans ce cas là pour faire un frottis, mais sinon, comme ça là, de moi-même, aller prendre un rendez-vous pour... pour dire : 'j'appelle pour prendre un rendez-vous pour faire le frottis', bah non, je le ferai pas.* »

4. Les obstacles à l'accès aux soins

Des obstacles administratifs

Quatre femmes incluses dans l'étude ne bénéficiaient de la CMU ou de l'ACS que depuis quelques semaines. Elles n'avaient pas fait valoir leurs droits auprès des caisses auparavant, par ignorance ou par incompréhension des démarches.

Mme F : « *Je reprends un peu des démarches. Bon, j'avais téléphoné à l'assistante sociale pour m'aider à remplir mes papiers : on n'a pas pu me recevoir parce que faut plus d'un mois de délai. Alors, je me suis débrouillée pour remplir les papiers, et j'ai fait ce que j'ai pu.* »

Des obstacles financiers

Toutes les femmes avaient accès aux soins sans avance de frais, grâce à la CMU ou à l'ACS. Cependant, avant d'avoir pu bénéficier de ces dispositifs, certaines femmes avaient dû renoncer à des soins du fait de difficultés d'avance des frais, ou d'inaccessibilité des mutuelles. Elles privilégiaient les soins urgents, ou jugés importants, au détriment des soins de prévention.

Mme L : « *Je pense que maintenant, je peux aller pour prévention de santé, gynécologique aussi, parce que c'est dur, toujours payer 30%. C'est pas beaucoup, mais parfois pour moi, beaucoup.* »

Ces femmes avaient trouvé des solutions alternatives, offrant des soins entièrement gratuits ou peu onéreux, lorsque leur état le nécessitait. Par exemple, elles profitaient du centre dentaire de l'hôpital public, et des soins offerts par les médecins des associations caritatives (Restos du Cœur, Croix-Rouge) ou l'infirmière du restaurant social.

Des obstacles pratiques

Les délais de rendez-vous chez le spécialiste étaient un frein au suivi gynécologique.

Mme C : « *Je vais le faire hein (le FCU). Ça fait déjà 4 ans, faudra le refaire hein. Après les vacances, je vais prendre un rendez-vous parce qu'il faut attendre 6 mois. C'est comme les lunettes, c'est pareil* ».

Plusieurs femmes n'avaient pas de moyen de transport personnel, mais aucune n'en ressentait d'obstacle à la mobilité. Résidant en milieu urbain, elles profitaient du réseau de transport en commun pour leurs déplacements auprès des professionnels de santé.

Des refus de soins

Avant qu'elle n'obtienne la CMU, madame F s'était vu refuser les soins d'un médecin généraliste du fait de son incapacité à avancer les frais.

Mme F : « *Il me dit : 'euh écoutez, bah Mme F, je ne peux pas vous consulter si vous n'avez pas d'argent pour me payer'. Voilà. Donc bah, je pouvais plus prendre mon traitement pour les intestins* »

5. La relation médecin-patient :

Un manque de confiance envers le médecin

L'examen gynécologique n'était pas anodin pour les femmes. Lié à l'intime, il devait être réalisé dans un contexte de confiance. A l'idée d'une éventuelle consultation de suivi gynécologique avec un médecin inconnu, la plupart des femmes se méfiaient.

Mme A : « *Quand j'ai affaire à quelqu'un que je connais pas, ce qui va être le cas là, alors là je suis encore plus méfiante.* »

Madame F s'était sentie jugée sur sa situation financière lors de précédentes consultations auprès de son médecin généraliste ; elle décrivait même un sentiment d'indignité. Elle n'envisageait pas le suivi gynécologique avec lui.

Mme F : « *Je ne serais pas à l'aise avec. Non. Je ne serais pas à l'aise. Avec quelqu'un d'autre, oui. Je serais à l'aise. Mais lui, non, par rapport à ce qu'il m'a répondu 2-3 fois.* »

Pour madame G, ayant vécu dans la rue, la relation était facilitée avec un médecin rompu aux situations de grande précarité.

Mme G : « *Ça m'a aidé à retourner chez un médecin, le fait que je savais qu'il consultait des gens un peu comme moi, donc dans mon cas, en difficulté* ».

La crainte du jugement du médecin

Certaines femmes n'osaient pas consulter les médecins. Madame G, qui avait vécu sans domicile fixe pendant plusieurs mois, avait rompu le contact avec son médecin traitant, honteuse de son apparence physique.

Mme G : « *A partir du moment où j'ai été à la rue, j'ai plus osé aller euh... J'ai plus osé quoi. Je me voyais pas arriver, et ouais, j'avais honte quoi. [...] Je prenais plus soin de moi quoi, j'étais une fille à la rue, une zonarde quoi.* »

Madame F, jugée sur sa situation financière, profitait de l'absence du médecin incriminé pour rencontrer sa remplaçante.

Une autre femme s'était vue reprocher son retard à la réalisation du FCU par un médecin. L'attitude paternaliste du médecin était mal perçue par la femme.

Mme I : « *Je me faisais engueuler parce que je vais rarement. Ça fait 4 ans que j'ai pas vu un gynéco parce que je ressens pas le besoin d'aller voir un gynéco.* »

Des difficultés de communication

La barrière de langue compliquait la relation avec le médecin pour les femmes d'origine étrangère. Elle était même parfois à l'origine de malentendus.

Mme K : « *J'ai demandé ma médecin traitant pour ma gynécologue. Mais peut-être j'ai mal expliqué : il comprit que je veux avoir un bébé. Ah bah maintenant, en novembre on a RDV, [...] c'est pour une visite tous les deux. Peut-être j'ai mal expliqué, il comprend ça* ».

Des conduites d'évitement du système de santé

Madame B refusait tout contact avec le système de soins, après plusieurs hospitalisations sous contrainte en secteur psychiatrique. Elle avait désormais recours aux médecines parallèles et aux services des médecins bénévoles des associations caritatives.

Mme B : « *Je ne fais plus confiance. Je ne fais plus confiance ni aux médecins généralistes ni aux psychiatres.* »

Madame G, qui avait dû faire face au décès de sa fille à l'hôpital, redoutait les contacts avec les structures de santé. Ce souvenir remontait à la surface dès qu'elle projetait de consulter.

Mme G : « *J'arrive plus à le refaire. [...] Je sais que par rapport à ma fille [...] Est-ce que c'est le fait aussi que ça va me rappeler des souvenirs aussi de tout ça ?* »

6. L'examen gynécologique

L'absence de contexte obstétrical

Le souvenir de l'examen gynécologique était associé au suivi de grossesse et à l'accouchement pour toutes les femmes ayant eu des enfants. Trois femmes n'avaient subi aucun examen gynécologique depuis leur dernier accouchement (depuis 20 ans pour l'une d'elle).

L'absence de vie sexuelle

De la même façon, le suivi gynécologique était associé à la vie sexuelle. Les femmes n'ayant pas de vie sexuelle ne se sentaient pas concernées par ce suivi.

Mme B : « *Je suis pas à un an près je vous dis ! J'ai pas d'amant, je risque pas d'avoir des MST, je risque pas d'attraper le SIDA !* »

Un corps à protéger

L'examen gynécologique était associé à la nudité. Pour certaines femmes, la pudeur était un frein à la consultation gynécologique, d'autant plus si le médecin est un homme.

Mme C : « *Moi, je veux que c'est une femme qui fait, pas un homme. Ah non non non. [...] Moi je suis très... très pudique* »

Pour les victimes de violences sexuelles, le caractère intrusif de l'examen gynécologique était associé au souvenir de l'agression.

Mme B : « - On va aborder un petit peu l'examen gynécologique. Qu'est-ce que ça vous évoque ? - *Les viols. (silence)* »

Les femmes interrogées n'ont pas exprimé de réticences vis-à-vis de l'examen gynécologique ou du FCU en lien avec leur religion ou leur culture.

La crainte de la douleur

Plusieurs femmes ont fait état de sensations douloureuses ou désagréables lors de précédents examens gynécologiques. Pour l'une, la douleur était liée à la pose du spéculum, pour une autre, c'est un « grand ciseau » qui en était l'origine. La douleur entraînait parfois une rupture de confiance envers le médecin. La crainte d'être de nouveau confrontée à cette sensation entraînait des conduites d'évitement.

Mme I : « *Moi j'aime pas déjà. Parce que je trouve que ça fait mal donc euh... [...] C'est sûr que ça fait moins mal qu'un accouchement, mais voilà, ça reste le truc qui m'embête.* »

2. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage du CCU pour les femmes en situation de précarité

Neuf femmes avaient un médecin traitant déclaré, quatre femmes n'en avaient pas. Parmi celles qui n'en avaient pas, trois étaient arrivées récemment dans la région : une n'avait pas encore trouvé de médecin traitant, une autre n'avait pas eu l'occasion de consulter, une autre n'en avait pas les moyens avant d'obtenir la CMU. La quatrième femme sans médecin traitant recourait uniquement aux médecins des Restos du Cœur, à la suite d'hospitalisations sous contrainte.

1. Les motifs de recours au médecin généraliste

Le suivi médical général

Les femmes consultaient leur médecin traitant pour le suivi de maladies chroniques, pour le renouvellement de traitements (à visée cardiaque, antalgique, substitution aux opiacés), pour des problèmes administratifs (dossier MDPH, renouvellement d'arrêt de travail). L'une d'elle ne rencontrait le médecin que pour le suivi de ses enfants.

Le suivi gynécologique

Parmi les femmes en âge de procréer, aucune n'avait recours à une contraception nécessitant un suivi médical régulier.

L'une des femmes avait fait suivre sa dernière grossesse par son médecin traitant, suite à un désaccord avec sa gynécologue.

Plusieurs femmes avaient consulté leur médecin traitant en premier recours pour des problèmes d'ordre gynécologique (mycose vaginale, aménorrhée transitoire).

En termes de prévention, seule une femme avait fait réaliser son dernier FCU par son médecin traitant. Les sept autres femmes françaises l'avaient fait chez le spécialiste. Une femme souhaitait discuter de l'opportunité du dépistage du cancer du sein avec son médecin traitant.

2. Les représentations sur le médecin généraliste

La prise en charge générale

Le médecin généraliste proposait une prise en charge transversale. Il apportait les informations qui manquaient au patient sur son état de santé, afin qu'il prenne les bonnes décisions.

Mme L : *« Il doit faire bonne lien entre tous les organes qui sont dans le corps, et explique bien à patient. Et quand il explique, patient : 'ah d'accord'. Parce que par exemple, analyses de sang, tu regardes, tu ne comprends rien. »*

Il était le médecin de premier recours. Son accès était plus facile que celui au spécialiste : les délais de rendez-vous étaient courts, il était présent partout sur le territoire.

Un suivi régulier permettait l'établissement d'une relation de confiance. Madame F tenait à informer son médecin traitant de ses déboires conjugaux pendant qu'elle était hospitalisée pour un syndrome dépressif.

Mme F : « *Avant, j'allais régulièrement chez mon docteur B [...] Un jour, je lui téléphone pour lui donner de mes nouvelles, mais il me dit : 'mais Mme F, qu'est-ce qui vous arrive ?' [...] 'bah, il m'a abandonnée, je suis à la clinique, il a trouvé quelqu'un d'autre' ».*

Le médecin traitant connaissait la personnalité de sa patiente.

Mme C : « *Mon médecin traitant, elle voit bien que je suis nerveuse ».*

L'une des femmes se faisait un devoir de rester fidèle à son médecin traitant.

Mme C : « *Mon médecin traitant. C'est tout. Alors je vais pas voir ailleurs, ah non non. Ah non. Quand on le suit, on le suit. »*

Le suivi gynécologique et le FCU proposés par le médecin généraliste

Seules deux femmes savaient que le médecin généraliste était habilité à réaliser le FCU, le citant spontanément. Deux autres se questionnaient sur ce point. Pour les autres femmes, le gynécologue était le seul professionnel de santé à pouvoir réaliser cet examen.

Mme M : « *Y a que le gynéco. Chacun son métier : gynéco, ORL... Donc c'est le gynéco qui fait ça. »*

Pour quatre femmes, le médecin généraliste n'était pas suffisamment compétent et spécialisé pour réaliser le suivi gynécologique. Son expérience pratique et ses connaissances théoriques étaient limitées.

Mme C : « *C'est mieux comment... un gynéco. Parce que les médecins généralistes, ils savent pas tout. C'est la gynéco qui dit hein. »*

La plupart des femmes auraient accueilli favorablement une proposition du médecin généraliste visant à réaliser lui-même le FCU.

Mme I : « *Ouais, pourquoi pas ! (rires) Oui, pourquoi pas, puisque je serai déjà sur place. Après bon, c'est fait, c'est fait, après ».*

Quatre femmes ne souhaitaient pas que leur médecin généraliste fasse lui-même le FCU. Les motifs invoqués étaient surtout la crainte de manque d'expérience du médecin, et pour l'une un problème relationnel avec son médecin.

3. Les attentes des femmes en rapport avec le FCU

De façon explicite ou non, les femmes ont exprimé leurs besoins et leurs souhaits concernant le programme de dépistage du CCU.

L'information

Elles manifestaient leur souhait d'être mieux informées sur l'existence du dépistage, son intérêt, les structures et professionnels à solliciter.

Mme L : « *Si est nécessaire, je vais aller, quand c'est nécessaire. Si je suis convaincre que c'est vraiment nécessaire, je peux aller pour faire examen.* »

Les vecteurs d'informations devaient être adaptés.

Mme L : « *Aussi, chez médecin traitant, ils peuvent aussi mettre comme affiches. Tout le monde va... Chez elle, chez mon médecin traitant [...] je n'ai pas vu de choses au sujet de cancer.* »

Les opportunités de proposition de dépistage

La proposition systématique du FCU dans le bilan gratuit du Centre d'Examens de Santé de la CPAM était un moyen d'incitation pour l'une d'elles.

Madame I suggérait de profiter d'une consultation médicale pour d'autres motifs pour proposer le FCU.

Mme I : « *Si je sens une gêne, que quelque chose, dans ce cas-là, je consulte un gynéco et puis on fait tout d'un coup* »

Le choix du professionnel de santé

Plusieurs femmes ont spontanément abordé la question du genre du professionnel de santé effectuant l'examen gynécologique et le FCU. Quatre d'entre elles préféraient avoir affaire à une femme. Les professionnelles de sexe féminin étaient jugées plus douces, moins sévères que leurs homologues masculins. Les problèmes intimes seraient mieux compris par une femme, et l'exposition du corps moins gênante.

Le genre du médecin n'était pas discriminant pour quatre femmes. Les autres n'ont pas abordé ce sujet.

L'attitude du médecin

Les femmes, notamment celles qui ont subi des violences, étaient en demande d'écoute. Le médecin devait leur laisser la parole, et entendre leur histoire. La prise en compte de ces antécédents était un préalable à leur adhésion à la prise en charge.

Mme B : « *Si je tombe sur une femme gynécologue, que je lui explique ce que j'ai vécu, si elle me parle doucement, elle peut me faire un examen gynécologique* ».

Les femmes ne voulaient pas se sentir jugées par le médecin sur leur situation sociale ou financière, ni sur leur apparence physique. Pour autant, elles ne tenaient pas à être prises en pitié.

Mme F : « *Je ne veux pas qu'on me dise : 'ah bah Mme F, oui mais elle a pas de chance', ceci cela. Nan, c'est pas ça. »*

Madame B refusait toute catégorisation liée à de ses comorbidités psychiatriques.

Mme B : « - Qu'est-ce qui pourrait vous décider à retourner voir un médecin à un moment ? - *Dès que je serai défichée CHGR-CHU. Hein. Parce que vous allez me faire un frottis : psychose de la tête, ça va, hein. »*

Les patientes devaient avoir confiance en leur médecin avant de se soumettre à l'examen gynécologique et au FCU. Pour cela, elles avaient besoin de rencontrer le praticien en amont à plusieurs reprises.

Mme A : « *Faut qu'il me mette en confiance avant. Ouais, parce que là autrement c'est pas la peine quoi. Surtout... pas la première fois comme ça. »*

La réalisation du FCU

Pour être mieux intégrées, les informations concernant le but et les modalités du FCU devraient être transmises préalablement, plutôt que pendant sa réalisation.

Mme I : « *Ce serait bien. Oui, d'expliquer avant de passer, d'aller s'allonger. Parce que je pense qu'une fois qu'on est allongée, on n'écoute plus, on n'entend plus. »*

Evidemment, le médecin devait être délicat dans ses gestes.

Mme B : « *Faut qu'ils y aillent doucement. Et si la femme elle est douce, qu'elle va doucement, je la laisse. »*

Synthèse des principaux résultats

Freins à la participation au dépistage du CCU pour les femmes en situation de précarité :

- représentations sur la santé et le dépistage des cancers :
 - o pessimisme, fatalisme, impuissance
 - o faible considération vis-à-vis des conséquences futures
 - o faible espérance de vie perçue
- accès et traitement de l'information :
 - o manque de connaissances : intérêt du FCU, professionnels habilités, avantages de la détection précoce des cancers
 - o manque de soutien social
 - o difficultés d'intégration de l'information
 - o décision de ne pas se soumettre au FCU
- rapport avec le parcours de vie :
 - o difficultés à surmonter les épreuves du passé : violences subies
 - o priorités autres
 - o difficultés de planification
- obstacles à l'accès aux soins :
 - o administratifs, financiers, pratiques, refus de soins
- relation médecin-patiente :
 - o manque de confiance, crainte du jugement
 - o difficultés de communication
 - o conduites d'évitement du système de santé
- examen gynécologique :
 - o absence de contexte obstétrical, de vie sexuelle
 - o protection du corps : pudeur, sentiment d'intrusion, crainte de la douleur

Rôle du médecin généraliste dans le dépistage du CCU pour les femmes en situation de précarité :

- représentations : médecin de premier recours, accès facile, relation de confiance, prise en charge transversale, rôle d'information
- suivi gynécologique et FCU :
 - o non habilité, non compétent pour certaines
 - o proposition de réalisation du FCU serait acceptée par la majorité des femmes
- attentes : attitude d'écoute, informations sur le dépistage, proposition de dépistage

Discussion

1. Validité de l'étude

1. Forces de l'étude

Dans la littérature française, rares sont les études qui ont exploré spécifiquement les freins à la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes précaires. Les travaux réalisés portaient sur les femmes non-dépistées de toutes conditions sociales (67, 68), ou sur les femmes précaires, quel que soit leur statut vis-à-vis du FCU (69). Ce travail est innovant, car il a été réalisé auprès de femmes en situation de précarité, toutes non-dépistées par FCU.

Le choix de la méthode qualitative, avec réalisation d'entretiens semi-dirigés, a permis une richesse importante dans les données recueillies. Des détails biographiques et des informations à caractère intime ont pu être obtenus grâce à ces entretiens longs, en tête-à-tête. Le fait que l'intervieweur soit une femme a certainement facilité l'établissement d'une relation de confiance, et contribué à lever certaines barrières.

Le recrutement des femmes au sein de diverses structures, non spécifiquement médicalisées, a permis de limiter les biais de sélection. Ainsi, les femmes éloignées du système de soin ont pu être entendues.

La réalisation des codages par deux chercheurs avec mise en commun des thèmes dégagés a permis de limiter les biais de préconception et de subjectivité.

Enfin, la saturation théorique des données a été obtenue afin de valider l'exhaustivité de l'étude.

2. Limites de l'étude

Les biais de sélection n'ont pu être évités. En incluant des femmes bénéficiant de la CMU ou de l'ACS, la sélection de la population cible se limitait à la précarité économique. Il existe un score composite, le score EPICES, visant à déterminer le niveau de précarité d'une personne en prenant en compte toutes les dimensions de la précarité, qu'il s'agisse de difficultés sociales ou matérielles (70). Les conditions du recrutement ne permettaient pas le recours à ce score : le questionnaire (11 items) était trop long pour le soumettre à toutes les femmes se présentant auprès des structures, et intrusif pour un premier contact.

Les femmes de moins de 40 ans, notamment, sont mal représentées : les jeunes mères avaient souvent eu un FCU en début de grossesse, et elles étaient peu disponibles pour un entretien d'une heure.

Lors de l'inclusion, le FCU était souvent confondu avec le prélèvement vaginal. Ainsi, certaines femmes ayant eu une grossesse récemment ont pu penser être à jour vis-à-vis du FCU, alors qu'elles avaient seulement eu un prélèvement vaginal lors du 8^e mois de grossesse. Devant le risque d'erreurs à l'inclusion, ces femmes ont été exclues de l'étude.

Certaines femmes, gênées par le caractère intime de l'étude, ont refusé de participer, induisant un biais de non-réponse. La raison même d'une telle gêne aurait peut-être enrichi les résultats de l'étude.

Enfin, le chercheur n'avait pas eu de formation particulière pour mener les entretiens. Cela a pu influencer sur le recueil des données, ou entraîner une perte d'informations.

2. Freins à la participation au dépistage du CCU pour les femmes précaires

1. Des représentations négatives sur la santé et le dépistage des cancers

Pessimisme, impuissance et fatalisme sont des déterminants psychologiques bien connus pour expliquer le non-recours aux dépistages des cancers dans les populations défavorisées.

Les personnes en situation de précarité subissent plus fréquemment des événements stressants et ont moins de ressources sociales et économiques pour y faire face. De ce fait, elles sont plus enclines au pessimisme quant aux événements futurs. Dans le domaine de la santé, l'inquiétude vis-à-vis d'un éventuel résultat inquiétant d'un dépistage de cancer est plus prégnante, justifiant la préférence pour des procédures préventives n'incluant pas d'informations sur l'état de santé futur. De plus, les conséquences du cancer sont souvent perçues comme catastrophiques (71).

Ces personnes sont plus souvent touchées par des handicaps, par un déclin fonctionnel survenant tôt et progressant plus rapidement. Elles s'attendent à vivre moins longtemps (72). Ces attentes pessimistes en termes de qualité et d'espérance de vie ont été identifiées comme facteur explicatifs du renoncement au dépistage précoce des cancers (71).

Les personnes en situation de précarité ont moins d'influence sur leur propre vie, et peu d'expérience de succès de leur propre initiative. La frustration qui en découle, le manque de contrôle, réduit leur confiance en leur propre capacité d'accomplissement d'un comportement de santé novateur, tel qu'un dépistage de cancer (71). Ces personnes ont de fortes croyances en l'influence de la chance, ce qui les amène à délaissé certaines démarches de prévention (72).

Au sein de leur quartier, leur famille, leur réseau social, les personnes en situation de précarité sont plus souvent confrontées au cancer de l'entourage, plus fréquent, que les

personnes non-précaires. Ces cancers sont diagnostiqués à des stades plus avancés qu'en population générale, menant rapidement à la mort. Le cancer est associé à l'incurabilité, à la mort. Cette vision fataliste dissuaderait les personnes de se faire dépister, alimentant un cercle vicieux (71)

La participation au dépistage des cancers a un lien avec le niveau d'instruction. On sait que la patience et la motivation contribuent au succès scolaire : les personnes ayant un haut niveau d'études ont été encouragées à faire des sacrifices à court-terme, visant un gain sur le long-terme. Pour les autres, cette compétence n'a pas été développée et le bénéfice à long-terme d'un dépistage est contrebalancé par ses contraintes à court-terme, comme la douleur (71).

2. Un manque de connaissances sur le dépistage du CCU

En France, en population générale, 90% des personnes interrogées dans une étude de l'INCa déclaraient connaître l'existence du dépistage du CCU en 2009 (73). Parmi les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique récent, 66 % disaient ne pas connaître le geste du FCU dans le baromètre cancer 2010 (74). Très peu de femmes connaissent la durée recommandée entre deux FCU (73,75).

Une étude qualitative américaine, en population générale, a mis en évidence une méconnaissance globale du cancer du col de l'utérus, de sa physiopathologie, et de l'intérêt de l'examen gynécologique (76). Une enquête allemande a montré le manque de connaissances des femmes concernant les facteurs de risque du CCU : seules 3.2% connaissaient l'implication de l'HPV dans la survenue de ce cancer. Les femmes de bas niveau social ignoraient plus souvent les facteurs de risque du CCU (77).

Dans une étude française de Médecins du Monde auprès de femmes en situation de grande précarité, d'origine étrangère pour la plupart, 34.5% n'avaient jamais pratiqué de FCU car elles ne connaissaient pas l'examen (50).

La perception de l'intérêt du dépistage du cancer est moindre pour les personnes ayant un faible niveau d'éducation à la santé, n'ayant pas conscience qu'un cancer peut être asymptomatique. Elles auraient des difficultés à intégrer le concept de détection précoce. Ne pas avoir assimilé l'intérêt du dépistage d'un cancer en l'absence de symptômes est un obstacle à la participation (71).

Dans notre étude, certaines femmes non dépistées étaient particulièrement isolées socialement. Des travaux de recherche ont souligné l'importance du réseau social dans la détermination de l'état de santé (78). Ainsi, la place occupée dans la hiérarchie sociale, la richesse du réseau social construit autour de l'individu, les expériences familiales de maladie ou de recours de soin sont autant de facteurs associés à l'état de santé.

L'influence informationnelle et normative est forte concernant le dépistage du cancer du sein, chez les personnes en situation de précarité (79). Dans notre étude, la plupart des femmes citent spontanément ce dépistage et certaines y ont déjà participé. Au contraire, pour le FCU, ni le médecin traitant, ni la famille ou l'entourage n'exercent de pression pour qu'une motivation à s'y conformer se développe chez ces femmes. Ce frein est-il lié au caractère intime de l'examen, à son lien avec la sexualité, en faisant un sujet tabou ?

Dans notre étude, deux femmes avaient des comorbidités psychiatriques. Les personnes atteintes de maladies mentales ou de troubles addictifs (alcool, drogues) sont moins bien dépistées pour les cancers, y compris pour le CCU (80). La gêne, le manque de rappels, le manque de contact avec les acteurs de soins primaires et une mauvaise communication entre soins primaires et services psychiatriques contribueraient à expliquer ce défaut de dépistage.

La communication était particulièrement difficile avec l'une des femmes interrogées, parlant mal le français. Pour les femmes migrantes, le principal frein identifié au dépistage du CCU est la barrière de la langue (49).

3. Des résistances comportementales vis-à-vis du FCU

Dans notre étude, plusieurs femmes avaient l'intention de réaliser le FCU. Cependant, elles n'avaient pas mis en œuvre ce comportement du fait de contraintes environnementales (délai de rendez-vous, absence de couverture sociale) ou psychologiques (crainte de l'examen). D'autres femmes n'avaient pas l'intention de s'y soumettre, car elles étaient asymptomatiques, ou par négligence.

Plusieurs théories existent pour expliquer les déterminants psychosociaux du comportement en santé (81). Le modèle intégratif de prédiction comportementale de Fishbein et Ajzen est un algorithme permettant de prédire une modification comportementale à partir d'un nombre restreint de déterminants (82)(83). Il repose sur l'hypothèse que l'intention est le déterminant clé de la modification comportementale.

En cas d'intention réelle, les deux déterminants du comportement sont les circonstances environnementales et les éléments d'applicabilité interne (habiletés, compétences).

En cas de défaut d'intention, d'autres déterminants entrent en jeu. Ainsi, le modèle a isolé trois déterminants suffisants pour susciter une intention : les croyances dans la capacité du comportement à produire un résultat (représentations), les croyances dans les normes subjectives s'appliquant au comportement, et les croyances dans son propre pouvoir à produire le comportement (auto-efficacité). A l'origine de ces croyances, le modèle regroupe toute une série de facteurs contextuels, fluctuants dans le temps, qui créent et modulent les croyances dans les trois niveaux (figure 2). Certains facteurs, tels que les données

culturelles conférées par l'éducation, la trajectoire de vie, l'influence des réseaux sociaux concernent particulièrement les personnes en situation de précarité, et peuvent les mener *in fine* à ne pas se soumettre à un comportement de dépistage, par exemple.

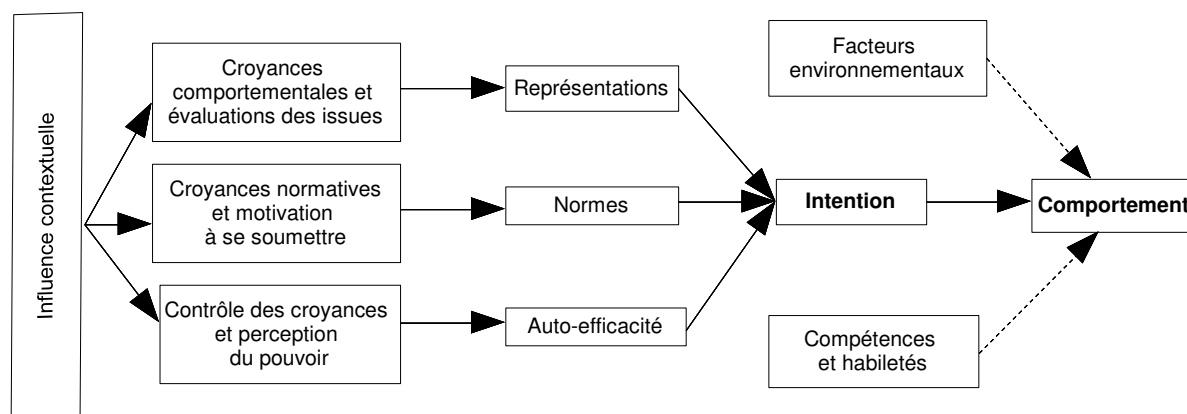


Figure 2 : Modèle de Fishbein et Ajzen

4. Des parcours de vie chaotiques

Les trajectoires de vie des femmes sont ponctuées de ruptures diverses, qui concourent à leur précarisation : périodes de chômage récurrentes, perte d'un logement, divorces, violences physiques ou sexuelles, décès d'un enfant, départ brutal d'une région ou d'un pays. Ces ruptures sont autant de traumatismes qu'elles tentent de surmonter.

Dans notre étude, deux femmes auraient subi des violences conjugales dans le passé. Selon les données de l'INSEE, les femmes dont le niveau de vie est moins élevé sont plus souvent confrontées à la violence de leur conjoint. Les violences commises sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue sont plus fréquentes au sein des ménages les plus modestes (84). Les violences conjugales accroissent le risque de cancer du col de l'utérus par trois mécanismes. D'une part en augmentant l'exposition aux facteurs de risque du cancer (tabagisme, stress psychosocial, conduites sexuelles à risque, et exposition aux IST, dont l'HPV), d'autre part en abaissant la participation au dépistage du CCU. Enfin, les victimes de violences conjugales auraient tendance à reporter ou arrêter le traitement d'une dysplasie ou néoplasie cervicale. Le contrôle imposé par le partenaire, d'autre priorités entrant en compétition et un accès limité aux ressources financières restreindraient l'accès des femmes aux services de santé (85).

D'autres femmes avaient subi des violences sexuelles : l'une dans l'enfance et deux à l'âge adulte. Selon les données de l'INSEE, les femmes ayant de faibles revenus ou résidant en zone urbaine sensible sont plus souvent confrontées aux violences sexuelles (84). Concernant les conséquences d'antécédents de violences sexuelles sur la participation au dépistage du CCU, les résultats des études divergent. Une étude américaine incluant 36000

femmes, dont 5400 ayant subi des violences sexuelles, ne retrouvait pas de différence significative en terme de participation au FCU, entre femmes victimes et non-victimes de violences sexuelles (86). Les femmes violées qui portent plainte subissent un examen gynécologique de médecine légale après leur agression. Pour ces femmes, l'examen gynécologique et le FCU deviendraient partie intégrante de leur suivi médical. D'autres travaux retrouvaient une moindre adhésion au dépistage du CCU chez les femmes en état de stress post-traumatique consécutif à des violences sexuelles (87). Elles craignaient l'examen gynécologique et étaient en grande détresse (88).

5. D'autres priorités

En contexte de forte restriction budgétaire, les femmes sont souvent contraintes d'opérer des arbitrages qui rendent compte de leurs priorités du moment, révélant un ordonnancement de leurs valeurs, de leurs besoins et de leurs projets. Dans notre étude, les priorités concernaient la recherche d'un emploi, d'un logement, la résolution de problèmes financiers, judiciaires, ou encore la santé des enfants.

Lorsque la nécessité première est de faire face aux besoins du quotidien, la marge de manœuvre face à l'occurrence d'un problème de santé est restreinte : des troubles jugés « mineurs » ou « passagers » revêtent ainsi une place secondaire et peuvent donner lieu à un report des démarches médicales. Ainsi, le recours aux soins a souvent lieu dans l'urgence pour les femmes ne disposant pas d'un suivi médical particulier (89).

Les situations de précarité étant marquées par l'instabilité et l'incertitude, le rapport au temps se trouve déstructuré. Se projeter dans l'avenir est difficile dans un tel contexte d'insécurité (91,71). Le caractère préventif des soins gynécologiques vient accentuer la tendance au non-recours. Quelle peut être la place de la prévention qui demande justement de se projeter dans le temps ?

Le recours tardif aux soins est aussi un reflet du désinvestissement du corps dans une partie de la population précaire : la valeur accordée au corps, et plus généralement à sa propre personne est faible (91). Pour les femmes sans domicile fixe, ce rapport au corps est lié au manque d'hygiène, à la nécessité de masquer ses attributs féminins pour se protéger du regard des hommes (89). Pour les femmes ménopausées, le désinvestissement de la sphère génitale peut être en lien avec les représentations de la sexualité et de la maternité, ainsi que la survenue d'autres pathologies somatiques qui détournent les soins sur le reste du corps. Ainsi, chez ces femmes plus âgées, désinvestissement de la sphère intime et sentiment d'un moindre risque en ce qui concerne la survenue de pathologies génitales ont pour conséquence un moindre suivi gynécologique (49).

6. Des obstacles à l'accès aux soins

Dans la cohorte française SIRS, parmi les femmes n'ayant pas de couverture sociale, 45.4% d'entre elles n'avaient jamais réalisé de FCU (51). Le non-recours aux dispositifs d'accès aux soins est important : fin 2014, il était estimé à 35% pour les personnes éligibles à la CMU, et à 65% pour les personnes éligibles à l'ACS (92).

Plusieurs facteurs ont été identifiés, expliquant le non-recours à ces dispositifs (93). Le premier porte sur le manque d'information autour des dispositifs et de leurs critères d'inclusion. Puis vient le coût de la démarche d'ouverture de droits (subir des comportements désobligeants voire discriminatoires lors du dépôt de la demande) et la nécessité de disposer de compétences psychosociales pour exprimer une demande devant un tiers. De plus, la démarche d'ouverture de droits est reliée à l'expression d'un besoin immédiat, rarement à l'anticipation d'un besoin futur, ce qui explique de nombreuses situations de non-recours du fait d'un état de santé bon ou ressenti comme tel. Enfin, les effets sociaux de l'usage des dispositifs d'accès aux soins (notion d'assistantat, stigmatisation notamment au regard des professionnels de santé, crainte d'une moins bonne prise en charge) peuvent amener certains à préférer ne pas faire usage de leur droit ou de l'utiliser dans certaines circonstances et pas d'autres (91). Dans ce cas, le droit a pu être ouvert sans qu'il en soit fait usage.

Pour les bénéficiaires des dispositifs de soins, les obstacles à l'accès aux soins, notamment préventifs perdurent. Des inégalités d'accès primaire (entrée dans le système de soins) existent du fait d'un ensemble de facteurs : refus de soins de la part de certains professionnels, renoncement de la part des patients eux-mêmes, et inégalités de soins à proprement parler. Les inégalités d'accès secondaire aux soins (façon dont le système soigne ensuite) sont plus méconnues, elles ont été classées en deux catégories : les inégalités « par omission » et les inégalités « par construction » (94). Les inégalités de soins préventifs « par omission » sont liées à la méconnaissance, par les acteurs du soin, de l'ampleur des besoins de soins préventifs non satisfaits, et du rôle de rattrapage qu'ils pourraient jouer auprès des populations les plus vulnérables. Les inégalités de soins préventifs « par construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités de santé pour l'élaboration des recommandations de pratique médicale, aboutissant à perpétuer, voire accentuer des inégalités.

7. Des insatisfactions vis-à-vis des médecins

Les patients précaires auraient plus d'interactions négatives et seraient moins satisfaits des professionnels de santé. Ils ne comprendraient pas bien leur vocabulaire et ne se sentiraient pas en confiance. Les consultations médicales auprès des personnes précaires sont plus directives, caractérisées par un nombre restreint d'informations et de conseils dispensés.

Les médecins s'efforcent moins à construire un partenariat avec leur patient (71). Au final, les patients se sentent déresponsabilisés, infantilisés. Le manque de participation aux dépistages des cancers est pour partie une conséquence des précédentes expériences au contact du système de soins dans cette population.

Parfois, les patients en situation de précarité craignent le jugement du médecin. La faible estime que certains ont d'eux-mêmes s'est forgée tout au long de leur existence et est renforcée par le sentiment d'infériorité rattaché à leur situation familiale et professionnelle. Dans une logique de protection identitaire, certains évitent d'être de nouveau confrontés à des situations humiliantes. Le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU, par crainte de la stigmatisation par les professionnels de santé, en est une illustration (91). Le rapport au corps engendre des renoncements ou un recours tardif aux soins de la même façon avec, chez les plus pauvres, notamment les sans-abris, un sentiment de honte générale, d'exclusion et de mésestime de soi (95).

8. Des craintes vis-à-vis de l'examen gynécologique

Dans les études sur les représentations de l'examen gynécologique ou du FCU, le ressenti est globalement négatif quel que soit le statut social. L'examen gynécologique suscite de l'anxiété du fait de la douleur ou de l'anticipation de celle-ci, et de l'embarras lié à la position particulière de l'examen ou à la nudité (67,68,69). Les femmes précaires préfèrent le plus souvent être examinées par un médecin de sexe féminin, à qui elles s'identifient mieux, et vis-à-vis desquelles elles se sentent moins gênées (67,90).

Si l'examen gynécologique n'est plaisant pour aucune femme, il l'est d'autant moins pour celles ayant subi des violences sexuelles. Le sentiment d'intrusion, en lien notamment avec l'introduction du spéculum, est une barrière à l'examen gynécologique, tout comme la réticence à se laisser « toucher », d'autant plus par un médecin de sexe masculin (89).

3. Implications sur la prise en charge du médecin généraliste

1. Des freins sur lesquels le médecin généraliste a peu d'influence

Certains déterminants d'ordre psychosocial tels que la tendance au pessimisme, l'isolement socio-familial se répercutent sur les comportements de santé, sans que le médecin généraliste ne puisse agir dessus.

D'autres freins psychosociaux, comme la tendance au fatalisme, le sentiment d'impuissance face au quotidien et à l'avenir, les difficultés de projection dans le futur, la perception d'une espérance de vie raccourcie peuvent partiellement être levés, en tout cas pour le champ sanitaire. Le généraliste a dans ces cas un rôle d'éducation à la prévention : il informe les

femmes sur le bénéfice du dépistage précoce du cancer, sur les possibilités de survie en bonne santé avec un cancer

2. Des leviers d'action pour le médecin généraliste

1. Prendre en compte la situation sociale du patient

Pour pouvoir adapter au mieux sa pratique, et contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, il est nécessaire pour le médecin généraliste de connaître le statut socio-économique de ses patients. Dans cette perspective, le Collège de la Médecine Générale a élaboré en 2014 des recommandations pour la tenue du dossier médical. Sept informations indispensables devraient être recueillies et régulièrement mises à jour : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient. D'autres informations peuvent être utiles pour la pratique, elles seront recueillies au cours des consultations successives : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socio-professionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minimas sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue (96).

Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de premier recours, a un rôle de coordination du parcours, y compris médico-social. En dépit d'une valorisation du travail en équipe, d'une aspiration à travailler en équipe, la recherche d'une autonomie par les médecins généralistes peut engendrer des cloisonnements avec les autres professionnels et des difficultés à communiquer avec eux (97). Afin de rompre l'isolement des femmes et d'éviter les situations de renoncement aux soins, il convient de décloisonner les secteurs médicaux et sociaux en développant des partenariats à l'échelle du territoire. Ainsi, en cas de difficultés pour avancer les frais, outre une information sur l'existence de la CMU ou de l'ACS pour les personnes qui n'en auraient pas fait la demande, le médecin peut communiquer les coordonnées des assistants sociaux du secteur. Réciproquement, les travailleurs sociaux peuvent être des relais pour ramener dans le système de soins les personnes qui s'en étaient éloignées. Evidemment, le secret médical doit être respecté lors des échanges avec ces partenaires.

En tant que médecin traitant, il est possible d'accorder le tiers payant sur la part obligatoire des frais pour les patients qui le nécessitent, en particulier en cas de difficultés financières. Il convient par ailleurs de ne pas perdre de vue les préceptes du Serment d'Hippocrate : « je donnerai mes soins gratuits à l'indigent » et les devoirs liés à la profession, stipulés dans le Code de Déontologie Médicale : « le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, [...] et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine » (article 3). A cet effet, des actes gratuits peuvent être proposés au cas par cas.

Le bilan de santé gratuit proposé dans les Centres d'Examens de Santé permet aux assurés la réalisation d'un examen clinique et d'examen complémentaires, y compris le FCU pour les femmes non dépistées. Pour ce bilan de prévention, les personnes en situation de précarité sont prioritaires. Dans les faits, le ciblage des examens vers ces populations s'avère peu performant, d'après un rapport de la Cour des Comptes (98). Le médecin généraliste peut y adresser ses patients pour lesquels avancer les frais reste une contrainte.

2. Construire une relation de confiance et d'écoute

Disponibilité et écoute sont indispensables en médecine générale. S'intéresser à l'histoire de vie de la patiente s'accorde avec le suivi au long cours pratiqué en médecine générale. Pour les femmes précaires, cela permet d'intégrer les phénomènes d'accumulation, au cours du temps, des risques pour la santé. C'est aussi leur signifier que leur médecin est présent, à l'écoute.

L'adhésion de la patiente à la prise en charge proposée est indispensable ; elle passe par une relation de confiance avec son médecin traitant. En cas de différends avec sa patiente, le médecin devrait orienter sa patiente vers un autre confrère. Ce relais évitera à la patiente de renoncer à des soins à cause de l'insatisfaction suscitée par son médecin.

Les histoires de violences conjugales et sexuelles sont plus fréquentes dans la population précaire. Les médecins généralistes sont souvent les premiers au contact des femmes victimes, que ces dernières consultent pour des effets visibles de celles-ci ou des troubles divers (maux d'estomac, nausées, insomnies, anxiété, dépression) dont elles occultent parfois le lien avec les violences subies. Afin de mieux les dépister, la question des violences doit être présente à l'esprit des professionnels de santé lors des consultations et entretiens avec des patientes. Poser la question : « Avez-vous subi ou subissez-vous des violences ? » devrait être systématique lors d'un entretien médical classique (99). Pour les femmes faisant effectivement état de violences, les associations d'aide aux victimes sont un soutien indispensable pour bénéficier d'une assistance psychologique ou juridique. Par ailleurs, plusieurs sites internet délivrent des informations sur la prise en charge médicale du syndrome de stress post-traumatique : *memoiretraumatique.org*, *violences.fr* et *sosfemmes.com*.

Dans le cas des mères consultant pour leurs enfants, il peut être intéressant de demander à la femme si elle est elle-même régulièrement suivie. Ces femmes doivent être éduquées sur l'importance des soins de santé de routine aussi bien pour elles-mêmes que pour leurs enfants. Puisqu'elles accordent une grande importance à leur progéniture, il pourrait être utile de faire passer des messages soulignant qu'une femme doit être en bonne santé pour protéger la santé de ses enfants (100).

3. S'enquérir du statut vis-à-vis du FCU

Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, est censé se soucier de l'exhaustivité des soins préventifs reçus par ses patientes. A cet effet, il paraît important de veiller à la réalisation des examens et la colliger dans le dossier médical. La première démarche du médecin généraliste consiste donc à s'informer du statut de la patiente vis-à-vis du FCU et renseigner le dossier médical. La vigilance sera renforcée auprès des sous-populations moins dépistées : les femmes précaires, les femmes de plus de 50 ans et celles ayant des comorbidités.

Les informations devraient être régulièrement mises à jour. Certains logiciels médicaux de gestion des dossiers-patients proposent des alertes automatiques aidant au rappel des prochains examens de dépistage.

4. Délivrer une information adaptée sur le FCU

Face à des personnes moins instruites, le discours du médecin doit être adapté, les termes expliqués. Ainsi, la relation médecin-patient pourra s'affranchir des barrières sociales qui pourraient conduire à renoncer à des soins. L'autonomie du patient est également préservée en évitant toute attitude paternaliste ou autoritaire.

L'information « de masse » sur le cancer du CCU est trop généraliste, peu adaptée tant d'un point de vue culturel que linguistique aux femmes précaires (101). Le contact direct avec le médecin généraliste permet la réception d'une information personnalisée sur le FCU, et offre la possibilité de répondre aux interrogations ou craintes liées à l'examen.

L'InCA a édité une brochure d'information destinée aux patientes, sur le dépistage du CCU, comportant notamment des schémas d'anatomie ; celle-ci peut être remise à la patiente comme complément d'information. Pour faciliter la communication avec les femmes d'origine étrangère maîtrisant mal le français, l'InCA a également édité cette même brochure en traduction multilingue. Selon la patientèle du médecin, il peut être judicieux d'en avoir à disposition et de la proposer aux femmes. L'organisme met aussi à disposition des médecins des affiches en français et multilingues.

Les actions de proximité menées dans les quartiers prioritaires et notamment l'implication de personnes-relais du dépistage permettent une meilleure adhésion des populations en situation de précarité. A titre d'exemple, ils ont fait leurs preuves dans les ateliers-santé du Val d'Oise pour accroître le taux de participation des femmes au dépistage du CCU (102). D'autres actions innovantes ont été mises en place dans plusieurs régions pour sensibiliser les publics à l'écart au dépistage du cancer du sein : réalisation partenariale d'un outil vidéo de promotion du dépistage avec une association de femmes migrantes, approches communautaires dans les banlieues, expositions photographiques dans des structures

médico-sociales, messages sur l'étui-baguette dans les boulangeries, Mammobile (unité mobile de mammographie) dans les régions rurales (103). Il est à espérer que des initiatives de ce type se développent pour promouvoir le dépistage du CCU, lors de la mise en place du programme national de dépistage organisé. Le médecin peut se tenir informé des interventions de promotion de la santé proposées dans son secteur géographique. Il pourra alors y adresser les patients réticents aux actions de prévention, en espérant que les messages délivrés différemment puissent les atteindre.

Les patientes restent maîtresses de leurs décisions en matière de santé, cependant le médecin généraliste peut convaincre les femmes réticentes au FCU, par le biais de l'entretien motivationnel. Ce dernier a fait ses (modestes) preuves comme outil pour accroître la participation au dépistage du cancer colorectal pour les patients consultant en soins primaires (104).

5. S'appuyer sur un réseau de professionnels médicaux de proximité

Certains médecins généralistes ne réalisent pas d'actes de gynécologie. Dans ce cas, il convient de proposer aux femmes la réalisation du FCU par un tiers. Dans ce cas, ou si la patiente ne souhaite pas que son médecin traitant réalise le FCU (préférence pour un professionnel de sexe féminin, pour un spécialiste), il est important de pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnels de proximité. Ce réseau peut inclure des médecins généralistes réalisant des actes de gynécologie, des gynécologues en secteur 1, des sages-femmes, de préférence dans un périmètre géographique proche afin d'éviter de surajouter un problème de transport.

Plusieurs études ont montré une tendance au regroupement de l'exercice en médecine générale : 54% des généralistes déclaraient cette forme d'exercice en 2009. Parallèlement au processus de regroupement « spontané » des médecins, principalement monodisciplinaire et de petite taille (2 à 3 médecins généralistes), le regroupement pluriprofessionnel (avec d'autres professions médicales et paramédicales) s'est développé, concernant 14,3% des généralistes libéraux (105).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), composées de professionnels de santé de catégories variées (médicaux, auxiliaires médicaux, voire pharmaciens) ont une activité de soins de premiers recours. Elles peuvent associer des consultations de spécialistes et participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles se distinguent par la formalisation d'un projet de santé visant à répondre aux besoins de santé de la population, et la dotation d'une personnalité morale.

A côté du modèle d'intégration sur un seul site que sont les MSP, les pôles de santé associent des professionnels installés sur des lieux distincts mais partageant des objectifs et

des services communs. MSP et pôles de santé sont dotées d'une base légale et font l'objet de mesures diverses de financement émanant de sources et d'acteurs multiples tels que l'Union Européenne, l'État, l'Assurance Maladie ou les collectivités territoriales.

Le réseau de soins du médecin généraliste dépendra donc de son mode d'installation : seul, en groupe, associé avec des gynécologues ou des sages-femmes. Une telle coopération pluridisciplinaire lui permettra d'amplifier sa démarche de santé publique et d'améliorer la prise en charge des patientes précaires en respectant leurs choix.

Pour les femmes sans couverture complémentaire, le médecin peut conseiller la réalisation du FCU dans les structures gratuites, tels que les Centre d'Examens de Santé de la CPAM ou les centres du Planning Familial.

6. Profiter d'occasions propices à la réalisation du FCU

Certains médecins généralistes se sont spécialisés de façon informelle à la gynécologie. Cette pratique peut faire suite à des formations de type DU ou DIU spécifiques, ou est lié à un intérêt pour cette discipline.

Ces médecins sont amenés à rencontrer des femmes précaires venues en consultation pour d'autres motifs. Il est important de savoir profiter de toute occasion pour proposer l'examen gynécologique et le FCU, dans le but d'éviter de remettre à un futur toujours très incertain ces démarches. Si l'examen n'est pas possible immédiatement, il pourra être proposé à une date très proche pour inciter la patiente à revenir sans tarder.

En cas d'antécédents traumatisants tels que des violences subies, il s'agira au contraire d'attendre plusieurs consultations avant de réaliser ces examens afin de mettre la patiente en confiance.

Des explications sur les gestes pratiqués pendant l'examen seront dispensées avant de le débiter, avec l'aide de planches anatomiques si besoin, afin d'éviter toute crispation qui pourrait accroître les sensations désagréables et douloureuses. Les instruments utilisés peuvent être présentés à la femme pour réduire l'anxiété associée à leur utilisation.

Enfin, pour diminuer la gêne liée à l'exposition du corps, l'examen gynécologique pourra se faire en deux temps : l'examen sénologique d'abord, en demandant d'ôter seulement les vêtements couvrant la poitrine, puis l'examen du petit bassin après que la femme ait recouvert sa poitrine.

Conclusion

Le médecin généraliste doit tenir compte des freins au dépistage du CCU pour mieux les anticiper. En s'entourant d'un réseau de professionnels, non seulement du secteur médical, mais aussi du secteur social, il pourra assurer son rôle de coordination et lever certains obstacles rencontrés par les femmes en situation de précarité. Selon leurs compétences, ces correspondants permettront aux femmes de restaurer leur statut social, de faire valoir leurs droits, de parvenir à vivre avec leur histoire ou d'accepter un examen projetant parfois des traumatismes.

Pour le dépistage comme pour toutes les questions de prévention, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié. Lors des consultations successives, il peut entrevoir le parcours de vie des femmes et les risques liés à celui-ci. En les écoutant, il sera en mesure de saisir les failles de leur existence. Connaître ces fragilités lui permettra de comprendre leurs représentations sur la santé et les comportements qui en découlent.

Devant la diminution constante et programmée du nombre de gynécologues médicaux, les médecins généralistes devraient prendre conscience du rôle croissant qu'ils auront pour le suivi gynécologique. Une meilleure implication de leur part dans le dépistage du CCU est indispensable, particulièrement pour les patientes en situation de précarité. La relation de confiance tissée avec leur médecin sera un atout pour l'adhésion des femmes au dépistage.

Il est primordial que les médecins généralistes informent leurs patientes de l'intérêt du FCU. Ils devraient proposer la réalisation de l'examen à leurs patientes, soit en le réalisant eux-mêmes, soit par l'intermédiaire d'un autre professionnel de santé.

Le programme de dépistage organisé du CCU à l'échelle nationale devrait contribuer à lever les inégalités de recours. La mise en place d'actions spécifiques en direction des populations vulnérables, de messages d'informations ciblés, la diversification de l'offre de prélèvement du FCU et la prise en charge financière totale des actes par l'Assurance Maladie concourront à faciliter l'adhésion des femmes en situation de précarité au dépistage du CCU.

Bibliographie

1. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française; 1987.
2. HCSP. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. ENSP; 1998.
3. Bourdieu P. La misère du monde. Paris: Seuil; 2007. 1460 p.
4. Paugam S. La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté. 4 éd. Paris: PUF; 1997. 272 p.
5. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES; 2010. 380 p. (Santé en action).
6. Pauvreté monétaire [Internet]. INSEE. 2015. Available from: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>
7. Rigaudiat J. À propos d'un fait social majeur: la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques. Droit Soc. 2005;(3):243–61.
8. Tableaux de l'économie française. INSEE; 2016.
9. ONPES. Les effets d'une crise économique de longue durée : rapport 2013-2014. 2014.
10. Delevoye J-P. Reprenons-nous ! Tallandier; 2012. 208 p.
11. Duhamel E, Joyeux H. Femmes et précarité. CESE; 2013. (Les études du CESE).
12. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Les disparités sur le marché du travail entre les femmes et les hommes : une analyse sur longue période. DARES Anal. 2012;(15).
13. Zimmermann M-J. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le temps partiel. Assemblée nationale; 2011. Report No.: 3602.
14. INPES. Inégalités sociales de Santé ; définition et concepts du champ [Internet]. 2012. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
15. OMS, Bureau régional de l'Europe. Santé21 - Introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS. OMS; 1998.
16. Townsend P, Davidson N. Inequalities in Health: The Black Report. Penguin Books; 1982. 246 p.
17. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute of Future Studies; 2007.
18. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2003;57(10):778–83.
19. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. Rev Prat. 2004;54:2221–7.

20. Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP. 3. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In: Les inégalités sociales de santé. La Découverte; 2000.
21. Saurel-Cubizolles M-J, Chastang J-F, Menvielle G, Leclerc A, Luce D. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(3):197–202.
22. Menvielle G, Chastang J-F, Luce D, Leclerc A. Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès. *Rev Épidémiol Santé Pub*. 2007;55(2):97–105.
23. Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *INSEE Prem*. 2005;(1025).
24. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. A double disadvantage for manual workers: more years of disability and a shorter life expectancy. *Popul Soc*. 2008;(441).
25. République Française. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Sécurité Sociale 1999.
26. Droits et démarches / Par situation personnelle [Internet]. ameli.fr. 2016. Available from: http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/index_herault.php
27. IARC, WHO. Cervix Cancer Screening. IARC Press; 2005. (IARC Handbooks of Cancer Prevention).
28. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff A-S. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2014;(13-14-15):220–1.
29. INCa. Fiche repère. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. 2013.
30. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Partie 1 : tumeurs solides - synthèse. InVS. 2016. 8 p.
31. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012: étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 - tumeurs solides. InVS; 2013. 122 p.
32. HAS. Guide Affection de longue durée. Cancer invasif du col utérin. 2010.
33. Castellsague X, Diaz M, de Sanjose S, Munoz N, Herrero R, Franceschi S, et al. Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(5):303–15.
34. Schiffman MH, Brinton LA. The epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer*. 1995;76(10):1881–901.
35. Bonneau C, Perrin M, Koskas M, Genin A-S, Rouzier R. Épidémiologie et facteurs de risque des cancers de l'utérus. *Rev Prat*. 2014;64(6):774–9.
36. Bosch FX, De Sanjosé S. Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *JNCI Monogr*. 2003;(31):3–13.

37. Erickson BK, Alvarez RD, Huh WK. Human papillomavirus: what every provider should know. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(3):169–75.
38. Cao S, Gan Y, Dong X, Lu Z. Herpes simplex virus type 2 and the risk of cervical cancer: a meta-analysis of observational studies. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(6):1059–66.
39. Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer*. 2003;105(5):687–91.
40. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2016.
41. Prévenir le cancer du col de l'utérus [Internet]. INCa. 2015. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>
42. Wilson JM., Jungner G. Principles and practice of screening for disease. *WHO Chron*. 1968;(34).
43. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010.
44. Pap and HPV testing [Internet]. National Cancer Institute. Available from: <http://www.cancer.gov/types/cervical/pap-hpv-testing-fact-sheet#q4>
45. Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Société Canadienne du Cancer. Available from: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/cervical/screening/?region=qc>
46. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Conférence nationale des professeurs des universités-praticiens hospitaliers en gynécologie-obstétrique (France). *Gynécologie, obstétrique*. Elsevier Masson; 2015.
47. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda System: Terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287(16):2114–9.
48. Recommandations pour la pratique clinique. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal Actualisation 2002. ANAES; 2002.
49. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude médico-économique. Phase 1. INCa; 2015.
50. Chappuis M, Antonielli AB, Laurence S, Rochefort J, Giboin C, Corty JF. Prévention des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes en situation de grande précarité: étude épidémiologique. *Bull Cancer (Paris)*. 2014;101(7):663–8.
51. 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*. 2012;54(3-4):259–65.
52. Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among U.S. women: analyses of the 2000 National Health Interview Survey. *Prev Med*. 2004;39(2):270–8.
53. Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med*. 2003;37(5):475–84.

54. Carney PA, O'Malley J, Buckley DI, Mori M, Lieberman DA, Fagnan LJ, et al. Influence of health insurance coverage on breast, cervical, and colorectal cancer screening in rural primary care settings: Cancer Screening in Rural Settings. *Cancer*. 2012;118(24):6217–25.
55. Damiani G, Federico B, Basso D, Ronconi A, Bianchi CB, Anzellotti GM, et al. Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):99.
56. Lee M, Park E-C, Chang H-S, Kwon JA, Yoo KB, Kim TH. Socioeconomic disparity in cervical cancer screening among Korean women: 1998–2010. *BMC Public Health*. 2013;13(1):553.
57. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? INED; 2012.
58. InCA. Plan Cancer 2014-2019. 2014.
59. Sancho-Garnier H, Tamalet C, Halfon P, Leandri FX, Retraite LL, Djoufelkit K, et al. HPV self-sampling or the Pap-smear: A randomized study among cervical screening nonattenders from lower socioeconomic groups in France: HPV self-sampling or the Pap-smear for screening among nonattenders women? *Int J Cancer*. 2013;2681–7.
60. Castle PE, Stoler MH, Wright TC, Sharma A, Wright TL, Behrens CM. Performance of carcinogenic human papillomavirus (HPV) testing and HPV16 or HPV18 genotyping for cervical cancer screening of women aged 25 years and older: a subanalysis of the ATHENA study. *Lancet Oncol*. 2011;12(9):880–90.
61. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? *Rev Prat*. 2004;(54):2263–70.
62. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins*. 2012;43(4):261–8.
63. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23.
64. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. A. Colin; 2010.
65. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
66. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual*. 2006;26(2):1–18.
67. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.
68. Blanckaert M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale: étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
69. 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):472–7.
70. 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;14:93–6.
 71. von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial Determinants of Socioeconomic Inequalities in Cancer Screening Participation: A Conceptual Framework. *Epidemiol Rev*. 2011;33(1):135–47.
 72. Wardle J, Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(6):440–3.
 73. Perception et connaissance du dépistage du cancer [Internet]. INCa. 2015. Available from: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/56-perception-et-connaissance-du-depistage-du-cancer.html>
 74. INPES. Baromètre Cancer 2010. Éd. INPES; 2012.
 75. 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):255–62.
 76. Cooper CP, Polonec L, Gelb CA. Women's Knowledge and Awareness of Gynecologic Cancer: A Multisite Qualitative Study in the United States. *J Womens Health*. 2011;20(4):517–24.
 77. Klug SJ, Hetzer M, Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *Eur J Public Health*. 2005;15(1):70–7.
 78. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):843–57.
 79. Forestier D, Vangrevelinghe G. Étude des représentations du dépistage du cancer et politique de prévention. *Sci Léducation*. 2006;39(1):97–113.
 80. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol*. 2010;11(8):797–804.
 81. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sci Soc Santé*. 1991;9(1):67–94.
 82. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*. 2000;12(3):273–8.
 83. Berkhout C, Stalnikiewicz B, Messaadi N, Leruste S. Le modèle intégratif de prédiction comportementale. *Exercer*. 2012;(102):137–41.
 84. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence: les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint. *INSEE Prem*. 2013;1473.
 85. Hindin P, Btoush R, Brown DR, Munet-Vilaro F. Intimate Partner Violence and Risk for Cervical Cancer. *J Fam Violence*. 2015;30(8):1031–43.

86. Watson-Johnson LC, Townsend JS, Basile KC, Richardson LC. Cancer Screening and History of Sexual Violence Victimization Among U.S. Adults. *J Womens Health*. 2012;21(1):17–25.
87. Melissa Farley JMG. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening ? *J Fam Pract*. 2002;51(10):827–31.
88. Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thrailkill A, Jones S, et al. Distress and Pain During Pelvic Examinations: Effect of Sexual Violence. *Obstet Gynecol*. 2008;112(6):1343–50.
89. Brunet L, Carpentier S, Laporte A, Pourette D, Guillon B. Féminité, accès aux soins, maternité, et risque vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. *Observatoire du SAMU Social de Paris*; 2005.
90. Fieulaine N. Temps de l'urgence, temps du projet : La rencontre des temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. *Doss MRIE*. 2007;15:41–5.
91. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropol Santé*. 2014;(6).
92. Rapport d'activité 2014. *Fond CMU*; 2015.
93. Desprès C. Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale. *Vie Soc*. 2008;(1):21–96.
94. Lombrail P. Inégalités de santé et prévention - Le rôle de l'accès aux soins. In: *La prévention en question(s)*. Lavoisier; 2009.
95. Geeraerta J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins*. 2014;790:14–8.
96. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? *Collège de la Médecine Générale*; 2014.
97. Sarradon-Eck A. "Qui mieux que nous ?". Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins. In: *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. p. 253–70. (Métiers santé social).
98. *La Sécurité Sociale*. Cour des Comptes; 2009.
99. Vion P, editor. *Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses*. Paris: CESE; 2014. 110 p. (Les études du CESE).
100. Kitts J, Roberts JH. *Droit à la Santé*. IDRC; 1996. 273 p.
101. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature*. IRDES; 2012. (Questions d'économie de la santé). Report No.: 179.
102. Jean P. Bilan synthétique du programme expérimental de sensibilisation des femmes aux dépistages des cancers. *Bilan synthétique 2009*. CODES 95 Education Santé Val d'Oise; 2009.

103. Inégalités sociales de santé et dépistage du cancer du sein. Restitution de la journée de présentation des actions financées dans le cadre des appels à projets 2008, 2009 et 2010. In Boulogne-Billancourt: INCa; 2012.
104. Thu-Thon É, Charles R, Froger P, Meyrand B, Paré É, Trombert B. Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal. *Santé Publique*. 2013;25(6):775–83.
105. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. IRDES; 2013.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'inclusion

Je m'appelle Clémence Fouqueron, je suis étudiante, en toute fin d'études.

Je suis ici (*à l'association, à la PMI...*) pour un travail de fin d'études. Je m'intéresse à la santé des femmes qui vont (*à la PMI, à l'association...*), surtout ce qui est en rapport avec la gynécologie.

Auriez-vous deux minutes à me consacrer, pour voir si vous pourriez participer à mon étude ? Si c'est le cas, alors on pourra organiser un RDV pour se revoir et discuter ensemble.

- D'abord, je voudrais savoir si vous avez une mutuelle classique, ou si vous êtes à la CMU, à l'AME, si vous avez le chèque-santé ?
- Qui s'occupe de votre santé, pour votre suivi ou quand vous êtes malade ?
- Et pour le suivi gynécologique ? (contraception/ménopause, frottis)
- Est-ce que vous vous souvenez de quand date votre dernier frottis ? 4 ans, plus ? (vérification de l'absence d'antécédents d'hystérectomie)

Si elle ne remplit pas les critères d'inclusion : Malheureusement, je ne vais pas pouvoir vous inclure dans mon étude, mais je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Si elle remplit les critères d'inclusion : J'aimerais beaucoup approfondir le sujet avec vous. Est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on se revoit cet après-midi/demain par exemple, pour discuter pendant une heure ? J'enregistrerai notre discussion avec un dictaphone, mais tout restera anonyme, je ne donnerai vos coordonnées à personne, et ne les noterai pas dans mon travail.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Tout d'abord, racontez-moi votre parcours de vie :

- vos origines ? le travail ? les enfants ? le logement ?

Quelle place, quelle importance elle a votre santé, dans votre vie ?

- ça vous arrive de penser à votre santé ?
- qu'est-ce que ça entraîne dans l'organisation de votre vie ?
- comment vous faites si vous avez un problème de santé, une question sur votre santé ? vers qui vous allez ?
- et pour ce qui a rapport avec la gynécologie, la santé des femmes ?

Qu'est-ce que ça vous évoque le mot « cancer », en général ?

- est-ce que cela vous préoccupe ? de quelle manière ? que faites-vous en conséquence ?
- que peut-on faire pour éviter le cancer ? pour le prendre plus tôt ? et ceux de la femme en particulier ?
- ça signifie quoi pour vous, dépister un cancer ?

L'examen gynécologique, qu'est-ce que c'est pour vous ?

- selon vous, comment est-ce qu'il se déroule ? qu'est-ce qu'on cherche ?
- quelle est votre expérience personnelle de cet examen ? ça s'est passé comment ?

Qu'est-ce que vous connaissez sur le frottis ?

- ça sert à quoi ? Comment, où, par qui ?
- c'est quoi votre expérience personnelle du frottis ?

Pour vous, qu'est-ce qui pourrait expliquer que vous n'avez pas eu de frottis récemment/depuis X ans ?

- quelles craintes ou hésitations vous avez à ce sujet ?
- quelles difficultés vous avez rencontrées qui pourraient jouer là-dessus ?
- pensez-vous que vos soucis d'argent/travail... pourraient jouer là-dessus ?

Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à aller faire un frottis ?

- et votre médecin traitant (si elle en a un) ? il vous a peut-être déjà parlé du frottis ? proposé de le faire ?
- comment vous réagiriez s'il vous proposait de le faire ?

FOUQUERON, Clémence - Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité : freins à la participation, implications sur la prise en charge en médecine générale (étude qualitative auprès de 13 femmes précaires non dépistées).

68 feuilles, 2 illustrations, 1 tableau. 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2016 ;

N°

Résumé : Contexte : Seules 51% des femmes précaires participent au dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU). Le MG est souvent le premier responsable des soins pour les patients précaires. Objectifs : Identifier les freins à la participation de ces femmes au dépistage du CCU, proposer des leviers d'action pour le MG. Méthode: Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de femmes non-dépistées bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS. Résultats: 13 entretiens furent menés. Les soins préventifs étaient négligés du fait de tendances au pessimisme, au fatalisme et à l'impuissance. Des violences sexuelles étaient rapportées. L'intérêt du FCU était méconnu. Les contraintes de l'examen contrebalançaient ses bénéfices. Pour ces femmes, seul le gynécologue pratiquait le FCU. Une proposition du MG visant à réaliser lui-même le FCU aurait été accueillie favorablement. Conclusion: Le MG doit identifier les femmes précaires, les écouter, leur délivrer une information adaptée et proposer le FCU. Décloisonnement des secteurs médicaux et sociaux et travail en réseau sont essentiels.

Abstract : Context: Only 51% of precarious women perform screening for cancer of the cervix (CC). The general practitioner (GP) is often the first to be responsible for the care for precarious patients.

Objectives: Identify the brakes in women's participation in the screening of the CC, propose a plan of action for GPs. Method: Qualitative study by semi-directed interviews with non-screened women receiving help from the CMU-C or the ACS. Results: 13 interviews were conducted. Preventive care were ignored because of trends in pessimism, fatalism and powerlessness. Sexual violences were reported. The benefits of the Pap smear were unknown. The Pap test's constraints offset its profits. In these women's beliefs, only the gynecologist could have offered to practice the Pap smear. A proposition from GP to perform a Pap smear would have been welcomed. Conclusion: The GP must identify insecure women, listen, deliver a precised information and propose the Pap smear. Decompartmentalization of medical organisations and social sectors, and networking are essential.

Rubrique de classement : GYNECOLOGIE

Mots-clés :
détection précoce de cancer ;
frottis vaginal ;
tumeur du col de l'utérus ;
médecine générale ;
pauvreté

Mots-clés anglais MeSH :
early detection of cancer ;
vaginal smears ;
uterine cervical neoplasms ;
general practice ;
poverty

JURY :
Président : Monsieur Jean LEVEQUE
Assesseurs : Monsieur Julien EDELIN
Madame Françoise TATTEVIN
Monsieur François-Xavier SCHWEYER
Madame Chrystèle Certain [directrice de thèse]