



HAL
open science

Le rôle des sages-femmes dans la réduction des inégalités sociales d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus

Béatrice Jacques

► To cite this version:

Béatrice Jacques. Le rôle des sages-femmes dans la réduction des inégalités sociales d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus. *La Revue Sage-Femme*, 2021, 20 (3), pp.36-40. 10.1016/j.sagf.2021.03.010 . halshs-03225516

HAL Id: halshs-03225516

<https://shs.hal.science/halshs-03225516>

Submitted on 24 May 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dohead Sciences humaines

Sous-dohead Sociologie

Le rôle des sages-femmes dans la **réduction des inégalités sociales d'accès au dépistage**

Béatrice Jacques

Enseignante-chercheuse en sociologie

Centre Émile-Durkheim, Sciences politiques et sociologie comparatives, URM 5116,
Université de Bordeaux, 3^{ter} place de la Victoire, 33076 Bordeaux, France

Adresse e-mail : beatrice.jacques@u-bordeaux.fr (B. Jacques).

Résumé

Une enquête sociologique financée par la Ligue nationale contre le cancer a été menée pour évaluer les conséquences de l'arrivée des sages-femmes dans le champ de la prévention du cancer du col de l'utérus. Des observations et des entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de santé et de patientes. L'objectif était de comprendre le rôle que les sages-femmes jouent dans la réduction des inégalités d'accès au dépistage de ce cancer.

© 2021

Mots clés – cancer du col de l'utérus ; inégalité sociale de santé ; prévention ; sage-femme

Summary **à traduire**

© 2021

Keywords **à traduire et à lister par ordre alphabétique**

Chaque année, en France, 3 000 femmes déclarent un cancer du col utérin (CCU) et environ 1 100 en décèdent. Depuis le 4 mai 2018, un programme national de dépistage organisé (DO) du CCU a été déployé sur l'ensemble du territoire [1].

Le dépistage du CCU consiste à réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) chez toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans tous les trois ans, après deux premiers frottis normaux effectués à un an d'intervalle [2]. La vaccination contre les infections à papillomavirus humain – gratuite et en trois injections – est conseillée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, ainsi qu'en rattrapage chez celles âgées de 15 à 19 ans non encore vaccinées, depuis 2012 [3] et pour les garçons depuis 2020 [4]. La couverture réelle du dépistage n'est que de 58,7 %, avec une grande hétérogénéité des pratiques [5]. En outre, seules 29,4 % des jeunes filles sont vaccinées [6].

Des éléments organisationnels peuvent expliquer ces mauvais résultats en termes de dépistage. En effet, dès 2008, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a alerté sur la diminution du nombre de gynécologues médicaux et donc sur l'insuffisance de l'offre de soins [7]. Des travaux ont également montré que les pratiques des médecins généralistes participaient à la faiblesse du taux de dépistage du CCU (ils

réalisaient seulement 10 % des FCU en 2014³). Aussi, diverses recommandations [8,9] ont amené les professionnels de santé à réfléchir à de nouvelles formes de coopération et à une meilleure répartition des tâches.

Les sages-femmes ont été autorisées à pratiquer le suivi gynécologique de prévention en partie pour toutes ces raisons [10]. Le périmètre de leurs compétences dépasse dorénavant, et pour la première fois, strictement la grossesse. En effet, sous réserve de contre-indications éventuelles, les pratiques du frottis et de la vaccination par les sages-femmes ne se limitent plus aux seules femmes enceintes [11]. Leur implication doit permettre une redistribution du suivi gynécologique et plus précisément du travail de prévention. La diversité des professionnels peut, d'une part, réduire les inégalités territoriales (par l'action de catégories de praticiens là où d'autres ne seraient pas présentes) et, d'autre part, mobiliser davantage les femmes en augmentant leurs chances de recours aux examens de dépistage.

T1 Consultations pour un public ciblé

TEG1 L'enquête sur les conséquences de l'arrivée des sages-femmes dans le champ de la prévention du CCU, menée de 2014 à 2017 (*encadré 1*) [12-14], nous a rapidement permis de faire le constat d'une forte différence de pratiques en gynécologie, et plus particulièrement en termes de dépistage du CCU, en fonction du lieu d'exercice (zone rurale *versus* zone urbaine).

TEG1 Les sages-femmes interrogées pratiquant dans des grandes villes déclarent faire peu d'actes en gynécologie. Les femmes les consultent essentiellement pour des suivis de grossesse, la préparation à la naissance ou la rééducation du périnée. Ainsi, en ville, il apparaît que le recours dominant en matière de suivi gynécologique est avant tout celui du médecin, qu'il soit gynécologue ou gynécologue-obstétricien et, un peu moins, médecin généraliste. Cela s'explique, en partie, par une offre médicale forte et par la fermeture du marché [15]. Toutefois, en zone urbaine, les sages-femmes territoriales travaillant dans des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) reçoivent de plus en plus de femmes pour des consultations de gynécologie, le plus souvent en raison de la gratuité et de l'anonymat.

TEG1 En milieu rural ou périurbain, la pratique semble différente, puisque les sages-femmes disent faire davantage d'actes de gynécologie. Ce sont le plus souvent des demandes de contraception et de dépistage. Toutes les professionnelles rencontrées (des zones périurbaines, rurales et des services de protection maternelle et infantile), en Gironde et dans le Bas-Rhin, déclarent constater une augmentation régulière de la demande en gynécologie, sans pouvoir précisément la chiffrer.

TEG1 Dans certains départements, comme la Gironde, l'agence régionale de santé et la caisse primaire d'Assurance maladie ont mis en place un "zonage" pour mieux répartir la présence des sages-femmes sur le territoire. Elles ont défini des critères et des modes d'attribution d'aides aux professionnels de santé dans l'optique de les inciter à s'installer dans les lieux les plus déficitaires en médecins et en spécialistes de premier recours. Les

contrats incitatifs sages-femmes [16] peuvent aussi favoriser l'installation de ces dernières dans les zones rurales sous-dotées, en offrant des opportunités en termes d'exonération des charges sociales, d'aide à l'installation et d'achat de matériel.

TEG1 Si, dans le Bas-Rhin, les sages-femmes ont la possibilité de s'installer où elles le souhaitent, il apparaît que cela peut engendrer un sentiment de concurrence chez certains gynécologues, qui leur reprochent une captation de patientèle. Un représentant du CNGOF explique : « *L'État [...] rend disponibles les acteurs de santé un peu partout, mais sans oser les forcer à aller se mettre là où il y a du manque. Excusez-moi, mais quand je vois que les sages-femmes viennent s'installer là où il y a déjà quatre gynécos [...]. Ça va donner de la concurrence dans les centres-villes avec de la consommation de soins et de la prescription de soins illégitime, coûteuse.* » Ainsi, chaque groupe professionnel cherche à protéger les frontières de son territoire [17] par l'obtention d'un monopole ou d'une licence [18]. L'entrée des sages-femmes dans le dépistage peut être envisagée par les gynécologues comme un dépassement des limites précédemment posées et une remise en cause du monopole légal d'exercice de leur activité [19], de leur maîtrise pleine et entière du champ. Comme cela a déjà été observé dans d'autres professions, dès qu'un nouveau segment (moins diplômé) a autorité pour exercer les mêmes compétences (ici, dans la limite de la physiologie), le groupe professionnel y détecte une menace et une forme de déqualification [18,20].

TEG1 Plusieurs sages-femmes interviewées expliquent que l'élargissement des compétences à la pratique gynécologique pour toutes leur a renvoyé le sentiment d'être « *une variable d'ajustement* », à l'instar de cette professionnelle exerçant en Gironde : « *Ça arrange bien tout le monde que les sages-femmes aient ces compétences en milieu rural. Ça arrange bien les pouvoirs publics de dire : "On répond à un besoin sanitaire, donc on envoie les sages-femmes."* »

TEG1 Les sages-femmes ont pour mission de favoriser l'accès aux soins et d'augmenter les chances de recours au dépistage par frottis, notamment des populations les plus difficiles à capter. Le point de cristallisation du conflit interprofessionnel pourrait ainsi se résumer : elles ont accès à la pratique gynécologique, mais seulement si elles ne dépassent pas les frontières géographiques de la patientèle des gynécologues médicaux installés en milieu urbain. Examinons dès lors ce qui conduit les femmes à choisir une sage-femme pour un suivi gynécologique et, plus particulièrement, pour réaliser un dépistage.

T1 Raisons de consulter une sage-femme pour se faire dépister

TEG1 Si la grande majorité de la patientèle est âgée de 25 à 35 ans, les sages-femmes libérales rencontrées déclarent voir de plus en plus de patientes de plus de 50 ans, orientées par leurs filles. « *Dans ma patientèle, j'ai vu des familles entières de femmes. C'est effectivement une patiente dont je vais m'occuper pour la grossesse et après, petit à petit, je vais voir arriver les sœurs, les cousines, les filles quand la patiente est un peu âgée. [...] J'ai vu aussi arriver, par le biais de la rééducation périnéale, les grands-mères* », précise une sage-femme (Gironde).

TEG1 Les femmes se tournent, en effet, fréquemment vers la sage-femme pour leur suivi gynécologique après une grossesse. Le lien qui s'est créé tout au long de cet accompagnement vient favoriser une proximité, permettant la transmission d'informations, nécessaires au travail de prévention sur le CCU notamment. La grossesse est souvent le seul moment où les sages-femmes vont pouvoir identifier les femmes qui n'ont pas ou peu de suivi gynécologique, et qui, parfois, n'ont jamais bénéficié d'un frottis. B., sage-femme libérale (Gironde), raconte : *« J'ai beaucoup de patientes qui n'avaient pas vu de gynéco depuis cinq ans, sept ans, le record, c'est quatorze ans. Elles accouchent et après, c'est terminé. »* En effet, le suivi gynécologique chez un spécialiste n'apparaît pas toujours comme une priorité, surtout lorsque vient de s'achever l'accompagnement régulier et très encadré de la grossesse [21]. Les situations de précarité peuvent aussi parfois placer les femmes dans des positions, sociales, familiales et économiques, qui induisent, chez elles, une distance au corps médical [22]. Dès lors, la relation d'empathie susceptible de s'établir entre la sage-femme et la patiente pendant le suivi de la grossesse peut permettre de créer ou de recréer du lien avec le système de soins [23].

TEG1 Une grande partie des femmes ne connaît pas les différents rôles de la sage-femme, la cantonnant au suivi de grossesse et à la naissance. Elles méconnaissent ses compétences, par exemple, en matière de sexualité, de contraception, de prévention et, surtout, en gynécologie. Parmi celles rencontrées et suivies par des gynécologues ou en CPEF (aléatoirement par un gynécologue ou une sage-femme), l'idée qu'un suivi gynécologique soit réalisé par une sage-femme ne va pas toujours de soi. Le recours au corps médical, et au gynécologue en particulier, est pensé comme étant le plus légitime. Q., 52 ans, pourtant éducatrice dans un CPEF (33), explique : *« Je n'irais pas voir une sage-femme pour le suivi gynécologique, parce que, pour moi, c'est associé à la grossesse, même en ayant fait des formations, j'ai cette vieille représentation. »* G., 58 ans, professeur des écoles, suivie par un gynécologue en Gironde, précise : *« La sage-femme, c'est uniquement l'obstétrique. »*

TEG1 D'autres, au contraire, sont plutôt enthousiastes à l'idée qu'un nouvel acteur de santé puisse exercer. Tel est le cas de H., 58 ans, suivie par un médecin dans le Bas-Rhin, qui affirme : *« Ça peut faire en sorte qu'il y ait une meilleure coordination dans les soins, d'accès aux soins pour les femmes, c'est-à-dire il y a beaucoup de délais, donc en effet de nouveaux acteurs comme la sage-femme qui arrive dans le paysage de la gynécologie, ça vient désengorger. Il y a de moins en moins de gynécologues, donc ça va être compliqué. »* Comme le rappelle la Haute Autorité de santé [9], la qualité des soins repose sur une meilleure articulation des compétences professionnelles. L'évolution de la demande adressée aux professionnels et les problèmes de démographie médicale doivent favoriser une nouvelle organisation de la répartition des tâches.

TEG1 Les femmes rencontrées témoignent plutôt de recours multiples, puisque aucune n'a été suivie par le même professionnel depuis sa première consultation de gynécologie. Chez les patientes de plus de 50 ans, le départ à la retraite du praticien les oblige souvent à en chercher un autre. Des déplacements géographiques justifient aussi souvent ce changement. Mais le principal argument pour l'expliquer relève davantage de la qualité de la relation

soignant-soignée ou, plus précisément, de l'absence d'empathie, d'écoute et du sentiment que le professionnel « *n'a pas pris le temps* ». U., 43 ans, qui réside en zone rurale (Gironde), a longtemps consulté un médecin gynécologue. Elle est désormais suivie par une sage-femme dans sa commune et raconte : « *Je l'ai [la gynécologue] trouvée sur la fin, un peu rapide, un peu expéditive. [...] : "Bonjour, enlevez la culotte, hop, frottis, palpation de sein, tout va bien, les enfants, allez, 23 euros", voilà.* » P., 63 ans, suivie par un gynécologue (Bas-Rhin) confie : « *Ils [les gynécologues] ne sont plus à l'écoute. Il y a l'aspect médical et c'est tout. Il manque un peu l'approche globale de la personne. Parce qu'ils ne prennent plus le temps.* » Le délai d'obtention pour un rendez-vous et le temps d'attente le jour du rendez-vous sont aussi souvent évoqués par les femmes. Tous ces éléments sont potentiellement délétères pour la prise en charge (perte de chance) et sont à l'origine d'un changement de professionnel. Ils peuvent, en outre, conduire à des attitudes de renoncement aux soins ou de non-recours [24].

TEG1 Aujourd'hui, les patientes semblent s'affranchir plus facilement de leur médecin et chercher ailleurs ce qui fait défaut. Elles "testent" les compétences, y compris relationnelles, de plusieurs professionnels jusqu'à trouver celui ou celle qui répond le mieux à leurs attentes. Les sages-femmes ont parfaitement identifié cette transformation et adaptent leur prise en charge à ces femmes qui ne trouvent plus leur place dans le cabinet de gynécologie. Leur arrivée redéfinit ainsi l'espace social de la gynécologie de prévention. L'approche globale déjà mise en œuvre dans le suivi des grossesses [25], tout comme leurs compétences en termes de bienveillance et des délais d'attente plus courts, sont systématiquement mis en avant par les femmes qui ont fait le choix d'être suivies par une sage-femme. Pour E., 46 ans (Bas-Rhin) : « *Il y a une espèce d'intérêt à la femme qui me semble plus important. C'est le sentiment que j'ai. C'est moins médical. Cela reste une impression que la sage-femme est capable de prendre les problèmes d'une femme plus dans sa globalité, de pas rester bloquée, de pas se dire : "Elle a une mycose, ou elle a une vaginose, on va lui donner du Pevaryl® et puis c'est terminé." J'ai le sentiment que la sage-femme va être capable de dire : "Quel est votre histoire gynécologique ? Vous avez eu des enfants ? Quel est votre problème ?" Enfin, de nous prendre en compte de manière un peu plus globale.* » Les patientes interrogées insistent sur l'intérêt que les sages-femmes leur ont montré, sur le temps qu'elles ont pris pour les écouter (consultation en moyenne d'une demi-heure) et elles apprécient que ces professionnelles ne séparent pas le problème gynécologique de la globalité du corps et de leur histoire personnelle ; tous ces éléments permettent de créer une relation de confiance.

TEG1 Comme l'ont déjà montré d'autres travaux portant sur d'autres groupes professionnels [26], quand de nouveaux acteurs de santé arrivent dans un domaine déjà occupé, ils doivent se distinguer, opérer un travail de distanciation [27] de la pratique routinière en proposant une approche spécifique. Il s'agit pour les sages-femmes de proposer une réponse aux faiblesses identifiées chez les gynécologues libéraux par les patientes en s'appuyant sur leur approche particulière du corps féminin, qui constitue leur cœur de métier.

T1 Conclusion

Même si l'entrée des sages-femmes dans le champ de la prévention gynécologique pour toutes les femmes ne se fait pas sans une orientation très précise vers un public particulier (territoires ruraux dépourvus de gynécologues médicaux principalement), il apparaît qu'elles arrivent à s'emparer de ce nouveau rôle en établissant une certaine homologation de statuts entre les femmes qui n'ont plus de gynécologue de proximité et elles-mêmes, qui sont chargées de réduire les inégalités d'accès aux soins plutôt en milieu rural. « *C'est en creux de cette homologation qu'elles vont affirmer leur valeur spécifique.* » [27]

Cette enquête qualitative a permis de mettre en évidence le jeu des frontières professionnelles. Elle montre comment le groupe professionnel bénéficie d'un contexte économique et d'une démographie médicale défavorables pour élargir son territoire et rogner sur les tâches et compétences des métiers les plus proches qui, en retour, s'inquiètent des changements qui touchent à leur identité professionnelle.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Notes

¹ La généralisation d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus était une priorité du plan cancer 2014-2019 (action 1.1 : atteindre un taux de couverture dans la population cible de 80 %, notamment en facilitant l'accès au dépistage des populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé).

² En 1987, le certificat d'études spécialisées de gynécologie médicale est supprimé dans le cadre d'une directive européenne. Ce n'est qu'en 2003 que les gynécologues obtiennent le rétablissement de la spécialité de gynécologie médicale, mais seuls vingt postes d'internat sont ouverts par an jusqu'en 2008 et 30 jusqu'en 2012, alors que l'on estime qu'il aurait fallu en former plus de 120 par an pour anticiper les départs à la retraite. Depuis 2013, le nombre de postes a régulièrement augmenté (81 en 2018). Selon une enquête du journal *Le Monde*, en 2017, « *ils ne sont plus que 1 136 pour près de 28 millions de femmes âgées de plus de 16 ans* ». Les disparités régionales sont fortes puisque « *six départements n'ont aucun gynécologue médical et certaines grandes villes de la grande couronne parisienne ne comptent aucun gynécologue libéral* ».

³ Et ce, même si « *le plan cancer 2009-2013 a réaffirmé la place centrale du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des cancers [...] et que 95,7 % des praticiens interrogés ont déclaré qu'ils devaient intervenir dans la prévention, et qu'ils se considéraient comme les acteurs principaux de cette prévention* » (Rigal L.). Cependant, si 66 % d'entre eux pensent que leur rôle est indispensable dans le dépistage du cancer colorectal (60 % pour le cancer du sein et pour le cancer de la prostate), ils semblent moins investis dans le dépistage du cancer du col de l'utérus (49 %). L'enquête barométrique de l'Institut national du cancer/BVA de 2010 relève également une réticence chez les professionnels par rapport à la

vaccination contre le papillomavirus qui pourrait aussi expliquer un moindre engagement dans ce dépistage.

⁴ La répartition par zones géographiques a été mise en place en 2011. Ce “zonage” permet l'évaluation du nombre de sages-femmes libérales nécessaires par bassins de population. Le critère d'évaluation est de 1 sage-femme pour 350 naissances domiciliées. On compte cinq niveaux : zone sans sage-femme, zone très largement sous-dotée, zone sous-dotée, zone intermédiaire et zone surdotée. Le critère “pratique de la gynécologie physiologique de contraception ou de prévention” n'existait pas en 2011 et n'a pas donc été évalué.

Références

[1] Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte.

[2] Institut national du cancer. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique. 17 août 2020. www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-pratique.

[3] Haut Conseil de la santé publique. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination. 2013. www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302.

[4] Haute Autorité de santé. Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. Recommandation vaccinale. Décembre 2019. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/recommandation_vaccinale_elargissement_de_la_vaccination_contre_les_papillomavirus_aux_garcons.pdf.

[5] Sauvaget C, Weiderpass E. Éradication du cancer du col utérin : une priorité de santé publique. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)* 2019;(22-23):408-9.

[6] Fonteneau L, Barret AS, Levy BD. Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)* 2019;22-23:424-30.

[7] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Oui, la santé des femmes est et sera assurée. Communiqué de presse. 2008. www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_66.html.

[8] Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Rapport d'étape. 2003. www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf.

[9] Haute Autorité de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. 2008. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23

_31_188.pdf.

[10] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte.

[11] Code de la santé publique. Article L4151-2.
www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038886717/2019-07-27.

[12] Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes". Paris: Institut de veille sanitaire; 2007.

[13] Duport N, Viguier J. Des études essentielles pour la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)* 2014;13-14-15:218-9.

[14] Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)* 2014;13-14-15:228-34.

[15] Paradeise C. Les professions comme marchés du travail fermés. *Sociologie et sociétés* 1988;20(2):9-21.

[16] Assurance maladie. Les contrats incitatifs sage-femme. 10 février 2020.
www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/le-contrat-incitatif-sage-femme.php.

[17] Abbott A. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago (États-Unis): University of Chicago Press; 1988.

[18] Hughes E. Le drame social du travail. *Actes Rech Sci Soc* 1996;115:94-9.

[19] Parsons T. *The structure of social action*. New York (États-Unis): Free Press; 1968.

[20] Arborio AM. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Economica; 2012.

[21] Jacques B, Purgues S. Analyse sociologique, rapport final pour l'Institut de recherche en santé publique (Iresp). In: Kotobi L. *L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc*. Rapport final pour l'IRESP. 2014.

[22] Parizot I. *Soigner les exclus*. Paris: PUF; 2003.

[23] Chauvin P, Parizot I. Précarité. In: Fassin D, Hauray B. *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris: La Découverte; 2010.

[24] Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sci*

Soc Sante 2013;31:71-96.

[25] Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: PUF; 2007.

[26] Bercot R, Divay S, Gadea C. Les groupes professionnels en tension. Frontières, tournants, régulations. Toulouse: Octarès Éditions; 2012.

[27] Baszanger I. Émergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. Rev Fr Sociol 1990;31(2):257-82.

Pour en savoir plus

- Arrêté du 17 juillet 2018 fixant au titre de l'année universitaire 2018-2019 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire.

www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/7/17/SSAH1819681A/jo/texte.

- Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Le Breton J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique 2013;25:255-62.

- Institut national du cancer, BVA. Enquête barométrique. Médecins généralistes et dépistage des cancers. 2010. www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf.

- Motet L, Béguin F. Consulter un gynécologue : la grande galère. Le Monde. 1^{er} janvier 2018. www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html.

- Rigal L. Dépistage des cancers gynécologiques en médecine générale. Variabilité des pratiques de soins [Thèse de doctorat, Santé publique]. Paris: Université Paris-Sud; 2014.

Plug1_Jacques.jpg (en page 37)

© B. Boissonnet/BSIP

Légende : Une grande partie des femmes méconnaissent les compétences de la sage-femme en matière de sexualité, de contraception, de prévention et, surtout, en gynécologie, la cantonnant au suivi de grossesse et à la naissance.

Plug2_Jacques.jpg (en page 39)

© Pascal Bachelet/BSIP

Légende : Les patientes interrogées apprécient que les sages-femmes ne séparent pas le problème gynécologique de la globalité du corps et de leur histoire personnelle, des éléments qui permettent de créer une relation de confiance.

Encadré 1. Terrains et méthode

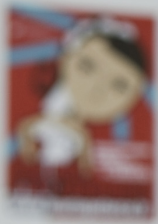
L'enquête sociologique (2014-2017), financée par la Ligue nationale contre le cancer, a comparé deux départements. L'un proposait, au moment de l'enquête, un dépistage organisé (DO) du cancer du col utérin (CCU) depuis plus de vingt ans (Bas-Rhin) et l'autre un

dépistage individuel (Gironde). La sélection du Bas-Rhin s'est appuyée sur l'évaluation épidémiologique réalisée par Nicolas Duport *et al.* [12], qui présente ce département comme le gold standard du DO du CCU ; il a d'ailleurs servi de modèle pour mettre en place le plan national de DO dans dix nouveaux départements en 2010 [13,14].

Nos questions de recherche nous ont conduits à choisir une approche de type qualitatif. Dans le département de la Gironde, nous avons observé pendant plusieurs semaines des consultations dans des cabinets de sages-femmes libérales en zone rurale, en maison départementale de la solidarité et de l'insertion, ainsi que dans un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) d'une association de prévention. Nous avons également assisté à plusieurs interventions en milieu scolaire, dans une mission locale, réalisées par des structures de prévention et à celles d'une association de lutte contre le cancer, qui avaient pour public cible des employés d'une entreprise et des personnes de plus de 60 ans. Des observations ont aussi été effectuées chez un gynécologue médical en zone rurale. Dans le département du Bas-Rhin, des observations auprès de médecins gynécologues installés en zone urbaine, auprès de sages-femmes de protection maternelle et infantile et d'une sage-femme libérale, ont été mises en œuvre.

En tout, 98 entretiens semi-directifs ont été menés. Trente-deux professionnels de santé ont été interrogés en Gironde (21 sages-femmes, 1 coordinatrice et 1 éducatrice spécialisée travaillant dans une association de prévention, 5 gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens et 4 médecins généralistes) et 16 dans le Bas-Rhin (5 sages-femmes, 1 responsable de la structure de gestion, 1 chargée de mission en promotion et prévention de la santé de l'agence régionale de santé, 6 gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens et 3 médecins généralistes). Six entretiens ont été programmés avec des présidents ou des membres des conseils d'administration des associations professionnelles et des syndicats des sages-femmes¹. Des membres du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, du Collège de gynécologie médicale en Gironde et du Collège des gynécologues et des obstétriciens d'Alsace ont également été interviewés, ainsi que 41 femmes et jeunes filles âgées de 12 à 65 ans, vivant en zones urbaine et rurale, en Gironde et dans le Bas-Rhin. Enfin, un *focus group* a été réalisé avec 15 élèves d'un collège en Gironde.

¹ *Ordre national des sages-femmes, Collège national des sages-femmes, Association nationale des sages-femmes libérales, Union nationale et syndicale des sages-femmes, Association nationale des étudiants sages-femmes et Organisation nationale des syndicats de sages-femmes.*



Information
on
the
importance of
taking your
medication regularly



