RAPPORT FINAL

RECHERCHE FINANCEE PAR L'IRESP

Convention n° 2009SS06

Santé reproductive et génésique dans le Médoc (France)

Femmes, Précarité, Migrations

Juin 2010—Novembre 2013
Responsable scientifique: Laurence KOTOBI

Equipe Anthropologie

(UMR 5185 ADESS-CNRS)

Laurence KOTOBI

Lorena ANTON

Clara LEMONNIER

Equipe Sociologie

(UMR 5116 CED-CNRS)

Béatrice JACQUES

Sonia PURGUES

Bordeaux, Décembre 2013

Santé reproductive et génésique dans le Médoc (France)

Femmes, Précarité, Migrations

Juin 2010—Novembre 2013
Responsable scientifique: Laurence KOTOBI

Equipe Anthropologie

(UMR 5185 ADESS-CNRS)

Laurence KOTOBI

Lorena ANTON

Clara LEMONNIER

Equipe Sociologie

(UMR 5116 CED-CNRS)

Béatrice JACQUES

Sonia PURGUES

Ont également participé à ce travail :

Charles CHEUNG (ADESS-CNRS)

Yamina MEZIANI (CED-CNRS)

Céline PICOT (Isped)

Christine BARUL (Isped)

Fatoumata FADIGA (Isped)

Bordeaux, Décembre 2013

REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre reconnaissance à toutes celles et ceux qui nous ont apporté leurs compétences, leurs connaissances, leur temps, leurs témoignages, leur expérience et leur aide dans cette recherche en terre médocaine, qui porte sur un sujet à la fois complexe et sensible.

Que soient remerciés aussi les habitués du Séminaire « Genre, Santé, Migrations » (GSM), qui nous ont été fidèles durant ces trois années et dont la participation a contribué à enrichir nos échanges et notre réflexion.

Enfin que soient remerciés nos financeurs l'Iresp et l'Inserm, les responsables de nos laboratoires de recherche (Prof. Denis Retaillé pour ADESS et Prof. Eric Macé pour le CED), les gestionnaires de notre contrat (Charles Cheung-ADESS, Christelle Bordas-CED et Liliane Legrand-Université Bordeaux 2) pour leur appui et les moyens donnés pour réaliser dans les meilleures conditions ce travail.

Laurence Kotobi

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **3**

INTRODUCTION **6**

PARTIE I-OBJET D'ETUDE ET DEFINITION **10**

A. ETAT DES LIEUX : UN INTERET CROISSANT POUR LA QUESTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET DE L'ACCES AUX SOINS 10
B. LE MEDOC, UN TERRITOIRE AUX DIMENSIONS VARIABLES 30
C. PRECARITE, MIGRATIONS, NON RECOURS ET RENONCEMENT AUX SOINS : DISCUSSION DES TERMES CHOISIS POUR L'ETUDE 53

PARTIE II – METHODOLOGIE **59**

A. JUSTIFICATION DU CHOIX DE L'APPROCHE QUALITATIVE ET ETHIQUE DE LA RECHERCHE 59
B. APPROCHES DISCIPLINAIRES COMPLEMENTAIRES ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT 65
C. TECHNIQUES ET TERRAINS D'ENQUETE 68
D. DIFFICULTES ET BIAIS DE NOTRE ENQUETE 78

PARTIE III – RESULTATS ET ANALYSE **81**

A. L'OFFRE DE SOINS EN SRG DEMEURE INEGALEMENT REPARTIE ET/OU ACCESSIBLE DANS LE MEDOC 81
B. L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES « PRECAIRES » ET/OU « MIGRANTES » DU MEDOC : DES RECOURS DIFFERENCIES 136

CONCLUSION GENERALE **172**

GLOBALEMENT, LES FEMMES RECOURENT AUX SOINS, EN ETANT SOUVENT OBLIGEES DE METTRE EN PLACE DES STRATEGIES 172
DES PRATIQUES FORTEMENT NORMEES ET NORMALISANTES 173
REVENIR SUR LES NOTIONS DE CAPABILITE, DE RESILIENCE SOCIALE, D'EMPOWERMENT ET D'AGENCY CHEZ LES PUBLICS « PRECAIRES » ET/OU « MIGRANTS » 174
SE RACONTER : LA METHODE BIOGRAPHIQUE POUR COMPRENDRE LE SOCIAL 175
DES HISTOIRES DE VIE FAITES DE RUPTURES OU DE DISTENSION DES LIENS 176
DES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE, DE MIGRATION OU DE MOBILITE : INTERROGER LES INEGALITES DU POINT DU VUE DU GENRE ET DU TRAVAIL DE CARE 177
DES DYNAMIQUES ET DES LEVIERS PRESENTS SUR LE TERRITOIRE 178

BIBLIOGRAPHIE **180**

ANNEXES **196**

TABLE DES MATIERES **267**

Introduction

L'accès aux soins est une des problématiques fortes de la santé publique qui mobilisent depuis plusieurs années l'Etat et les acteurs de terrain (médico-sociaux et associatifs). De façon plus générale cette problématique pose directement la question des inégalités sociales de santé. Plusieurs actions, dispositifs ont été mis en place depuis deux décennies avec pour objectif principal de réduire les inégalités en matière d'accès aux soins et de diminuer les écarts sociaux en termes de morbidité et de mortalité. Encore peu portent directement sur l'accès aux soins en santé reproductive et génésique (SRG).

En France, la part des dépenses publiques de santé est supérieure à la moyenne de l'OCDE (78 % contre 72 % en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2009). La part des complémentaires santé est aussi plus élevée entraînant des restes à charge plus réduits pour les assurés comparativement à tous les autres pays. Cependant, dans les pays où le système de santé permet un accès plus équitable aux soins, les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas avec les progrès médicaux ni l'augmentation quantitative et qualitative de l'offre de soins (Lebas et Chauvin, 1998).

Le choix de cibler notre questionnement sur la santé reproductive et génésique (SRG) chez les femmes (de 15 à 65 ans) « précaires » et/ou « migrantes » vivant dans un territoire rural, résulte de multiples constats. La SRG est tout d'abord un sujet qui a fait l'objet de peu d'études, tel que nous avons souhaité l'aborder. S'il existe des travaux sur chacune des thématiques concernant la SRG : l'IVG, la contraception, la grossesse…, peu l'approchent dans sa globalité en s'intéressant à la fois aux parcours de vie et aux itinéraires thérapeutiques. Ici les situations de précarité et/ou de migration, doivent être saisies comme des éléments explicatifs des choix de recours, de non recours ou encore de renoncement tout au long d'une histoire de vie génésique. Mené dans une perspective intersectionnelle (Crenshaw, 1991), cette recherche vise à croiser les dimensions classiques du genre, de la précarité, des migrations et d'y superposer la question de la ruralité.

Si cette étude met en avant un certain nombre de résultats, elle a aussi permis d'engager un travail de réflexion sur les notions de SRG, de précarité, de migration et d'inégalités sociales de santé. La définition large de la SRG rend compte d'une difficulté de cadrage de l'objet. Les organismes internationaux se sont intéressés successivement à la « santé sexuelle » (OMS), puis à la santé reproductive (Conférence du Caire de 1994). La dernière Conférence mondiale

sur la Condition des femmes à Pékin en 1995 reprend cette conception élargie de la santé reproductive et génésique en proposant la mise en place d'actions en faveur du droit à la santé pour les femmes, concernant notamment la santé maternelle, la lutte contre le VIH-Sida et la maîtrise de la reproduction humaine. Depuis 2000, les Objectifs du Millénaire tendent à l'évacuer au profit de la santé maternelle et infantile et de l'égalité entre les sexes. Pour la notion de précarité, nous sommes parties du postulat communément admis, qu'elle relève d'un processus et ne doit pas être considérée comme un état stable et définitif. Les définitions de la précarité sont nombreuses et font appel à des notions connexes comme la pauvreté, la vulnérabilité, l'exclusion. Pour certains la précarité est essentiellement associée au manque (Conseil Européen), d'autres l'associent à l'insécurité (ATD Quart-monde) ou encore la renvoient à un aspect cumulatif (Paugam, 2008). Nous retenons l'idée d'une superposition de situations difficiles dans des champs différents de la vie sociale (famille, travail, santé…) comme un des ressorts des pratiques de soins auxquelles les femmes vont se soumettre ou mettre en œuvre, et des choix de recours ou non recours aux soins, auxquels elles vont procéder.

Selon l'Ined, s'il y a deux types de migrations : internes et internationales, des différences sont également à effectuer pour les nommer migrations ou mobilités. Notre recherche met en évidence plusieurs types de déplacements. Encore peu visibles, les migrations féminines ont été récemment étudiées. Nous avons ainsi pu relever des éléments sur les parcours migratoires internes ou internationaux des femmes rencontrées et analyser comment ils pouvaient intervenir dans les décisions de soins.

Les inégalités sociales de santé quant à elles, peuvent être comprises à travers plusieurs variables objectives comme les moyens économiques (les minima sociaux, la situation de chômage) et concernant la santé : le Reste à Charge, les dépassements d'honoraires par exemple), la connaissance des droits (CMU, ACS), la situation géographique des individus (quartiers défavorisés, déserts médicaux par exemple). D'autres éléments plus subjectifs sont aussi essentiels pour les appréhender, comme le rapport au corps, le rapport aux institutions et aux professionnels médico-sociaux. Nous verrons que pour recourir au système de santé, il ne suffit pas d'avoir connaissance de ses droits ou de pouvoir s'acquitter du ticket modérateur, il faut aussi et surtout avoir instauré un rapport de confiance avec une structure, un soignant et avoir suffisamment d'estime de soi pour avoir envie de s'engager dans une relation de soins, quand cela est nécessaire. Les récentes études réalisées sur les pratiques de non recours et de renoncement aux soins observées montrent la difficulté pour une partie de la population enquêtée à se percevoir comme ayant besoin de soins et à accepter les règles du jeu du colloque singulier qui peut amener un sentiment d'humiliation, de perte de la face. Devoir se raconter, exposer son corps peut amener certaines femmes à préférer fuir les dispositifs proposés.

Menée à titre exploratoire sur un territoire encore peu étudié du Sud-Ouest de la France, le Médoc (33), l'objectif de cette recherche était double. Il s'agissait d'une part de comprendre comment les principaux dispositifs sanitaires et sociaux existants influencent ou déterminent les parcours et itinéraires thérapeutiques des femmes « précaires » et /ou « migrantes » qui s'y trouvent, en matière de SRG, et de comprendre comment ces dispositifs peuvent produire du non recours ou du renoncement. D'autre part, nous voulions saisir comment, en même temps que les professionnels du territoire tentent de répondre aux besoins de ces publics, les catégories qu'ils construisent pour appréhender leurs publics, interviennent dans leurs pratiques (de suivi, d'accompagnement et d'information) et ont des effets sur l'accès aux soins des femmes.

Dans une première partie, nous avons souhaité apporter quelques éléments de contexte. Pour ce faire, nous présenterons en premier lieu un état des connaissances sur les notions qui constituent le cœur de notre sujet. Puis, nous rappellerons quels sont les principaux dispositifs et mesures qui ont été appliqués ces dernières années pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Nous présenterons ensuite les caractéristiques sociologiques du territoire étudié en nous appuyant sur le diagnostic socio-sanitaire réalisé au cours de l'année 2013. Nous poursuivrons par une description de l'offre de soins et des dispositifs mis en place localement. Puis nous terminerons cette partie, en exposant les différentes définitions que nous avons retenues pour les termes de précarité et de migration.

La seconde partie sera consacrée à la présentation de la méthodologie que nous avons choisie et mise en œuvre. Nous expliquerons tout d'abord pourquoi nous avons privilégié la méthode qualitative, en précisant nos principes déontologiques de travail. Puis nous exposerons comment chacune des équipes a travaillé et a choisi ses terrains d'investigation. Après avoir rapidement présenté les principales caractéristiques de la population enquêtée, nous nous interrogerons sur les biais et les difficultés rencontrées lors de l'enquête.

Enfin, la dernière partie, plus analytique, présentera les principaux résultats de l'étude. A partir des observations et du corpus d'entretiens, nous avons dans un premier temps, pu mettre en évidence l'effectivité de l'offre de soins en SRG sur le territoire et questionner les pratiques des professionnels dans le cadre des activités proposées au sein de leur lieu d'exercice. Notre approche qualitative a également permis de mettre en relief les représentations et catégories élaborées par les acteurs de ces structures, au contact de ces populations. Un « lexique » constitué à partir des discours recueillis (qui correspondent au point de vue « émique » des acteurs) permettra d'illustrer ce processus de classification qui accompagne la relation de soin (pensée ici au sens large) et, qui peut influer sur les pratiques de prise en charge. Les définitions de la précarité et de la migration données par les professionnels montrent comment ils analysent et ressentent ces situations. Nous verrons qu'il

existe une certaine variabilité des points de vue selon les lieux d'exercice, les cultures « professionnelles » et les questions relatives à la SRG (IVG, contraception…)

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à montrer comment et pourquoi les femmes se saisissaient ou non de cette offre sur le territoire et hors du territoire. Les choix et les arguments développés par ces femmes illustreront les différents types de recours et non recours qu'elles semblent adopter dans ce champ particulier que constitue la SRG. A partir de situations observées, nous nous proposons d'analyser les facteurs et les logiques sous-jacentes qui sous-tendent les itinéraires thérapeutiques de ces femmes. A cet effet, seront discutées les catégories d'analyses du non recours et du renoncement, proposées par les récentes études sur l'accessibilité aux droits sociaux et sanitaires. Bien qu'ayant observé peu de cas, nous avons souhaité interroger les situations de non recours et de renoncement pour mieux comprendre quels en sont les déterminants et appréhender en quoi la spécificité du territoire étudié pouvait aussi être un élément explicatif de ces comportements. Enfin, pour inscrire notre recherche dans l'une des nouvelles priorités de l'agenda politique de santé en France[1], nous envisagerons les possibilités d'améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande dans un contexte de désertification médicale, dans le champ particulier de la SRG.

[1] En Décembre 2013, par exemple, le Dr. Hélène Mandroux, vient d'être chargée d'une mission ministérielle sur « Santé et territoires : pour une égalité d'accès aux soins et aux urgences en milieu rural et périurbain ».

Partie I-Objet d'étude et définition

A. Etat des lieux : un intérêt croissant pour la question des inégalités sociales de santé et de l'accès aux soins

La question des inégalités est aujourd'hui très présente sur la scène publique, mais elle est explicitement « traitée » par un certain nombre -non pas de politiques de santé (Grass et Bourdillon, 2012), mais- de dispositifs et de mesures en direction des professionnels et des publics concernés. Ce qui en a fait une question longue à s'imposer comme véritable problème de santé publique. Plusieurs auteurs (Aïach, 2010, Leclerc *et al*., 2000), ont bien montré qu'il faut attendre la fin des années 80, pour que des recherches soient menées sur le sujet et que des équipes (d'épidémiologistes, de sociologues) se structurent en France. D'autres pays, notamment anglo-saxons sont en avance sur la France. C'est notamment le célèbre rapport Black publié en 1980 en Grande Bretagne, qui fait la preuve d'un creusement des écarts entre classes sociales en termes de mortalité alors même que, comme une grande partie des nations européennes, les conditions de vie sont meilleures et que l'Etat a repensé la protection sociale (Visier et Penchaud, 2011).

La lutte contre les inégalités sociales de santé est devenue un véritable défi pour la santé publique. Les différentes actions gouvernementales et européennes en attestent, comme nous le verrons ci-après.

Le système de soins français a été évalué par l'OMS (2000) comme étant le pays le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé. Cependant la question de l'accès aux soins est désormais incontournable pour de nombreux chercheurs, comme pour les instantes politiques. L'accès aux soins recouvre encore aujourd'hui des réalités sociales qui vont à l'encontre d'une volonté politique sous-tendue par une égalité d'accès aux soins pour tous. De plus en plus de travaux sont consacrés à cette thématique et s'appuient sur une terminologie multiple, ce qui pose la question de la délimitation de l'objet. Par ailleurs, si la France possède un bon système de soins, elle n'en demeure pas moins un pays où réside pourtant de profondes inégalités sociales de santé, d'après plusieurs indicateurs (Leclerc *et al*., 2000). [2] On sait, par exemple, que c'est l'un des pays d'Europe Occidentale où les différences de mortalité prématurée avant 65 ans entre PCS sont les plus fortes. Le groupe de travail de l'Union européenne sur les inégalités socio-économiques de santé (Kunst et al., in Leclerc et al., 2000) a mis en évidence qu'en France le *Standardized Mortality Ratio* (SMR) était de 0,63 pour la catégorie patrons, cadres, professions libérales et professions intermédiaires (soit 37% au-dessous de la moyenne nationale) et de 1,55 pour les ouvriers peu

[2] P. Aïach, (2010), *Les inégalités sociales de santé. Ecrits.* Paris, Ed. Anthropos/Economica; A. Leclerc, D. Fassin, H. Granjean, M. Kaminski et T. Lang, (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte. Coll Recherche.

ou pas qualifiés (soit 2,5 fois de plus que la catégorie professionnelle la plus favorisée). En Suède et en Angleterre, les écarts entre les SMR des deux catégories sont respectivement de 1,5 et 1,6.

Ces inégalités sociales de santé font l'objet d'un intérêt croissant de la santé publique (HCSP, 2009), qui considère qu'elles « résultent d'un ensemble de déterminants, à savoir l'accès aux soins et à la prévention, mais aussi les conditions socio-économiques » (Inpes 2010, p. 62). Si la loi de 2004 contient deux articles sur les inégalités (33 et 34), cette notion reste ambigüe et associée à la situation des populations défavorisées. En pratique, ces inégalités peuvent être appréhendées à travers plusieurs variables explicatives, comme les moyens économiques (le Reste à Charge, les dépassements d'honoraires par exemple), la connaissance des droits (CMU, ACS…), la situation géographique des individus (quartiers défavorisés, déserts médicaux par exemple). Le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale[3] annoncé par le premier Ministre J-M Heyraud en janvier 2013 vise notamment à réduire les inégalités et à prévenir les ruptures. Il est désormais décliné en Aquitaine autour de trois priorités : l'accès aux droits, la gouvernance territoriale et la participation des usagers. Le champ de la santé fait l'objet de 5 mesures, parmi les 61 mesures prévues et l'accent est mis particulièrement sur l'amélioration de l'accès à des complémentaires santé de qualité, la santé des enfants et des adolescents ou sur la dynamisation des structures de soin de proximité.

Si certains auteurs (P. Aïach 2010; Leclerc, Fassin, *et al*, 2000) ont pointé l'aspect global et structurel des inégalités de santé, qui traversent l'ensemble de la société, à ce jour, les recherches sur les inégalités n'ont cependant que rarement porté sur la santé reproductive et génésique (SRG). Or celle-ci demande parfois des soins plus spécialisés et relève de ce qu'on appelle « l'accès secondaire », peu visible et encore peu étudié. De plus, il est important de rappeler que l'accès aux soins doit être entendu à la fois comme l'accès potentiel et l'accès effectif. En ce sens, l'intérêt croissant pour l'étude des inégalités territoriales ou spatiales de santé (développé notamment par les géographes depuis les années 2000 et sous l'effet de l'orientation de la politique nationale de santé vers les territoires)[4] a permis de mettre en relief la notion d'accessibilité physique aux soins et les disparités des dispositifs entre zones urbaines et rurales.

Même si certaines mesures sont prises pour tenter de réduire les inégalités de santé, celles-ci peuvent aussi découler des orientations et des choix effectués par les politiques publiques, décidées à différents niveaux (international, européen, national, régional et local) et pas toujours articulées entre elles. Pour mieux comprendre ce phénomène de « transnationalisation » des modèles de transformation et de réforme des politiques publiques de santé qui opère[5], ainsi que les effets de ces variations et mutations notamment sur le phénomène migratoire, il convient d'examiner de plus près ces politiques, dans leurs orientations générales, puis dans le champ spécifique ici étudié, la SRG.

[3] Adopté le 21 janvier 2013 lors du Comité Interministériel de lutte contre les exclusions

[4] Comme nous le verrons, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 introduit la notion de «territoires de santé ». De nombreuses conférences à l'échelle nationale ou des régions ont porté depuis sur l'articulation « santé & territoires » et cet axe est devenu un objet de la recherche en santé publique (cf. l'appel d'offre IRESP 2009).

[5] Cette question a fait l'objet d'un numéro de la revue *Sociologie santé*, n°36, octobre 2012

A.1. Des politiques publiques pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins en SRG dans le monde et en Europe

A.1.1. Politiques témoignant de l'émergence d'un discours politique global sur les inégalités de santé

Depuis une vingtaine d'années, la reconnaissance puis la lutte contre les inégalités sociales de santé sont devenues un enjeu majeur et un véritable défi pour la santé publique. Au niveau international comme au niveau européen l'OMS s'est ainsi attelée à pointer cette priorité. Différents rapports et comptes rendus[6] visent d'abord à appréhender les bonnes pratiques en matière d'égalité en santé, pour permettre ensuite la mise en place d'actions par les promoteurs de la santé. Dès 1985, la politique-cadre de la *Santé pour tous* de la région européenne de l'OMS affirmait l'importance de la réduction des inégalités sociales pour améliorer la santé de l'ensemble de la population. Son objectif annoncé pour 2000 était de réduire de 25% les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays. Plus récemment, en 2005, l'OMS a établi une *Commission des déterminants sociaux de la santé*, ayant comme but de réduire les inégalités de santé en une génération. Le rapport final de cette Commission (août 2008), formule trois recommandations fondamentales: (1) améliorer les conditions de vie quotidiennes ; (2) lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources et (3) mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée. Ces recommandations seront ensuite diffusées, tant au niveau international qu'au niveau européen.[7] Ainsi, existe aujourd'hui au niveau européen une forte volonté politique d'identifier et réduire les inégalités de santé, tout en assurant un accès équitable, transfrontalier, aux citoyens européens et à tous ceux qui se retrouvent, avec ou sans papiers, sur le seuil de l'Union. En pratique, il revient à chaque État-nation de construire des politiques locales pour assurer 'une santé pour tous'. Dans le contexte de crise économique mondiale, en novembre 2008 la Directrice Générale de l'OMS et le Directeur Régional de l'OMS en Europe, ont tous deux souligné les risques que ces inégalités de santé faisaient peser sur la santé et les systèmes de soins.

A.1.2. Les politiques de Santé Reproductive et Génésique (SRG)

Souvent associée au domaine féminin et intégrée aux *gender studies* (Oakley 1972, Delphy 1998, Browner, Sargent 1994), la santé reproductive demeure en France un champ d'investigation encore peu exploré et particulièrement auprès des populations qui nous intéressent ici. L'existence de recherches sur l'avortement (Ferrand, Jaspard 1987, Bajos, Ferrand *et al* 2002) et sur les procréations médicalement assistées (Tain 1999) nous amènent à proposer de penser la santé reproductive dans une acception plus large, intégrant aussi les phénomènes liés à la contraception, les grossesses et les maladies gynécologiques. En effet, la santé reproductive insère la santé génésique et toutes deux s'intéressent à la procréation et

[6]Il existe pléthore de rapports. Parmi ceux-là, nous pouvons par exemple citer « *Closing the Gap* », 2004, « *Determine* » 2008, rapports de l'OMS

[7] Cf. par exemple, la Résolution WHA62/R14 de l'Assemblée mondiale de la Santé, Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé, de 2009, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf ou la Résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur La réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2011-0081&language=FR&ring=A7-2011-0032

donc au fonctionnement de l'appareil reproducteur, à la santé sexuelle, à l'hygiène, ainsi qu'à tous les processus, fonctions, systèmes et mécanismes qui facilitent ou au contraire inhibent ou interdisent de la reproduction, pour le couple ou l'individu. Elle s'appuie notamment sur l'éducation sexuelle, le contrôle des naissances, la planification familiale et l'éducation des femmes, éléments développés et parfois acquis au cours de l'histoire, à la fois internationale et française, depuis la seconde moitié du 20e siècle.

a. *La 'santé sexuelle' selon l'OMS : une première définition sur la scène internationale*

La première définition en lien avec la santé reproductive et génésique publiée sur la scène politique internationale remonte à 1975, date à laquelle l'OMS élabore une définition du concept de « **Santé sexuelle** »[8]:

Encadré n° 1: Sexual health: (WHO, 1975)
« Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual, and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love. Fundamental to this concept are the right to sexual information and the right to pleasure. (…) the concept of sexual health includes three basic elements:
(1) a capacity to enjoy and control sexual and reproductive behavior in accordance with a social and personal ethic,
(2) freedom for fear, shame, guilt, false beliefs, and other psychological factors inhibiting sexual response and impairing sexual relationship,
(3) freedom from organic disorders, diseases, and deficiencies that interfere with sexual and reproductive functions."

Pour cette définition, l'OMS s'inspire alors des travaux de l'ONG *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), en partie constituée à l'issue du Congrès international sur la population et les ressources mondiales de 1948. Dès 1952, cette ONG s'engage sur les questions de reproduction humaine, du contrôle des naissances, de l'éducation à la sexualité et sur des problématiques liées à la population, en organisant conférences, programmes d'action et en favorisant la création de plannings familiaux nationaux. En 2013, 172 pays sont représentés au sein de l'IPPF[9].

L'OMS revoit cette définition en 2003, notamment pour intégrer certains objectifs énoncés lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994 (développée ci-après), mais aussi pour réaffirmer la place de la « *santé sexuelle* » dans le champ de la santé de la reproduction[10]. En effet, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 auront tendance à évacuer la « *santé sexuelle* » au

[8] World Health Organization, (1975), *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*, WHO Technical Report Series No. 572, Geneva, :http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572.pdf consulté le 04/04/13
[9] Margaret Sanger's papers, 2010, The ICCP, in: http://www.nyu.edu/projects/sanger/secure/aboutms/organization_icpp.html consulté le 04/04/13
[10] World Health Organization, (2002), Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva, URL:http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf, consulté le 04/04/13; Sadana, R. (2002) Definition and measurement of reproductive health, *Bulletin of the World Health Organization*. Genève, 80 (5), pp. 407- 409.

profit de la santé maternelle et infantile et de l'égalité entre les sexes[11]. A. Giami (2007) souligne ainsi que dès lors la santé sexuelle est construite en référence à la notion de droits sexuels, ce qui pose la question, non plus exclusivement en termes médicaux mais en termes politiques.

b. La conférence du Caire, une référence pour la 'santé de la reproduction'

Le chapitre VII du Rapport de la Conférence du Caire, (5-13 Septembre 1994) est intitulé *Droits et santé en matière de reproduction*. La définition de « *santé de la reproduction* » qui y figure s'inspire de la définition globale de la santé selon l'OMS. Elle constitue une définition de référence dans ce champ spécifique:

Encadré n° 2 : Santé de la reproduction : *(Rapport du CIPD du Caire, 1994 : 39)*

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire ».

Cette conférence a également pointé la nécessité d'une promotion du droit à l'information, à l'utilisation et à un accès sûr et facilité à une méthode contraceptive de leur choix (tant qu'elle n'est pas contraire à aux lois nationales), tant à destination des femmes que des hommes. L'objectif visait à **améliorer l'accès universel aux services de santé de la reproduction**, accompagnant tant la grossesse et l'accouchement, que les problèmes liés à procréation ou les questions de sexualité (dans une acception ne se limitant aux maladies sexuellement transmissibles).

La dernière conférence mondiale sur la condition des femmes à Pékin en 1995 reprend cette conception élargie de la santé reproductive et génésique, en proposant la mise en place d'actions en faveur du droit à la santé pour les femmes, concernant notamment la santé maternelle, la lutte contre le VIH-Sida et la maîtrise de la reproduction humaine[12].

[11] Dans l'objectif 5, liée à la lutte contre la mortalité maternelle, et à sa réduction de 75%, est affirmée l'importance de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Cf. http://www.un.org/fr//millenniumgoals/gender.shtml ethttp://www.un.org/fr//millenniumgoals/maternal.shtml

[12] Organisation des Nations-Unies, avril 2000, Les femmes et la santé à Beijing 1995, Perspective historique. http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fiche3.html consulté le 13/04/13

A.2. Au niveau national, améliorer l'accès aux soins de santé comme priorité politique

De nombreuses politiques publiques de santé se sont succédées en France, dont les ambitions majeures étaient d'une part l'amélioration de la santé de la population, la réduction des inégalités, l'amélioration de l'efficience du système de santé dans son ensemble et enfin une avancée en matière de démocratie sanitaire. La volonté politique d'assurer une égalité de traitement de tous les citoyens sur tout le territoire s'est traduite en initiatives législatives dès le début des années 1990, en directe relation avec des grands rapports nationaux sur l'état de santé des Français, comme le Rapport Wresinski ('*Grande pauvreté et précarité économique et sociale'*) de 1987 ou les rapports du Haut Comité de la Santé Publique ('*La santé en France'*) publiés périodiquement depuis 1994 (cf. Larcher, 2011, p. 90-91). Plusieurs mesures de restructuration sont entamées en parallèle, succinctement présentées ci-après.

A.2.1. Les réformes du système de santé

a. Un nouveau découpage d'organisation des soins, plus décentralisé

La réorganisation du système de santé est lancée par la création du SROS (Schéma régional d'organisation sanitaire), inscrite dans la *Loi de la réforme hospitalière, no 91-748, du 31 juillet 1991*. Deux générations de SROS se sont succédées entre 1991 et 2004, évoluant vers un modèle plus participatif dans leur conception.

Ainsi, *La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique* dispose que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé » (article L. 1411-11 du Code de la santé publique)[13].

La troisième génération de SROS (2005-2011) annoncée dans la circulaire du *5 mars 2004* accompagne d'autres réformes relatives au système de soins (dont celles des établissements de santé : la tarification par actes *T2A*, le *Plan Hôpital 2007*). Concernant le nouvel espace de planification que constituent par exemple les territoires de santé, qui remplacent désormais la carte sanitaire, des différences sont notées selon les régions françaises et les secteurs de la santé (Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., 2008).

Enfin, la *loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009*, leur conserve le même sigle, mais les transforme en Schémas régionaux d'organisation des soins qui s'intègrent désormais aux PRS (Projets Régionaux de santé) et voient leur champ d'application étendue à l'offre de soins ambulatoire. Une nouvelle dimension territoriale est désormais apportée pour ancrer les politiques décentralisées de santé dans les Régions françaises.

[13] cf. IGAS, *(2011), Rapport sur la médecine scolaire*, p. 28.

Encadré n° 3: les territoires de santé, nouvel espace de planification sanitaire

Dans un souci de décloisonnement des secteurs, la loi HPST de 2009, habilite les ARS (Agences Régionales de Santé) à définir «les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». Ces territoires servent désormais de référence pour le schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).

Aux termes de la loi HPST, chaque ***territoire de santé est doté d'une instance consultative****, la conférence de territoire****,*** *qui « contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le Projet Régional de Santé (PRS) et les programmes nationaux de santé publique.*
Elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé ».
Ces conférences de territoire s'inscrivent dans une ***démocratie sanitaire*** *en permettant que se développe dans chaque territoire un débat de qualité entre les différents acteurs, sur les choix et les décisions qui le concernent.*

b. Des dispositifs de lutte contre la pauvreté, les exclusions et les inégalités

En parallèle, plusieurs mesures sont mises en place (souvent en complémentarité avec les politiques sociales de lutte contre la pauvreté et les exclusions) pour instaurer des dispositifs nationaux visant à réduire les inégalités d'accès aux soins.
Le 29 juillet 1998 a été promulguée la *Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi n°98-657)* qui réaffirme l'accès aux droits fondamentaux (dont la santé fait partie, mais aussi l'emploi et le logement), comme un « impératif national ».

-Les PRAPS et les PASS

Dans cette perspective, la loi (art. 71) instaure les PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins), destinés à améliorer l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des plus démunis et à permettre aux publics les plus fragilisés d'avoir accès de la même manière que tous au dispositif de droit commun. Elle incite « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier à mettre en place des PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) « adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. » (Article L.711-7-1 du Code de la Santé Publique). Un récent colloque, organisé le 23 novembre 2012 par le Ministère des Affaires sociales et de la santé et l'Ong MDM, sur le thème « Les PASS : un modèle éthique de notre société », interrogeait celles-ci sur leur fondement moral et sociétal. La dimension humaine et humaniste de ce dispositif encore difficilement appliqué dans les faits y a été discutée et défendue par l'ensemble des participants, qui ont pointés l'insuffisance des moyens accordés à ces Permanences, dont les configurations diffèrent beaucoup selon les régions de l'hexagone.

-La CMU et l'AME, des mesures phares

La création de la Couverture Maladie Universelle (CMU et CMU-C), ainsi que de l'Aide Médicale d'Etat (AME), en est également l'une des mesures les plus symboliques (Loi du 27 juillet 1999). La CMU permet à l'ensemble des bénéficiaires sous conditions de ressources (plafond pour une personne à 661 euros/mois au 1er Juillet 2012) et résidant en France de manière stable et régulière (c'est-à-dire de façon continue depuis plus de trois mois), d'accéder à une prise en charge gratuite de toutes les dépenses de santé avec dispense d'avance de frais et sans dépassement d'honoraires. En complément, l'AME s'adresse aux personnes étrangères en situation irrégulière, en respectant les mêmes principes.

-L'ACS, restée peu connue

L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) a été mise en place au 1er janvier 2005, en vertu de la loi du 13 août 2004. Ce dispositif vise à inciter les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du plafond de la CMU-C (majoré à 20%), à souscrire une complémentaire santé (plafond pour une personne à 893 euros/mois au 1er Juillet 2012). Mais ce dispositif demeure peu connu et la demande faible, notamment en raison d'une procédure décrite comme pouvant sembler compliquée ou pas assez accessible.[14]

-Le Pacte Territoire-Santé

Très récemment, pour lutter contre les inégalités territoriales et contre la désertification médicale, la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a annoncé un plan global de lutte contre les déserts médicaux, le 13 décembre 2012. Celui-ci se traduit par l'établissement d'un « Pacte territoire-santé », composé de **12 engagements, répondant à trois objectifs :**

1 - Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins (engagements 1 à 4)
2 - Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé. (engagements 5 à 8)
3 - Investir dans les territoires isolés (engagements 9 à 12)

Ces propositions sont actuellement soumises à une concertation nationale et régionale, menées tant avec les associations d'élus et de patients, ainsi qu'avec les représentants de médecins – notamment des jeunes – et du monde hospitalier, qu'avec les ARS.

A.2.2. Le cadre législatif français en matière de SRG: quelques dates-clés

a. Les politiques de soutien aux familles en France

Les politiques familiales et plus précisément leurs actions sur les situations de vulnérabilité – par le versement de prestations sociales- méritent aussi attention. L'apparition de nouvelles formes familiales, est venue renforcer le contrôle de l'Etat, car aujourd'hui la parentalité est de plus en plus complexe, multiple. « Les rôles (parentaux) sont plus flous, fréquemment redessinés, renégociés » (Martin, 2003 : 24). On voit alors apparaître un discours sur les compétences, sur la responsabilité, sur la présence des parents, parfois accusés de « faire défaut » ou pointés comme « démissionnaires ». Certaines formes familiales, comme les familles monoparentales, mais plus largement les parents qui se trouvent dans une situation de précarité sont désignés comme étant les plus « à risques ». Les statistiques (Insee, Onpes)

[14] Cf. l'étude menée par l'Irdes en janvier 2009 par l'Université Paris-Dauphine (Guthmuller S, Jusot F. *et al.* , 2011)

montrent parallèlement que ce sont les femmes qui représentent la plus grande part de ces foyers monoparentaux vulnérables. Les politiques familiales ont dû s'adapter à l'émergence de cette question sociale. *« Le « coût de l'enfant » ne doit pas amputer les revenus de la famille et doit être par conséquent, pris en compte de façon proportionnelle par rapport aux niveaux de revenus familiaux (…)»* (Commaille et Martin, 1998 : 114). Le versement des prestations sociales est donc de moins en moins « universel » mais tient désormais compte des inégalités de revenus.

Encadré n° 4: quelques constats sur la maternité des femmes et ses conséquences sur les dépenses de santé

Pour les populations fragilisées la santé génésique et reproductive constitue un enjeu de santé publique important. Plusieurs travaux montrent qu' « une femme qui est en santé avant sa grossesse aura de meilleures chances d'être en santé pendant sa grossesse; une grossesse en santé donnera de meilleures chances d'aboutir à une naissance en santé; une naissance en santé et la préparation au rôle parental contribueront à la bonne santé de l'enfant et de sa famille ». On sait par ailleurs que des problèmes pendant la grossesse ou à la naissance entraîneront des coûts importants pour le système de santé (séjours plus longs et plus fréquents à l'hôpital, soins primaires…). En termes d'accès aux soins, les femmes qui reçoivent des soins prénatals de façon précoce et régulière ont de meilleurs résultats que celles qui n'en reçoivent pas. Les femmes qui ne reçoivent pas de soins prénataux courent plus de risques d'avoir un bébé prématuré, de faible poids à la naissance ou mort-né. Il faut aussi tenir compte des facteurs environnementaux (exposition à des substances toxiques), de la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues…), de l'hygiène de vie (alimentation (allaitement), activité physique) de l'exposition aux violences psychiques et physiques, de l'âge de la mère, de son niveau d'étude, de son statut social. Tous ces indicateurs sont pour l'épidémiologie, prédictifs du niveau de santé de la mère et de l'enfant.

b. La SRG sous contrôle des politiques publiques

En France, la santé reproductive et génésique a fait l'objet d'un contrôle étatique, par le biais de lois et de politiques publiques, dès le début du XIXe siècle. Celles-ci ont évolué après la 2ème Guerre mondiale, en faveur d'une libéralisation, dans un contexte de mouvement féministe et de progrès scientifiques et médicaux. L'encadré n°5 retrace quelques dates repères qui sont à retenir en regard de notre objet d'étude, concernant tant la contraception que l'avortement ou la procréation.

Encadré n° 5: Principales dates repères sur la législation françaises en SRG

En 1810, l'article 317 du code pénal définit l'avortement comme un crime passible de la Cour d'assises. La loi française du 31 juillet 1920 (code napoléonien) réprime « la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle ». Un premier aménagement y est porté en 1955 par un décret autorisant l'avortement à visée « thérapeutique ». Il faut attendre la ***loi Neuwirth*** *(n° 67-1176 du 28 Décembre 1967) pour obtenir le droit d'utiliser une contraception. Sa publicité, interdite par la loi de 1920, n'est toujours pas autorisée en dehors des revues médicales. La loi de 1974 instaure le remboursement de la contraception par la sécurité sociale, et permet aux mineures et aux non-assurées sociales de se la procurer gratuitement et de façon anonyme auprès des centres de planification qui se développent depuis les années 1960.*

La ***loi Veil****, n° 75-17, du 17 janvier 1975 marque un tournant symbolique dans le droit des femmes en autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle pose pour la première fois différemment le problème de la maternité, en créant le « droit » de ne pas avoir d'enfant. D'abord adoptée à titre expérimental pour 5 ans, elle est confirmée en 1979 par une loi*[15] *qui introduit la notion de « clause de conscience » en faveur des médecins qui obtiennent ainsi le choix de pratiquer ou non des IVG. L'IVG devient plus accessible aux femmes dès 1982, grâce au remboursement par la sécurité sociale (loi Roudy- n°83-1172 du 31 Décembre 1982). Les techniques évoluent aussi : ainsi, en 1990, l'utilisation du RU 486, technique médicamenteuse de l'IVG, est autorisée. Suite à des attaques de centres d'IVG par des « commandos anti-avortement », la loi Neiertz (n°93-121 du 27 Janvier 1993) dépénalise l'auto-avortement et crée le délit d'entrave à l'IVG.*

La ***loi du 04 juillet 2001***[16] *actualise celle de 1967 sur la contraception et celle de 1975 sur l'IVG. Elle allonge le délai légal de recours à l'IVG (le portant de dix à douze semaines de grossesse) ainsi qu'à l'avortement pour motif thérapeutique (IMG ou ITG, qui peut être pratiqué au-delà du délai des douze premières semaines). L'autorisation parentale pour les mineures est supprimée, et celles-ci peuvent désormais recourir à l'IVG accompagnées d'un adulte de leur choix. Enfin, cette loi rend légale la « stérilisation à visée contraceptive ».*

Le 13 décembre 2001, est promulguée ***la loi relative à la contraception d'urgence*** *qui en autorise la délivrance sans ordonnance et, pour les mineures, à titre gratuit dans les pharmacies. Améliorant encore l'accessibilité à l'IVG, le décret de 2004*[17] *permet la réalisation d'IVG médicamenteuse en médecine de ville.*

Enfin, ***la loi de bioéthique du 6 août 2004****, dont certaines dispositions ont été révisées par la loi du 7 juillet 2011, entérine la PMA, définie par les premières lois bioéthiques de 1994 en France et créée l'Agence de la bioéthique. Le but de cette aide médicale à la procréation (AMP) doit être de "remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité". Une extension de la PMA a fait l'objet de discussions depuis 2012, parallèlement à l'adoption de la loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, publiée au JO du 18 mai 2013.*

[15] Loi Veil-Pelletier - loi n° 79-1204, du 31 décembre 1979
[16] Loi Aubry-Guigou - loi n° 2001-588, du 4 juillet 2001
[17] Décret 2004-636 sur l'IVG médicamenteuse

A.3. Au niveau local, des dispositifs spécifiques relayent les politiques de lutte contre les inégalités

A.3.1. L'échelon régional s'est mobilisé

Dans le cadre de la décentralisation à l'œuvre et du programme de régionalisation de la santé en France, un certain nombre d'outils de gestion et d'observation du secteur sanitaire ont été mis en place pour regrouper le pilotage et les centres de décisions. La mutation des configurations territoriales et institutionnelles actuelle contribue à renforcer l'échelon régional, comme promoteur d'un réajustement des échelles de pouvoir qui pourrait agir sur les inégalités à réduire. Un rapide rappel des différents acteurs de cet échelon paraît utile.

a. L' ARS, comme nouvelle instance de coordination sur le territoire

Les ARS, nées le 1er avril 2010 remplacent les ARH -suite à la loi HPST (2009)- et regroupent les ressources de l'Etat et de l'Assurance Maladie : DRASS, DDASS et les DSDS, les GRSP et les MRS les URCAM et les CRAM. Elles sont désormais chargées de relayer les politiques nationales de santé, par une action de coordination, tout en les adaptant localement et en définissant les priorités régionales. Ainsi, la région Aquitaine est organisée depuis juillet 2010, en 6 territoires de santé, comprenant 117 bassins de vie, plus adaptés pour l'analyse des besoins de soins de premier recours. « Le territoire temporairement retenu pour déterminer les zones fragiles a été, dans un premier temps, celui du canton (231 en Aquitaine), élargi ensuite au bassin de vie correspondant »[18]. Nicole Klein, alors directrice générale de l'ARS d'Aquitaine a arrêté le Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016, le 1er mars 2012; il vise à mettre en œuvre une politique régionale au service de la santé des populations notamment les plus fragiles.

Dans la perspective de développer une véritable démocratie sanitaire, l'ARS Aquitaine s'appuie sur un certain nombre d'instances (la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la conférence de territoire, les commissions de coordination des politiques publiques, le Conseil de surveillance). [19] Parmi les objectifs fixés figure la question des soins de premier recours, identifiés comme un enjeu important de l'offre de soins. Au vu du caractère rural de certaines parties de la région et du nouveau problème de la « désertification médicale »[20], l'ARS Aquitaine soutient depuis 2011, les initiatives visant à l'installation des jeunes médecins et les professionnels de santé dans les zones déficitaires (par le biais d'aides à l'installation et de stages) et à leur regroupement (en maisons de santé pluridisciplinaires, en pôles ou en centres de santé, avec expérimentations de nouveaux modes de rémunération...). En 2013, 3 axes et 12 engagements pour lutter contre les déserts médicaux ont été définis au niveau national, dans le cadre de l'élaboration d'un pacte territoire santé, sur l'impulsion de la Ministre Marisol Touraine.

Plus localement, en Médoc, par exemple, le projet de santé du territoire qui avait été élaboré en 2011 portait sur le maintien et l'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins (cf. Annexe 11). Ceci a contribué à l'élaboration concertée du Contrat local de santé (CLS), signé le 4 décembre dernier (Annexe n°12) qui a dédié deux axes spécifiques à cette question devenue incontournable :

[18] Cf. SROS- PRS Aquitaine, 2012-2016, p. 15

[19] Cette agence a été mise en place à partir de juillet 2010, juste avant le début de notre recherche, ce qui peut expliquer le sentiment de manque de recul exprimé par les personnes sollicitées pour l'étude et notre difficulté à obtenir des informations spécifiques sur l'état des lieux de la SRG dans la région.

[20] H. Rouquette-Valeins, « La dangereuse avancée du désert médical », *Sud - Ouest* du 18 juin 2011, pp. 10-11, signalant une baisse de l'effectif des médecins généralistes en activité, inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins en Gironde de 2493 au 1er janv. 2007 à 2371 au 1er janv. 2011.

Encadré n° 6: Extrait du Contrat Local de Santé du Médoc

Axe stratégique 4 : « Amélioration de la coordination des acteurs afin de faciliter l'accès aux soins »
Objectif 4.1 **:** *Assurer / maintenir une offre de soins de proximité et diversifiée*
Objectif 4.2 **:** *Développer, structurer et/ou renforcer des logiques de réseaux coordonnés et pluridisciplinaires*
Objectif 4.3 **:** *Identifier et communiquer sur les ressources locales dans une optique de parcours santé coordonnés*
Objectif 4.4 : Développer un système d'information performant entre les acteurs de santé (télémédecine)
Axe stratégique 5 : « Renforcement de l'attractivité professionnelle et des compétences des acteurs du territoire »
Objectif 5.1 : Promouvoir des outils de communication adaptés
Objectif 5.2 : Développer une bourse à l'emploi
Objectif 5.3 : Favoriser la mutualisation des professionnels entre les opérateurs
Objectif 5.4 : Nouer des partenariats privilégiés avec les structures de formation initiale et continue des professionnels de santé concourant à la santé des médocains
Objectif 5.5 : Développer des formations adaptées aux besoins du territoire
Objectif 5.6 : Développer et soutenir les compétences des acteurs locaux (par des sessions de formation, des rencontres thématiques, des réunions d'informations et/ou des groupes d'échanges de pratiques sur des problématiques partagées)

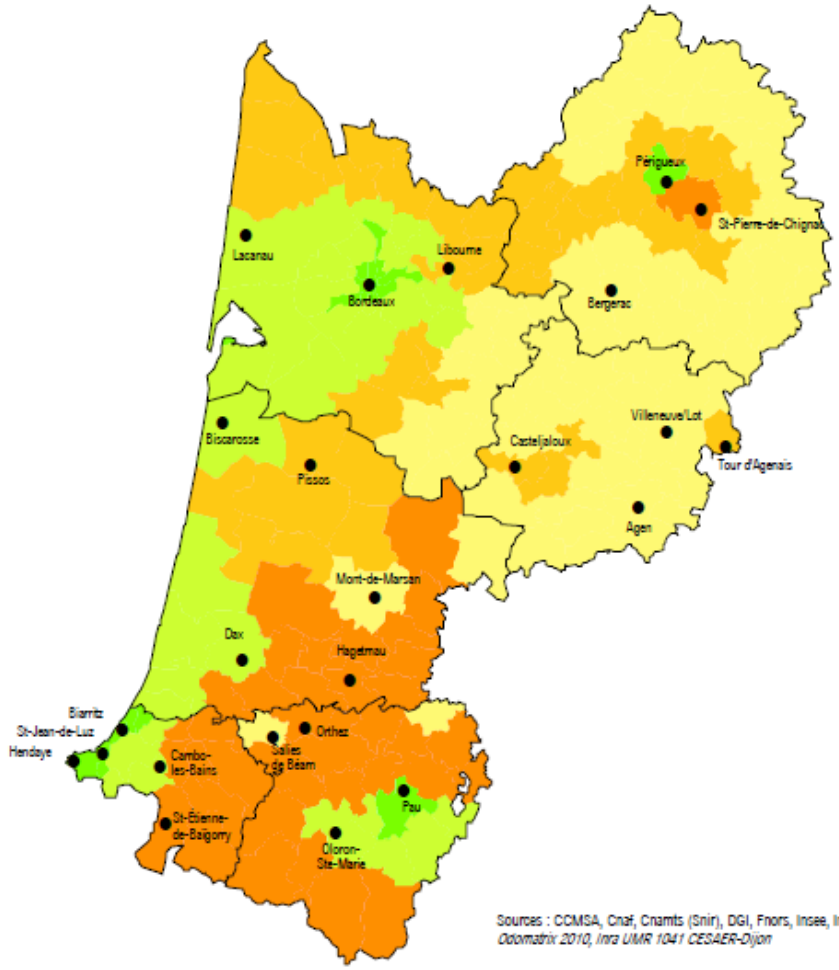
Cependant, on a pu aussi noter durant l'enquête, que l'ARS a pris des mesures de pilotage sur des questions « sensibles », en vue de rationaliser l'offre de soins, telle la suppression des gardes de nuit des médecins en septembre 2012 sur toute la région Aquitaine, hormis quelques zones rurales ou urbaines très peuplées. [21] Désormais, à l'exception des Landes, les habitants des cinq départements, et notamment ceux du territoire médocain, doivent appeler le centre de régulation du 15, pour contacter un médecin le soir ou le week-end. La personne y est entendue et orientée ou secourue sur place, selon l'urgence du problème rencontré et le lieu d'habitation. Dans les zones les plus isolées, l'accès au médecin d'astreinte est aussi désormais régulé par le 15, comme l'accès à SOS Médecins dans les agglomérations où l'association continue d'assurer la permanence des soins dite « de nuit profonde » (entre 0 et 8h).

b. L'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine rend visible les inégalités de santé

Parmi les 26 ORS français, instaurés depuis les années 1980, l'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine (ORSa), constitue l'une des principales sources de données locales en matière de santé et du social. De par sa mission de mise à disposition de données fiables et actualisées, il se positionne comme acteur incontournable de la scène régionale, comme aide à la décision politique. Sur la question des inégalités de santé, l'ORSa produit des données statistiques et cartographiques permettant de pointer les disparités sociales et territoriales, notamment en SRG[22]. Il a également participé à l'élaboration du diagnostic pour l'élaboration du schéma régional de prévention et du PRAPS (ORSa 2011).

Carte n° 1 : Inégalités socio-sanitaires en Aquitaine 2010-typologie des cantons aquitains
Source : ORSa, 2010

[21] Cf. *Sud - Ouest* du 5 septembre 2012. pp.2-3 : Campagne C. « La réforme qui démonte la garde » et « SOS médecins sauve sa peau ».
[22] Cf. ORSa (2010), *Inégalités socio-sanitaires en Aquitaine, une typologie cantonale*, Bordeaux, ORSa, déc 2010 et les statistiques et cartes utilisées dans le diagnostic socio-sanitaire réalisé en SRG dans le cadre de cette recherche, projet tutoré Isped : Barul C., Fadiga F. et Picot C., (2013). Dir : L. Kotobi et M-A Jutand).



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts (Snir), DGI, Fnors, Insee, Inserm (CépiDc), *Odomatrix 2010, Inra UMR 1041 CESAER-Dijon*

Classe 1 : Zones généralement rurales, caractérisées par de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, une certaine précarité, une offre médicale peu élevée et un éloignement des services de soins, une sous-mortalité par rapport à l'ensemble de la région, hormis pour les morts violentes

Classe 2 : Zones généralement assez peu peuplées, caractérisées par une forte surmortalité par rapport à la moyenne aquitaine, une proportion élevée d'ouvriers, des situations de précarité fréquentes, un temps d'accès généralement élevé aux services de soins

Classe 3 : Zones généralement assez peu peuplées (certaines étant montagneuses), caractérisées par une forte proportion d'agriculteurs exploitants, une situation socio-économique assez favorable, un temps d'accès aux généralistes plutôt élevé et une surmortalité par rapport à la moyenne aquitaine pour la mortalité générale, les maladies des appareils circulatoire et respiratoire

Classe 4 : Zones urbaines, fortement peuplées, caractérisées par une population socialement plutôt favorisée, une proximité des services de soins et une offre médicale importante, une sous-mortalité par rapport à la moyenne aquitaine pour la mortalité générale et prématurée mais une surmortalité par cancers

Classe 5 : Zones très urbanisées, globalement en sous-mortalité, avec des caractéristiques propres à cette urbanisation : offre de soins diversifiée à proximité, population plutôt jeune, importance du mode de vie isolé, situations socio-économiques contrastées

c. Le Conseil Régional d'Aquitaine

Parmi les nombreuses prérogatives des Conseils Régionaux, définies par la loi de décentralisation du 2 mars 1982, figurent le développement économique et social mais aussi sanitaire de leur territoire (art. 59). La répartition des compétences entre l'État, les Régions, les Départements et les Communes ont peu à peu évolué et la santé, auparavant un champ d'action mineur, s'est vu renforcé depuis la loi du 13 août 2004. Leur est désormais dévolue la possibilité de mettre par exemple en place des campagnes de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida (cf. encadré ci-après) et les infections sexuellement transmissibles (IST), ou de participer exceptionnellement au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

Encadré n° 7: les CDAG ou les Consultations de dépistage anonyme et gratuit :

Ces consultations de dépistage anonyme et gratuit ont été créées en 1988[23] pour favoriser le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sans risque de stigmatisation des populations. En application de l'article L.3121-2 du CSP, elles réalisent de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés. Elles peuvent avoir lieu dans des établissements de santé publics ou privé, ou dans des services et organismes relevant des collectivités territoriales. Depuis 2009 et la Loi HPST, les régions ont comme mission de désigner/mettre en place au moins un centre par département où les CDAG peuvent être déroulées, aujourd'hui connus sur le nom de Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Les missions CDAG-CIDDIST ont récemment évoluées avec l'autonomie régionale, pouvoir inclure – en fonction des besoins locales – le dépistage d'autres maladies transmissibles, dont notamment les hépatites B et C.[24]
Il est important de noter que depuis 2000, l'accès aux CDAG permet également la gratuité de la contraception d'urgence pour les mineures[25]. Au niveau de la Gironde, il y a actuellement un seul CIDAG basé à la MDS de Bordeaux (qui propose des consultations quotidiennes avec un total de 30h30 par semaine).

Pendant notre recherche, dans le cadre de la lutte contre les inégalités et pour favoriser l'accès des jeunes à la contraception anonyme et gratuite, la région Aquitaine a initié à titre expérimental, un « Pass Accès contraception » à destination des jeunes, âgés de 16 à 25 ans, sur le modèle de l'expérience initiée en Poitou-Charentes, par Ségolène Royal, en septembre 2012. [26] Ce nouveau dispositif met à disposition des jeunes un chéquier contenant plusieurs coupons de prise en charge médicale et qui donnent accès à deux visites chez le médecin, à des analyses de laboratoires et à tous les moyens de contraception (y compris d'urgence). Les professionnels associés au dispositif par conventionnement voient leurs prestations remboursées par la Région Aquitaine. Ce Pass n'a été mis en œuvre que sur certains territoires des cinq départements (le Médoc n'en fait pas partie en Gironde, mais Blaye, et Bourg notamment). Ces chéquiers sont distribués ou diffusés par des structures relais (missions locales, lycées, CPEF des CG, MFR…) mobilisées à cette occasion. L'évaluation intermédiaire de 2013 pointe une majorité de bénéficiaires majeurs, une faible utilisation des chéquiers, et propose la reconduction du dispositif jusqu'en 2015, pour mieux le promouvoir. D'autres initiatives en matière de SRG ont pu être relevées, telles la Journée de réflexion collective et d'échanges sur le thème « santé & sexualité(s)» en octobre 2013, organisée par le COREVIH.[27]

[23] http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/06/cir_35427.pdf.

[24] cf. Cf. la CIRCULAIRE N°DGS/RI2/2012/222 du 01 juin 2012 relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH.

[25] Loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, qui autorise la distribution gratuite dans les pharmacies et par les infirmières scolaires au sein de l'établissement scolaire pour les jeunes de moins de 18 ans.

[26] Cf. www. Jeunes.aquitaine.fr/passcontraception et Kotobi L, (2013), « Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc», *La santé en action*, n°423, mars 2013, pp. 31-32. Dossier : « Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ? »

[27] http:// www.corevih-aquitaine.org, 8 octobre 2013, Gujan-Mestras,

Plus généralement, on peut relever une nette orientation en Aquitaine, vers la lutte contre les inégalités de santé dès 2007, qui a donné lieu par exemple à l'engagement de la Région dans le projet européen AIR décrit ci-après, qui illustre le phénomène de transnationalisation précédent évoqué.

Encadré n° 8 : Le ***Projet AIR*** et la ***Déclaration de lutte contre les inégalités de santé***

*Le **Projet AIR** (Addressing Inequalities Interventions in Regions) est un projet européen (2009-2012) sur la réduction des inégalités de santé par les soins primaires piloté par le Conseil Régional d'Aquitaine[28], qui associe 31 partenaires et 15 pays européens. Il est le prolongement de réflexions initiées en 2007 entre la région Aquitaine et le réseau ENRICH[29] (European Network of Regions Improving Citizens Health) finalisées par la signature d'une **Déclaration de lutte contre les inégalités de santé**[30] en juin 2007. Le projet propose des exemples d'interventions visant à réduire les inégalités de santé par les soins primaires en prenant en compte l'efficacité, les coûts et la population cible. Son objectif final étais de fournir des recommandations aux décideurs politiques et aux professionnels de santé.*

Après une première étape de recherche, les interventions existantes destinées à réduire les inégalités de santé ont pu être classifiées en trois groupes: (a) l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé (avec une distinction entre l'amélioration de la couverture d'assurance, et l'offre des soins gratuits); (b) la promotion de la santé dans les communautés (par des transferts de connaissance ou des modifications des comportements) et (c) la modification de l'offre de soins de santé[31]. A cela s'ajoute des actions 'parapluie', qui ne « constituent pas une intervention en soi, mais fournissent un cadre juridique, financier ou les deux pour un grand nombre de petites interventions dans un contexte particulier » (IRDES_AIR 2012, p. 9).

90 interventions européennes ont été ensuite identifiées lors de la deuxième étape de recherche, et parmi celles-ci 46 interventions ont été analysées dans 16 pays européens et 20 régions dans la dernière étape. Lors de la Conférence finale du projet, tenue le 19 avril 2012 à Budapest, la conclusion générale a mis en avant le fait que « dans le contexte actuel de la crise économique et des réductions budgétaires dans le secteur de la santé, la couverture de maladie universelle et l'accès aux soins jouent, aujourd'hui plus que jamais, un rôle essentiel dans la lutte contre l'augmentation des inégalités de santé. Cependant, les soins gratuits, la baisse des honoraires et l'accessibilité géographique aux services des soins primaires doivent être soutenus par une volonté politique, aussi bien au niveau national que régional » (Brochure AIR 2012, p.19).

Enfin, le Conseil Régional soutient les initiatives locales qui contribuent à promouvoir, à l'échelle des Pays par exemple, les projets de création de maisons de santé rurales pluridisciplinaires, en vue de maintenir l'offre de santé en milieu rural, pour lutter contre la

[28] http://aquitaine.fr/politiques-regionales/sante-solidarite/projet-europeen-air.html

[29] http://www.enrich-network.eu/ dont les recommandations incluaient la prise en compte de la variable du genre.

[30] http://aquitaine.fr/IMG/pdf/Declaration_-_inegalites_de_sante.pdf

[31] Cf. IRDES_AIR (2012) : *Les résultats de recherche dans la littérature* (16). Document de travail distribué lors de la conférence AIR à Bordeaux en novembre 2011 et réalisé par le Groupe de Travail no. 4, « Bibliographie et échanges » sous le pilotage de Dr. Yann Bourgueil, IRDES, France.

désertification médicale (cf. les projets financés en Dordogne en 2011)[32], tout en développant et en mutualisant les services à la population. En Médoc, un projet de Maison de santé est en place sur Hourtin, tandis qu'un pôle privé de santé s'est constitué sur Pauillac, à l'initiative d'un pharmacien local.[33]

L'accès aux soins en SRG apparaît cependant davantage déployé par les instances politiques locales, aux échelons du Département et du Pays, comme nous allons le voir.

A.3.2. Des exemples d'initiatives locales de lutte contre les inégalités de santé

a. Le Conseil Général 33 (CG)

A l'échelon du Département, le CG 33 est fortement impliqué dans l'amélioration des conditions de vie et d'accès aux services de santé et de solidarité, des publics en difficulté. Il s'appuie sur un maillage institutionnel qui s'étend de la gestion administrative à l'accueil des publics, sur des « missions » très spécifiques, comme le montre l'exemple suivant :

- L'Observatoire Girondin de la pauvreté et de la précarité (OGPP), créé en décembre 2008, au sein de la Mission précarité-pauvreté du Conseil Général de la Gironde, vise à « *repérer les domaines dans lesquels il importe de mettre en œuvre des actions publiques visant à prévenir les processus de précarisation, et, par voie de conséquence, rendre plus efficientes les politiques départementales*». L'objectif que se donne cette Mission est d'introduire la notion de « précaution sociale » dans les actions publiques menées, à l'échelle départementale. L'encadré ci-après présente les axes du projet de recherche mené sous l'égide de la Conférence Girondine sur la Pauvreté et la Précarité (CGPP) :

Encadré n 9: Extrait du Rapport annuel de l'Observatoire Girondin de la Précarité et de la Pauvreté, 2011, p. 155

« Les démarches du projet :
1- Un axe quantitatif appréhendé avec deux types d'analyses :
a)- Une analyse quantitative cartographiée à l'échelle des cantons girondins (différentes formes de pauvreté, mesurées par les données administratives localisées) autour de thèmes:
• La pauvreté monétaire
• Les minima sociaux
• Le chômage et les temps partiels
• Le logement
• Les aides sociales apportées aux populations
b)- Une analyse quantitative plus générale mais plus approfondie des processus d'entrée et de sortie de la pauvreté (facteurs biographiques, facteurs contextuels et marqueurs stables), avec tentative de déclinaison territoriale.
2-Un axe qualitatif abordé avec des ateliers thématiques :
-En 2009: la précarité énergétique, le logement, les problématiques des familles monoparentales, la précarité - pauvreté en milieu rural, les travailleurs pauvres, la santé.
-En 2010-11: nutrition-santé, les personnes âgées de 60 ans et plus, les jeunes majeurs de 18 à 25 ans, l'aménagement du territoire : territoire subi, territoire choisi.
Ces ateliers thématiques se sont déroulés sur une demi-journée et ont été proposés en tant que lieux d'échanges autour d'informations de terrain. La première série d'ateliers a rassemblé, sur 2009, plus de 150 participants et 93 structures qui se sont complétés, lors de la deuxième série, en 2010-2011, par 191 participants et 121 structures.

- Le CG 33 est également un acteur phare dans le domaine de la SRG, pour lequel il assure

[32] Communiqué de presse du 25 oct 2011 : CRA, *Santé et social : agir pour le bien-être des aquitains*
[33] Cf. le site du pays Médoc, Caurraze M. (2012), *Le Journal du Médoc*, p. 4 et Nauzin M. (2012), p.5

une offre publique de proximité sur l'ensemble du département, à travers les Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI). En effet, les anciens Centres Médico-Sociaux (CMS) ont été remplacés suivant les départements français par les Maisons Départementales de la Solidarité (MDS) ou par les MDSI qui ont ajouté l'Insertion à leur mission, comme c'est le cas en Gironde. Sur les 37 maisons, trois se situent dans le Médoc, sur les principales agglomérations, le long de l'axe routier. Celles-ci, que nous aurons l'occasion de décrire, abritent notamment les services de PMI et d'aide sociale, et souvent les CPEF (dont les fonctions sont détaillées dans l'encadré ci-après)

Encadré n° 10: Les CPEF ou Centres de Planification et d'Education Familiale

Par le biais des CPEF et des associations de planning familial, il existe en France une relative gratuité de l'accès au conseil conjugal, à des soins de gynécologie et à la délivrance d'une contraception. Ces centres sont des institutions publiques qui trouvent leur origine dans la Loi Neuwirth de 1967 qui les a institués pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives. Leurs missions ont évolué depuis avec le contexte juridique et sociologique de l'exercice de la sexualité. Actuellement près de 1200 CPEF fonctionnent sur le territoire français (Aubin et al. 2011). Ils assurent des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une IVG. A cela s'ajoutent des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Au niveau de la Gironde par exemple, il y aurait actuellement 22 centres répartis sur le territoire urbain et rural. [34] *Parmi ceux-ci, trois développent actuellement leurs activités sur le territoire médocain*[35].

-Enfin, en SRG, le Conseil Général de la Gironde se mobilise régulièrement avec ses acteurs partenaires (institutionnels ou associatifs), à l'occasion de campagnes. On citera l'action de prévention estivale mise en œuvre par la COREVIH (Coordination Régionale de la lutte contre le VIH) sous le nom de « *Sea, Sex & Test* », qui encourage au dépistage des IST.[36]

b. La mission santé-solidarité du Pays Médoc

Au niveau des Pays, le syndicat mixte Pays Médoc par exemple, a démarré en 2008 un schéma de services, incluant un volet santé-solidarité, par le biais de sa Plate-forme de

[34] Cf. la plaquette du CG33 et le site : http://www.gironde.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/centres_de_planification2011.pdf . Le même site du CG en indique aussi le chiffre de 27 centres, gérés ou financés par le département : http://www.gironde.fr/jcms/c_16571/contraception-vous-informer-et-vous-conseiller, consulté le 8 déc 2013.

[35] Un quatrième CPEF existe également dans une ville de la CUB, située au Sud du Médoc, à la périphérie urbaine de Bordeaux. Sa situation géographique nous a conduites à ne pas le comptabiliser comme un CPEF médocain, même s'il reçoit des populations des alentours. Un cinquième CPEF médocain, qui fonctionnait au début des années 2000 dans le Nord du territoire a dû fermer, apparemment en raison du manque de public, en dehors de la période estivale.

[36] L'information relative à cette campagne est largement relayée par le site internet du CG et par son magazine *Axiales.*

Développement Sanitaire et Social. Cette structure assure la mise en réseau des acteurs intervenant dans les champs sanitaire et social et les différents niveaux régionaux, départements et communaux, afin de permettre la réalisation d'actions de promotion, d'éducation et de prévention santé sur le territoire. [37] Elle agit comme lieu ressource, autant que comme une instance de médiation et de sensibilisation des élus.
A ce titre, le Pays Médoc a participé à l'élaboration de diagnostics (dont celui qui est à l'origine de l'écriture de sa Charte en 2002) et d'un plan territorial de santé axé sur l'organisation des soins de proximité, par la définition de préconisations et d'une programmation sur trois années, qui s'est accompagnée de publications et de la mise en place d'un site d'information performant.[38] Le projet pluriannuel « Accès à la prévention et aux soins en Médoc », engagé donc en 2008, sur financements du GRSP et du PRAPS a permis de fournir des données quantitatives et qualitatives sur cette question, grâce à l'enquête par questionnaires menée entre septembre 2008 et juin 2009 (auprès de 144 adultes et 85 jeunes de moins de 18 ans). [39] L'objectif de ce projet était d'impulser « une démarche transversale et multidisciplinaire via la constitution d'un réseau santé-social » (Pays Médoc, 2009 : 2) Par la constitution du Réseau Solidarité Médoc Santé (SMS), une dynamique partenariale territoriale est engagée sur la thématique de l'accès aux droits et aux soins et la structure appuie les démarches des professionnels et des bénévoles, notamment par des ateliers (d'échanges de pratiques, des ateliers de santé itinérants) ou de rencontres et formations thématiques. Elle a ainsi accompagné 17 projets en santé social en 2011. Bien que le projet n'ait pas aboutit, un Passeport Santé devait également être mis en place, sur le modèle de l'initiative menée sur la CUB (avec le réseau Santé Solidarité de Bègles), permettant aux personnes d'être soignées sans avance de frais, dans l'attente d'une ouverture de leurs droits.

A.4. Des articulations floues et une concertation encore relative

Si, comme nous avons pu le voir, la lutte contre les inégalités sociales de santé est effectivement devenue un axe prioritaire des politiques sanitaires et sociales étudiées, l'articulation entre les différents échelons du global au local n'est pas toujours claire. Malgré une volonté affichée de démocratie sanitaire, les modalités de gouvernance déployées sur le mode descendant (ou *top-down*) ne sont encore que peu dirigées, par exemple, en direction des publics cibles et des acteurs partenaires de la société civile (associations, ONG, etc.). Ces dernières (telles MDM, ATD Quart Monde, Emmaüs) assurent pourtant de plus en plus de services ou d'actions d'accompagnements aux personnes en difficultés sociales, en même temps qu'elles pointent dans leurs rapports annuels des tendances nationales, mais aussi locales, à partir de leurs statistiques d'activités. Si le rapport 2008 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde, par exemple, s'intéressait déjà à la question des recours (motifs, retards) des différents publics reçus dans les CASO, le diagnostic 2009-2010 de cette ONG sur l'accès aux soins des plus démunis en France tirait la sonnette d'alarme quant à une dégradation brutale de l'état de santé des exclus, avec 17% de consultations médicales en plus, un retard croissant des recours aux soins et une augmentation de 30% en un an des mineurs venant consulter, sans aucune couverture médicale (MDM, 2010).

[37] Cf. Conseil Régional Aquitaine, (2008), *Lettre d'information « Santé &Territoires »*, n°1, janv-mars, p.10.
[38] http://www.pays-medoc.com
[39] *Accès à la prévention et aux soins en Médoc. Retour sur l'enquête effectuée auprès des publics fragiles, connus des partenaires sociaux, médicaux et éducatifs du territoire*, Pays Médoc, juin 2009, 48 p. dact.

Pour autant, peu d'antennes des grandes associations nationales sont ouvertes en Médoc. Dans le secteur de la SRG, les associations de lutte contre le sida ou de prévention des cancers du sein, par exemple, présentes sur la CUB, ne semblent déployer que quelques activités ponctuelles sur le territoire médocain, lors d'événements particuliers (événements sportif ou culturel) ou de campagnes (la journée du sida ou « octobre rose »)[40]. Ces associations sont la plupart du temps sollicitées par les structures locales, pour intervenir, à titre préventif ou éducationnel, dans les lycées et collèges.

La carte de l'Annexe n°1 montre ainsi une présence essentiellement tournée vers l'aide alimentaire distribuée en direction des populations en difficulté, par les antennes locales de quelques associations caritatives nationales. Ce qui reflète la dynamique engagée depuis 2007, par le Pays Médoc sur l'harmonisation de la politique d'aide alimentaire locale, en relation avec l'animation territorialisée « nutrition et précarité » (soutenue par le GRSP 2008 et impulsée au niveau national, par le deuxième PNNS 2006-2010), dans le cadre d'un partenariat de promotion et d'éducation pour la santé, avec le CRAES CRIPS Aquitaine.[41] Ce retour d'un fort investissement dans le secteur de l'aide alimentaire par les organismes caritatifs confessionnels ou laïcs n'est pas sans rappeler une tradition de secours qui relaie le désengagement de l'Etat providence au cours de ces dernières décennies, dans cette forme d'assistance élémentaire (Clément et Lagoutte, 2009).

Une certaine sectorisation, conjuguée à la bureaucratie bien connue dans l'administration nationale, participe d'un sentiment d'empilement des dispositifs, aux différents échelons, plutôt qu'à leur articulation, tant entre les différents services de l'Etat, que dans le temps (ceux-ci pouvant changer avec les gouvernements ou élections successives…). Ainsi, la pluralité des niveaux et des acteurs impliqués dans ce que J-P. Olivier de Sardan (1995) propose d'étudier comme une « arène », complexifie la vision d'ensemble de l'accès aux soins, qui plus est, dans un secteur spécifique comme la SRG. De surcroît, chaque niveau et chaque instance, comme nous l'avons vu, élabore des données, souvent disparates, qui, si elles sont fiables, ne facilitent pas le travail de comparaison nécessaire au pilotage global.

L'effet de superposition des nombreux dispositifs sanitaires et sociaux décrits précédemment contribue à la difficulté que peuvent ressentir les acteurs de terrain (professionnels de santé, responsables politiques ou de structures, et publics cibles) à les identifier et les connaître pour les appliquer ou les utiliser. La communication qui est réalisée (ou non) autour de ces politiques et dispositifs, par voie médiatique (affichage, presse générale, féminine) ou par le bais des NTIC (sites internet, lignes téléphoniques dédiées, etc.)[42] participe à un certain brouillage des informations. En effet ces dernières ne sont pas toujours à jour, ou au contraire, peuvent produire des effets d'annonces. Il est à souligner qu'elles contribuent en même temps à renforcer la part des usagers dans la sphère communicationnelle sanitaire (par le bais des forums de discussion, par exemple), devenant par là un véritable outil de démocratisation sanitaire.

[40] Au cours de l'enquête, quelques flyers ou affiches ont pu être trouvés dans les salles d'attentes de différentes structures-relais médocaines (cabinet médicaux, MDSI, points informations, médiathèques, etc.), concernant surtout le dépistage organisé du cancer du sein ou la vaccination préventive contre le cancer du col de l'utérus (annexe 14)

[41] Cet exemple illustre bien le rôle des relais locaux dans la diffusion des politiques nationales, ici le Programme National Nutrition Santé 2. Cf. Rapport d'activités 2009 et 2010, *La plateforme du développement sanitaire et sociale*, Pays Médoc, Janv. 2010 et 2011

[42] Ce thème a fait l'objet d'un dossier spécial de la revue *La santé de l'Homme*, (2012), « Education à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux », n°418, mars-avril, pp. 9-43.

Nous verrons ci-après qu'un certain morcellement du territoire d'enquête tend à accroître ce brouillage, notamment sur le plan statistique, en raison des nombreux découpages administratifs et institutionnels de la zone étudiée, qui se superposent aussi. Cette recherche s'est déroulée sur un territoire du Sud-Ouest de la France, dont il nous faut présenter ici les principales caractéristiques, permettant de situer notre travail d'enquête et d'analyse qualitative, à une échelle micro-locale. Dans la présentation de notre méthodologie et de nos résultats (en partie 3), les lieux ici décrits seront volontairement modifiés, afin de garantir au mieux l'anonymat des structures et des personnes qui ont accepté de participer à cette étude.

B. Le Médoc, un territoire aux dimensions variables

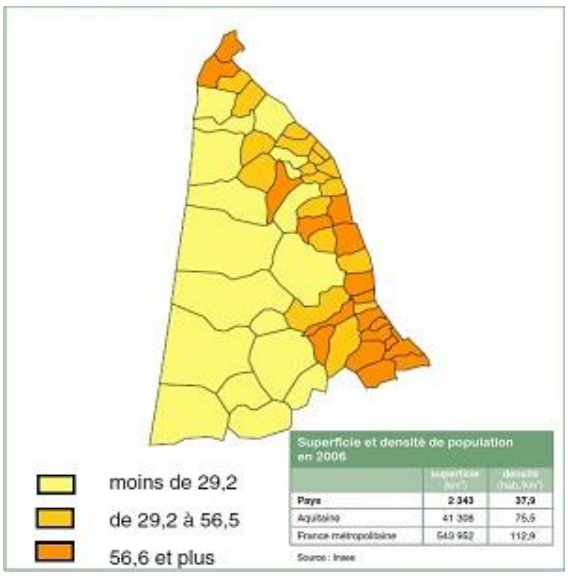
B. 1. Le Médoc et ses spécificités sociologiques

B.1.1. Un territoire rural relativement enclavé, aux découpages administratifs et institutionnels multiples

a. Des disparités nord-sud et est-ouest

Situé entre l'estuaire de la Gironde et l'océan Atlantique, le Médoc est connu pour sa production vinicole, ses stations balnéaires et ses forêts. Il présente des particularités sociologiques qu'il convient de présenter. Il s'agit en effet d'un territoire rural très vaste dont la superficie recouvre environ 2400 km^2. La population avoisine les 95 000 habitants avec une densité moyenne de 55.3 habitants par km^2, deux fois moins élevée que la moyenne régionale et trois fois que la moyenne nationale[43] La carte n° 2 montre bien l'inégale répartition de la population sur le territoire : le Médoc « bleu » de la côte océanique et des grands lacs étant nettement moins habité que le Médoc « vert » des vignobles, du côté de l'estuaire et des forêts au centre. L'espace rural recouvre les trois quarts de la superficie et regroupe un peu plus de la moitié des habitants. Parmi ces communes rurales, trois se distinguent (Soulac-sur-Mer, Lesparre-Médoc et Pauillac), situées au nord et au centre. Elles comptent suffisamment d'emplois pour constituer des pôles d'emploi ruraux. Historiquement, le nord de la péninsule est souvent appelé « Presqu'île », sans doute pour désigner le sentiment d'enclavement et d'isolement qui accompagne cette localisation la plus lointaine du territoire médocain, en regard de « la grande ville » de Bordeaux.[44]

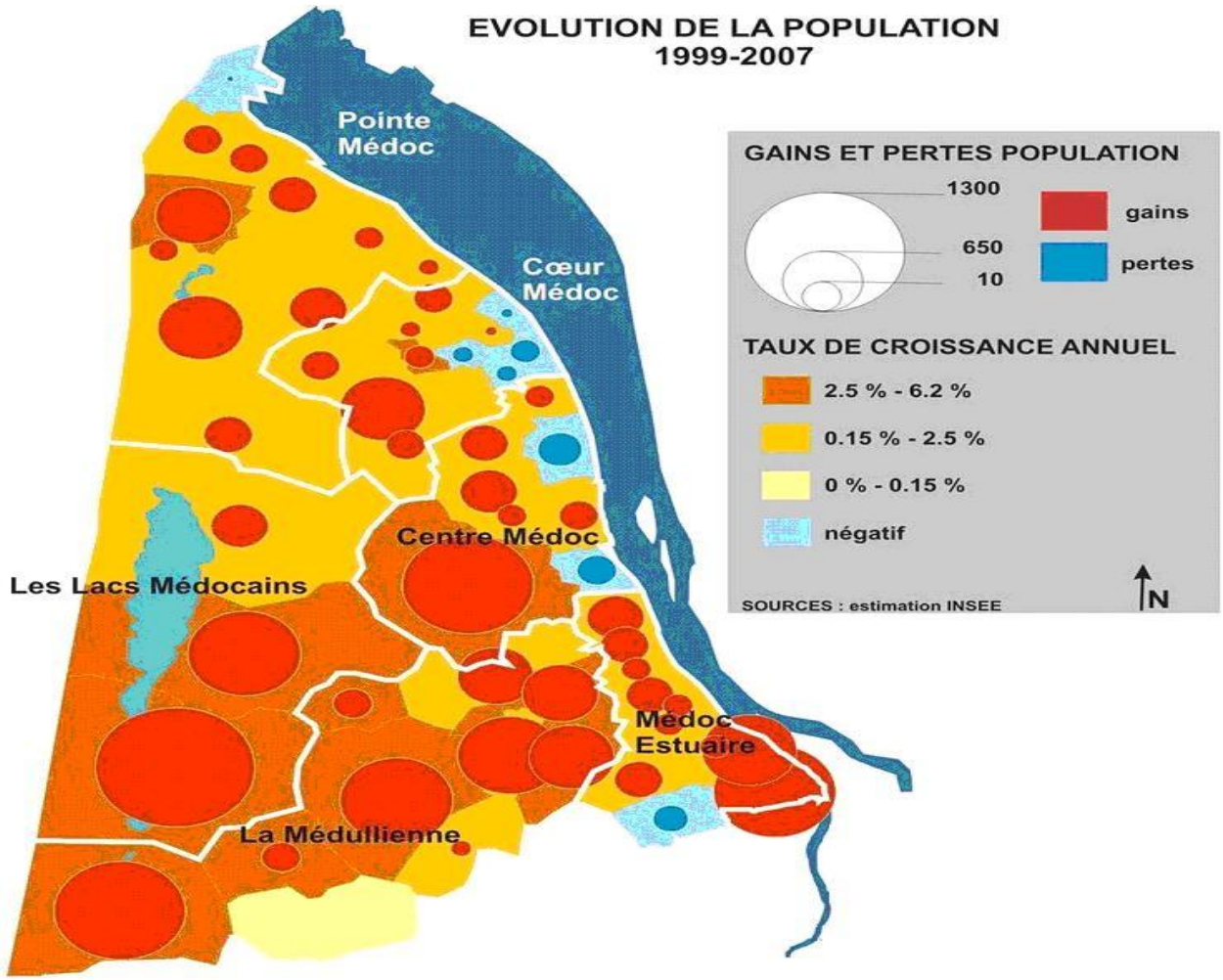
Carte n°2 : Densité de population par commune en 2006
Source : Insee-ORSa



[44] La basilique de Soulac-sur-Mer, construite au 12e siècle, a été nommée « Notre-Dame-de-la-fin-des-terres », une appellation qui illustre cette perception d'éloignement. Le nord Médoc, voire le Médoc furent aussi perçus au cours de l'histoire comme un lieu de relégation (où mise en quarantaine des navires, accueil des orphelins, refuge des évadés de prison, etc.). Nous avons relevé, au cours de l'enquête, un certain nombre de descriptions du Médoc historique et/ou contemporain qui ont souvent alimenté cette image spécifique.

La carte ci-dessous montre que le Médoc n'est pas pour autant un bassin d'emploi (surtout au nord, et à l'est, où on fortement diminué les activités maritimes (pêche et transport fluvial) et industrielles (avec la fermeture de la raffinerie Shell de Pauillac-Saint-Estèphe en 1986)[45]. Une dynamique de paupérisation s'est ensuivie, marquant ces localités, jusque-là, plutôt riches du Médoc (Pouchadon M-L., Malochet V., *et al.*, 2007). L'ensemble du territoire n'attire plus les cadres ou les retraités aisés, mais plutôt des populations précarisées (déjà précaires avant d'arriver sur le territoire), et dans le sud, après l'afflux des classes ouvrières liées à la création de l'usine Ford dans les années 70, on voit s'installer depuis les années 2000, des populations qui financièrement ne peuvent plus se loger à Bordeaux.

Carte n° 3 : Evolution et mouvements de population 1999-2007 en Médoc
Source : Insee



[45] L'usine a été reconvertie en zone de stockage de gazole depuis son rachat par la Compagnie pétrolière CIM-CMPP, en 2007. Elle emploie une population d'ouvriers spécialisés, qui y effectuent des contrats de courtes durées, logeant souvent dans les gîtes locaux, pour repartir sur d'autres plates-formes mondiales. L'effectif des emplois est passé de 800 à une trentaine. Cf. Lestage J. (2013), « Trois cuves de plus pour le terminal », *Sud-Ouest*, 28 septembre.

En effet cette zone sud, et plus précisément le sud-est, est aujourd'hui plus urbanisée et présente une population beaucoup plus nombreuse du fait de sa proximité avec la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB). La ville la plus importante du sud, Castelnau, bénéficie également de l'attractivité économique de Bordeaux qui se situe à 30 minutes environ (selon l'état du trafic).

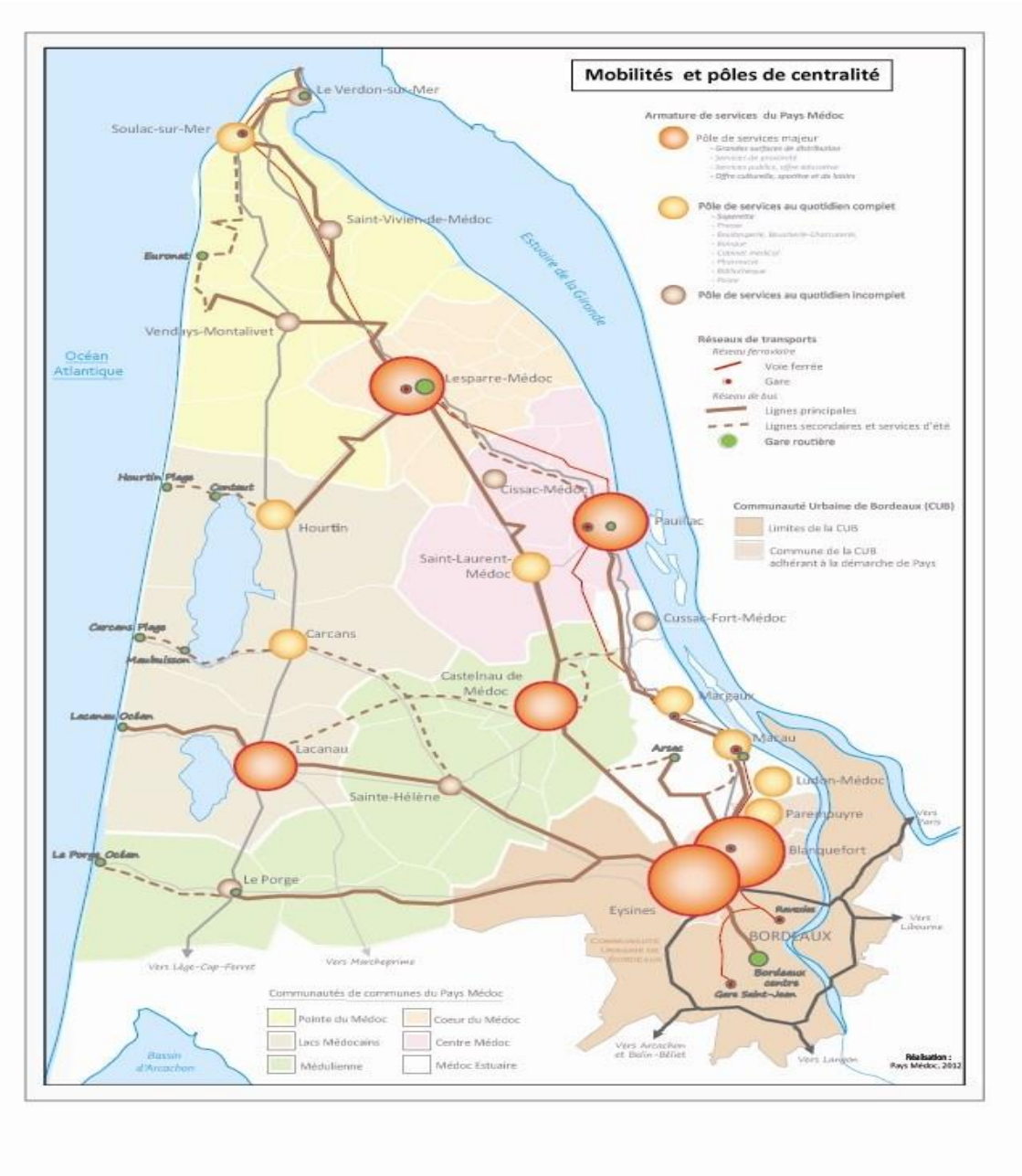
L'accessibilité géographique du territoire est en effet un élément important à prendre en compte en regard des inégalités géographiques. Le seul axe routier principal qui traverse le Médoc rend difficile et limite les possibilités de déplacements de la population.[46] Le réseau de transports en commun y est peu développé et parfois coûteux. Il n'existe qu'une seule ligne ferroviaire (par TER) qui relie le nord du Médoc et la ville de Bordeaux, dont la circulation n'est pas toujours adaptée aux déplacements en journée et en toutes saisons. Elle permet cependant de desservir suivant les horaires, quelques communes allant de la zone sud-est à la zone nord-est, les communes du littoral étant desservies par des lignes de bus, selon les financements et les priorités variables (saisonnières notamment), établies par la Région ou le Département. La situation géographique, l'étendue du Médoc et la faiblesse de ses transports en font un territoire enclavé (cf. cartes suivantes). Bien que ce fait soit connu des châteaux comme des pouvoirs publics et qu'il fasse régulièrement l'objet de commentaires dans la presse locale ou régionale, on peut remarquer qu'encore peu d'actions ont été engagées en vue d'une réelle amélioration des voies d'accès au territoire.

Carte n 4: Carte du transport public dans le Médoc : Bus et Train

[46] En voiture, en cas d'urgence, il faut effectuer 2h 30 à 3h de route depuis la pointe du nord Médoc, pour atteindre le CHU de Bordeaux. Selon les horaires et les saisons, la route principale qui est une nationale, est souvent embouteillée sur certains tronçons, ce qui allonge le temps de parcours.

La carte suivante relative aux pôles de centralité du territoire a été mise à jour, concernant les possibilités de transport.

Carte n° 5: Mobilités et pôles de centralité du Pays Médoc
Source : Pays Médoc 2012



b. Les découpages administratifs et institutionnels de l'entité Médoc

Le Médoc ne constitue pas une entité administrative en soi, toutefois on peut retrouver différents découpages de cette « région » dont un découpage en « Pays » (cf. carte n°6.) Le Pays Médoc est constitué de 6 communautés de communes (CDC) : Pointe Médoc, Cœur Médoc, Centre Médoc, Lacs Médocains, la Médullienne ; et de 3 communes : Blanquefort, Eysines, Parempuyre, qui appartiennent à la Communauté Urbaine de Bordeaux. Toutefois on retrouve de nombreuses sources utilisant « Pays Médoc » alors que notre recherche ne porte que sur les 6 communautés de communes, pour lesquelles d'ailleurs l'appellation « Médoc » est également parfois utilisée. Mais le Médoc peut représenter également les 4 communautés de communes les plus au nord. C'est donc la limitation au sud qui peut principalement modifier ce découpage. Chaque structure administrative, selon des enjeux et des objectifs divers, produit des données. Il n'est donc pas évident de définir cette zone géographique, et il est important de savoir quel découpage a été effectué lorsqu'on étudie ce territoire[47]. Dans ce travail nous proposons un diagnostic socio-sanitaire réalisé à notre demande par des étudiantes dans le cadre d'un projet tutoré de Master en santé publique (Barul C., Fadiga F. et Picot C., 2013) en partie B.2, qui tient compte des 6 CDC et nous parlerons de « Médoc » ou « Pays Médoc » pour ce découpage.

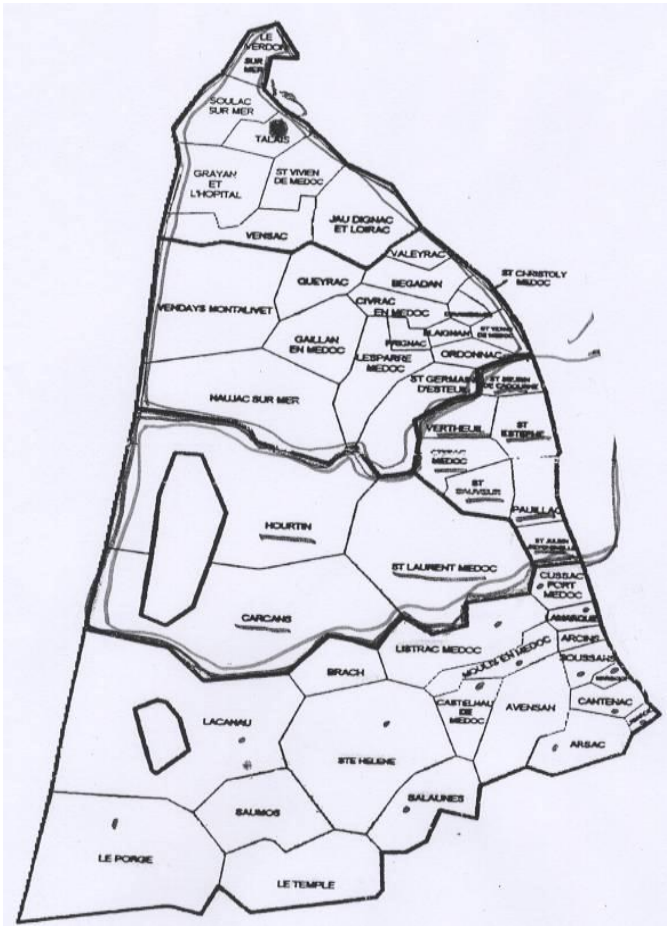
Carte n° 6: Communautés de communes du Médoc en 2012
Source***:*** Mairie d'Avensan

[47] Cette question a fait l'objet d'une communication de L. Kotobi au colloque de Fès (Maroc) en avril 2013 et d'une publication: « Le poids des découpages administratifs et des frontières symboliques sur la prise en charge de la santé reproductive en milieu rural», in : Ababou M., Radi S. (éd), *Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité*, Rabat, Coll. Electroniques du Centre Jacques Berque, (à paraître, en 2014)

Parmi les 6 arrondissements actuels de la Gironde, celui de Lesparre-Médoc sert de référence administrative, délimitant d'une certaine façon le territoire. Cet arrondissement est sectorisé en 4 cantons: Lesparre - Médoc, Pauillac, Saint – Laurent – de - Médoc et Saint – Vivien – de - Médoc, qui regroupent au total 50 communes (cf. le détail en Annexe 13).

Les données de santé ou du social peuvent également être basée sur d'autres découpages institutionnels, tels celui du Conseil Général 33 (pour les PMI et les CPEF), qui distingue 3 zones : au nord, le secteur de Lesparre, au centre, le secteur de Pauillac et au sud celui de Castelnau. La première zone sud compte 19 communes, la deuxième zone Centre compte 10 communes et la troisième zone Nord en compte 22. Comme le montre la carte n° 7, ce découpage ne correspond pas au découpages administratifs précédents et complexifie le repérage de l'entité Médoc, dans la collecte des données statistiques existantes. On remarquera également qu'il impose aux usagers des distances et des lieux de consultations dédiés, sans véritable logique ou prise en compte des difficultés de déplacement ou de l'étendue du territoire.

Carte n° 7: les trois secteurs d'intervention du CG33 :
Source: CG33

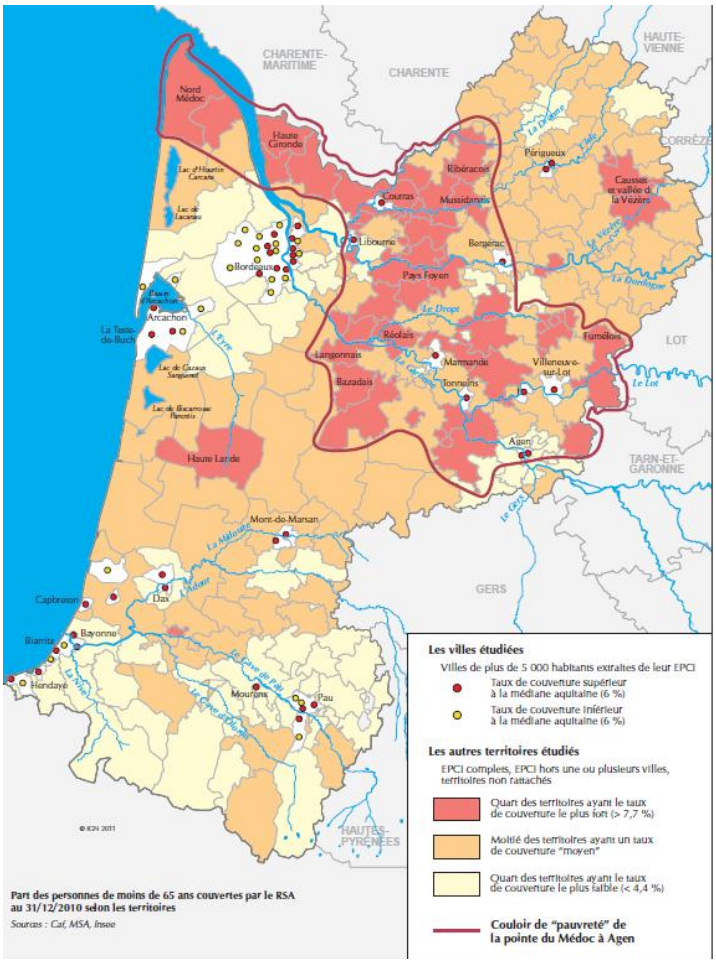


B.1.2. Caractéristiques sociologiques générales de la population médocaine

Le territoire est caractérisé comme d'autres pays aquitains, par un rétrécissement très marqué de la pyramide des âges entre 20 et 29 ans, lié à la diminution des naissances au tournant des années 70 mais aussi à un mouvement migratoire des jeunes actifs quittant le territoire[48]. A l'opposé, le territoire médocain reste attractif pour les personnes appartenant à la classe d'âge quarante ans et plus[49]. L'attractivité du territoire peut d'ailleurs s'expliquer par un ensemble de facteurs : diminution des prix des loyers, du prix des terrains à bâtir/foncier, de l'attrait du climat et de la côte du littoral, etc. Mais la néoruralité, enregistrée depuis les années 2000 comme un phénomène qui a contribué à repeupler l'espace rural en France, intervient aussi dans un contexte de paupérisation des campagnes (Pagès, 2011), où les catégories les moins qualifiées sont surreprésentées.[50] D'après le rapport de l'IGAS de septembre 2009, le taux de pauvreté monétaire moyen est de 13.7% en milieu rural, supérieur au taux urbain. D'après l'Insee Aquitaine (2011), les indicateurs inscrivent géographiquement le Médoc dans un véritable « couloir de pauvreté », allant « de la pointe du Médoc à la Haute-Gironde, en suivant les frontières du département girondin » (p.4), comme le montre la carte suivante :

Carte n° 8: On parle d'un « couloir de pauvreté » en Aquitaine

Source : INSEE Aquitaine, (2011), «Pauvreté en ville et à la campagne, plus intense de la pointe du Médoc à Agen», *Le Quatre Pages*, n°194, Juin, p. 5.



[48] Source ORSA publiée en 2010, basée sur les données du recensement : Insee 2006. http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/sante-dans-les-pays-d-aquitaine-pays-medoc.

[49] *Ibid*

[50] Cf. dossier « Les pauvretés cachées du monde rural », *La Croix*, 9 juin 2011, pp. 1-3.

Plus de 13 100 familles avec enfants vivent sur le territoire. Près d'une sur deux élève un seul enfant, tandis que 14% sont des familles nombreuses avec au moins trois enfants. Environ 15% des familles avec enfants sont des familles monoparentales. Cette proportion est inférieure à la moyenne régionale[51]. A titre indicatif, d'après les données départementales sur la pauvreté en Aquitaine de 2010,[52] parmi les familles vivant sous le seuil de pauvreté en Gironde, 19.1 % étaient des familles monoparentales (femme) et 3.6 % (homme), et 13% étaient des femmes seules, 9.8% des hommes seuls et 37.5% étaient des couples avec enfants. Ces indicateurs étaient alors à chaque fois supérieurs à la moyenne régionale.

Par ailleurs, dans les deux tiers des familles médocaines, les parents exercent une activité professionnelle. Cependant, il semble que les catégories socio professionnelles des ouvriers et des employés soient surreprésentées.

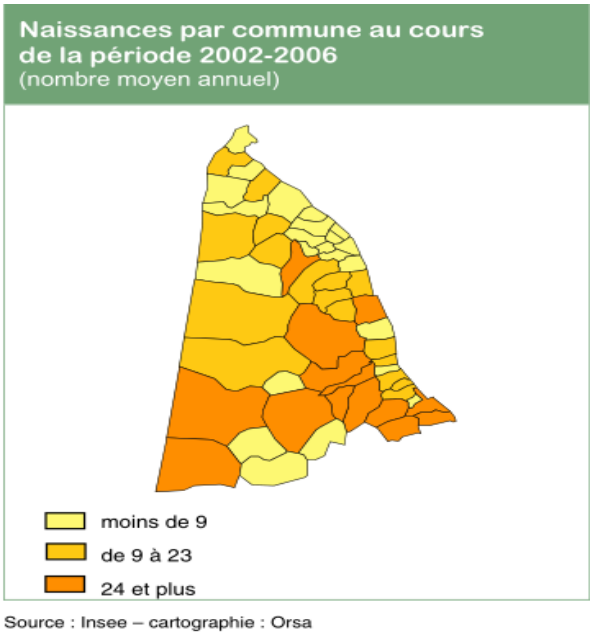
L'agriculture regroupe 17% de la population en activité, soit en proportion nettement plus élevée que la moyenne régionale (6.5%)[53]. Beaucoup de personnes travaillent dans le domaine vinicole, ce qui explique aussi, la précarité de l'emploi, avec une instabilité de durée de contrats, et des conditions de travail très rudes. Or, depuis l'entrée en vigueur du RSA (au 1er juin 2009), les ménages des agriculteurs percevant les minima sociaux ne cessent d'augmenter en France, atteignant 34 000 foyers d'allocataires en mars 2011. Cette précarité est concentrée dans le centre et le sud-ouest, où les unités de cultures viticoles ou d'élevages sont petites.[54]

Les personnes sans activité professionnelle représentent 42% des habitants du pays, et sont majoritairement des personnes retraitées. Une partie de la population médocaine demeure fortement précarisée : le taux de chômage dans le Médoc est toujours supérieur à la moyenne départementale et régionale puisqu'il atteint un taux 9,9 % au premier trimestre 2009 contre 8,6 % dans le département et 8,4 dans la région.

Enfin, la fécondité dans le Médoc est supérieure à celle de l'ensemble de la région. En effet, avec un nombre moyen de 2,05 enfants par femme, le pays présente un indice conjoncturel de fécondité plus élevé que la moyenne régionale (1,74) pour la période 2003 – 2006. Le taux de de fécondité le plus élevé est observé chez les femmes de 25-29 ans. Avec l'augmentation de l'âge moyen à la maternité, il est maintenant plus important à 30-34 ans que chez les plus jeunes femmes de 20-24 ans. Chez ces dernières, la fécondité y est plus importante que dans l'ensemble de la région. C'est essentiellement grâce à la fécondité élevée chez ces jeunes femmes que l'indice synthétique de fécondité est un des plus forts de la région. En vingt ans, le nombre annuel de naissances a fortement progressé. Entre les périodes 1985-1987 et 2005-2007, cette augmentation a été de 25 %. L'évolution n'a toutefois pas été linéaire. Le nombre de naissances a diminué dans les années 1990 et progresse depuis. (cf. la carte ci-après)
Il atteint, en 2005-2007, la plus forte valeur observée depuis 20 ans (+ de 1 000 naissances).

[51] *Ibid*
[52] Cf. « Pauvreté-précarité-exclusion : Revenus et inégalités de revenus en 2010 », in : *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, (2013), DRJSC Aquitaine/IRTS, pp. 10-11. Sources : DREES-Indicateurs sociaux départementaux, INSEE-revenus disponibles localisés et indicateurs sociaux départementaux.
[53] *Ibid*
[54] Cf. François J-B., (2011), « De plus en plus de précaires parmi les ruraux », *La Croix*, 9 juin, p. 3

Carte n° 9: Carte des naissances en Médoc 2002-2006
Source : ORSa 2010



B.1.3. Les femmes « précaires » et/ou « migrantes » du Médoc : une faible visibilité statistique

Bien que certains groupes de la population étudiée (situation transitoire des sans-papiers par exemple ou publics non francophones, MDM 2010 : 53-58) tendent à échapper aux statistiques et aux systèmes d'information en santé, il convient de présenter les spécificités et les caractéristiques de notre population d'enquête. L'anthropologue S. Musso, invitée au séminaire GSM [55] a ainsi montré dans ses nombreuses publications, les enjeux qui sous-tendent cette invisibilité ou, au contraire, le caractère parfois surexposé de certains groupes cibles (comme les femmes africaines atteintes de VIH-Sida), à partir de la situation desquelles certaines politiques ou directives sont décidées.

D'après le recensement de 2006, environ 88 750 personnes vivent dans le pays Médoc, soit 2,8 % de la population régionale. Comme le montre le tableau suivant, les femmes vivant en Médoc sont un peu plus nombreuses que les hommes (51% de la population)[56].

[55] Dans sa communication du 3 nov 2011, intitulée «Penser les « femmes migrantes » comme cibles de politiques publiques de santé : Eléments d'histoire sociale et réflexions à propos de programmes menés en France »
[56] Cf. ORSA (2010), disponible sur : http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/sante-dans-les-pays-d-aquitaine-pays-medoc

Tableau n° 1: Population vivant en Médoc en 2006, par sexe et âge :
Source : ORSa, 2010 : 11

Répartition de la population par sexe et âge en 2006
(nombre de personnes)

	hommes	femmes	ensemble
Moins de 15 ans	8 360	7 860	16 220
15-29 ans	6 730	6 560	13 290
30-44 ans	9 560	9 840	19 400
45-59 ans	9 870	9 670	19 540
60-74 ans	6 140	6 470	12 610
75 ans ou plus	2 890	4 800	7 690
Total	**43 550**	**45 200**	**88 750**

Source : Insee

En raison de leur plus grande longévité, c'est surtout aux âges avancés que le pourcentage de femmes est important puisqu'elles représentent plus de six habitants sur 9 après 75 ans.

Concernant les femmes dites « précaires » et/ou « migrantes », nous disposons de quelques aussi d'éléments statistiques pour mieux les appréhender, issues du diagnostic socio-sanitaire réalisé pour cette recherche, dans le cadre du projet tutoré en santé publique déjà évoqué (présenté ci-après en B.2.1)

L'encadré méthodologique suivant précise les difficultés rencontrées à recueillir et à comparer certaines données.

Encadré n° 11: Difficultés d'analyse des données recueillies sur le croisement Précarité/SRG

Le caractère précaire du territoire est mis en évidence notamment à travers le recensement réalisé soit tous les 5 ans (pour les communes de moins de 10 000 habitants), soit chaque année pour les communes de plus de 10 000 habitants).
Une pléthore d'indicateurs de précarité peut donc être tirée de ces recensements, cependant la distinction par le sexe n'est très souvent pas réalisée.
Pour cette raison, il a donc été relativement difficile d'utiliser des données de l'INSEE, pour décrire la précarité des femmes dans le Médoc.
Des demandes spécifiques ont donc été formulées par l'équipe de recherche auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Médoc et de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) Gironde afin d'obtenir des données croisées Précarité/Santé Reproductive et génésique sur les femmes vivant dans le Médoc.
Ce type de croisement n'étant pas usuellement réalisé, il n'a pas pu répondre à nos attentes.

Nous avons constaté un différentiel de 376 entre le nombre de grossesses déclarées par la CAF en 2011 et celui de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour la même année.
Malgré notre insistance, il nous a été impossible d'obtenir le découpage utilisé par la CPAM. Cependant, sachant que la CAF se base sur le découpage du Médoc en six communautés de communes, nous avons supposé que la CPAM utilise un territoire plus large incluant les communes rattachées à la Communauté Urbaine de Bordeaux.
De plus, de nombreux biais sont à prendre en compte : il a pu être constaté l'existence de données manquantes dans les analyses fournies par la CAF et certains pourcentages ont été calculés sur la base d'effectifs qui ne nous ont pas été communiqués.
La somme de certains pourcentages est parfois faussée.
Toutes ces anomalies (données manquantes, variations des découpages pour un même territoire, etc.) permettent donc de mettre en lumière l'étendue de la difficulté rencontrée lors de la réalisation de ce travail.

Source : Extrait du *Diagnostic socio sanitaire des femmes de 15 à 65 ans, «précaires et/ou migrantes du Médoc», en matière de santé génésique et reproductive*, Cf. Barul C., Fadiga F. et Picot C., (2013), Isped, p. 21

On pourra cependant relever que les indicateurs comme les minima sociaux, témoignent en partie de situations vulnérables (cf. les deux tableaux suivants relatifs aux femmes).

Tableau n° 2: Répartition (pour 1000) des femmes bénéficiaires des minimas sociaux, vivant dans le Pays Médoc, selon leurs classes d'âge, en 2010
Source : CPAM 2010,2011

Classes d'âge (années)	Effectif	CMU	CMUC	ACS	AME
15-19	2 194	47,4	90,2	7,7	0,5
20-29	6 115	31,1	87,3	2,6	0,7
30-39	7 636	24,1	67,7	5,5	0,3
40-45	4 380	24,4	58,9	7,1	0,2
Ensemble	20 325	28,8	74,1	5,2	0,4

Tableau n° 3: Répartition (pour 1000) des femmes bénéficiaires des minima sociaux, vivant dans le Pays Médoc, en fonction de leurs classes d'âge, en 2011
Source : CPAM 2010,2011

Classes d'âge (années)	Effectif	CMU	CMUC	ACS	AME
15-19	2 315	49,7	106,3	9,5	0,4
20-29	5 759	41,0	103,1	7,3	0,7
30-39	7 575	26,7	75,6	9,9	0,5
40-45	4 493	24,7	63,7	10,0	0,2
Effectif total	20 142	33,0	84,4	9,1	0,5

Ces données montrent qu'en un an, bien que l'effectif total des femmes âgées de 15 ans à 45 ans ait diminué, le nombre de bénéficiaires pour 1000 des minima sociaux a augmenté. Cette augmentation est globalement observée pour toutes les classes d'âge et tous les types de minimas sociaux utilisés ci-dessus. Ce qui traduit la précarisation évolutive du territoire à travers une augmentation de la précarité des femmes en âge de procréer dans le Pays Médoc.

Les données statistiques de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) révèlent que 13691 femmes sont bénéficiaires de prestations dans le Médoc (cf. Annexe 7).

En 2011, la majorité des femmes allocataires ayant de bas revenus sont des femmes dites « isolées » ou « parents isolés », soit 66.5 % d'entre elles. La proportion des femmes ayant des bas revenus rattachées aux MDSI dans le Médoc est plus faible lorsqu'elles sont en couple avec ou sans enfants. Ceci signifie que le statut « isolée » (célibataire, veuve, divorcée sans enfant) ou « parent isolé » (célibataire, veuve, divorcée avec enfant) serait un facteur important de précarité et qu'à contrario la situation de couple favoriserait l'amélioration financière du ménage.
Par ailleurs, 74,1% sont bénéficiaires de la CMU-C, et 5.2% de l'ACS en 2010, et cela augmente en 2011, car les femmes bénéficiaires de la CMU-C représentent 84,4%, et 9.1% ont l'ACS.

Tableau n° 4 : Répartition (%) des femmes allocataires bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA), de 15 à 44 ans par MDSI du Pays Médoc en 2011, et en fonction de la situation familiale
Source : Données CAF 2011

Catégories	Gamma	Alpha	Béta	Pays Médoc
Isolées sans enfants	15,5	19,6	17,8	17,5
Parents isolés	51,5	53,8	51,0	52,2
En couple sans enfant mineur	3,5	2,1	3,4	2,9
En couple avec enfant mineur	29,4	24,5	27,9	27,5
Ensemble	21,9	16,1	8,2	13,1

On observe qu'à l'échelle totale du Pays Médoc, les femmes «parents isolées» sont les bénéficiaires majoritaires du RSA en 2011. Ceci s'observe également pour chaque MDSI ou plus de la moitié des femmes «parents isolés» sont bénéficiaires du RSA. Le rattachement à une MDSI se fait par un critère de proximité géographique. Il peut donc être conclu qu'environ la moitié des femmes allocataires «parents isolés» âgées de 15 à 44 ans du Pays Médoc sont bénéficiaires du RSA en 2011.

Des situations socio-économiques contrastées peuvent être observées entre le nord et le sud du territoire. La zone nord avec la ville de Lesparre (sous-préfecture du département) et la zone intermédiaire avec la ville de Pauillac, présentent des chiffres plus élevés en termes de précarité. Par exemple, 42.5% des femmes de 15-44 ans possédant des bas revenus, résident dans le nord contre 19.3% des femmes appartenant à la même tranche d'âge dans la zone sud.[57]

Enfin, les données quantitatives sur la migration (notion que nous définirons en partie C.2),

[57]Statistiques de la CAF du département, 2011.

sont quant à elles encore plus difficiles à obtenir. Globalement, en France, les statistiques sur les origines ethniques ont été interdites par la Loi Informatique et liberté à la décision du Conseil Constitutionnel[58] jusqu'en février 2010, ce qui n'est pas sans soulever de problèmes quant à l'évaluation chiffrée de la population étrangère résidant légalement (ou illégalement) sur le territoire national. Cette spécificité française qui contribue à créer un flou sur la composition réelle des habitants, impacte également les recherches qui portent sur ces populations étrangères, migrantes ou encore qualifiées parfois par une « ethnicité » le plus souvent visible (Crenn & Kotobi, 2012). Aujourd'hui, ces statistiques peuvent être obtenues sous certaines conditions (Anaem, 2005 ; Cusset, 2006). La collecte d'informations doit être anonyme, librement consentie et réalisée sous le contrôle de la CNIL (Commission Nationale Informatique et libertés)[59]. Dans le champ de la santé, on trouvera essentiellement des informations sous le vocable de « la santé des migrants » (Dourgon *et al.*, 2008, Hamel & Moisy 2010, Berchet & Jusot, 2012), qui ont concernées plus particulièrement des populations culturellement identifiées en regard d'un problème spécifique, en occultant du même coup la dimension éminemment politique de la question, comme celle des discriminations qui en découlent (Fassin, 2007 ; Kotobi, 2012) . Dans le champ de la SRG, de nombreuses études se sont ainsi focalisées par exemple, sur « les femmes africaines sub-sahariennes et le VIH-sida », bénéficiant d'ailleurs de financements de recherche. Ce qui a pu contribuer à construire certaines représentations culturalistes, voire à renforcer quelques stéréotypes (Sauvegrain P., 2010 ; Nacu, 2011). Globalement, le numéro thématique du *BEH* du 17 janvier 2012 qui a porté sur « Santé et recours aux soins des migrants en France", a permis de pointer qu '« il n'existe pas de vision d'ensemble » de la santé des 5, 3 millions d'immigrés en France, et que depuis les années 2000, l'état de santé des immigrés semble « devenir moins bon » que durant les décennies précédentes, du fait « d'un paradoxe de l'assimilation » qui rend ces populations plus fragiles, notamment par rapport à la crise et à la précarité ou à la pénibilité des emplois qu'ils occupent. Cette vulnérabilité est soulignée dans de nombreux cas ou secteurs de la santé, du fait notamment de difficultés d'accès aux soins, notamment en raison de barrières administratives et juridiques ou de difficultés d'ordre communicationnel. Un intérêt pour les recherches longitudinales est apparu ces dernières années, afin de permettre des comparaisons entre générations, ainsi que pour des recherches qui tendent à montrer la diversité des situations (Khlat, 2012 : 13).

Ces données quantitatives concernant la population migrante sur le territoire médocain n'étant pas accessibles, nous avons privilégié une approche qualitative. Nous avons choisi de laisser nos enquêtées nous indiquer leur nationalité et le pays de naissance de leurs parents (quand cela a été possible).

[58]Cette loi énonçait l'interdiction du traitement de données personnelles faisant apparaître entre autre, les orientations politiques, les origines ethniques et raciales

[59]Déclaration sur la base d'une classification préétablie, validation de l'appartenance ethnique par ses pairs, sentiment de perception de soi par les autres : « vous sentez-vous perçu comme ».

B.2. Diagnostic socio-sanitaire et brève présentation des structures existantes en Médoc

B.2.1. Eléments de diagnostic socio-sanitaire

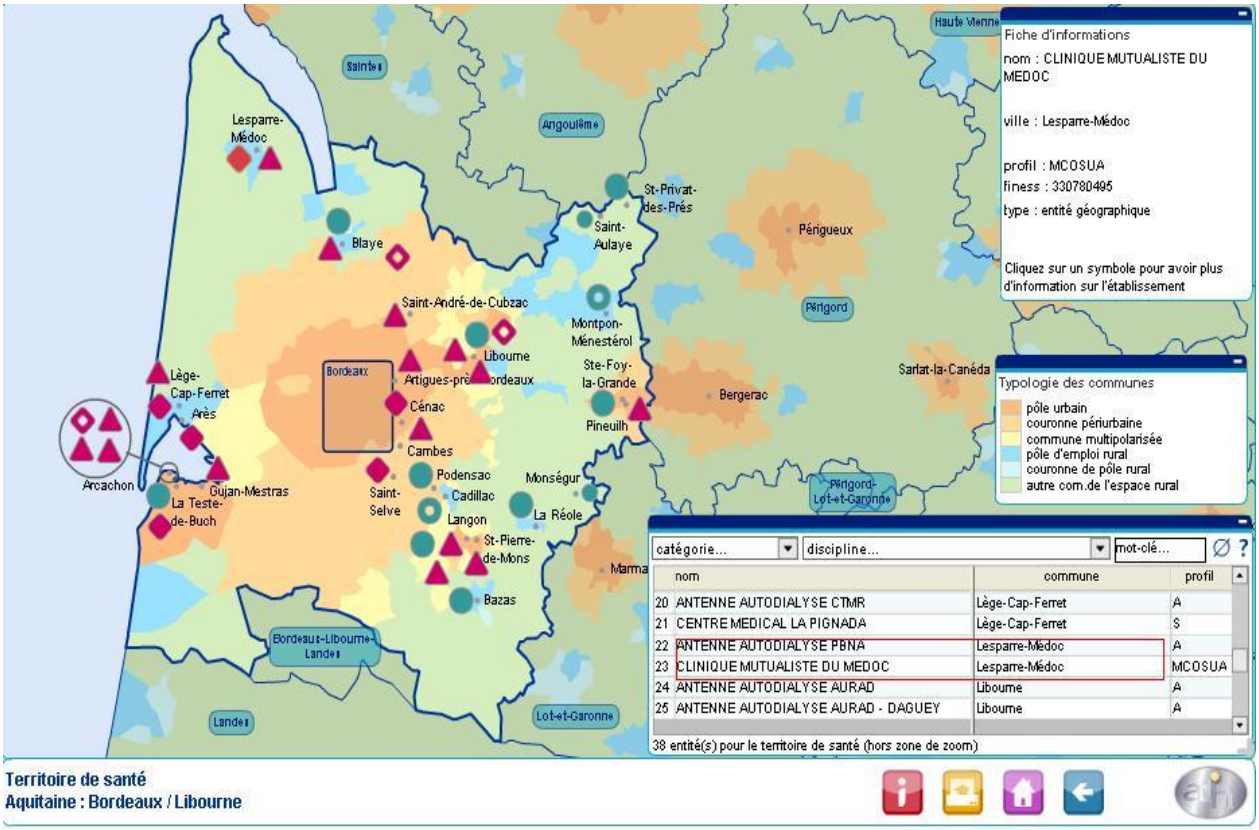
27 indicateurs seront utilisés afin de décrire au mieux la situation socio-sanitaire du Médoc. (cf. Annexe 10). Les indicateurs construits interviendront également dans la comparaison entre le Médoc et le niveau départemental d'une part, le niveau régional d'autre part. Ils nous permettront ainsi de souligner les disparités d'abord à l'intérieur du Médoc. Ensuite entre le Médoc et la Gironde, l'Aquitaine. La description et l'analyse de la situation socio-sanitaire à l'intérieur du Médoc sera présentée à l'aide de tableaux et de cartographies qui seront accompagnés de commentaires.

a . Offre de soins et structures existantes

Comme le montre la carte du territoire de santé Bordeaux-Libourne, ci-dessous, il existe donc en Médoc peu de structures médicales en Médoc :

Carte n° 11: Le territoire de santé aquitain Bordeaux- Libourne (ARS)

Source : ARS Aquitaine



La polyclinique de Lesparre, -établissement de santé qui a été acquis par le Pavillon de la Mutualité en 1995 et seul établissement de courts séjours sur le territoire[60]- est un relais indispensable pour la population. Plusieurs spécialités y sont présentes (anesthésie, cardiologie, chirurgie, endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie-obstétrique, rhumatologie, néphrologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, allergologie, radiologie, rhumatologie, urologie, diététique, ostéopathie, psychologue, addictologie) ainsi qu'un service des urgences et une structure de soins ambulatoires. En SRG, elle abrite donc un service de gynécologie-obstétrique et une maternité de niveau 1, c'est-à-dire une maternité au sein de laquelle sont pratiqués les soins néonataux de l'enfant ne présentant pas de problème particulier. Située à plus de 60 km du CHU de la ville de Bordeaux, ce n'est pas en raison de la distance mais des délais de circulation (à 1h 30 du CHU), que la maternité a obtenu une dérogation entre 1994 et 1999 pour continuer à exister, bien qu'étant en deçà du seuil des 300 accouchements par an[61] (180 en 1997). Le service de maternité compte 13 lits et deux salles d'accouchement.

Comme nous l'avons déjà vu (en A.3.1.c), les trois MDSI présentes sur l'ensemble du territoire accueillent les services de PMI, de CPEF et d'action sociale. Le médecin de PMI encadre l'équipe de puéricultrices et la psychologue. Les sages-femmes et les médecins de PMI sont sous la responsabilité d'un collègue de leur spécialité, qui supervise l'ensemble des professionnels employé par le CG du département.

Le territoire est communément considéré comme une partie de la Gironde où la couverture médicale en termes de structures et de professionnels de santé est faible avec **une forte sous-médicalisation** dans certaines communes qui se traduit en effet, par une très faible densité de professionnels de santé/habitants[62]. Ajoutons à cela une forte désaffection de l'exercice médical en milieu rural de manière générale en France et sur le territoire en particulier[63] celui-ci pouvant faire l'objet dans le département concerné, d'une stigmatisation relative de la population liée notamment à la consommation d'alcool, aux déclarations de violences conjugales, au taux d'analphabétisme ou à la précarité. Ces lourdes conditions d'exercice qui rendent « le métier difficile » peuvent également se conjuguer à la surcharge de travail induite par la récupération de clientèle des médecins partis à la retraite, qui n'ont pas trouvé de remplaçants. Les généralistes libéraux sont en majeure partie des hommes (86%) dans le Médoc, malgré une féminisation récente, qui impacte également les nouvelles attentes des jeunes médecins en termes d'articulation entre le temps de travail et le temps personnel ou familial. Cette forte proportion d'homme est présente au niveau régional. En 2009, on trouve moins de cinq médecins généralistes libéraux pour 100 km2[64].

[60] La clinique offre 92 lits d'hospitalisation dont :
- 50 en chirurgie
- 29 dédiés à la médecine,
- 13 à la maternité
- 10 aux soins de suite.

[61] Depuis la circulaire Dienesch de 1972, l'Etat incite les structures de moins de 300 accouchements à fermer.

[62] Au 1er janvier 2007, la densité de médecins généralistes pour 100000 habitants est de 127,6 pour le territoire de Lesparre (136, 3 pour la région) http://www.orsaquitaine.org/Portals/0/1_territoire_de_ recours_ 1 .pdf

[63] Cf. Caurraze M. (2012), « Il faut anticiper une pénurie de médecins généralistes à court terme », *Le Journal du Médoc*, 16 nov, p.4

[64] Source ORSA publiée en 2010, basée sur les données du recensement : Insee 2006. http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/sante-dans-les-pays-d-aquitaine-pays-medoc.

Tableau n° 5 : Médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2009, dans le Médoc et en Aquitaine
Source : Orsa 2010

	Médoc	Aquitaine
Nombre	96,0	4 024,0
Nombre pour 100 km²	4,1	9,7
% de femmes	24,0	29,5

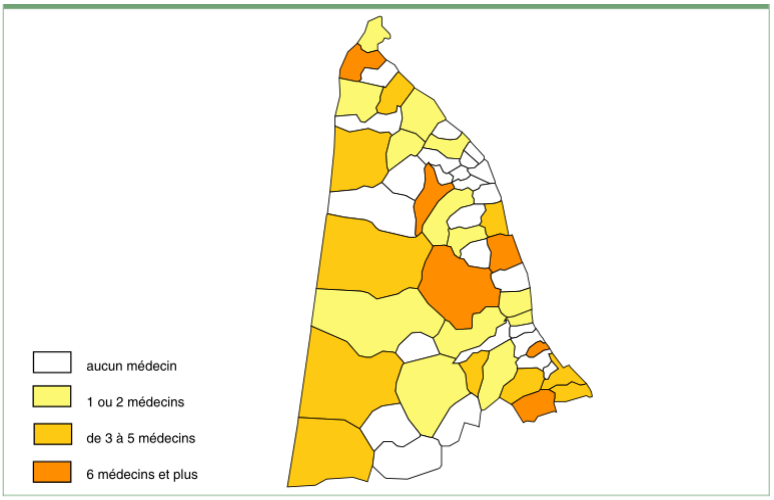
La densité des médecins généralistes sur le territoire est inférieure (100.8/100 000 habitants) à la densité départementale (119.6) et régionale (112), et un médecin sur deux dans est âgé de plus de 55 ans ce qui pose on l'a vu le problème du renouvèlement de cette génération lorsque celle-ci atteindra l'âge de la retraite (voir aussi partie 3.A.3.2). Quant aux infirmiers libéraux, ils ont une forte densité et sont plus jeunes (cf. le tableau suivant).

Tableau n° 6 : Nombre, densité et pourcentage de médecins généralistes et infirmiers libéraux de plus 55 ans en 2009; comparaison Médoc/Gironde, Aquitaine
Source : ORSa 2010

	Médoc	**Gironde**	**Aquitaine**
Densité des médecins généralistes (pour 100 000 habitants)	100,8	119,6	112,2
Médecins généralistes de 55 ans et plus (%)	50,0	44,2	45,6
Densité des infirmiers (pour 100 000 habitants)	183,2	171,7	163,6
Infirmiers de 55 ans et plus (%)	28,2	23,6	22,9

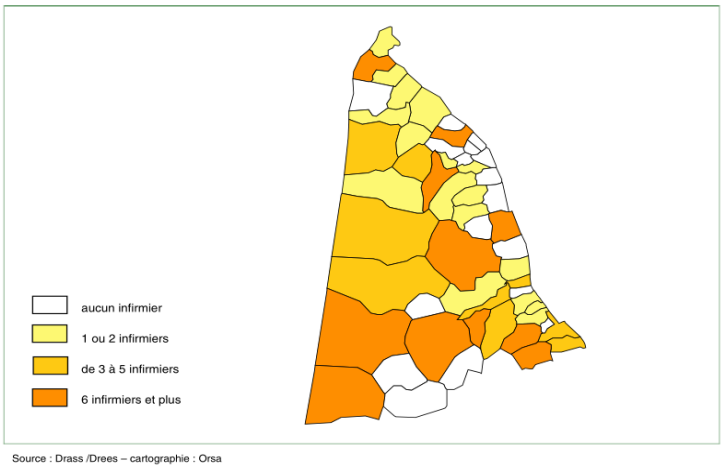
Les généralistes libéraux ne sont pas répartis de façon homogène dans le Médoc. Ceux-ci sont plus localisés au niveau du littoral ou sur les deux villes de Lesparre et de Pauillac

Carte n° 10: Localisation des généralistes libéraux au 1er Janvier 2009 dans le Pays Médoc
Source : Drass/Drees/ORSa



La présence des infirmiers libéraux rehausse cependant l'offre de soins de premiers recours, avec une forte densité, et une moyenne d'âge plus jeune que celles des médecins généralistes : 28.2% des infirmiers ont plus de 55 ans tandis que 50 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans[65]. Les infirmiers libéraux sont davantage situés dans le sud du Médoc et également au niveau du littoral médocain.

Carte n° 11 : Localisation des infirmiers libéraux au 1er Janvier 2009 dans le Pays Médoc
Source : Drass/Drees/ORSa



65 Source ORSa publiée en 2010, basée sur les données du recensement : Insee 2006. http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/sante-dans-les-pays-d-aquitaine-pays-medoc.

Au total les médecins généralistes et les infirmiers libéraux (ou non) couvrent assez bien le territoire du Médoc.
Si ce panorama apparaît dans un premier temps relativement satisfaisant, l'offre de soins relative aux spécialités médicales est plus problématique. Nous observons une situation différente pour les spécialistes libéraux.

Tableau n° 7 : Nombre et densité de spécialistes libéraux au 1er janvier 2009, dans le Médoc et en Aquitaine
Source : ORSa 2010 ;*pour 10 000 habitants

	Médoc	Aquitaine
Nombre	20,0	3 221,0
Densité*	2,3	10,3

Le Médoc comptait en 2009 moins de 3 spécialistes pour 10 000 habitants (toute spécialité confondue).

Tableau n° 8: Principales spécialités médicales de proximité au 1er janvier 2009 dans le Médoc
Source : Orsa 2010

Spécialités	Nombre de médecins
Dermatologie	1
Ophtalmologie	3
Gynécologie	1
Pédiatrie	0
Psychiatrie	1
Oto-rhino-laryngologie	1

De nombreuses spécialités médicales sont représentées dans le Médoc. Mais en termes d'accessibilité, l'effectif de ceux qui les pratiquent est très faible, ce qui allonge les temps d'attente de rendez-vous ou écourte les temps de consultation. En termes d'offre de soins en SRG, on compte seulement deux gynécologues obstétriciens à la maternité, une gynécologue médical en cabinet libéral[66] et des vacations de gynécologie en CPEF ou en PMI (qui proposent des consultations deux jours par mois dans 3 CDC différentes), pour 90000 habitants. Ainsi beaucoup de femmes rencontrées consultent leur médecin généraliste, pour toutes les questions relatives à la santé génésique et reproductive (frottis, contraception, suivi de grossesse). Cela peut s'expliquer en partie par la distance géographique et l'éloignement des lieux de consultations, des lieux d'habitation des femmes, mais aussi par des habitudes de recours aux spécialistes qui semblent faibles du côté des femmes (nous y reviendrons dans la partie 3).

[66] Durant l'enquête, ce gynécologue libéral a accueilli durant quelques mois un autre gynécologue en vacation, à partir de septembre 2012.

b. Indicateurs de l'état de santé

Tableau n° 9: Taux de mortalité générale par cancers et par cancers du sein chez les femmes du Médoc comparativement à celles de la Gironde et de l'Aquitaine, au cours des années 2007- 2009
Source : CPAM 2010,2011

Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 habitants)	Médoc	Gironde	Aquitaine
Mortalité par cancer (tout cancer confondu)	175,5	164,2	160,5
Mortalité par cancer du sein	26,3	31,9	30,8

Comparativement à la Gironde et à l'Aquitaine, la mortalité générale par cancer est importante dans le Médoc. On observe une situation inverse pour la mortalité spécifique par cancer du sein.

c. Indicateurs de reproduction

L'offre en gynécologie obstétricale est principalement sur la partie centre nord du territoire. Les sages-femmes sont peu nombreuses puisqu'elles ne sont que deux en exercice libérale à se répartir le suivi de grossesses pathologiques de l'ensemble du territoire. Deux autres sages-femmes de PMI y exercent également et se déplacent à domicile pour le suivi des grossesses non pathologiques. Les distances étant importantes, elles sont amenées à sélectionner leurs patientes.

Tableau n°10 : Répartition des femmes de quinze à quarante-cinq ans par tranches d'âge, du nombre de grossesse et de consultations sages-femmes en 2010, dans le Médoc
Source : CPAM 2010,2011

Classes d'âge	Proportion de femmes/1000	Nb déclarations de grossesses/1000	Nombre de consultations de sages-femmes
15-19	108,0	12,3	0
20-29	301,0	107,4	1
30-39	376,0	79,8	1
40-45	215,0	7,3	2
Effectif total	1 000,0	65,2	4

Tableau n° 11 : Répartition des femmes de 15 à 45 ans par tranches d'âge, du nombre de grossesses et de consultations sages-femmes en 2011, dans le Médoc
Source : Données CAF 2011

Classes d'âge	Proportion de femmes/1000	Nb de déclaration grossesses/1000	Nombre de consultations de sages-femmes
15-19	115,0	12,1	0
20-29	286,0	102,6	1
30-39	376,0	77,8	1
40-45	223,0	7,1	2
Effectif total	1 000,0	61,6	4

L'âge moyen à la première grossesse était de 26.9 ans en 2011, le nombre de grossesses de 101.3 et de naissances déclarées était 119.8, chez les femmes des 3 MDSI du Médoc, selon les données CAF de cette année-là. Concernant le nombre d'accouchements locaux, les chiffres varient selon les sources (cf. Annexe 8).

Tableau n° 12 : Nombre d'accouchements selon le mode entre 2009 et 2011, Clinique mutualiste du Médoc
Source : Statistiques des établissements 2009, 2010, 2011, DREES

Nombre d'accouchements	2009	2010	2011
Sans césarienne	331	293	320
dont: sous péridurale	197	188	221
Avec césarienne	82	105	72
Total	413	398	392

Ainsi, l'effectif des sages-femmes reste le même pour toute la période : neuf sages-femmes; un gynécologue et un pédiatre pour l'unité d'obstétrique, d'après les données de la statistique des établissements, qui ne correspondent pas pour la gynécologie, à nos observations.[67] Une analyse des fuites extrarégionales des accouchements en 2011 a été effectuée par le réseau Périnatalité, pour les parturientes résidant en Aquitaine, à partir des données du PMSI. Lesparre apparaît être le plus attractif des 7 sous-pôles qui constituent le pôle de recours de Bordeaux-Libourne (Cormier P., 2011 : 53-55)

[67] Cf. Statistiques des établissements données administratives- DREES (2011), *Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale, Clinique Mutualiste du Médoc* [Internet]. Statistiques des établissements. http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/dwd_dwsaff1.aspx

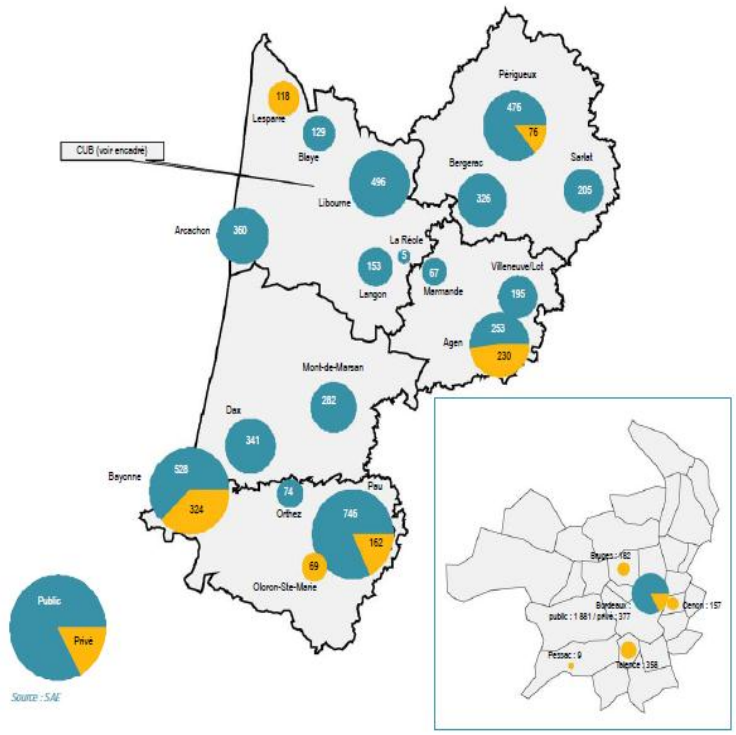
Concernant les IVG, quelques chiffres ont pu être recensés, bien qu'ils n'aient pu être croisés dans cette étude.

Tableau n° 13: Interruptions de grossesse en Aquitaine, suivant le département où a été pratiqué l'intervention et le groupe d'âge de la femme en 2008
**ND :non déterminé*
Source : INED 2012

	Population 2008	12-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	>50	Total
Dordogne	421 941	59	74	206	167	115	107	53	6	0	792
Gironde	1 450 039	233	341	945	700	495	412	151	11	1	3 308
Landes	386 160	53	68	156	142	119	94	44	6	0	686
Lot et Garonne	337 883	48	51	165	129	92	82	48	4	0	665
Pyrénées Atlantiques	668 467	128	157	443	373	302	267	115	8	1	1 801
Total	3 264 490	521	691	1 915	1 511	1 123	962	411	35	2	7 252

Ce tableau nous montre que la tranche d'âge la plus concernée par l'interruption de grossesse est celle des 20-24 ans. Leur nombre, quand il est rapporté à la population féminine est comparable dans les cinq départements. La carte suivante donne des éléments sur la répartition géographique de ces interruptions volontaires ou thérapeutiques de grossesse :

Carte n° 12: Nombre d'IVG en 2008, en Aquitaine, selon la commune d'implantation des établissements et leurs statuts : publics ou privés.
Source : Statistiques annuelles des établissements, exploitation ORSa 2010, *Le point sur…*



Certaines sources précisent le type d'interruptions de grossesses effectuées à la clinique :

Les chiffres fournis par l'établissement dans le cadre de cette recherche 102 en 2010, 120 en 2011, 127 en 2012 (cf. Annexe 8) montrent quelques différences avec les chiffres plus élevés publiés par la Dress, dans le tableau suivant.

Tableau n° 14: Nombre d'interruptions volontaires et thérapeutiques de grossesses pratiquées entre 2008 et 2011, selon la méthode utilisée, Clinique mutualiste du Médoc
Source : Statistiques des établissements, DREES (2011)

	2008	2009	2010	2011
IVG médicamenteuses	6	4	38	41
IVG instrumentales	112	100	78	90
ITG	2	-	1	3
Total	120	104	117	134
Dont : IVG pratiquées entre la 11ème et la 12ème semaine de grossesse	7	6	10	7

IVG : interruption volontaire de grossesse
ITG Interruption médicale de grossesse

D'après les estimations de la Drees, un peu plus de 10 % des interruptions de grossesses ne seraient pas déclarées dans la statistique annuelle des établissements, du fait de la sous déclaration des IVG médicamenteuses réalisées par les médecins de ville, en Aquitaine comme en France. Cette information est importante à prendre en compte lorsqu'on fait des comparaisons départementales, régionales ou nationales.

Toutefois on peut noter aussi qu'une partie des femmes médocaines peuvent choisir d'avorter dans des structures limitrophes, principalement à Bordeaux mais aussi dans d'autres départements. Ce constat a été présenté dans un rapport de l'Orsa à un niveau départemental (cf. tableau ci-après). Nous n'avons pas de documents présentant ces informations pour le Médoc.

Tableau n° 15: Interruptions de grossesse enregistrées dans chaque département selon le lieu de résidence des femmes en 2007
Source : ORSa 2010

	Femmes domiciliées dans le département	Femmes domiciliées hors du département	Total par département
Dordogne	995	125	1120
Gironde	4 179	269	4448
Landes	543	60	603
Lot et Garonne	631	87	718
Pyrénées - Atlantiques	1 540	303	1843
Total (%)	90,3	9,7	100

Le site de l'Institut national d'études démographiques (INED) est une source de données détaillées pour les interruptions de grossesse en France mais les données ne sont disponibles que pour les années allant jusqu'en 2008. Pour 2010, seules des données générales sur la population française sont disponibles : total et taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. Or la répartition des femmes de cet âge n'est pas connue dans ce travail (nous ne pourrions qu'obtenir les effectifs pour les 15-44 ans).
Pour les données de la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE), les données sont disponibles jusqu'en 2011. Cependant, si nous voulions faire des comparaisons il faudrait sélectionner chaque établissement de chaque département, ce qui n'a pas été possible à notre niveau. Les analyses comparatives n'ont pas pu être réalisées dans le cadre du projet tutoré.
En ce qui concerne l'orientation au niveau local, par les MDSI (plus précisément les CPEF) ou par la médecine scolaire, il a été difficile d'obtenir des renseignements auprès du Conseil Général ou de l'inspection académique de Bordeaux, malgré de nombreuses relances. Nous ne pouvons donc pas les présenter ici.
Cette analyse nous permet de faire simplement le constat qu'une seule structure offre la possibilité d'un recours à l'interruption de grossesse, la clinique. Or, nous y reviendrons en partie 3. A.1.3, l'accessibilité à cette structure est limitée au regard de l'étendue du territoire, du manque de transport, et ce d'autant plus pour des femmes en situation de précarité, qui peuvent avoir des difficultés à se déplacer.

C. **Précarité, migrations, non recours et renoncement aux soins : discussion des termes choisis pour l'étude**

En nous intéressant à une population peu visible, celle de femmes en situation de précarité et/ou de migration, dans un contexte situé, celui du Médoc, nous avons choisi de mener cette recherche dans une perspective intersectionnelle qui permet de proposer une analyse plus complexe.
Il nous faut à présent éclairer l'approche choisie en en définissant les principaux termes retenus pour l'étude :

C.1. De multiples définitions de la précarité

Les définitions de la précarité sont nombreuses et font appel à de multiples notions connexes. Si les unes mettent l'accent sur la révocabilité de la situation, pour d'autres la précarité est essentiellement associée à la pauvreté. Pour le Conseil Européen ce sont « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent ». D'autres auteurs et institutions associent précarité et insécurité, telle la définition que propose l'association militante et engagée ATD Quart Monde : « *La précarité est l'absence d' une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.*» (ATD Quart Monde).[68] La précarité est aussi renvoyée à un aspect cumulatif, notamment par le sociologue S. Paugam : « La notion de précarité renvoie à une accumulation, éventuellement transitoire et réversible, de conditions de vie instables, génératrices de plusieurs types de difficultés, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de la socialisation : la famille, le travail, le réseau amical… » (Paugam, 2008) . La situation de précarité, peut aussi se mesurer à partir du score EPICES, indicateur mis au point par les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. La fragilité sociale « est mesurée par un score individuel qui repose sur 11 questions qui renseignent sur les dimensions matérielles et psychologiques : 1-Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?/ 2-Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?/ 3-Vivez-vous en couple ?/ 4-Etes-vous propriétaire de votre logement ?/ 5-Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ? / 6-Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?/ 7-Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?/ 8-Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?/ 9-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?/ 10-En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger

[68] Cf. Wresinski (1987), « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Paris, *Journal Officiel*, p. 14

quelques jours en cas de besoin ?/ 11-En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ».

Nous avons choisi de ne pas sélectionner notre population d'enquête à partir de critères classiques comme : le revenu (dont le seuil aurait été équivalent ou sinon inférieur au seuil de pauvreté par exemple), le fait d'être bénéficiaire des minima sociaux. Nous sommes donc parties de la façon dont les professionnels identifiaient les individus comme étant dans une situation de précarité ou de migration. Dès lors, il devenait important de ne pas imposer une définition, ce qui explique l'utilisation des guillemets, au vu du risque de recréer de nouvelles catégories de femmes dites « précaires » ou « migrantes ».

C.2. Distinguer les migrations et les mobilités

Depuis ces deux dernières décennies, de plus en plus de recherches se sont attachées à déconstruire les analyses androcentrées de la migration et le postulat évolutionniste qui les décrivaient dans un contexte mondial de rapports inégaux de domination du Nord sur le Sud et de l'Ouest sur l'Est (même si ces notions ont –elles aussi été depuis révisées) (Morokvasik-Müller, M., *et al.*, 2003; Moujoud, 2008). E. Kofman critiquait également le « réductionnisme théorique » des analyses, qu'elle définit comme « une simplification des classifications et des cadres conceptuels » (2004 : 81), en ce qu'il a rendu opaque la diversité et la complexité des migrations d'hommes et de femmes, qu'il s'avère nécessaire de contextualiser. En cela l'approche intersectionnelle a renouvelé le regard porté sur ces flux, leurs conditions d'émergence ou encore leurs transformations.

C.2.1. Des définitions qui évoluent

Si les démographes de l'Ined, par exemple, distinguent depuis longtemps les migrations internes des migrations internationales, on voit émerger une terminologie nouvelle pour décrire aujourd'hui les déplacements. Celui de mobilité, par exemple, davantage utilisé par les géographes ou les sociologues, renvoie à un déplacement valorisé (pour raison d'études, de travail) et pas toujours de longue durée, contrairement à celui de migration, plus connoté en France, et qui décrit plutôt un phénomène de longue durée, pas toujours réversible. Dans les représentations dominantes cette dernière a été construite comme pouvant être accompagnée ou comme étant source de pathologies spécifiques (appelées d'importation, tropicales, ou de déracinement), qu'il convient de traiter (clinique de l'exil, ethnopsychiatrie, etc.), comme l'ont montré de nombreux auteurs (Sayad, 1999; Fassin et Fassin, 2006; Crenn et Kotobi, 2012).

Pour rendre compte désormais des dynamiques à l'œuvre au cœur de ces phénomènes, on distingue désormais dans les travaux, trois angles d'approche principaux, différenciés par les termes suivants:

1. Les migrations : qui concernent les questions de regroupement familial, plutôt les populations provenant du Maghreb ou de l'Afrique, mais qui l'incluent pas les populations non européennes)
2. La mobilité transnationale : qui est davantage réservée aux ressortissants d'un Etat membre de l'UE et aux flux circulatoires de populations de pays pauvres, en difficultés politiques ou en proie à des conflits armés.
3. Les mobilités transrégionales : qui décrivent les migrations internes ou localisées, de région à région ou au sein d'une aire culturelle.

L'épisode de violence (affrontements) survenu au cours de l'été 2012 sur l'une des villes du

territoire viticole médocain, entre des travaillants migrants saisonniers venus d'Espagne et du Sahara occidental et la population locale d'origine étrangère installée (cf. partie 3.A.2.3) a été relayé par la presse comme illustrant les effets de la crise économique sur la mobilité transnationale. Au début des années 2000, c'est la présence d'ouvriers bûcherons, venus des pays de l'est, qui avait été remarquée. Leur venue avait été accueillie plus positivement du fait de la tempête qui avait sinistré une grande partie des arbres de la forêt médocaine.

Les aires d'accueil prévues pour les populations itinérantes issues de la « communauté des gens du voyage » sont un exemple de dispositif destiné à favoriser les mobilités transrégionales. Or, un réel problème réside sur ce point, sur l'ensemble du territoire français, les localités étant très en retard dans l'application de la loi Besson du 5 juillet 2000 (Liégois, 2007, Loiseau, 2012). En Gironde, la dite communauté est estimée à environ 13000 personnes suivant les sources,[69] et le nouveau schéma départemental d'accueil, signé en octobre 2011, accroît le nombre de ces aires d'accueil à 44, augmentant la capacité d'accueil à 1190 places de caravanes. A cette date, seules 26 aires sont réalisées, proposant 654 places, montrant que 57% seulement de l'objectif est atteint.[70]

Les recherches inscrites dans le champ des relations interethniques notamment, ont aidé à différencier les populations décrites comme migrantes ; elles distinguent par exemple, les personnes en situation « réelle » de migration et les personnes « perçues » comme migrantes, en vue d'éviter les amalgames d'une perception basée sur la différence « visible » (comme le montrent par exemple, les conduites de discriminations « au faciès »), porteuse de nombreux stéréotypes.

C.2.2. Une migration féminine restée invisible

Les migrations féminines ont été récemment étudiées pour montrer notamment le caractère particulièrement invisible de celles-ci dans les recherches classiques. En cherchant à renouveler les approches, souvent centrées sur un seul aspect (tel le travail ou la famille), les recherches féministes ont contribué à intégrer une perspective dynamique au phénomène étudié, en croisant différents facteurs explicatifs. Ainsi, le phénomène migratoire n'est pas plus féminisé actuellement, il est devenu plus complexe à appréhender et mieux illustré en tenant compte, par exemple, de l'intégration des protagonistes aux circuits de la globalisation, selon le genre, la classe ou en encore l'appartenance ethnique. S. Potot (2005) a ainsi décrit l'évolution de la migration roumaine vers la France, qui de familiale, s'est transformée au cours des années (depuis la chute du régime communiste), en s'individualisant et en se féminisant, notamment sur un mode circulatoire. L'une des représentations émergentes relative à la migration des femmes de l'est tend à les inscrire dans une migration collectivement organisée en réseaux illicites (de mendicité, de prostitution, etc.) ou informels (de travail dans le secteur du *care* ou des services de nettoyage).[71] Les situations de précarité que les femmes étrangères mobiles ou migrantes rencontrent au cours de leur trajectoire (lors du passage ou de l'installation), dues parfois à l'irrégularité de leur séjour ou au caractère informel ou isolé de leur situation renforcent cette invisibilité (Dahinden M, Rosende M., *et al,* 2007). Comme nous avons pu le voir précédemment (B.1.3), les statistiques les concernant sont rares et peu connues des décideurs des politiques publiques.

[69] Voir notamment les données produites par l'ADAV 33.
[70] Cf. Vigneaud JP, (2011), « 18 aires d'accueil à ouvrir », *Sud-Ouest,* 25 octobre, p. 15
[71] Cf. la conférence présentée par Nicky Lefeuvre et Milka Metso , sur « La (mé)connaissance des enjeux de santé chez les salariées intervenant auprès de personnes âgées dépendantes: Une mise en perspective comparative France - Pologne – Norvège », lors du Séminaire GSM du 3 février 2011.

L'objectif de cette recherche n'est pas tant de rendre les femmes migrantes visibles que de comprendre en quoi ce phénomène peut impacter leurs décisions et leurs choix, dans leur vie reproductive et génésique.

C.3. Discussion sur les nouvelles notions pour mesurer l'accès aux soins

Compte tenu des nouvelles notions pour mesurer l'accès aux soins, il nous est apparu important d'apporter un éclairage spécifique en SRG, à partir d'une recherche qualitative de terrain, menée sur trois années (micro terrain).

Depuis la fin des années 1990, avec l'établissement en 2000 de la CMU en France, la question de l'accès aux soins s'est vue étudiée, à partir de notions qui se développent progressivement, comme celles de recours, de « non recours », ou de « renoncement ». L'encadré suivant synthétise les principales tendances enregistrées depuis l'instauration des nouveaux dispositifs :

Encadré n° 12 : (extraits) DREES, *Le renoncement aux soins,* Actes du colloque du 22/ 11/2011

En France, à partir de 2000, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) a notablement diminué l'obstacle financier dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies, tout en recréant un effet de seuil pour les personnes aux revenus légèrement supérieurs à la limite instituée pour bénéficier du dispositif.
En 2010, la CMUC couvrait plus de 4 millions de personnes (La documentation CMU, 2011).
En 2005, une Aide à la complémentaire santé (ACS) fut instaurée pour lutter contre cet effet de seuil. Elle consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel et s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 % en 20113 (Le fonds CMU, 2009)[72]. Dans les faits, même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Une expérimentation récente montre que moins d'un bénéficiaire potentiel sur cinq en ferait la demande et que la complexité des démarches aboutirait à moins de 10 % de couverture effective (Guthmuller et al., 2011).
Globalement, la couverture complémentaire gratuite offerte aux plus pauvres et l'aide financière pour l'achat d'une complémentaire santé aux personnes à la limite du seuil d'éligibilité semblent être des conditions certes nécessaires mais non suffisantes pour faire disparaître le gradient social des inégalités de santé et de recours aux soins qui touche l'ensemble de la population.

Source : E. Renahy, J. Vallée, *et al*. (2012), pp. 42- 43

[72] Le Fonds CMU, **(**2011), « Aide complémentaire santé [*Complementary Health Assistance*]. Paris, 2009 » april. http://replay.waybackmachine.org/20090418133038/http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=7&style=&col=&PHPSESSID=60cbd34f418dfae11f51b1a876a8088c.

Ainsi, les travaux du laboratoire ODENORE [73] ont clairement défini la notion de « non recours », relativement aux droits sociaux. Pour Philippe Warin (2010: 6), cette situation intervient lors de « *désaccords entre d'une part les règles et les pratiques qui déterminent le contenu de l'offre et ses conditions d'accès et d'autre part, les valeurs, représentations, expériences, situations et attentes à travers lesquels les destinataires les perçoivent. (…) Une non-demande intervient quand l'offre impose des conditions de comportements qui paraissent irréalisables ou inacceptables* ». Généralement, les situations de non demande découlent le plus souvent de « conflits de normes et de pratiques ». Il devient alors pertinent de comprendre quels sont les effets des normes imposées par l'offre publique, notamment lorsque la précarité met à mal l'estime de soi. Le recours/non recours dépend en partie de la confiance en soi (des individus en eux-mêmes) et de la relation de confiance qui s'instaure entre le professionnel et l'usager. Pour Paugam (2008) et Castel (1999), le non recours peut être signe de contestation, de refus, de désaccord mais aussi la manifestation d'une déliaison.

Dans sa thèse en sciences politiques, portant sur les populations précaires[74], Antoine Rode (2010) retrace l'historique de la notion de « non-recours » aux droits sociaux et aussi aux soins, pour expliquer la difficulté que rencontrent les études qui portent sur le sujet, à proposer une seule définition de ce phénomène complexe, à partir de variables communes (comme exemple la variable 'non-recours au médecin'). Concernant la santé reproductive et génésique, le CETAF (Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie) définit le non-recours aux soins gynécologiques par 'une absence de suivi régulier, une fois par an, sur le plan gynécologique' (cf. Moulin et al., 2005 : 13)[75]. Le non-recours aux soins y est conçu comme « *une absence de consultation, au cours des deux dernières années, d'un médecin généraliste ou spécialiste* ». Parfois le comportement de non recours est hérité, il renvoie à des expériences d'échec de soins ou du groupe de pairs.

Le « renoncement » qui renvoie aussi à des pratiques intériorisées, est particulièrement difficile à mesurer. Les travaux de Després *et al.* (2011) ont mis en évidence deux types de renoncement : *refus* et *barrière*. Le renoncement refus relève d'un choix, souvent individuel, de ne pas engager ou poursuivre des soins. Il peut s'exprimer par exemple par le recours à un autre mode de soins, comme les médecines non conventionnelles.
Dans le renoncement barrière, la personne renonce parce qu'elle n'a pas accès aux soins qu'elle désire, après avoir évalué sa situation, pris la mesure des moyens dont elle dispose et des contraintes de tous ordres auxquelles elle est soumise (p. 44). Dans ce cas, c'est l'efficacité du système de protection sociale et l'organisation de l'offre de soins qui sont en jeu, c'est-à-dire les dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins, le plus souvent au travers des contraintes budgétaires. L'individu procède ainsi à des arbitrages entre sa santé et d'autres dimensions de son existence.

[73] L'Observatoire DEs NOn REcours aux droits et services a été créé en 2003, à l'IEP de Grenoble, au sein du Laboratoire Pacte, en vue d'analyser et d'informer sur les situations de non recours à l'offre publique en France. Il est né d'une recherche exploratoire qui a montré la nécessité de mieux connaître et d'observer ce nouveau phénomène, pour pouvoir le mesurer dans de nombreuses branches des services de l'Etat (santé, logement, etc.).
[74] RODE A., *Le "non-recours" aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes*. Grenoble, Thèse de sciences politiques, 2010. Dir P. Warin.

[75] MOULIN, J.J *et al*. (2005), « Inégalités de santé et comportements: comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France 1995-2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43 : 1-3.

Lors des enquêtes, il reste difficile d'identifier ce qui relève du renoncement selon cette définition, car un certain nombre de situations ne sont pas toujours déclarées comme telles par le public qui n'utilise pas ou ne se reconnaissent pas dans ce terme. D'autre part, renoncer aux soins peut s'inscrire dans un rapport au monde particulier qui a été décrit notamment dans des milieux en difficulté ou marqués par la privation (Declerck, 2001). Le rapport au corps est marqué par des formes d'autocensure souvent accompagnée de pratiques d'auto-soins. Cette manière de se soigner peut être intériorisée et reproduite entre générations (habitus). Ainsi quand on interroge les individus ils n'ont pas le sentiment de renoncer.
Comme nous le verrons dans l'analyse de cette enquête, il apparaît que les droits ne sont pas toujours connus ni respectés, du fait de la complexité des procédures ou de l'empilement des différents dispositifs.

Nous reviendrons sur ces analyses qui font état de leurs limites, dans notre troisième partie, à la lumière de nos résultats d'enquêtes. Au préalable, nous présenterons la méthodologie d'enquête que nous avons mise en place. Géographiquement la « presqu'île » médocaine est une entité reconnaissable du fait de sa situation entre estuaire girondin et océan atlantique. Malgré son inscription territoriale en tant que « Pays », il reste que le Médoc ne figure pas en tant que tel dans les recherches régionales et fait l'objet de nombreux découpages administratifs qui comme nous l'avons vu, compliquent l'exploitation des rares données existantes. En effet, l'équipe a pu relever un manque d'études approfondies (de type statistique et qualitatif) sur le territoire, concernant notamment la SRG, la précarité féminine, ainsi que la migration. Ce qui contribue à invisibiliser les enjeux de santé des femmes médocaines en prise avec ces situations. Dans ce contexte, l'approche qualitative est apparue comme la plus pertinente en raison de ses dimensions exploratoire et inductive.

Partie II – Méthodologie

A. Justification du choix de l'approche qualitative et éthique de la recherche

Les orientations de recherche développées en France dans le champ de la SRG concernent le plus souvent des thématiques en lien avec des pathologies (le VIH-sida, et plus récemment les cancers), les moments de la vie des femmes (contraception, grossesses) ou encore les déclinaisons des effets de genre. Elles se sont également tournées vers les évolutions sociales et les enjeux bioéthiques engendrés par les nouvelles technologies, telles que celles employées pour la procréation médicalement assistée par exemple, ou par les dispositions législatives encadrant l'IVG. Ainsi, la question de l'accès aux soins en France et les récentes notions de recours, non-recours, renoncement aux soins demeurent des questions encore peu travaillées dans le domaine de la SRG et constituent ici le cœur de notre recherche dans le Médoc, pour laquelle l'approche qualitative s'est imposée en raison de plusieurs éléments ici présentés.

A.1. La santé reproductive et génésique, de l'intimité des femmes aux enjeux de santé publique

Pour Carole Browner et Carolyn Sargent (2011), les études anthropologiques et sociologiques dans le champ de la SRG permettent de *« comprendre les diverses conséquences des interactions liées aux politiques globales et nationales sur les populations; à la santé publique, aux droits humains, et aux mouvements féministes; aux doctrines religieuses et à leurs manifestations; aux divers systèmes médicaux et à leurs pratiques; aux relations de parenté, aux relations intimes, et aux aspirations individuelles en santé reproductive chez les femmes et les hommes »* (Browner, Sargent, 2011 : 2. Trad. de l'anglais). Ainsi, il est intéressant de noter à quel point la SRG s'inscrit à différentes échelles du social, depuis le vécu individuel des femmes jusqu'aux dispositions juridiques et institutionnelles nationales et supra-nationales, pour pouvoir ensuite en analyser les interactions et les dynamiques. C'est dans la volonté de pouvoir multiplier les points de vue et de porter le regard sur ces différentes échelles du social traversées par la SRG que la méthode qualitative a été choisie.

A.1.1. Entrer dans la vie privée des femmes

Interroger les femmes sur des questions de SRG revient à entrer dans leur intimité (Guyard L., 2002), certains discours étant parfois tenus secrets, tel qu'une IVG, et d'autres demeurant douloureux, comme les cas de fausses-couches, d'infertilité ou de cancer. Il est apparu évident que l'approche qualitative, par des entretiens adaptés aux situations ainsi qu'une attitude compréhensive et empathique (moins envisageable dans les études par questionnaire), était à

privilégier. De plus, cette méthode a permis une approche plus globale, incluant la dimension intersectionnelle (sexe, ethnicité), les différents âges de la vie, les effets des appartenances sociales (précaires/pauvres) et géographiques (ruralité et néoruralité).

A.1.2. La santé publique en SRG « vue d'en bas »

L'approche qualitative, inscrite dans une longue durée, permet une démarche d'observation des politiques de santé publique en SRG « par le bas » (*bottom up*), c'est-à-dire qu'elle permet l'analyse au niveau de l'interaction, entre acteurs de terrain qui mettent en place les dispositifs décidés « en haut » et en diffusent les discours socio-sanitaires, et leurs publics-cibles (les femmes, les jeunes, les parturientes…). Elle permet donc de saisir les spécificités locales qui existent au niveau même de cette articulation entre politiques et usage des dispositifs pour ensuite les confronter aux discours régionaux, nationaux, européens et internationaux qui établissent les grandes orientations en matière de SRG.

A.2. Enquêter sur la précarité et migration

Parler de précarité et/ou de situations migratoires avec des femmes qui vivent ces situations le plus souvent avec difficulté nécessite ici aussi une approche compréhensive et empathique, et surtout une explication claire des méthodes et objectifs de la recherche. En effet, les personnes enquêtées peuvent facilement identifier les chercheures (ici toutes des femmes) à du personnel institutionnel en charge d'un quelconque contrôle social ; par exemple, poser des questions sur la façon dont une femme s'occupe de ses enfants peut donner à croire à un contrôle des services départementaux de la Protection de l'Enfance. De même, interroger une femme migrante tout juste arrivée sur son accès aux services de santé en SRG peut sembler être un moyen de contrôler la légalité de sa présence sur le territoire français. Ainsi, là encore, la démarche qualitative permet d'instaurer un climat de confiance qui se renforce au fur et mesure des rencontres répétées et des services rendus (rédaction de courrier, accompagnement dans les institutions administratives…) et qui permet aux chercheures d'accéder à des données plus fiables, moins empreintes de méfiance. La qualité de la relation a un impact sur la véracité des informations recueillies ; une certaine « familiarité » avec les personnes ainsi côtoyées durant l'immersion (susceptible de créer des liens d'interconnaissance, voire d'amitié) entraîne des confidences (de part et d'autres). Il s'agit d'une compétence relationnelle à laquelle sont formés les ethnologues, comme nous le détaillerons en A.4.4.

A.3. Ethique de la recherche

A.3.1. Définitions choisies

L'équipe a accordé une grande importance à l'éthique dans cette recherche. Une communication[76] y a d'ailleurs été consacrée, visant à illustrer la nécessaire prise en compte de l'éthique et de la réflexivité dans les études qualitatives de sciences humaines touchant à des sujets aussi sensibles que la précarité, la migration et la SRG. Dans ce cadre plusieurs

[76] Kotobi L, Lemonnier C, « Enquêter dans le champ de la santé reproductive : aspects méthodologiques, éthiques et réflexifs d'une recherche qualitative en Médoc (33), France », communication au séminaire « Anthropologies et santé », le14 octobre 2013, Université Bordeaux Segalen, France

définitions ont été retenues : dans leur introduction au dossier « L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique », les anthropologues Desclaux et Sarradon-Eck (2008) citent Supiot (2001) qui définit l'éthique comme « *un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect de valeurs jugées plus hautes que la liberté du chercheur* ». Dans une même démarche, Harrisson (2000) décrit que « *l'éthique relève du domaine de la philosophie qui se préoccupe des valeurs qui guident les conduites et les comportements humains* ». Cette définition conduit Martineau (2007), dans ses réflexions sur l'éthique en recherche qualitative, à pencher plutôt vers « *des éthiques plutôt qu'une* », ce qui invite à « *faire le deuil d'une théorie de l'éthique unique* », au profit de la reconnaissance de « *la valeur de l'interlocuteur* » et d'une adaptation des valeurs éthiques au contexte de la recherche. Une éthique au cas par cas en quelque sorte, guidée toutefois par trois principes (Malherbe, 1997) : « *1-Permettre à l'autre de parler, 2- Refuser de manipuler l'autre, 3-Refuser de mentir à l'autre* », qui peuvent se traduire dans la recherche par ce triptyque élaboré par Van Der Maren (1999) :

Encadré n° 13 : Les trois principes éthiques dans la recherche de Van Der Maren (1999) :

1. Le consentement libre et éclairé
2. Respect de la dignité du sujet
3. Respect de la vie privée et de la confidentialité

A.3.2. L'élaboration d'une charte éthique spécifique à notre recherche

En vertu de ces principes, notre équipe a consacré plusieurs séances de travail à la réflexion et à l'élaboration d'une charte éthique constituée d'extraits de la charte de l'Association Française de Sociologie (AFS) et de celle de l'American Association of Anthropology (AAA) qui semblaient être les plus pertinents, compte-tenu des spécificités de notre sujet d'étude. Elle a été adoptée par l'ensemble des chercheures et personnes intervenues dans cette recherche (stagiaires en santé publique, chargé des retranscriptions…).

Comme le précise aussi Martineau (*op.cit*), il est apparu au fil de la recherche et des relations de terrain établies, l'émergence d'un savoir issu de la co-construction des acteurs, qui nous a orientées vers une démarche de recherche plus impliquée et engagée que le cadre « fondamental initial ». Martineau plaide « *pour un engagement social de la recherche qualitative* », ce dans quoi notre recherche souhaite s'inscrire, en réalisant par exemple des restitutions publiques de l'enquête, suscitant le débat et pouvant se constituer en lieux de démocratie sanitaire[77].

A.3.3. Fiche de présentation de la recherche et de consentement préalable

Afin de favoriser l'entrée sur le(s) terrain(s) d'enquête (cf ci-après) dans les institutions, d'informer les personnes interrogées et de leur garantir anonymat et confidentialité, l'équipe a

77 Deux restitutions publiques ont eu lieu le 07 novembre 2013 à Pauillac dans le Médoc, l'une s'adressant aux professionnels de la santé et du social ainsi qu'aux responsables institutionnels, l'autre en direction des femmes enquêtées par l'équipe d'anthropologues, résidant en Médoc.

élaboré des outils communs. Il s'agit principalement d'une fiche de présentation de la recherche destinée aux professionnels de la santé et du social qui nous ont accueillies (ou non), aux responsables institutionnels (dont nous avons obtenu l'autorisation pour enquêter dans leurs structures), et aux différentes instances nous permettant de recueillir des données statistiques, juridiques, sociales.

Encadré n°14 : Fiche de présentation de la recherche

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Inégalités dans l'accès aux soins en santé génésique et reproductive : le cas des femmes « précaires et/ou migrantes » du Médoc (33)

DURÉE : juin 2010 - juin 2013 (financement *IReSP*, Institut de Recherche en Santé Publique/ INSERM)

RÉSUMÉ DU PROJET :
L'étude proposée a pour objectif de rendre compte des effets des dispositifs de santé existants ou récemment mis en place (réformes nationales, politiques locales), sur l'accès et le recours aux soins en santé reproductive et génésique des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc (territoire rural sous-médicalisé de Gironde).

On partira des discours des acteurs pour reconstituer les parcours et les itinéraires de santé. On montrera ce qui joue sur le recours ou le non recours au système socio-sanitaire et associatif. L'enquête nous amènera à croiser les dimensions classiques du genre, des inégalités sociales et des différences culturelles. En choisissant de travailler sur plusieurs classes d'âge (allant des 15-18 ans aux 45-65 ans), on pourra saisir comment ces femmes accèdent ou recourent (ou non) au système socio-sanitaire, à différents moments de leur vie génésique et reproductive.

La problématique retenue dans cette recherche nous conduit à choisir une méthodologie de type qualitatif, par immersion (observation participante) et entretiens. Ces méthodes, propres aux sciences sociales, nous semblent les plus adaptées pour reconstruire les histoires de vie, gynécologiques et obstétricales, des femmes enquêtées. Il est envisagé de réaliser 135 entretiens au total, se répartissant comme suit : 45 entretiens de professionnels et 60 entretiens de femmes (15 parmi elles seront suivies et rencontrées 3 fois sur les 3 années pour reconstruire leurs parcours institutionnels et associatifs et recueillir leur façon de restituer leur expérience).

Conformément aux règles déontologiques de la recherche universitaire, les observations et entretiens réalisés auront fait l'objet d'un accord préalable des personnes concernées. Les propos et les informations recueillis seront anonymisés tout au long de l'enquête et lors de sa restitution.

Nous vous remercions de votre participation.
Au nom de l'équipe,
La responsable du projet,
Laurence KOTOBI
laurence.kotobi@u-bordeaux2.fr

L'équipe Anthropologie :
Laurence KOTOBI (MCF anthropologie)
Lorena ANTON (postdoctorate anthropologie)
Clara LEMONNIER (doctorante anthropologie)

L'équipe Sociologie
Béatrice JACQUES (MCF sociologie)
Sonia PURGUE (M2 sociologie)

Une fiche d'information et de consentement préalable à la participation des femmes à notre enquête a également été présentée à chaque nouvelle rencontre. Cette fiche ne contient pas l'intitulé exact du public cible, afin de ne pas stigmatiser les femmes :

Encadré n°15 : Fiche de consentement préalable à la participation des femmes à la recherche

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

RECHERCHE SUR **L'ACCES AUX SOINS** (GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES) **DES FEMMES RESIDANT DANS LE MEDOC**

Information destinée au consentement préalable

Chercheurs en sciences sociales à l'Université de Bordeaux, nous souhaitons vous proposer de nous aider à réaliser une enquête qui a reçu un financement public (Inserm/Iresp). Nous travaillons sur l'accès aux soins (gynécologiques et obstétriques) des femmes résidant dans le Médoc.

Pour cela, nous allons rencontrer des professionnels de santé (médecin, sage-femme, infirmière) et du social (conseillère conjugale, travailleur social, bénévole associatif) qui sont à votre contact.

Nous pourrons être présentes lors de consultations ou de rendez-vous avec ces professionnels, pour mieux comprendre comment se déroulent les prises en charge. Nous pourrons aussi être amenées à vous rencontrer en tant qu'usagères de ces différents services, pour discuter de la façon dont vous avez recours à ces professionnels, lors des problèmes de santé que vous pouvez rencontrer dans votre vie quotidienne.

Notre présence aux consultations et les entretiens ne pourront se faire qu'avec votre accord préalable, que vous donnerez.

Cette enquête est soumise aux règles de confidentialité, ce qui signifie que toutes les informations que vous nous aurez données resteront totalement anonymes. En tant que chercheurs nous sommes soumises aux mêmes règles de secret professionnel que le personnel médical.

L'objectif de ce travail est de mieux connaître l'état de l'offre et des besoins dans le domaine de la prévention, de la contraception, de la maternité pour aider les professionnels à mieux répondre aux attentes.

Nous vous remercions de votre participation.

Lorena ANTON, Béatrice JACQUES et Laurence KOTOBI

Université Bordeaux 2, Département d'Anthropologie et Département de Sociologie.
3 ter Place de la Victoire 33 076 Bordeaux cedex
05 57 57 18 49 (LK) ou 05 57 57 19 94 (BJ).

En complément, une affiche reprenant le titre, les objectifs de la recherche et les coordonnées de sa responsable scientifique a été accrochée dans différents lieux d'enquête, à titre d'information publique.

Ces différents outils et démarches d'autorisations (durant les premiers temps de l'enquête notamment) ont participé d'une démarche informative et éthique, spécifiant aux interlocuteurs qu'il ne s'agissait pas de faire une enquête à couvert. Ce qui avait l'avantage de permettre de

faire connaître notre questionnement, notre approche disciplinaire (peu connue, pour l'anthropologie) et notre professionnalisme. Ce travail relationnel, toujours chronophage dans les calendriers de recherche, avait comme visée d'améliorer les négociations indispensables à l'ouverture des consultations des professionnels de la santé et du social, des réunions ou autres prestations qui sont autant de lieux privilégiés pour l'observation des pratiques *in situ.*

A.3.4. Obtenir des données fiables et garantir l'anonymat

S'interroger et instaurer une démarche éthique fait d'autant plus sens que nous avons pu établir des rapports de proximité, en tant que chercheures en immersion, avec nos interlocuteurs/trices. La qualité relationnelle ainsi instaurée est tout à fait nécessaire pour garantir le recueil de données personnelles et parfois intimes, plus fiables et valides que le discours commun, souvent construit pour n'aborder que les banalités et protéger les informations d'ordre privé (Caratini, 2004).

Le respect de l'anonymat suppose que les données recueillies sur les personnes ne leur portent atteinte. Il est important d'éviter que celles-ci puissent être identifiées par d'autres que ce soit pendant le temps de l'enquête (les discussions portant sur des cas précis doivent néanmoins permettre de brouiller les pistes quant à l'identification des personnes) ou au moment de l'écriture. Lors de cette dernière phase, quand l'anonymisation était possible[78] nous avons opté pour l'attribution d'un pseudonyme aux personnes enquêtées et aux communes investiguées. Parfois, seule la zone géographique (nord, centre et sud Médoc), laissée volontairement floue, est mentionnée. Enfin certaines structures ont été arbitrairement rebaptisées, afin de permettre l'identification du type de structure tout en gardant anonyme leur localisation, et ainsi leur personnel. De même, certains éléments ont pu être modifiés afin que le lecteur qui croit pouvoir reconnaître l'un ou l'une enquêtée, n'en soit jamais pleinement assuré.

[78] Certaines structures sont uniques en Médoc, ce qui implique des difficultés pour leur anonymisation

B. Approches disciplinaires complémentaires et modalités de fonctionnement

B.1. Deux équipes de chercheures en sciences humaines aux objets et terrains de recherche complémentaires

L'équipe de recherche s'est constituée en deux sous-équipes qui ont travaillé en complémentarité sur la thématique et sur le terrain. La première était composée de trois anthropologues (la responsable scientifique de la recherche- maître de conférence, une post-doctorante et une doctorante allocataire[79], sous la direction de thèse de la responsable), rattachées à l'UMR 5185 ADESS du CNRS. La seconde a été constituée de sociologues (l'une maître de conférence et successivement de deux sociologues juniors titulaires d'un Master 2 en sociologie), rattachées au Centre Emile Durkheim, UMR 5116). Pour rendre la recherche faisable, chaque groupe a été amené à privilégier des thématiques en fonction de ses domaines d'expertise, ainsi que des outils de recherches spécifiques à sa discipline et d'outils communs. Une répartition territoriale s'est également affinée en fonction des structures observées et des intérêts de recherche poursuivis.

Ainsi, l'équipe anthropologique a été amenée à se pencher sur les femmes « migrantes » et/ou « précaires », autour des questions concernant la contraception, l'IVG, ainsi que le « non-recours » aux soins et les recours « non-conventionnels » en SRG. Elle a opté pour de multiples entrées sur le territoire médocain, identifiées parfois au cours de l'enquête grâce aux réseaux de relations établis localement. Il s'est agi par exemple de lieux de consultations en planification familiale, d'institutions politiques en lien avec la santé, d'institutions d'aide sociale, d'associations d'aide aux populations, d'établissements scolaires, de commerces, du domicile des femmes, au café, des lieux de travail…

L'équipe sociologique a choisi de poursuivre ses travaux sur le domaine de la santé reproductive et de la précarité et a privilégié une entrée institutionnelle (structures de suivi et d'accompagnement à la grossesse, la naissance : service de maternité et consultations de gynécologie-obstétrique de la clinique, cabinet de sages-femmes libérales, service de PMI et CPEF).

Outre l'exigence d'une (certaine) représentativité et de la triangulation des discours, la multiplication des lieux d'enquête permettait :

1/ de saisir l'organisation et l'étendue de l'offre potentielle en santé reproductive

2/ de se décentrer de la seule offre spécifique en santé reproductive, notamment pour l'étude du « non-recours » voire du « renoncement » aux soins, ainsi que pour la question des recours « non conventionnels »

[79] Lemonnier Clara, *Maux de femmes, Recours profanes. Ethnologie en région rurale médocaine du pluralisme thérapeutique en santé sexuelle et reproductive*. Thèse d'anthropologie en cours, débutée en 2011, dir : L. Kotobi et Pr A. Kouvouama, EDSP2, Université de Bordeaux.

3/ d'observer la variété et les disparités géographiques, territoriales (médoc vert/bleu) et socio-économiques (secteurs d'emplois) de l'accès aux soins

4/ de ne pas être identifiées à des professionnelles de la santé et du social, pour éviter ce biais dans les interactions avec les femmes.

B.2. Des outils mis en place pour favoriser l'interdisciplinarité

B.2.1. Le séminaire de recherche « Genre, Santé, Migrations » (GSM)

Le séminaire de recherche « Genre, Santé et Migration » a été mis en place dès la rentrée 2010, grâce au financement des deux laboratoires de rattachement des chercheures et de l'Ecole Doctorale de l'Université Bordeaux 2 (cf. Annexe n° 16). Ce soutien financier a permis **d'inviter, durant les trois années d'enquête, 18 chercheurs** (anthropologues, sociologues, économiste et médecin). Les communications et les débats qui ont eu lieu, et dont les thématiques étaient directement liées aux besoins de la recherche, ont enrichi l'analyse des données de terrain et complété notre revue de la littérature, réalisée de façon continue tout au long du projet. De même, la participation régulière des chercheures à des manifestations scientifiques nationales et internationales, ainsi que leurs communications et leurs premières publications ont dynamisé la recherche et contribué à consolider un réseau de recherche sur ce champ.

B.2.2. Organiser le travail interdisciplinaire

Chaque équipe (anthropologie et sociologie) a pu privilégier ses propres approches méthodologiques grâce à l'élaboration de questions communes de recherche, ainsi que la réalisation de réunions périodiques de mise au point (partage des hypothèses, triangulation des informations).

Une plateforme commune en ligne (Gmail) a été mise en place dès le début de l'enquête, pour assurer une harmonisation des contacts, un calendrier rendant compte des temps et lieux d'enquête de chaque chercheure sur le terrain (Médoc+CUb) et la constitution de dossiers numériques pour la bibliographie et autres documents de travail. Cette centralisation a également permis un suivi de l'avancement du travail tout au long de la recherche.

Malgré les réunions régulières, plutôt à visée de pilotage, ou d'organisation du séminaire GSM, finalement peu de temps a pu être dévolu au contenu de l'enquête ou aux méthodes utilisées *in situ*. Ces réunions ont néanmoins permis d'opérer des ajustements au cours de l'enquête, et de mettre en place des outils en commun : des tableaux synthétiques à tenir chronologiquement, rendant compte de notre présence sur le terrain et des personnes rencontrées ; des fiches à réaliser pour chacune d'entre elles, qui ont permis de préciser des études de cas (femmes/ professionnels/ personnes ressources), tout comme des comptes-rendus d'observations, en vue de saisir certaines dynamiques sociales dans la durée.

Ces réunions ont également permis la construction d'indicateurs communs : le choix des découpages administratifs pertinents pour l'étude statistique du territoire, la nécessité de relever certains éléments d'observation de façon systématique en vue d'une comparaison des données entre équipes (ex : autour de la rumeur et des réputations).

Par ailleurs, chaque équipe s'est réunie régulièrement (tous les quinze jours pour l'équipe d'anthropologie, 37 réunions pour l'équipe de sociologie sur les trois années) pour travailler aux orientations de l'enquête de terrain et aux analyses, ou pour rédiger les communications et publications.

B.2.3. La journée d'étude pluridisciplinaire

A la suite des restitutions de l'enquête qu'elle a effectuée début novembre 2013 en Médoc auprès des partenaires, puis des femmes enquêtées, l'équipe anthropologie (LK et CL) a organisé la journée d'étude initialement prévue dans le projet, en y invitant 16 chercheurs en anthropologie, sociologie, psychiatrie, psychologie et consultant de l'OMS (Annexe n°16) dans le but de proposer à la discussion scientifique les premiers résultats de l'analyse. La matinée de cette journée (du 15 novembre 2013) a d'abord été consacrée à la définition des objets et contexte de la recherche et à la description de la méthode de terrain utilisée. Ensuite, une discussion a été menée sur les écarts observés entre l'offre potentielle de soins en SRG et l'offre effective identifiée, sur les principaux obstacles à l'accès aux soins et sur les modes de catégorisations employés par les professionnels de la santé et du social pour décrire les femmes en situation de « précarité » et/ou de « migration ». Pendant l'après-midi, la réflexion a porté précisément sur les notions de « non-recours » et de « renoncement » aux soins et sur la difficile adéquation de ces notions aux faits sociaux observés sur le terrain médocain. Cette journée d'étude pluridisciplinaire, qui s'est tenue avant la fin du projet, s'est révélée très enrichissante pour l'analyse de nos données et a largement contribué à faire connaître cette recherche de façon approfondie à la communauté scientifique.

C. Techniques et terrains d'enquête

Cette recherche qualitative a été menée principalement par observations et entretiens.

L'équipe complète a pu réaliser :

- 340 demi-journées d'observation sur le terrain.

- 202 personnes interviewées, dont :
- 114 professionnels et intervenants en santé-social et
- 88 femmes dont 20 en suivi long (= 2 à 3 entretiens)

=>Au total : 59 professionnels de santé, 42 professionnels ou intervenants du social et 13 thérapeutes MNC ont été interrogés

=>Au total, 88 femmes ont été interrogées, dont 20 en suivi long sur les trois années

L'observation est une technique d'enquête largement utilisée dans les recherches qualitatives de terrain, depuis les apports de Boas ou de Malinowski au début du XXème siècle : elle permet de saisir les interactions et pratiques en train de se produire et de pouvoir les restituer en rendant également compte du contexte social et culturel dans lequel elles ont eu lieu.

La technique des entretiens permet de son côté d'accéder aux discours, qu'il convient de confronter aux résultats de l'observation. En effet, pour l'anthropologue J-P. Olivier de Sardan (2003 :20), *« entretiens et observations ne sont pas des données brutes mais des produits. Les uns et les autres dépendent de questions de recherche et sont intégrés à des problématiques (lesquelles) sont en général d'échelle beaucoup plus vaste que le thème d'un entretien particulier ou le champ d'une observation particulière : (…) l'entretien ou l'observation sont, pour le chercheur des « portes d'entrées ». (…) Tout entretien a une composante observationnelle comme toute observation a une composante langagière. (…) Entretiens et observations sont combinables entre eux et avec d'autres types de données (recensions, sources écrites).»*

C.1. Des lieux privilégiés pour l'observation

C.1.1. Une équipe de recherche régulièrement présente dans le Médoc

Lorsque les calendriers de recherche et d'enseignement ont été compatibles, l'équipe d'anthropologues a séjourné dans le Médoc (entre 2 et 4 journées d'affilée) afin de favoriser les contacts et les échanges avec les structures et le public enquêté. A d'autres moments, les chercheures ont effectué des journées ou des demi-journées d'enquête. Ainsi en moyenne, l'équipe anthropologie a assuré une présence sur le territoire de une à deux journées par semaine pendant deux années et demi sur le territoire. Cette familiarisation a permis d'établir des relations privilégiées et de confiance, notamment avec les femmes « en suivi long » et

aussi d'être identifiées comme une équipe de recherche, parfois comme experts mais aussi comme personnes ressources (demande de conseils, relais d'informations, accompagnement physique à des démarches variées -dont écrivain public, par exemple) ce qui favorisait la pratique de l'observation participante. L'empathie et l'immersion de longue durée sur un « terrain proche » ont permis de développer des liens tantôt professionnels, tantôt plus personnels au long des trois années, entre certains enquêtés et les chercheures, alimentés par le biais des nouvelles technologies (SMS sur téléphones portables et internet). Du côté des professionnels, l'outil internet a permis de maintenir des contacts réguliers et de recevoir des invitations à des actions spécifiques sur le territoire. Du côté des femmes, cette mise en réseau (par téléphone mobile le plus souvent) a facilité notamment l'actualisation d'informations les concernant (changements de coordonnées, annonce d'un mariage, d'une naissance, invitation à des événements associatifs) et a aidé à la mise en œuvre de la méthode dite *boule de neige* (présentation de personnes de leur entourage susceptible de participer à notre recherche) pour établir un échantillonnage. Le mémoire de Master 2 (2011) puis l'inscription en thèse d'anthropologie de Clara Lemonnier, à partir de septembre 2011 sur le Médoc ont également permis d'enrichir la connaissance des itinéraires thérapeutiques de certaines femmes qui utilisent d'autres réseaux de soins. Enfin, cette posture d'immersion, au sens ethnographique du terme, a toujours été doublée d'une « *observation flottante* » selon l'expression de Colette Pétonnet (1982), méthode qui *« consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser « flotter » afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans a priori, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences, apparaissent et que l'on parvienne alors à découvrir des règles sous-jacentes* » (p 39).

De même, l'équipe de sociologie a eu recours dans un premier temps à la méthode de l'observation *in situ* (parfois participante). Une présence régulière sur le terrain a également facilité l'entrée sur les différents terrains d'enquête institutionnels étudiés, de se « mêler » aux activités des professionnels, de saisir ce qui se joue au sein de ses micros-interactions. Cela a aussi permis de rencontrer les femmes dans leur contexte de vie, au cours de leurs déplacements, dans leur rencontre avec les institutions afin de mieux saisir leurs trajectoires, leurs itinéraires thérapeutiques et ainsi d'appréhender leur recours et accès aux soins. Soulignons que la méthode de l'observation est aussi *« un moyen de résister aux constructions discursives des interviewés en permettant de s'assurer de la réalité des pratiques évoquées en entretien* » (Arborio et Fournier, 2005 : 8).

=>L'ensemble des observations a été consigné dans des journaux de terrain.

C.1.2. Des modalités d'observation ajustées aux objectifs de recherche et aux terrains étudiés

a. Terrains institutionnels spécialisés en SRG

Les terrains explorés par l'équipe de sociologie et une part des terrains de l'équipe d'anthropologie ont concernés les structures sanitaires et sociales spécialisées en SRG présentes sur le territoire. Le choix d'une entrée institutionnelle est pertinent car il explique en partie comment les femmes sont orientées et/ou prises en charge autant qu'il permet de recenser l'offre de soins.

Pour ce qui concerne les questions liées à la grossesse et à la naissance, et après avoir identifié et rencontré les principaux acteurs responsables des différentes structures, l'équipe de sociologues a pu investir les différents lieux où se concentrent l'essentiel de l'offre de soins en SRG -décrits en partie 1- la clinique du Médoc, les trois MDSI, rapidement apparues

comme des lieux d'observations à privilégier dans un premier temps. Une autorisation d'enquêter sur ces terrains a été demandée auprès des instances de direction auprès de qui la recherche a été présentée à plusieurs étapes de son avancement. De leur côté, les anthropologues ont également enquêté dans ces structures qui délivrent des contraceptifs et orientent ou prennent en charge les cas d'IVG.

- La clinique du Médoc

En ce qui concerne la clinique, une pré-connaissance du personnel a facilité les premiers contacts. Plus précisément, les services de gynécologie-obstétrique et celui de la maternité de la clinique ont constitué des lieux importants pour l'investigation empirique des sociologues (en tout, 102 demi-journées). Elles y ont effectué 34 demi-journées d'observations, durant les temps de consultations d'un des médecins du service de gynécologie-obstétrique. Ce médecin, déjà en lien avec une des membres de l'équipe sociologique, s'est révélé être une « personne ressource » et a facilité l'intégration des chercheures au sein du service maternité. Dans ce service, les sociologues ont précisément réalisé 60 ½ journées d'observations où elles ont pu observer les pratiques de tous les professionnels présents (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes), leurs interactions, l'organisation du travail et les relations soignants-soignés. Des observations ont été menées en salle d'accouchement, en salle de nurserie, en suite de couches de la maternité (chambres des patientes) ainsi qu'aux séances de préparation à la naissance (8 ½ journées) que proposait une sage-femme libérale au sein du service. Enfin, il a été possible pour les sociologues d'accéder aux lieux plus informels (salle de repas du personnel, salle de repos), qui sont des lieux propices aux échanges entre professionnels mais aussi avec la figure du chercheur. Ce travail a permis aussi de s'entretenir avec des patientes de façon informelle, dans la chambre des parturientes par exemple.

L'équipe d'anthropologie a de son côté effectué des observations répétées à la clinique, au sein des deux mêmes services, pour alimenter sa réflexion sur l'accès à la contraception et à l'IVG. En relation directe avec le service Maternité, deux gynécologues-obstétriciens délivraient des consultations semi-quotidiennes au début de la recherche en septembre 2010. Une observation d'une soixantaine de consultations (gynéco-obstétricales, chirurgicales et pédiatriques), mais aussi de différentes salles d'attente ou des urgences (sur un roulement de 24h) y a été menée, début 2011. Une quinzaine d'entretiens (formels ou informels ont été menés auprès de professionnels (médicaux, paramédicaux et du social). Cette observation en service hospitalier a parfois été conditionnée, par le port occasionnel de la blouse blanche au sein de certaines consultations, ce qui doit être pris en compte. J. Peneff (1992) comme S.Fainzang (2006) ont montré dans leurs travaux les effets de domination symbolique que peut impliquer cet « uniforme » dans la relation de soin. Ici encore, chaque patiente a été informée du déroulement de l'enquête et a donné son consentement quant à l'observation de sa consultation.

- Les MDSI

Pour les MDSI, l'attention des sociologues s'est plus spécifiquement portée sur les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et plus secondairement les services sociaux.

La présence soutenue des sociologues (60 ½ journées d'observation) dans chacune des trois PMI médocaines a permis d'accéder aux consultations des trois sages-femmes qui se partagent l'ensemble du territoire. Il convient de préciser, que ces consultations se déroulaient majoritairement aux domiciles des familles. Les permanences des sages-femmes au sein même des structures - même si elles représentent une part faible de leur activité - ont

néanmoins aussi pu faire l'objet d'observations. L'équipe a également pu observer deux réunions « allaitement » conjointement organisées par la sage-femme et la puéricultrice de la PMI de la MDSI Bêta et une consultation avec la puéricultrice. Elle a participé à 2 staffs d'équipe (rassemblant les équipes soignantes (sage-femme, puéricultrices, médecins, psychologue) et les équipes socio-éducatives (travailleurs sociaux, TISF, responsable de la structure) dans la MDSI Bêta. Enfin, elle a pu assister à tous les échanges formels (compte rendu auprès d'un collègue, demande d'informations sur le cas d'une famille…) et informels (temps de repas, pause…) entre le personnel.

L'observation au domicile des familles a toujours été conditionnée par le recueil préalable – comme pour les consultations à la clinique- d'un consentement de la part des patientes. Ces dernières étaient donc libres de refuser notre présence à leur domicile. S'il n'y a eu aucun refus, il convient cependant de préciser que bien souvent une confusion de nos rôles et statuts a pu être observée. Les familles -associant notre présence à celle de la sage-femme- nous considéraient comme des professionnelles de santé (sage-femme ou stagiaire sage-femme, parfois psychologue).

Les consultations du médecin gynécologue du CPEF de la MDSI Bêta (6 ½ journées), a constitué une autre entrée pour les sociologues qui ont pu observer les pratiques de cette professionnelle et mettre en évidence le travail de coordination réalisé avec l'équipe de PMI. Entre chaque consultation, les échanges avec cette professionnelle ont permis de recueillir son point de vue sur le territoire et l'offre de soin. Un entretien a aussi été réalisé avec elle. Soulignons par ailleurs, que ce médecin est engagé dans de multiples réseaux d'actions humanitaires à l'extérieur du territoire mais aussi sur le territoire depuis de nombreuses années. Ainsi, son regard a permis à la fois de saisir l'évolution de l'offre de soins sur le territoire sur les vingt dernières années, et de comparer les zones géographiques (nord et sud).

Pendant les années 2011 et 2012, l'équipe d'anthropologues a mené des observations hebdomadaires, dans la salle d'attente du CPEF de la MDSI Alpha (à chaque permanence hebdomadaire, pendant deux ans) et ponctuelles au sein de la consultation de conseillères conjugales, ainsi dans celle d'un service de gynécologie dans les MDSI Beta et Gamma. Entre 2010 et 2013, deux membres ont pu mener une observation participante au cours de 9 séances d'animation à la sexualité et à la vie affective (dans des établissements scolaires ou au CPEF de la MDSI Alpha), sur deux villes du Médoc.

- L'offre libérale

L'unique cabinet de gynécologie n'a pu faire l'objet d'observation durant l'enquête. Les sociologues, ont choisi d'investiguer le seul cabinet de sages-femmes libérales présent sur le territoire (6 ½ journées). Elles ont suivi les professionnelles durant leurs visites à domicile (VAD) et les temps de consultations au cabinet (2 ½ journées). Ces observations se sont révélées pertinentes dans la mesure où, ces sages-femmes sont en contact permanent avec les structures évoquées précédemment. Les temps d'observations au cabinet, qui portaient sur des séances de préparation à la naissance ont permis de favoriser l'échange avec les patientes (nombre restreint de 4 personnes). L'une des anthropologues, elle-même infirmière a suivi quelques visites à domicile de deux infirmières exerçant en libéral. Des médecins libéraux ont été également rencontrés et interviewés (dans leur cabinet ou à domicile) et leurs salles d'attentes, ainsi que quelques pharmacies ont fait l'objet d'une attention régulière.

b. Terrains du sanitaire et social non spécialisés en SRG et terrains « hors-champ »

Le choix des anthropologues de privilégier également des entrées hors institutions et/ou non spécialisées en SRG a reposé sur l'hypothèse de l'existence d'un non-recours aux soins en SRG ou de recours « non-conventionnels ». De nombreuses structures associatives par exemple, dont des associations d'aide aux populations ont été contactées dans ce but. Certaines de leurs antennes ont ainsi pu faire l'objet d'une véritable observation participante, avec l'adhésion des équipes. Une présence soutenue et attentive dans ces structures (notamment au moment des distributions de colis alimentaires, de braderies, de rendez-vous ou d'entretiens d'accueil ou de suivi, de cours) a permis l'instauration de relation de qualités avec certaines familles bénéficiaires.

Cette immersion ethnographique, comme la pratique de l'observation flottante a permis à l'équipe d'anthropologues d'effectuer une veille de l'offre effective de soins en SRG, ainsi qu'un repérage des lieux où peuvent se développer des discours préventifs ou des pratiques d'orientation et d'accompagnement en lien avec la SRG tels que les pharmacies, les cabinets de médecins généralistes, les cabinets de radiologie et d'échographie, les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets d'infirmières libérales, les services d'aide sociale et d'insertion par l'emploi, ou encore les structures éducatives et d'animation. De plus, entre 2012 et 2013, deux membres de l'équipe ont pu conduire une observation participante sur 7 séances d'un réseau d'acteurs professionnels médocains et bordelais réunis autour des questions de la planification familiale et des grossesses non désirées chez les jeunes en Médoc. Le bouche à oreille et l'inscription de l'équipe au sein des réseaux professionnels locaux a largement permis d'alimenter cette veille et de nourrir les rencontres avec de nouveaux professionnels et de nouvelles femmes. Par ailleurs, la participation ponctuelle à des séances de soin, effectués par des praticiens en médecines dites « non-conventionnelles » a permis de questionner le pluralisme médical à l'œuvre en SRG.

Globalement, en plus de questionner le non-recours ou le recours non-biomédical et d'accéder à des femmes qui « échappent » aux circuits classiques de prise en charge, cette démarche a permis de mieux appréhender la territorialisation de l'offre et de l'accès à la SRG, du fait de la multiplication d'entretiens et d'observations dans différentes communes du territoire, notamment celles ne disposant de services médico-sociaux, directement liés à ce champ spécialisé.

L'équipe des anthropologues a élaboré des grilles d'observation en fonction des lieux d'enquêtes (consultations, salle d'attente ou distribution de colis alimentaires), permettant de recueillir des informations systématisées sur les interactions à l'œuvre (relations soignants /soignées, accueil, langage et catégorisations, etc.). Des comptages réguliers ont également été effectués lors des trajets Bordeaux/Médoc (nombre de caravanes présentes en bord de route, durée des trajets et imprévus rencontrés selon les modes de transports utilisés), mais aussi sur les terrains d'observations (nombre d'accompagnants à une consultation, nombre et type d'affichage SRG, disponibilité de l'offre de soins suivant la période de l'année).

Ainsi, la présence régulière sur le terrain et les observations ciblées, réparties sur les trois années, ont permis à l'équipe d'être vigilante aux variations (notamment saisonnières, cf tableau sur 11 mois en Annexe n°5), aux changements (notamment dans l'offre de soins et de prévention) et de mieux identifier les profils des femmes en situation de précarité et/ou de migration et les inégalités auxquelles elles doivent faire face dans leur accès aux soins (distance géographique, non connaissance des droits, absence d'une offre spécifique).

C.2 Populations rencontrées et pratiques d'entretiens

C.2.1. Différents types d'entretiens

Pour les sociologues comme pour les anthropologues, la pratique de l'entretien semi-directif a été la plus souvent privilégiée. Toutefois, la pratique d'entretiens informels, retenus ici à titre d'entretiens exploratoires, a régulièrement constitué un préalable à l'entretien semi-directif enregistré. Ces entretiens ont en effet permis l'établissement de relations privilégiées avec les interlocuteurs qui, bien informés des objectifs et des conditions de la recherche, se sont montrés dans l'ensemble très coopératifs. Cette technique est une étape incontournable de la méthode boule de neige, choisie pour l'enquête ethnographique hors institutions spécialisées en SRG.

Selon les situations rencontrées au cours de la recherche, certains entretiens ont été menés librement sous la forme de « conversations ordinaires » (Bourdieu, 1995), permettant d'atténuer les rapports de pouvoir enquêteurs/enquêtés. Cette méthode s'est révélée d'autant plus utile que les sujets abordés étaient intimes et parfois douloureux. Dans l'ensemble, ces entretiens informels nous ont permis d'accéder non seulement aux rumeurs mais aussi aux non-dits, aux secrets et aux informations volontairement dévoilées hors enregistrement.

Ainsi, l'entretien semi-directif enregistré n'a été généralement possible qu'après une présentation claire de l'enquête en cours et de ses principes déontologiques, d'une immersion et de discussions informelles. Il a été orienté par des grilles d'entretien, communes aux deux équipes. Cette méthode a permis de valider certaines hypothèses mises en exergue par l'observation des pratiques. Il faut également souligner que l'entretien permet également de mesurer les écarts entre les faits relevés durant les observations et les discours des acteurs dans l'artefact de l'entretien. Des approches « biographiques » ou dites de « récits de vie » ont parfois été employées pour illustrer des études de cas approfondies.

Les deux équipes n'ont enregistré les entretiens par dictaphones qu'avec l'accord des femmes et des professionnels, afin de les retranscrire par la suite.[80] L'enregistrement n'a pas été systématiquement proposé, selon les conditions (salles d'attente ou lieux publics). Parmi les rares refus d'enregistrement, on peut compter une majorité de professionnels de santé, argumentant le secret médical ou une gêne personnelle.

Les deux équipes ont réalisés des entretiens dits de « suivi-long » avec une vingtaine de femmes, sur les trois années, (soit entre deux et trois entretiens/femmes, en moyenne). Ces entretiens avec les mêmes personnes ont permis de reconstituer les logiques de travail ou de soin à l'œuvre en SRG sur des échelles de temps plus longues.

Enfin les sociologues ont également fait appel à la méthode du focus groupe avec un groupe de 20 sages-femmes de PMI du CG du département, avec lequel elles ont particulièrement travaillé. Il s'agissait -contrairement à l'entretien individuel où le chercheur peut davantage accéder à des représentations et des pratiques d'ordre individuel- de mesurer par cet entretien collectif, ce qui relève du poids du groupe professionnel, d'appréhender les processus de socialisation professionnelle, et comprendre sur quoi et comment se construit le consensus. Ainsi, la réalisation de ce focus groupe (cf. Annexe n°3-c) a permis de saisir les logiques des

[80] Le plus souvent, l'enregistrement a été doublé d'une prise de notes.

pratiques communes dans l'accompagnement des femmes dans le suivi de grossesse et aussi les difficultés qu'elles rencontrent.

Cette pluralité et complémentarité des outils, offrait l'opportunité de croiser les données, les informations, de tester les hypothèses de diverses manières et a été un gage de fiabilité dans la production des résultats.

C.2.2. Les acteurs du soin en SRG : une approche élargie

Des guides thématiques qui figurent en Annexe 3 ont été élaboré pour les entretiens. Pour les acteurs du soin, le guide était organisé autour de questions portant sur des éléments d'identification du professionnel (âge, sexe, profession…), sa trajectoire professionnelle, son expérience de travail dans le Médoc, en général et en SRG en particulier, les aspects positifs de sa vie professionnelle dans le Médoc et les difficultés rencontrées. Il leur était régulièrement demandé de relater un « cas typique » de SRG auprès de « femmes précaires et/ou migrantes », puis ils étaient invités à nous fournir les contacts de personnes susceptibles d'intéresser notre enquête. Les entretiens auprès les professionnels permettaient, entre autres choses, de saisir leur appréhension des publics « précaires » et « migrants », leurs points de vue sur leurs pratiques et leurs représentations de l'évolution de l'offre de soins sur le territoire. Au-delà-même des représentations, c'est les effets de classement et de catégorisation des populations dites « précaires » et/ou « migrantes » par les différents acteurs du soin qui ont été questionnés (également avec l'outil observation).

a. Les professionnels de la santé et du social

Pendant l'enquête, l'équipe anthropologique a rencontré 43 professionnels de santé travaillant à temps-plein ou partiel sur le territoire et délivrant des soins en relation directe ou indirecte avec la SRG (cf. Annexe n°2). Parmi ceux-ci, 5 médecins généralistes libéraux, 5 médecins de CPEF (gynécologues ou généralistes formés à la gynécologie), 8 médecins hospitaliers, 3 conseillères conjugales, 1 psychiatre, 1 psychologue et 1 addictologue, 2 infirmières scolaires, 6 sages-femmes, 1 puéricultrice, 4 pharmaciens et 2 infirmières libérales. La plupart des professionnels interrogés exerce dans les endroits où se concentre l'offre de soins sur le territoire.

Les 23 professionnels de santé et du social rencontrés par l'équipe sociologique ont été interrogés sur leur lieu de travail, excepté une sage-femme de PMI qui a préféré réaliser l'entretien durant sa pause repas, à l'extérieur. Une autre a été interviewée à son domicile. 5 n'ont pas souhaité être enregistrés. Ces professionnels avaient entre 28 ans et 58 ans. Certains travaillaient depuis une dizaine d'année dans la structure étudiée. Mais une grande majorité y travaille depuis 4 ans en moyenne. Parmi eux, seuls quatre vivent dans le Médoc.

Les anthropologues ont aussi rencontré 35 professionnels et intervenants du social travaillant à temps-plein ou partiel sur le territoire et orientant le public étudié vers des soins en SRG (Annexe n°2-A). Parmi ceux-ci, 5 sont des assistants sociaux, 5 exercent différentes fonctions dans les MDSI et 2 dans des Missions Locales sur le territoire. D'autres sont bénévoles d'association (9), ou exercent des postes à responsabilité dans le secteur public (3).

b. Les bénévoles des associations de solidarité

L'équipe a réalisé des entretiens avec neuf bénévoles, membres de sept associations de solidarité. Il s'agit d'associations de solidarité alimentaire, de lutte contre les violences faites aux femmes, d'alphabétisation, d'aide et d'insertion des personnes handicapées ou d'aide à l'accès aux droits et aux démarches administratives. Ces bénévoles côtoient régulièrement

des femmes « précaires » et « migrantes », sans lien avec les questions de SRG (Annexe n°2-A). Les entretiens se sont déroulent pour moitié sur le site associatif, un quart au domicile en Médoc et un quart dans un café (en terrasse).

c. Les « personnes ressources »

Au cours de la recherche, l'équipe a aussi rencontré diverses personnes dans le Médoc et sur Bordeaux, aux champs d'activités plus au moins éloignés de la SRG, mais qui ont néanmoins apporté un éclairage sur l'histoire et les dynamiques sociales et politiques du territoire médocain. (Annexe n°2-A)

Ainsi, trois professionnelles travaillant à la cohésion et à la mise en réseau de l'offre sanitaire et sociale sur le territoire médocain ont été contactées et leur aide a été précieuse. De même, trois salariés de structures associatives bordelaises œuvrant dans le champ de l'accès aux droits, aux soins, à la planification et à la promotion de la santé ont accepté de participer et de collaborer à l'enquête. Quatre sur cinq élus de trois communes différentes ont également accepté de réaliser des entretiens (formels ou informels). Enfin, certains responsables institutionnels ont dû être rencontrés afin de nous autoriser à mener notre recherche au sein de leur structure ou d'obtenir des statistiques ciblées.

Enfin, certains enquêtés décrits précédemment ont répondu à nos invitations aux conférences du Séminaire GSM que nous organisions et ont donc participé aux échanges et aux réflexions menés dans ce cadre, tout au long de la recherche.

d. Praticiens en médecines non conventionnelles et représentants religieux

Dans le but d'observer le recours ou le non-recours aux soins non conventionnels dans le champ de la SRG, 13 praticiens en « médecines non conventionnelles » (MNC) ont été interrogés par l'équipe d'anthropologie, (dont sept en suivis-longs) : trois sont des « guérisseurs » (prières et impositions des mains) âgés de 65 à 70 ans et dix sont « thérapeutes » plus jeunes (de 27 à 55 ans) et exercent diverses pratiques de soins d'inspiration orientales, ésotériques ou psychothérapeutiques (influencées par le *New Age*).

Deux médecins ayant choisi des orientations en acupuncture et hypnose ont également été inclus dans l'enquête, ainsi que deux prêtres catholiques exerçant en Médoc (cf. Annexe n°2-A).

C.2.3. Les femmes de l'enquête

Lors des entretiens avec les femmes, les thématiques retenues dans le guide concernaient des éléments d'identification, leurs caractéristiques socio-économiques, leur histoire conjugale et génésique, leur parcours et expériences d'accès aux soins en SRG, leur histoire migratoire et/ou de précarité et les contacts de femmes ou de professionnels potentiellement intéressés par la recherche. Comme noté précédemment, enquêter auprès de ces femmes « précaires » et/ou « migrantes » revient souvent à étudier des populations qui peuvent échapper pour partie aux statistiques ou qui constituent des « objets de recherche » peu visibles. Pour D. Fassin, il s'agit de chercher à « *identifier l'impondérable* » et *« à dévoiler l'invisible* » (2000 : 128), justifie ici le choix de la méthode de l'entretien. Avec les femmes, l'entretien a permis de reconstruire les histoires de vie (en insistant sur les évènements gynécologiques et obstétricaux). Il permet ainsi de restituer au mieux leur point de vue sur leurs situations, mais aussi d'accéder à leurs pratiques, leurs expériences et de comprendre le sens qu'elles en donnent.

La méthode des récits de vie a également été utilisée auprès des femmes en suivi long, afin de retracer les évènements de leur vie sexuelle, reproductive et génésique, dans leur histoire de vie. L'approche biographique, a permis d'appréhender la façon dont les femmes ou leur famille vont donner une cohérence à leur trajectoire. *« Le récit n'est pas la vie, le narrateur sélectionne, oriente, ordonne, assemble, projette, selon une logique a posteriori qui est celle du locuteur dans le moment de la narration* » (Delory-Momberger C, 2000 : 213). Les femmes replacent les éléments du parcours, se les approprient, les présentent comme des choix personnels, en somme reconstruisent leur propre expérience. La perspective diachronique du récit de vie permet d'appréhender les mécanismes de mise à distance, d'évaluation rétrospective du parcours personnel. Pour D. Bertaux les récits de vie constituent un des meilleurs moyens d'atteindre le sens des pratiques individuelles, *« leurs enchaînements, leurs contradictions, leurs mouvements* » (1997 :125). Ici les chercheurs s'intéressent moins à saisir l'ensemble de la vie de l'individu, qu'à se centrer sur une expérience particulière de l'histoire des femmes, sur un moment précis dans leur biographie. Il s'agit de comprendre comment elles rendent comptent de leurs pratiques autour de la santé génésique et reproductive. Si le récit biographique permet de travailler sur les pratiques individuelles, il permet surtout de « *remonter du particulier au général grâce à la mise en rapport des cas particuliers (...) grâce à la découverte de récurrences d'un parcours de vie à l'autre »* (1997 : 21). La comparaison entre les récits permet de dépasser les singularités et de construire des modèles d'analyses généraux. A travers les récits d'expériences, c'est un fait social total qu'il s'agit de comprendre.

L'équipe anthropologique a pu interviewer pendant l'enquête un nombre de 58 femmes « précaires» et/ou « migrantes » (cf. Annexe n°2). Parmi celles-ci, 13 ont été enquêtées en 'suivi long', ce qui signifie que l'équipe de recherche est restée en contact avec elles pendant plusieurs mois, réalisant entre deux et cinq entretiens avec chacune et en leur demandant de restituer leurs démarches de recours aux soins. Les entretiens avec ces femmes ont varié de 30 minutes à 2h 30 heures selon les cas, et dans 5 situations l'équipe a effectué des entretiens de groupe (aire d'accueil des gens du voyage et locaux associatifs). La plus grande majorité des femmes avaient des revenus faibles (un tiers environ étaient des bénéficiaires des aides alimentaires locales par exemple). Lors de l'enquête de terrain, 9 femmes ont moins de 20 ans, 7 entre 20 et 30 ans, 17 entre 30 et 40 ans, 15 entre 40 et 50 ans, et 9 entre 50 et 60 ans. 14 d'entre elles sont sans emploi, et 12 effectuent du travail saisonnier dans la viticulture ou dans l'agriculture ; le reste sont des femmes au foyer ou exercent différentes activités (de formation/études ou professionnelles). Parmi les 58 femmes, 36 sont mariées ou en couple, et 7 sont célibataires, 11 séparées ou divorcées, 2 sont veuves. Sur le total, les femmes ont entre 0 et 5 enfants. A noter que la majorité des femmes qualifiées de « migrantes » provenaient du Maghreb, et notamment du Maroc. Les autres femmes étaient originaires de l'UE (Roumanie et Espagne –circulation transfrontalière) et du Nord de la France (mobilité transrégionale).

Les 30 femmes interrogées par l'équipe des sociologues ont été rencontrées à la clinique (proposition à la fin de la consultation, lors de leur séjour à la clinique) ou lors des visites à domicile des sages-femmes de PMI ou libérales ou encore lors des consultations en PMI ou au CPEF (proposition d'un RDV à leur domicile à la fin de la consultation). Elles avaient ont entre 17 ans et 38 ans, étaient primipares et multipares (jusqu'à 5 enfants). Elles vivaient dans 17 communes différentes du Médoc. 10 d'entre elles étaient mariées, les autres vivaient en concubinage ou seules. Plus de la moitié était sans emploi. Une dizaine bénéficiait de la CMU-C.

Si certaines ont été interviewées à la clinique dans leur chambre d'hospitalisation, toutes les autres ont été interrogées à leur domicile. Les interroger chez elles, atténuait l'éventuelle crainte des femmes à exprimer leur réelle opinion de l'institution. Plusieurs études (Orfali, 1997 ; Sullivan D., Beeman R., 1982), montrent que les individus peuvent s'exprimer plus librement s'ils sont à distance de la structure et dans un lieu intime. C'est donc après leur passage dans l'institution ou après la consultation, à leur domicile qu'ils peuvent revenir ouvertement sur leur expérience. Parmi ces 30 femmes, 7 ont été revues deux ou trois fois. Suivre certaines d'entre elles permettait de mieux mesurer l'évolution du regard porté par les patientes sur leur trajectoire et de mieux comprendre leur recours aux soins. Parmi ces 7, nous avons une femme « perdue de vue » (il n'a pas été possible de la recontacter, elle ne réside plus sur le territoire) et 3 d'entre elles n'ont pu être revues seulement une fois. Nous y reviendrons dans les résultats mais cette difficulté tient essentiellement aux caractéristiques de précarité des femmes.

Parmi les 30 femmes rencontrées par les sociologues, 7 sont « d'origine étrangère » (Maroc, Bénin). Il a globalement été difficile d'en savoir plus sur leur statut (régulier/irrégulier), lorsque les entrevues étaient courtes.

D. Difficultés et biais de notre enquête

Les difficultés rencontrées dans cette enquête n'ont pas seulement concerné la dimension intime et privée du sujet étudié, mais aussi l'accès même aux populations ciblées dans le projet, qu'il s'agisse de professionnels ou de femmes.

Deuxième élément à souligner, le choix de partir de la définition de la précarité que se font les professionnels a parfois pu mettre de côté des femmes qui n'étaient pas associées à un état de vulnérabilité et qui pourtant présentaient les caractéristiques sociologiques classiques de cette situation.

D.1. Enquêter dans les institutions et auprès de professionnels

Le choix des lieux d'enquête a pu influencer le choix des « cas de femmes » observées ou interrogées. En effet, le risque de ne travailler exclusivement qu'avec des professionnels de santé se constitue en biais d'échantillonnage : dans cette situation, les femmes « précaires et/ou migrantes » rencontrées sont usagères des structures, ce qui ne permet pas de voir celles qui ne fréquentent jamais les institutions étudiées et à l'inverse met en avant celles qui ont plus favorablement recours aux soins. De même, le fait de demander aux professionnels de nous indiquer des femmes en situation de précarité et/ou de migration avait pour risque de ne prendre en compte que les publics fréquentant ces institutions.

Au sein même des structures sanitaires et sociales retenues pour la recherche, l'une des difficultés rencontrées sur les trois années d'étude s'est avérée être le *turn over* élevé des professionnels comme nous le verrons dans notre analyse de l'offre médocaine en SRG. Certains départs (à la retraite, démissions, changement d'affectation) ont mis fin au travail d'observation jusque-là réalisé et aux relations de confiance établis avec l'équipe. Le remplacement des personnes lorsqu'il a eu lieu, a également contraint les enquêtrices à renouveler périodiquement la présentation de la recherche auprès des nouveaux arrivants afin de pouvoir poursuivre l'enquête. Un laps de temps (période d'installation) a été respecté par l'équipe pour prendre contact avec ceux-ci, ce qui n'a pas empêché certains d'entre eux de refuser de prendre part à l'enquête.

D.2. Enquêter sur un public « fragile »

Comme d'autres chercheurs l'ont déjà expérimentés (Lanzarini 2000 ; Musso, 2007 et 2008 Tillard & Robin, 2010), enquêter auprès d'un public « fragile », en proie à différentes dimensions de la précarité ou de la vulnérabilité n'est pas toujours aisé. Cette population est restée en effet relativement difficile d'accès en dépit des efforts déployés par l'équipe pour ne pas perdre le contact. Ainsi, nombre de femmes contactées et/ou rencontrées sont restées difficilement joignables pour un entretien ultérieur et ont parfois repoussé ou annulé des rendez-vous. L'une des femmes qui avait accepté de faire un entretien avait « oublié » le rendez-vous donné à son domicile et a laissé repartir la chercheure, venue de Bordeaux pour

cet entretien.[81] Certaines ne se sont pas montrées intéressées par la recherche et d'autres nous ont témoigné des signes de méfiance, probablement liés aux différents rôles qui nous ont parfois été attribués (infirmières, assistantes sociales, représentantes de l'administration et/ou du champ politique) par elles-mêmes et par les personnes et les professionnels ayant facilité le contact. D'autres ont été perdues de vue au cours de l'enquête. Dans les situations où les femmes ne parlaient le français, il a souvent été plus difficile de faire de l'observation et de mener des entretiens approfondis. Certaines conversations (en salle d'attente notamment) nous ont échappé par manque d'interprètes disponibles. Toutefois, quelques interlocutrices ont spontanément joué le rôle de traductrices, tandis que dans certaines situations d'enquêtes, des membres de l'équipe ont été amenés à réaliser des entretiens dans la langue maternelle des enquêtées qu'elles connaissent (roumain, espagnol et arabe). Il s'avère toutefois que ces différences linguistiques ont certainement limité les interactions avec l'équipe (mais aussi avec les professionnels) ainsi que l'accès à leurs représentations et à leurs réelles expériences de prise en charge en SRG.

Encadré n° 16: Les refus et rendez-vous manqués

Les refus et rendez-vous manqués sont particulièrement intéressants à analyser : les enquêtes en milieu populaire ont souvent relevé (Mauger, 1991) le problème de la relation d'enquête qui exacerbe les écarts de positions sociales. Comme le disent Beaud et Weber (2003), il est difficile quand on enquête dans ce milieu de faire jouer la norme de réciprocité, de s'inscrire dans une relation d'empathie car les individus estiment qu'ils n'ont rien à gagner dans cette relation. Même lorsque les enquêtés sont bienveillants, accueillants, hospitaliers, apparemment « intéressés » par l'enquête, l'enquêteur n'est jamais attendu sur le terrain : son arrivée est même presque toujours une intrusion. Des interlocuteurs, ordinairement à distance, se retrouvent face à face.

Toutefois il faut rappeler qu'enquêter sur une population présentée comme fragile implique de s'interroger sur la posture de l'enquêteur, jamais dénuée de sentiments et d'*a priori*. En travaillant sur la maladie, la précarité, la disqualification, le chercheur doit d'autant plus s'interroger sur le sens commun et ses propres représentations de ces objets d'étude: ses émotions, ses préjugés, les interprétations dictées par sa position sociale, son genre. D'ailleurs les enquêtés interrogent, interpellent, somment parfois le chercheur de se justifier, de participer, de prendre parti. Mais plus que cela, il doit surtout s'interroger sur la gestion d'un rapport social dissymétrique (chercheur/personne en situation de précarité) produit par l'enquête et qui peut créer une situation de malaise, de trouble, de violence symbolique, un dilemme moral. Considérant les pratiques des enquêtés comme des objets de connaissance et la situation d'enquête comme un dispositif visant à les connaître, on suppose implicitement que la maîtrise pratique de «techniques de neutralisation » rend ce dispositif « invisible » et permet l'observation *in situ* des enquêtés dans une situation de communication « transparente ». Or, l'expérience concrète montre qu'il n'en est rien. Ici la disqualification sociale accroit l'asymétrie et empêche l'idéal de la relation d'enquête (la relation de réciprocité qui permet la

[81] Cette femme, qui habitait une commune de la Pointe du Médoc, s'est montrée peu encline à donner suite à sa participation, malgré l'enthousiasme qu'elle avait montré au départ. Elle avait été présentée par une professionnelle qui l'avait soutenue dans sa démarche de montage d'une association parentale d'aide périscolaire qu'elle avait elle-même proposée. Chef de famille monoparentale, elle était récemment devenue mère pour la troisième fois avec un nouveau partenaire avec lequel elle venait d'emménager.

réflexivité). Par ailleurs, les individus que le chercheur étudie sont largement marqués par une activité de typification. Nous enquêtons ainsi auprès d'individus qui sont déjà définis et appréhendés de multiples façons par les institutions. L'enquêteur doit donc essayer s'affranchir de ce travail de catégorisation. Mais cette typification est souvent intériorisée pas les acteurs eux-mêmes qui les intègrent à leurs conduites et leurs discours.

De façon générale, la situation d'enquête peut être définie comme la rencontre entre une «offre de parole» et une «disposition à parler». De ce point de vue, elle est évidemment asymétrique. Parmi ceux qui acceptent c'est un sentiment de singularité qui domine, largement déterminé par une volonté de s'en sortir, qui est au principe de «la disposition à parler». C'est dire qu'ils se placent auprès de l'enquêteur comme étant «à distance» du monde dont ils se font l'expression.

D.3. Difficultés d'enquêter sur un sujet intime

Le fait que l'équipe de recherche soit exclusivement composée de femmes a probablement facilité les conversations liées à la sexualité et à la vie intime (Guyard, 2002). Il n'en reste pas moins que le sujet d'étude reste empreint de pudeur et de tabous parfois culturels et/ou de classe. La différence d'âge et de statut familial et social des enquêtrices (deux sont mères et ont vécu la grossesse et l'accouchement sur les cinq) ont eu un effet sur la façon dont les enquêtés ont noué des liens avec elles. La familiarité ou l'empathie des chercheures n'ont pas toujours permis un accès facile au registre de la confidence et du secret, en particulier lorsque les femmes ont relaté des situations de violence ou de traumatisme. Les anthropologues n'ont pas souhaité heurter les femmes par des questions trop directes, respectant les silences et non-dits éventuels de leurs interlocutrices, les objectifs de la recherche étant de saisir les logiques de recours ou de choix personnels de ces femmes. Certaines femmes leur ont pourtant parfois individuellement déposé leur secret.

Au cours de l'enquête, le registre de la pudeur ou de la honte a pu également être associé à la précarité ou la pauvreté dans les arguments donnés par certains professionnels (assistantes sociales, médecins) refusant l'accès des chercheures à leur consultation.

Partie III – Résultats et Analyse

A. L'offre de soins en SRG demeure inégalement répartie et/ou accessible dans le Médoc

Introduction

Comme nous l'avons vu, le Médoc n'est pas réellement un désert médical au niveau de l'offre globale des soins, mais souffre d'une rareté et d'un problème de remplacement/ renouvellement dans l'offre de soins spécialisée, dont la gynécologie ou la psychiatrie par exemple font partie. Au regard de l'étendue du territoire, cette offre spécialisée demeure très concentrée, notamment le long du principal axe routier et dans les parties centrale et sud, ce qui contribue au développement d'inégalités d'accès géographique. De même, l'offre est parfois soumise à des variations saisonnières, liées à une demande accrue et à une disponibilité moindre.

L'offre en SRG sur le Médoc est une offre de soin et de prévention globalement dominée par des acteurs et des politiques étatiques, dont les orientations sont normatives et sont relayées par les différents niveaux de la décentralisation. Peu d'associations œuvrent dans ce champ[82] et le secteur privé spécialisé n'y représente pas à ce jour une concurrence, malgré les prémices d'un développement récent[83]. Les modes de prise en charge proposés sont majoritairement médicalisés afin de répondre au mieux aux objectifs de santé publique fixés. Les professionnels qui tentent de répondre aux demandes le font dans le cadre d'un référentiel sanitaire qu'ils ont contribué à élaborer par les normes et parfois par des jugements moraux qu'ils véhiculent en regard de certaines populations qu'ils suivent. Sans en avoir toujours les moyens (humains, matériels), nos observations montrent que les professionnels font dans l'ensemble preuve de dynamisme et d'initiatives dans leurs actions et leurs pratiques.

Notre attention s'est portée sur l'offre de soins existante, sur celle qui semblait faire défaut et aussi sur celle qui est présente hors du territoire et à laquelle les femmes ont recours. Nous avons pu aussi remarquer que si l'offre est parfois absente, elle peut aussi être multiple et cumulative pour certains domaines de la SRG. Pour le suivi de la grossesse par exemple, une même femme peut être suivie par la sage-femme de PMI, par un gynécologue-obstétricien, par une sage-femme libérale si elle présente une grossesse pathologique.

Le Médoc n'est pas un désert médical au niveau de l'offre globale des soins, même s'il n'est pas facilement identifiable pas très visible en termes statistiques du fait des nombreux

[82] Celles qui interviennent le font ponctuellement et à la demande des acteurs locaux, sans assurer de permanences sur le territoire médocain.

[83] Par l'ouverture de consultations avancées d'une clinique du nord de Bordeaux, ou la demande d'autorisation effectuée par le seul cabinet de gynécologie du Médoc, de pouvoir pratiquer les IVG médicamenteuses.

découpages existants. Mais l'offre de soins spécialisée y demeure très concentrée et très réduite (pénurie) et pose de réelles difficultés de renouvellement, ce qui est un effet des inégalités territoriales et géographiques

A.1. La clinique, un acteur central semi-public et pas toujours attractif

La polyclinique du Médoc est un des principaux lieux de soins pour les populations qui vivent au nord du territoire, et qui se trouvent donc éloignées du centre urbain de Bordeaux, du CHU et des nombreuses cliniques privées de la CUB. Cette structure semi-publique souffre d'une « mauvaise » réputation depuis de nombreuses années. Elle rencontre des difficultés en termes de fidélisation du personnel (difficulté à attirer des professionnels de santé dans un territoire rural isolé, manque de moyens …) et ce particulièrement au sein des deux services de mission publique de la clinique : les urgences et la maternité. On constate également une déperdition de patients potentiels. La maternité a par exemple réalisé 388 accouchements en 2011 alors qu'on dénombre 1240 déclarations de grossesse cette même année sur le territoire. Si l'établissement déficitaire en 2011 (800 000 millions d'euros), a pu obtenir un soutien financier de l'ARS, le manque de médecins spécialistes vient accentuer la problématique de survie de l'établissement. Ces différents éléments sont à l'origine d'un sentiment d' « incertitude » permanent pour les professionnels et le public de la structure.

A.1.1. Le service de maternité: une orientation vers le cure

a. Une histoire difficile

Le service de maternité déjà enquêté il y a 10 ans (Jacques, 2007), connait et a connu une histoire difficile et des menaces de fermeture. Plusieurs difficultés expliquent la fragilité de ce service et sa réputation :

1/ Un fort *turn-over* qui s'est accentué ces derniers mois : le service de gynécologie obstétrique a longtemps souffert d'une mauvaise réputation, ce qui expliquait le faible nombre d'accouchement, les parturientes préférant alors le CHU ou être suivies par leur médecin généraliste[84]. Il faut rappeler que jusqu'en 1997, le médecin qui dirigeait la maternité n'était pas gynécologue-obstétricien mais chirurgien. Depuis 1997 pour le premier, 2000 pour l'autre, deux spécialistes de l'obstétrique ont été en poste[85]. Le suivi proposé est de type classique tout comme l'accouchement. Un des deux médecins a proposé pendant quelques années un suivi de la grossesse par l'haptonomie. Adepte de l'accouchement dans l'eau, il a négocié avec la direction de la clinique pendant près de 10 ans, l'achat d'une baignoire, mais n'a jamais pu l'obtenir. En Janvier 2012, cet obstétricien décide de quitter la clinique, tout comme son collègue qui part à la retraite en Août 2012. La direction mettra plus de 7 mois à trouver en Europe deux médecins qui souhaitent s'installer et vivre sur place ou à proximité (du fait des gardes et des astreintes). Depuis se sont succédés un gynécologue-obstétricien qui est resté en poste 6 mois (problème de différents avec l'équipe soignante, réorientation de

[84] Nous verrons plus loin, que de nombreuses femmes sont encore suivies par leur médecin généraliste.
[85] Ils ont aussi assuré les consultations de gynécologie.

l'activité vers la chirurgie de l'incontinence urinaire)[86] et un médecin d'origine roumaine qui va quitter son poste en Juin 2013. La seule solution transitoire qu'a trouvé la clinique pour offrir une continuité de service est de proposer aux deux anciens gynécologues-obstétriciens d'effectuer des vacations. En Juillet 2013, le médecin démissionnaire reprend son poste et un autre est arrivé depuis quelques mois.

2/La rumeur : la maternité a été plusieurs fois menacée de fermeture. Une menace plus sérieuse a pesé sur le service entre janvier et juin 2012. En cause, le faible nombre d'accouchement pour la structure de soins (selon le directeur de la structure, il faudrait atteindre les 500 accouchements pour un équilibre budgétaire) et le départ des deux médecins pour l'ARS[87]. Des problèmes de personnels survenus dans d'autres services ont aussi alimenté la peur de la fermeture. Du 2/01/12 au 7/01/2012, les femmes qui sont venues accoucher dans le service ont dû être transférées vers d'autres structures de soins bordelaises, car un anesthésiste a brutalement posé sa démission.[88] Depuis l'équipe d'anesthésistes intervient sous forme de vacations. Les médias locaux[89] ont relaté à grand bruit l'inquiétude de la population et du personnel de la clinique. Des rumeurs ont ainsi pris forme. On a pu par exemple entendre parler d'un hélicoptère qui amènerait les patientes accoucher à Bordeaux (les dépenses d'entretien étant moins fortes que le maintien du service), ou encore de la transformation totale du Pavillon de la mutualité en service de gériatrie. De façon plus générale, les professionnels de santé du territoire ou de Bordeaux que nous avons rencontrés et qui ne travaillent pas à la clinique discourent de façon plutôt péjorative sur la structure. Nous y reviendrons plus tard mais nous avons fait le constat que les sages-femmes de PMI Alpha et Bêta, et les médecins généralistes orientent plutôt les femmes vers les maternités et les professionnels de santé de la CUB que sur la clinique, pourtant souvent à égale distance. Ce type de discours est aussi présent chez les femmes. 1/3 seulement des femmes du territoire ont recours à la maternité. Certaines font appel à des mauvaises expériences passées ou des histoires familiales pour expliquer leur choix mais beaucoup aussi se laissent guider par la recommandation du professionnel qui va les orienter vers une structure.

3/ La concurrence : depuis janvier 2013, une clinique de la CUB a ouvert une consultation d'obstétrique face à la maternité de la clinique. Même si cette dernière a saisi l'Ordre des médecins et l'ARS pour concurrence déloyale, cette structure capte quelques femmes enceintes qui accoucheront dans sa maternité, par les consultations d'obstétrique qu'elle offre ½ journée/mois).

[86] Nous ne savons précisément comment ce médecin a quitté la maternité. Une rumeur de mise à pied a circulé parmi les membres du personnel.
[87] http://www.sudouest.fr/2012/01/25/la-clinique-de-lesparre-dans-l-incertitude-614744-2964.php
[88] La maternité avait déjà connu quelques années auparavant une situation similaire. L'absence d'anesthésistes avait provoqué le transfert des femmes vers les structures de soins de Bordeaux.
[89] http://aquitaine.france3.fr/info/y-aura-t-il-encore-une-maternite-dans-le-medoc--72228630.html, http://bordeaux.actu.fr/actualite/manifestation-pour-maternite-2783, http://www.lejournaldumedoc.fr/actualite/Touche-pas-a-ma-maternite-!-633.html, http://www.sudouest.fr/2012/01/27/les-delegues-cfdt-de-la-clinique-s-inquietent-616569-2780.php

Encadré n° 17: Le soutien local politique et des usagers

Les menaces de fermeture ont amené les usagers et les élus locaux à être présents sur la scène publique. Un collectif citoyen de soutien à la maternité du Médoc s'est constitué. Il était composé de personnels de la maternité (sage-femme, auxiliaire de puériculture, aide-soignante…[90]), d'élus politiques et d'usagers de la clinique. Lors d'une réunion publique[91] qui a rassemblé plus de 400 personnes, des maires, des conseillers régionaux et la député du territoire, plusieurs explications, comme par exemple la conjoncture nationale de centralisation des maternités, ont été données pour expliquer la décision d'un potentiel arrêt de l'activité. Les élus locaux ont souhaité privilégier un discours rassurant même s'ils ont reconnu avoir des difficultés à négocier avec une structure privée. Le maire de la localité y a annoncé que 18 infirmières ont démissionné en un an. Il refuse d'y voir un problème d'installation durable dans le Médoc mais analyse cette situation comme une difficulté managériale de la clinique. Il est ici intéressant de noter que certains élus repoussent toute idée d'un problème d'attractivité et de stigmatisation du territoire. La seule solution envisageable pour eux semble être que la clinique devienne une structure publique. De son côté, l'ARS accepte d'aider financièrement la maternité en tant que service public si celle-ci s'engage à recruter de nouveaux obstétriciens et à permettre une vue sur la gestion du financement du service. Ce dernier point semble être au cœur des négociations. Une proposition de convention entre la maternité et le CHU est envisagée avec une mise à disposition du personnel. Or, jusqu'à la fin de notre recherche, cette convention n'a pas vu le jour.

b. Une organisation du travail souple

- Un effet « petite structure »

La maternité observée est un service de petite taille qui dispose de 13 lits, de deux salles d'accouchement, d'une salle destinée aux premiers soins de l'enfant, d'une nurserie et d'une salle de bain collective pour les nouveaux nés. Ce service de « taille humaine » permet la mise en place des règles souples d'un point de vue organisationnel. Les sages-femmes (8 au total dont une intérimaire) enchainent des gardes de 24h (et désormais de12h). Il n'y a qu'une sage-femme qui travaille en journée. Dès son arrivée le matin, elle prend la relève de sa collègue qui vient d'effectuer plus de 12h de garde, et partage avec elle moins d'une heure de travail. En 2009, l'une d'entre elle a obtenu un aménagement de poste avec des horaires plus souples (9h-14h), en travaillant du lundi au vendredi (ce qui a permis l'ouverture d'un poste à temps plein en CDI pour une nouvelle jeune sage-femme arrivée cette même année). Cette sage-femme assure essentiellement le suivi post-natal des femmes (contrôle et soins du périnée, des points de sutures, cicatrisation des plaies faisant suite aux césariennes). Les sept autres sages-femmes alternent entre la salle d'accouchement, le service de suites de couches, les consultations de termes et les consultations inopinées (contractions, absence de mouvement du bébé, pertes liquidiennes …). La journée type d'une sage-femme dépend

[90] http://www.viva.presse.fr/Mobilises-pour-la-maternite-de_16891.html

[91] Cf observation par l'équipe de sociologues de la réunion publique du 7 mars 2012. D'autres manifestations ont eu lieu : manifestation le 17 mars 2012, pétition : http://www.petitionpublique.fr/?pi=P2012N20454, blog : http://collectif33.canalblog.com/

principalement de l'activité en salle d'accouchement. C'est elle qui va régir l'organisation du temps de travail et des tâches. Il y a également quatre auxiliaires de puériculture qui assurent les premiers soins aux nouveau-nés, et donnent également des conseils aux mères pour les soins élémentaires comme par exemple pour le change, le bain ou pour l'allaitement. Quatre aides-soignantes font aussi partie de l'équipe du service. Elles administrent des soins aux mères, vérifient les constantes, s'occupent des chambres mais peuvent seconder aussi bien les sages-femmes que les auxiliaires de puéricultures dans leurs tâches quotidiennes. Ainsi il peut parfois apparaître une certaine confusion des tâches chez l'ensemble des soignantes. Les propos de Mme E., 28 ans, sage-femme depuis six ans, exerçant dans la structure depuis fin 2008 illustre bien ce constat : « *personnellement, je ne sais même plus qui est aide-soignante qui est auxiliaire. En fait, j'ai jamais trop su. Ce qui est bien, c'est qu'on travaille en concertation beaucoup. Même en salle je vais te dire, parce que ça fait trente ans qu'elles voient des accouchements et des fois, je leur demande leurs avis.* » Deux femmes, agents de service hospitalier, effectuent un roulement (par semaine) en alternant avec les autres services au sein de la clinique. Enfin, une sage-femme Mme Ca., auparavant salariée dans le service pendant seize ans, qui exerce sur place en libéral depuis 2008, assure l'entretien prénatal précoce, les séances de préparation à la naissance et de rééducation périnéale. L'activité quotidienne des soignantes se déroule essentiellement en matinée, pendant laquelle le personnel effectue une visite dans les chambres en suite de couches. L'après-midi, l'activité est limitée à cause des visites des familles dans les chambres, dans lesquelles le personnel intervient moins fréquemment ou uniquement à la demande des femmes. C'est alors le moment pour le personnel de mettre à jour les dossiers, d'inventorier le matériel et de prendre un temps de repos. Ainsi, l'activité du service, dépendante du nombre d'accouchements et du nombre de femmes présentes en suites de couches (une femme au minimum), est plutôt calme. D'ailleurs la plupart des parturientes disent privilégier cette structure essentiellement pour la proximité et la relation qu'il est possible de créer avec le personnel d'une petite unité.

- Des liens faibles avec les autres services de la clinique et les professionnels extérieurs

Alors que la problématique sociale est forte concernant la population accueillie – et que les professionnels eux-mêmes la relèvent (comme on le verra dans la partie A.6 sur les « représentations) [92] - les liens avec le service social de la maternité semblent faibles. Le service de la PASS est peu mobilisé par les sages-femmes et les médecins. De même, les femmes qui pourraient avoir besoin de consultations psychologiques sont peu ou pas orientées vers la psychologue de la clinique. Nous y reviendrons plus loin, mais nous avons observé que le personnel a tendance à renvoyer tout ce qui serait de l'ordre du psycho-social vers la PMI (les staffs qui ont lieu une fois par mois en présence de la sage-femme de PMI permettent d'identifier les « cas » de parturientes qui nécessitent un suivi au domicile) ou vers la sage-femme libérale qui assure la préparation à la naissance.

Nous avons également pu observer des tensions entre le personnel encadrant et l'équipe de sages-femmes. La cadre infirmière responsable du service rencontre des difficultés communicationnelles avec un personnel qui défend la spécificité du travail de la sage-femme.

[92] Une sage-femme employée à la clinique depuis 1998, raconte « *C'est particulier ici ! Avec quand même, alors je ne connais pas les pourcentages, mais je crois qu'ici on est très très riches en jeunes femmes, voir en femmes très jeunes. (…) Il y a beaucoup de femmes qui ne travaillent pas ou qui travaillent dans les vignes, ouf c'est dur la vigne. C'est une population particulière quand même* ». Un médecin présent dans la structure depuis 2000 ajoute « *Nous avons des gens culturellement assez pauvres. (…) Nous d'un point de vue social, on n'a pas grand-chose à voir effectivement à part signaler (…). Mais ça vient plus souvent dans le sens de l'assistant social vers nous effectivement. (…) Avec la PMI très souvent on suit les mêmes personnes. D'un point de vue social pour eux et d'un point de vue médical pour nous* ».

Comme dans d'autres structures (Jacques, 2007), il est difficile pour cette profession médicale à compétences limitées d'accepter la gouvernance de paramédicaux. Plusieurs employés notamment les ASH qui « tournent » dans les différents services de la clinique, ont pu exprimer la même difficulté à intégrer une petite équipe dans laquelle les relations interpersonnelles et corporatistes sont fortes.

- Des professionnels difficiles à fidéliser

Les gardes de 24h ont permis au service de recruter des sages-femmes qui n'habitent pas sur le territoire. Cependant, ce système a pu engendrer de l'épuisement professionnel et une absence de culture de service. Si l'équipe se connait bien malgré tout, l'attachement à la maternité est limité car les professionnels y sont peu présents (garde pour les sages-femmes) ou ne restent pas. Seuls ceux qui vivent à proximité de leur lieu de travail (médecins, auxiliaires de puériculture, certaines sages-femmes)[93] s'engagent sur le long terme. Comme dit précédemment, l'isolement géographique et la ruralité peuvent mettre en difficulté les professionnels. La menace de fermeture a aussi été un bon indicateur pour mesurer l'attrait du service pour le personnel. Seuls quelques professionnels ancrés sur le territoire ou les plus anciens se sont engagés dans les actions de défense de la maternité. Le collectif rassemblait par exemple 3 sages-femmes (dont deux qui vivent sur le territoire et une qui est employée depuis plus de 20 ans), une aide-soignante et une auxiliaire de puériculture qui habitent cette ville. Si nous avons pu observer de nombreuses tensions lors de cet épisode, la mobilisation du personnel a semblé plutôt faible.

D'ailleurs, une jeune sage-femme Mme L, exerçant dans le service depuis deux ans et résidant sur le territoire, a préféré trouver un poste plus fiable, devant l'incertitude quant à l'avenir de la maternité. Elle a donc intégré le cabinet des sages-femmes libérales du territoire. Enfin, plus récemment, certains membres du personnel ont expliqué que les changements de pratiques imposés par le médecin recruté par la direction suite aux départ des précédents obstétriciens, a fortement perturbé une partie l'équipe. Une auxiliaire de puériculture a soudainement posé sa démission prétextant une incompatibilité avec ce médecin, ainsi qu'une sage-femme, présente depuis 20 ans dans le service, qui est alors partie exercer en cabinet libéral. La sage-femme libérale Mme Ca. qui proposait les séances de préparation à l'accouchement a aussi fait le choix de quitter la maternité et le Médoc, pour ouvrir un cabinet. Son départ a alors constitué une opportunité pour Mme L. partie en libéral, qui a alors repris son activité

c. La domination du cure

Nous l'avons vu, le personnel a tendance à mettre à l'écart les problématiques sociales pour les renvoyer vers l'extérieur, notamment vers les professionnels de la PMI. En effet, l'accompagnement à la naissance et le suivi *post-partum* apparaît davantage tourné vers la technique, les soins, le bio-médical. La maternité se présente sous le modèle classique de la relation parsonienne, où le personnel soignant intervient au nom de la science et de la conception qu'il a de l'intérêt du malade (Dubet, Cousin *et al.*, 2013). Si le social est présent dans le discours soignant, il est utilisé plutôt comme critère de stigmatisation des publics (difficultés économiques, « famille connue », trop d'enfants, famille « envahissante »,

[93] Il y a 4 sages-femmes au moment de l'enquête, qui habitent sur le territoire.

problème d'hygiène)[94] aussi parce qu'il peut mettre en difficulté l'activité de soins et le bon fonctionnement de l'organisation du travail. La relégation des problématiques sociales par les professionnels de la maternité vers l'extérieur, peut aussi en partie s'expliquer par la crainte d'une déqualification et le refus d'une assimilation ou d'une identification au public.

Notons cependant, qu'il y a malgré tout un espace pour le *care* : les séances de préparation à la naissance mises en place par la sage-femme libérale qui exerçait au sein du service, au moment de l'enquête. Il permet aux femmes de pouvoir parler librement de leurs craintes, de se confier sur leurs difficultés personnelles ou de poser des questions quant à la venue de leur enfant. Ces séances sont des moments individuels ou collectifs. L'entretien prénatal précoce du 4ème mois, mis en place en 2007, vient en complément des sept séances remboursées par la sécurité sociale. C'est l'occasion pour la sage-femme de repérer les femmes en difficultés et ainsi, de les orienter vers des spécialistes (psychologues, spécialistes en addictologie, travailleurs sociaux) si c'est nécessaire. Cependant le travail proposé par cette sage-femme trouve deux principales limites : d'une part, il s'adresse aux femmes qui font le choix de venir aux séances de préparation à la naissance. Or on sait que ce sont celles qui sont déjà les mieux informées et qui rencontrent le moins de difficultés. D'autre part, la sage-femme se plaint des difficultés qu'elle rencontre à travailler avec ses collègues « de salle » qui seraient « réfractaires » à certaines demandes et attentes de la part des patientes. Ainsi, elle transmet rarement la fiche de liaison issue de l'entretien prénatal précoce, afin d'éviter des difficultés relationnelles avec ses collègues.

Alors que l'on aurait pu faire l'hypothèse d'une prise en charge du suivi de grossesse et de l'accouchement moins médicalisée car il s'agit d'une petite unité, d'un personnel plus attentif et réceptif aux demandes des parturientes, nous faisons le constat que les pratiques professionnelles du service reflètent tous les aspects classiques d'une prise en charge technicisée. La maternité du Médoc n'échappe pas à la conception française de la grossesse et de l'accouchement qui voit dans la naissance, un risque permanent. En France un accouchement est considéré *a priori* comme pathologique, ce n'est qu'a *posteriori* (soit deux heures après la naissance de l'enfant), qu'il peut être jugé comme normal. L'influence hospitalière où la technique fonctionne comme principe directeur de l'activité médico-hospitalière vient accentuer la mission curative du personnel soignant. Le niveau de la maternité étudiée n'interfère donc pas sur les pratiques médicales qui restent très normatives.

[94] *Extrait carnet de terrain, 27 Juillet 2011 : Je reviens dans la cuisine. Les sages-femmes et les aides-soignantes parlent des patientes de la chambre n°X. Elles les désignent comme des « cas difficiles ». Le conjoint de Mme R. est violent verbalement. Pour le personnel c'est un « vrai cas » spécifique du territoire. Je remarque que les critères « nombre de conjoint » et « écart d'âge entre le père et la mère » leur permettent de catégoriser la population. Une sage-femme raconte que la mairie a appelé le service pour signaler que pour Mme R. deux déclarations de reconnaissance paternelle ont été faites. L'ancien conjoint ayant appris 8 mois après que sa compagne était enceinte, il s'est rendu à la mairie pour la déclaration. Or l'enfant est celui d'un autre père. Les auxiliaires de puériculture disent qu'il y a des « personnages » parmi les patientes. Elles évoquent les odeurs liées à l'alcoolisme ou au tabagisme, les problèmes d'hygiène en suite de couches, la façon dont les femmes s'occupent des enfants pendant le séjour, des vêtements qu'elles portent. « On oublie parfois les personnes, les visages mais pas les histoires » raconte l'une d'entre elles. Extrait du carnet de terrain 2 Août 2011, discussion avec un des deux obstétriciens. Le médecin parle des patientes en termes de comportements. Les femmes sont « compétentes » ou non face à l'allaitement, au respect des RDV et examens à réaliser, de l'hygiène. (...) Après une visite dans une chambre, il déclare « elle sent pas bon celle-ci encore ».*

A.1.2. Les consultations gynécologiques

a. Des consultations rapides qui évacuent la prise en charge du social

Durant l'observation, [95] les deux équipes sociologique et anthropologique ont vu plus de 350 femmes. Les deux médecins sont salariés et exercent en secteur 1. Les consultations sont sur rendez-vous et rassemblent des femmes venues indifféremment pour un suivi gynécologique ou obstétrical. Ainsi il peut s'agir de suivis gynécologiques simples (contraception, MST, ménopause…) ou plus complexes (IVG, suivi post cancer de l'utérus, du sein), de questions relatives à la grossesse (vérification et/ou prescription d'examens ou de bilans, surveillance échographique…), ou de demandes de soutien à la procréation (stimulation ovarienne, conseil pour les PMA). Des urgences viennent régulièrement bouleverser le planning. Lorsque le médecin est de garde et en consultation, il peut aussi parfois s'absenter pour réaliser une intervention au bloc opératoire ou en salle d'accouchement. L'effet petite structure et manque de personnel expliquent en partie ce mode d'organisation. Un interne en médecine générale assure parfois en binôme la consultation. Mais il ne peut se substituer au médecin spécialiste. Les consultations se déroulent sur des demi-journées de 9h à 12h ou 14h-17h pour 10 à 15 RDV. Un des premiers constats est que le temps de la consultation – quel que soit le problème exposé par la patiente-est très court (7 minutes en moyenne[96]), notamment dans le cas de la pose d'un stérilet ou une échographie endo-vaginale, comme observé lors d'une matinée de consultation...

Extrait du journal de terrain, équipe sociologique : les 5 premières consultations sur les 13 réalisées au cours d'une matinée, entre 9h et 12h

9H05 : 1ère patiente *(consultation gynécologique). Elle est seule. Elle vient pour un frottis. Le médecin lui propose de faire un bilan de la ménopause. La femme répond : « Faites ce qu'il y a à faire ». Le médecin lui rappelle qu'elle doit venir tous les deux ans et réalise une échographie des ovaires. La femme demande : « combien la consultation va lui couter ». Le médecin répond lui répond (ironiquement) : « rien, on est payés 7 euros la consult ! (prix du ticket modérateur)». Le médecin la prévient qu'elle peut avoir un problème de remboursement par sa mutuelle. Il conclue la consultation et lui précisant qu'il lui enverra les résultats du frottis par courrier.*

9H15 : 2ème patiente *(consultation gynécologique). Elle est seule. La patiente vient faire poser un stérilet. Elle dit qu'elle a eu des difficultés à le trouver en pharmacie. Une amie lui a dit de prendre du valium avant la pose. Le médecin répond que c'est seulement dans les cas où : « le médecin ne sait pas le poser ! ». La pose est en effet très rapide et sans douleur. Il lui explique les effets secondaires possibles (saignements, douleurs). Il lui demande de prendre un autre RDV fin juillet pour un contrôle.*

9H20 : 3ème patiente *(consultation gynécologique). Elle est seule. Cette patiente vient consulter pour un kyste sur un ovaire. Elle arrive à la consultation avec un certain nombre d'examens. Après lecture des résultats des examens, le médecin explique à la patiente qu'il*

[95] Nous avons pu assister essentiellement aux consultations d'un des deux gynécologues –obstétriciens de la clinique.

[96] Pour la DRESS, la durée moyenne de la consultation d'un spécialiste libéral à son cabinet est de 16 minutes. Voir Gouyon M., « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet: premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et résultats*, n°704, DRESS, 2009.

faut procéder à une chirurgie. La femme : « c'est obligatoire ? ». Le médecin répond qu' : « il est plus prudent de l'enlever pour le faire analyser ». La patiente « a peur » de cette opération car elle a déjà eu un problème à la clinique lors d'une hystérectomie. Le médecin la rassure. La patiente lui demande si elle peut aller se faire opérer à Bordeaux, ce que le médecin lui confirme : « si vous avez plus confiance là-bas ». Le médecin lui recommande un chirurgien à la polyclinique. [10min : en attendant la prochaine patiente, le Dr P. va régler un problème de dossier avec la secrétaire]
9H40 : 4ème patiente *(consultation obstétrique). Elle est seule. La patiente se plaint de contractions. Le médecin vérifie l'ouverture du col par une échographie endo-vaginale. Il réalise rapidement une échographie du fœtus pour s'assurer qu'il va bien. Il lui donne RDV dans 15 jours.*

9H45 : 5ème patiente *(consultation gynécologique). Elle est seule. Cette patiente devait subir une ligature des trompes mais elle ne l'a pas fait et elle n'a pas de moyens de contraception. Elle vient demander la pose d'un stérilet. Elle explique qu'elle en a déjà eu un. Le médecin lui prescrit un stérilet et les examens à réaliser avant la pose. Fin 9h50*

Quelques rares cas de consultations ont pu être observés concernant la ménopause, où il s'agissait plutôt de renouvellements de traitement hormonal (par patch). Lorsque des consultantes ont consulté pour des troubles du cycle, le médecin observé n'a jamais évoqué oralement une pré-ménopause, alors que cette hypothèse a été inscrite dans le dossier médical par exemple.

b. La contraception peu discutée

Nous avons remarqué que le médecin observé prescrit essentiellement la pilule ou le stérilet. Concernant ce dernier contraceptif, nous notons que contrairement à ce que montrent les travaux de Bajos (2008), le gynécologue-obstétricien peut facilement le prescrire à des femmes jeunes qui ont néanmoins atteint le nombre d'enfant socialement prescrit (2 ou plus). Pour indice, la moyenne d'âge au premier enfant sur le territoire, est de 25,9 ans[97]. Une étude de l'Ined (Mazuy et al., 2010) montre qu'en moyenne, les femmes dites "très diplômées" (après le baccalauréat) ont leur 1er enfant vers l'âge de 30 ans, alors que pour celles qui n'ont aucun diplôme, l'âge se situe plutôt à 25 ans.

Il est intéressant ici de relever que le médecin observé ne fait aucun lien entre cette pratique prescriptive et la situation de précarité dans laquelle se trouve un certain nombre de patientes. S'il évoque des difficultés de la prise de la pilule pour une partie de la population, il ne semble pas faire de corrélation entre le recours au stérilet et les caractéristiques socio-économiques des femmes. Pourtant des travaux (Bajos et al. 2004, 2012 ; Bretin, 1992) ont bien montré que les patientes d'origine étrangère, en difficultés psycho-sociales ou qui ont connu un antécédent de grossesse non prévu, ont souvent peu le choix dans le cabinet du gynécologue. Le médecin perçoit la femme comme « étant à risque », anticipe un problème d'observance et impose à la patiente un mode de gestion de sa reproduction. Au vu des consultations étudiées, on peut dire que le stérilet est utilisé pour des indications médicales et aussi sociales.

Dans l'ensemble des consultations observées, quel que soit leur âge, les femmes arrivaient avec une demande précise, liée à un problème rencontré. Il s'agissait dans ce cas

[97] Statistiques de la CAF du département, 2011 Voir Annexe n° 7

principalement de douleurs (de ventre ou durant les rapports sexuels), de saignements (considérés comme anormaux). Ce problème les inquiétait et durait parfois depuis un certain temps.
Une autre demande récurrente concernait la contraception : changement de méthode, adaptation du produit (dans le cas de la pilule surtout), et effets indésirables (prise de poids, changements d'humeur ou saignements). Nous n'avons cependant pas ou peu souvent assisté à une information précise du médecin répondant à ce type de problème. Celui-ci proposait de lui-même une méthode contraceptive qu'il avait sélectionné comme susceptible de convenir à la consultante, sans en présenter ni proposer d'autres, ce qui aurait permis à la femme de choisir. Donc ce praticien adopte plus une pratique médicale prescriptive qu'éducative. D'ailleurs, la salle d'attente, qui comporte quelques affiches, n'abrite pas de présentoir où seraient disposés des flyers ou des prospectus, concernant la SRG.

c. L'intimité dans la consultation de gynécologie-obstétrique

L'observation des consultations nous montre que ce sont surtout les compétences techniques du médecin qui sont mobilisées. L'échange est essentiellement circonscrit au début de la consultation, lorsque la patiente expose l'objet de sa visite. La seconde partie de la consultation est concentrée sur l'examen clinique (grossesse : pesée, constantes, échographie, toucher vaginal…/gynécologie : palpation des seins, échographie endo-vaginale, pose de stérilet…). Peu d'éléments sont partagés à ce moment-là sauf quand il s'agit d'une échographie obstétricale que le médecin commente aux futurs parents, dans une ambiance généralement plus décontractée. Le troisième temps est celui de la prescription. Il est très rapide et se déroule le plus souvent pendant que la patiente s'habille. « *La répétition à l'identique d'une consultation à l'autre et le respect de l'articulation des différentes séquences dans un ordre précis banalisent la consultation en l'inscrivant dans une habitude et rassurent, sécurisent la patiente en réduisant l'aléatoire* » (Guyard, 2002). Ce scenario observé est le même pour toutes les consultations quel que soit leur objet. Nous avons pu par exemple observer des RDV pour des IVG ou encore assister à l'annonce d'un décès in-utéro[98], qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge particulière et pour lesquelles le médecin n'a pas accordé plus de temps. Comme nous l'avons dit précédemment, lorsque les patientes présentent des situations psycho-sociales qui nécessiteraient un accompagnement particulier ou d'être adressées à d'autres services (service social, psychologue), on constate à la fois une concentration du travail du professionnel sur le *cure* et un faible travail d'orientation vers les autres soignants.

[98] Extrait journal de terrain du mois d'octobre 2012 : *Cet après-midi-là, une femme de 29 ans vient consulter pour le début d'une troisième grossesse. Le médecin lui demande ses derniers bilans. Cette femme explique qu'elle consomme beaucoup de café (8 à dix cafés par jour) et qu'elle s'interroge sur l'impact de la caféine sur son bébé. Le médecin lui conseille de réduire de moitié sa consommation puis lui demande si elle fume. Cette femme répond fumer au minimum dix cigarettes par jour. Le médecin constate ensuite en regardant son dossier que ses deux premiers enfants sont nés prématurément avec des petits poids. Pour lui, il y a un lien évident à faire avec le tabac. Après avoir vérifié les constantes, il réalise une échographie et s'aperçoit que le bébé est en état de mort fœtale depuis une semaine environ. La jeune femme ne semble pas réaliser. Le médecin lui dit qu'il est désolé et lui explique qu'elle va faire une fausse couche mais que par précaution il faut prévoir un rendez-vous avec le secrétariat pour prévoir une aspiration. Il ajoute que ce type d'événement est souvent lié à la présence de malformations fœtales et que cela est donc préférable. La femme confie qu'elle tente depuis plus d'un an d'avoir un enfant. Le docteur lui dit que si elle le souhaite, dans quelques temps, il pourra « booster » sa fertilité en lui donnant un traitement. En fin de consultation, la jeune femme parait un peu perdue. Le médecin lui rappelle de prendre RDV avec sa secrétaire pour programmer l'aspiration. La découverte de l'échec de cette grossesse n'a pas été poursuivie par la proposition d'un RDV avec un psychologue et aucune explication supplémentaire n'a été donnée sur la technique de l'aspiration.*

Le rapport au corps est aussi un des éléments forts de la consultation de gynécologie-obstétrique. Et pourtant la brièveté de la consultation lui offre un espace très réduit. « *L'intime est au cœur de la consultation gynécologique. L'objet de cette consultation étant l'exploration des organes génitaux de la patiente, les femmes sont amenées à se dénuder et à exposer les parties intimes de leur corps afin de permettre au gynécologue de les explorer par la pratique de l'examen technique gynécologique* » (Guyard, 2002). L'auteur avait déjà relevé que les patientes considèrent que la consultation hospitalière est « plus froide et à la chaîne » (neutralité du mobilier, blouse …) que celle qui peut être réalisée dans un cabinet libéral. Rappelons que dans le nord du territoire, les femmes ont peu le choix puisqu'il y a un seul cabinet de gynécologie libéral dans le Médoc et l'offre de la clinique. Les femmes ont par ailleurs souvent crée une relation de confiance avec le médecin qui a suivi leur grossesse à la clinique.

La situation de nudité met en difficulté la femme comme le médecin. Il a recours alors à des subterfuges pour la désexualiser. Le médecin observé ne regarde jamais directement la patiente lors de l'examen clinique. La rapidité des gestes participe aussi de la désérotisation. L'intervention sur le corps est brève et strictement d'ordre technique. Le soignant profite également de ce moment pour aborder des sujets moins intimes et plus agréables comme le départ en vacances ou un élément de l'histoire de vie que la patiente a évoqué lors d'une précédente consultation. Il peut aussi utiliser la présence de la chercheuse qui observe, pour « parler d'autres choses », pour faire oublier à la patiente qu'il est en train d'intervenir sur le corps. Peu de changements ont pu être relevés lorsque le partenaire de la femme était présent. Notons enfin, que les normes esthétiques sont très présentes dans la consultation. Le poids des femmes est obligatoirement interrogé et fait l'objet de remarques dépréciatives[99].

A.1.3. La prise en charge des IVG et des ITG

Même s'il y a des progrès indéniables dans l'accès et la prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse depuis sa légalisation en 1975 (loi Veil du 17 janvier 1975), sa place dans le système de soins français n'est pas encore normalisée. Malgré son inscription parmi les domaines officiels de santé publique en 2004, l'assise de l'IVG en tant qu'activité médicale demeure néanmoins fragile (Aubin *et al*. 2009). Cette situation délicate est présente sur le territoire médocain, où comme nous l'avons vu ce type de soins est disponible seulement[100] à la Clinique de Lesparre, étant délivré au sein de deux services.

- La méthode de l'IVG médicamenteuse est disponible au sein du service de Gynécologie, où durant l'enquête, les interruptions ont été effectuées jusqu'en 2012, par l'un des deux gynécologues-obstétriciens, l'autre exerçant son droit de refus (en application de la clause de conscience indiquée dans l'article L. 2212-8 du Code de la santé publique).

Le médecin pratique seulement l'IVG médicamenteuse, mais il présente également aux patientes la technique par aspiration proposée par l'un de ses confrères chirurgien. Le choix de la méthode est ainsi laissé à la patiente. Il confie cependant qu'avant 7 semaines

[99] Lorsque les patientes avaient quitté le cabinet, le médecin a souvent qualifié les femmes en surpoids avec des qualificatifs péjoratifs.

[100] En fin d'enquête de terrain, en automne 2012, le seul cabinet libéral de gynécologie du Médoc était en train de monter un dossier de protocole avec la clinique, pour la mise en place des IVG médicamenteuses « en cabinet de ville ».

d'aménorrhées, rares sont les femmes qui préfèrent la technique chirurgicale. Il présente l'avortement médicamenteux comme une intervention simple : la femme prend RDV, le médecin lui remet deux comprimés pour préparer l'expulsion, puis la patiente revient à la clinique 36 h à 48 heures plus tard et reste en hospitalisation (hôpital de jour) 3h sous la surveillance d'une infirmière.

-Les IVG chirurgicales sont pratiquées par l'un des chirurgiens du service de Chirurgie Viscérale et Générale, ainsi que les ITG (Interruptions thérapeutiques de grossesse, ou IMG). Cette situation, active au début de notre enquête en septembre 2010, a évolué en été 2012 en raison des changements survenus dans l'équipe « Gynécologie », qui a assuré pendant quelques mois les IVG-chirurgicales, en parallèle avec le service de Chirurgie, du fait de la spécialité chirurgicale et de l'accord du remplaçant (qui a ensuite quitté la clinique). Ces éléments contribuent à montrer les variations de l'offre, en fonction d'un *turn-over* important qui a touché les praticiens en gynécologie de la clinique au cours de ces deux dernières années.

Sur le plan national, le nombre des IVG a légèrement augmenté depuis 2001[101], cette augmentation étant aussi enregistrée dans la région Aquitaine, d'après les données du PMSI (Cormier P., 2011)[102]. Toutefois, il reste en dessous de la valeur moyenne européenne : les dernières statistiques ORSa de 2007 montrent qu'il y avait 14,7 IVG en France métropolitaine (dont 13,7 en Aquitaine) contre 30 pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans en UE (ORSa-IVG 2010:4) (cf. Annexe 15). Pendant notre enquête, la presque totalité des IVG ont été pratiquées par la méthode chirurgicale (voir partie 1-B.2.1.c)[103]. Les professionnels interviewés considèrent ces chiffres assez faibles : par exemple, le gynécologue estimait à 4 IVG/semaine, les IVG (toutes méthodes confondues) pratiquées par la clinique, l'A S parle d'une dizaine de mineures par an. D'après eux, ils seraient aussi relativement stables par rapport aux femmes consultées. [104] La même situation a été rapportée sur '*les jeunes'* (i.e. les jeune mineures), vues d'avantage comme patientes « problématiques » depuis la possibilité de leur accès à ce type de soin sans tutelle parentale, car les professionnels se positionnent alors à partir de jugements moraux. Un travailleur social notamment s'interrogeait sur « *le libre arbitre à l'âge de 14 ans* » et pointait le fait de devoir quand même encourager la jeune fille à prévenir ses parents dans ce cas, pour éviter tout risque. Comme d'autres professionnels, sur cette question sensible, il argumentait « *se mettre à la place* des parents», ayant rencontré plusieurs de « *ces gamines* ».

Néanmoins, même si la pratique des IVG a été instaurée au sein de la clinique immédiatement après la Loi Veil suite aux pressions du service régional de l'action sanitaire et sociale de

[101] De 201.434 en 2001 à 211.985 IVG en 2010. Source : http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/avortements/. Document téléchargé le 30 juillet 2012. Pour des détails concernant le nombre d'IVG réalisées en parallèle dans la région d'Aquitaine en 2008, par établissement (public vs. privé), v. l'annexe no. III_IVG_1.

[102] D'environ 9400 IVG entre 2001 et 2003 à environ 9800 les années suivantes (cf. ORSa-IVG 2010 : 3). Voir les travaux menés sur les indicateurs, dans le cadre du Réseau Périnatalité d'Aquitaine,

[103] Source : les données SAE (Statistiques Administratives d'Etablissement), http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr. Document téléchargé le 30 juillet 2012. Pour des détails concernant le type d'IVG, cf. l'Annexe n° 15

[104] Il faut rappeler que le nombre de femmes médocaines entre 15 et 44 ans, plus susceptibles de recourir à une IVG, se situait vers 33000 en 2007 (il était de 32 690, en 2006, cf. ORSa-Médoc 2010:11). Si nous croisons cette information avec les IVG réalisées à la Clinique (par exemple 134, selon les données SAE 2007), nous pouvons faire une estimation d'un taux local d'IVG de 4,06 pour 1000 femmes, bien en dessous donc de la moyenne régionale (13,7) ou nationale (14,7) de l'époque. Ce faible taux peut aussi s'expliquer par le fait que les femmes avortent en dehors du Médoc, où un seul établissement effectue les IVG.

l'époque, elle ne fait pas aujourd'hui l'objet d'un protocole organisé plus spécifiquement pour ce type de soin. Certes, si les femmes peuvent « choisir » la méthode d'interruption de leur grossesse et si le délai d'attente est relativement court[105], la clinique n'investit pas pour autant dans la prise en charge des IVG, pour les faciliter. En pratique, un bricolage « institutionnalisé » a pu être observé : basé sur la disponibilité des professionnels et des personnels en charge, il s'organise entre différents services au sein desquels les femmes sont souvent « échangées » entre les praticiens qui se les adressent, sans avoir toujours pris ni le temps de les écouter « avant » (notamment sur la méthode qu'elles demandent) ou de les accompagner « après ».

Encadré n° 18: Prise en charge des IVG entre différents services et professionnels

La prise en charge de l'IVG de *Claire* – que l'équipe a pu observer en été 2011 – est un bon exemple en ce sens. Agée de 15 ans lors de notre rencontre, Claire a été orientée vers la Clinique par son médecin traitant. Premièrement, elle a été rencontrée par un premier médecin au service Gynécologie. Ensuite, nous l'avons pu observer lors de son entretien d'une vingtaine de minutes avec un autre médecin, au sein du service Chirurgie. Après une discussion générale sur l'état de grossesse de la patiente et ses antécédents médicaux, Dr. G lui a expliqué les risques de la procédure. Mais très vite, devant les réponses monosyllabiques de Claire, il a dirigé son discours envers ses parents qui l'accompagnaient. La grossesse, diagnostiquée par le médecin trainant et confirmée – avec une échographie - par Dr. P, a été reconfirmé lors d'un court examen pelvien (réalisé par Dr. G dans une annexe séparée). Vue l'avancement de la grossesse (12 semaines), la date de l'intervention a été arrêtée pour la semaine suivante. En sortant de cette '*consultation préopératoire*', la secrétaire de Dr. G a informé Claire qu'elle doit aussi réaliser un entretien avec un anesthésiste (rendez-vous pris par la même secrétaire) et réserver une chambre à l'hôpital de jour pour la date de son intervention. Pendant nos observations, nous n'avons pas eu d'information relative à l'entretien obligatoire avec le psychologue de la Clinique. Selon la procédure du chirurgien, après son IVG, Claire a été adressée en post-IVG à son médecin traitant, munie d'une lettre. Celui-ci était supposé assurer sa '*surveillance',* ainsi que veiller à sa *'contraception ultérieure*'.

De même, l'attention, voire l'accompagnement psychologique que ce geste demande n'était pas toujours présents du côté médical, comme en témoignent les extraits suivants. Certaines femmes rencontrées au cours de l'enquête nous ont fait part de ce sentiment d'avoir été reçues « à la chaîne » ou « sans s'étendre sur la question »…

[105] Par rapport aux délais auxquels les femmes doivent se soumettre sur la CUB.

Extraits du carnet de terrain en juin 2011 :

11h30 : 11ème patiente *âgée de 35 ans (consultation obstétricale). Elle est seule. La patiente est enceinte de 3 semaines. Cette grossesse n'est pas désirée. Ella déjà deux enfants. Elle ne prend pas la pilule car dit-elle, elle fume et vit seule. Elle a rencontré un partenaire mais elle n'a pas utilisé de moyens de contraception. Le médecin lui propose de lui prescrire une pilule micro-dosée. Il lui explique les effets secondaires possibles et notamment l'absence de règles. La femme répond que c'est important pour elle de le savoir car elle aurait pu penser qu'il s'agissait de la survenue d'une autre grossesse. La patiente demande aussi à réaliser les tests HIV et hépatites. Le médecin réalise un examen clinique et une échographie endo-vaginale pour connaître précisément le nombre de semaines de grossesse. Il estime à 5SA. Le médecin lui propose alors la méthode médicamenteuse. Il lui explique la prise en charge : prise des deux comprimés et nécessité d'une matinée d'hospitalisation (le protocole l'impose à l'hôpital). Il lui demande de prendre RDV pour la première prise. A aucun moment, le médecin interroge la femme sur sa décision ou lui laisse le temps d'expliquer si ce choix est difficile pour elle. Fin de la consultation à 11h40.*

Deuxième extrait du journal de terrain en juin 2012 :

11ème patiente : 16h35 *(consultation gynécologique). La patiente est seule. Elle vient pour un avortement médicamenteux. Le médecin lui présente les trois comprimés à avaler devant lui. Il lui explique qu'il faut revenir dans deux jours pour une matinée d'hospitalisation. La patiente ne pose pas de question. Fin des consultations à 16h40.*

Ce « bricolage » contraste avec les pratiques qui ont pu être observées au sein d'un service hospitalier d'orthogénie d'une grande ville d'Aquitaine, où le travail des soignants ainsi que les espaces et les temporalités des soins étaient entièrement organisés, voire protocolisés entre les différents professionnels, autour des spécificités que recouvrent la prise en charge légale des IVG (Lemonnier, 2011).

Durant l'été, lorsque les professionnels de la clinique sont en congé, les femmes sont renvoyées vers les structures bordelaises qui, parfois sont également fermées en même temps, d'où le fort encombrement à cette période qui a été pointé par les professionnels du groupe de travail sur les grossesses non souhaitées.

Enfin, la question des IVG répétées ou dites « itératives », n'a pas été particulièrement pointée par les praticiens médocains, contrairement à certains spécialistes bordelais et de la région, en regard de populations spécifiques (« les jeunes femmes déviantes », « les Roms »). Une thèse de médecine récente (Lafaysse M., 2010), portant sur les caractéristiques psychosociales des femmes qui y recourent, à partir d'une enquête menée auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009 a montré des liens entre ce mode de recours et des situations de violences intrafamiliales, connues dans leur trajectoire de vie.

A.1.4. Les urgences : une voie d'entrée aux soins en SRG

Sans avoir pu effectuer d'observations de terrain continues dans ce service, mais seulement quelques observations ponctuelles, lil nous faut noter que les urgences ont été citées à de nombreuses reprises comme une voie d'entrée à la clinique, par les femmes et les professionnels rencontrés. Le plus souvent, les femmes qui ont besoin d'un soin spécialisé en SRG sont dirigées vers le service maternité, où un gynécologue-obstétricien de garde peut les prendre en charge et traiter leur problème ou les orienter vers un établissement de la CUB (par transports terrestres ou par hélicoptère). Les urgences sont régulées par le centre d'appel du 15, sur Bordeaux, bien qu'à plusieurs reprises nous avons pu observer que les habitants appellent plutôt les pompiers. Certaines des femmes rencontrées nous ont signalé être venues aux urgences pour un problème obstétrical, dans l'ensemble plutôt grave. Ayant souffert de

plusieurs réorganisations, le service des urgences de la clinique fait l'objet d'un grand nombre de remarques plutôt péjoratives et de rumeurs, partagées par les acteurs du territoire et de la CUB. Ce qui amène les professionnels ou les familles à ne pas trop y recourir, ou qu'en dernière instance.

A.1.5. La prise en charge sociale et psychologique

a. La PASS

La seule Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en Médoc est assurée à la clinique, par une très petite équipe, constituée d'un assistant de service social, à mi-temps, et d'un médecin. Cette cellule de prise en charge médico-sociale est en principe destinée à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (en application de l'article L6112-6 du code de la santé publique). Elle n'est pas identifiée clairement et c'est le bureau de l'assistant social (AS), situé au rez-de-chaussée de l'établissement, face à l'accueil des urgences, qui fait office de guichet.

Les nombreuses missions attribuées dans cette structure au poste d'AS dépassent un équivalent temps plein. D'après nos observations et entretiens, celui-ci semble travailler plus régulièrement avec certains services (les urgences, les consultations d'addictologie, la consultation des psychologues) que d'autres (dont fait partie le service de maternité). Aux dires de l'AS qui travaille dans cette structure depuis plusieurs années, un temps plein serait nécessaire pour assurer la PASS, notamment dans l'accompagnement des montages de dossier de demande de CMU, d'ACS ou autres que certaines populations semblent rechigner à remplir. Pour expliquer ce phénomène, il évoque moins « la peur des papiers » de ces consultants, que « le fait de ne pas vouloir se faire aider » ou « la lourdeur des pièces demandées ». Concernant les populations issues de « la communauté des gens du voyage » qu'il nous a décrites, il relève également un problème d'illetrisme important.

La PASS reste globalement peu connue et peu identifiée sur le territoire, notamment des personnes qui ne fréquentent pas la clinique. Le travail en réseau demeure à ce jour peu développé. Quelques rares associations médocaines déploient des activités d'informations et d'aide à l'ouverture des droits sociaux, sans pour autant s'appuyer sur les compétences de la PASS, dont elles ne connaissent à ce jour pas toujours l'existence, ni le rôle . L'AS déplore la concurrence avec la PASS qu'instaure ce travail d'accompagnement effectué par les bénévoles d'associations locales (non formés) qui, pour aider leurs adhérents en difficulté (pour des raisons diverses comme la précarité, le handicap, l'isolement). D'après lui, ce biais peu professionnel alourdi les parcours de demande de prise en charge qui ne sont d'ailleurs pas toujours obtenues. L'inscription de l'AS au sein de la plate-forme sanitaire et sociale du Pays montre une certaine volonté à développer un partenariat local. Une action de formation sur l'accès aux soins a été menée dans le cadre du réseau médocain organisé par le Syndicat mixte, pour assurer des relais locaux parmi des professionnels volontaires. Ceux qui ont été rencontrés au cours de l'enquête n'ont pas eu de liens particulièrement étroits avec la PASS de la clinique, qui aurait pu être fer de lance dans cette action. La clinique n'a d'ailleurs semble-t-il pas l'intention de recruter du personnel supplémentaire pour renforcer la PASS du Médoc. Ce dispositif rendu obligatoire et mis en place par le Praps semble encore méconnu d'un certain nombre de professionnels rencontrés.

b. D'autres consultations

Bien que la psychologue et le responsable de la consultation d'addictologie aient d'emblée montré un grand intérêt à l'enquête, en acceptant des entretiens et pour la première, en favorisant notre rencontre avec des femmes qu'elle suivait, il n'a pas été possible d'observer leurs consultations. Néanmoins, il apparaît que ces deux spécialistes travaillent en réseau et qu'ils font partie des itinéraires thérapeutiques en SRG d'un certain nombre de femmes rencontrées.

Le seul poste de psychologue de la clinique est occupé sur deux journées par semaine. La professionnelle n'hésite pas à adresser certaines de ses patientes vers des collègues exerçant sur le territoire (peu nombreux, mais inscrits sur une liste en sa possession, qui précise les différentes spécialités de ces thérapeutes). Elle exerce également en cabinet libéral sur Bordeaux sur d'autres journées de la semaine.
L'écoute apportée lors de cette consultation était très appréciée des femmes rencontrées qui avaient été amenées à en bénéficier, parfois sur de longues durées. Dans les discours recueillis, l'un des points saillants était son ouverture en matière de compléments thérapeutiques par les plantes.
L'addictologue est une personnalité connue dans le Médoc, dans ce champ de la santé. Il travaille en collaboration avec l'association dédiée à la lutte contre les addictions, qui a ouvert des antennes de consultations dans certaines villes du Médoc, où une infirmière assure des permanences spécialisés.

A.2. L'offre départementale au sein des MDSI : une disponibilité contingente

Le rôle des MDSI observées est d'assurer des actions diversifiées dans quatre domaines : l'accès au droit, la santé (qui n'apparaît plus dans le nouvel intitulé), l'action sociale et éducative et l'insertion (incluant la lutte contre les exclusions). Ces structures qui, nous l'avons vu, abritent à la fois un service de PMI, un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et différents types de travailleurs sociaux ou de professionnels de santé, proposent des consultations dont les rendez-vous sont centralisés par un secrétariat commun. La multiplicité des permanences (souvent réduites comme nous le verrons, à une ou quelques demi-journées par semaine) qui sont successivement assurées dans les mêmes locaux, ne facilite pas leur identification par les usagers. Leur ancrage sur le territoire apporte une offre de soins potentiellement accessible, qui varie cependant dans son accès effectif, en fonction des périodes de l'année.

A.2.1. La PMI : une orientation vers le care

Cette structure participe de l'offre en SRG, en ce qu'elle propose notamment des services et dispositifs de soutien à la « pré-parentalité » en direction des femmes en situation de précarité et/ou migrantes. Un bref rappel de leurs fonctions éclairera l'analyse ici proposée, à partir de nos observations et entretiens[106].

a. la PMI comme « médecine des pauvres »

La Protection Maternelle Infantile -créée en France par l'ordonnance du 2 novembre 1945- est conçue à la fois comme une politique de santé publique et une politique de gestion des risques familiaux, appelée plus généralement, protection de l'enfance. D'un côté, on a bien affaire à une « bio-politique de la population » (Thiaudière, 2004 : 23) qui dans un premier temps de l'histoire de l'institution, s'est orientée vers la surveillance *médicale* des femmes enceintes et des enfants dans le but de réduire la mortalité infantile. Elle est davantage axée aujourd'hui sur un suivi des grossesses et un contrôle du calendrier vaccinal des enfants, pour une population dite « précaire ». De l'autre, on est aussi en présence d'une surveillance *sociale*, de familles ou futures familles identifiées comme présentant des « facteurs de risques » qui pourraient venir mettre en danger la socialisation de l'enfant et nuire à son intégration sociale (Elias, 2010). Ce sont les familles pauvres qui vont à la fois faire l'objet d'une attention particulière et qui vont être l'objet de politiques spécifiques qui ont pour objectif de venir corriger les inégalités sociales par une « action sur le milieu ». Si aujourd'hui, l'objectif annoncé par le Conseil Général du département étudié est d'ouvrir les consultations (pédiatriques, de puériculture, de gynécologie…) à l'ensemble des familles, lors des observations, nous avons constaté que le public demeure en majeure partie précaire. Il en effet fréquent de voir en consultation ou lors des visites à domicile (VAD) des sages-femmes de PMI, des jeunes femmes, seules ou en couple, non diplômées ou déscolarisées, sans emploi ou au chômage, ou encore bénéficiaires du RSA. La population la plus défavorisée du territoire apparaît recourir de façon importante à cette offre de soins de proximité, en raison aussi de la faible présence de structures sanitaires et de spécialistes libéraux (notamment de gynécologues) et de la gratuité des consultations en PMI.

b. Entrer dans des familles : le travail invisible d'empathie et de care

La mission des sages-femmes de PMI, comme de l'ensemble des travailleurs de l'institution, est essentiellement préventive et comporte un travail de *care* important, qui repose principalement sur des compétences relationnelles nécessaires pour instaurer du lien et entrer dans des familles. L'imaginaire collectif s'est construit sur l'idée selon laquelle, l'éthique de la sollicitude (Paperman, Laugier, 2011), l'empathie renvoyaient à des dispositions morales féminines, ce qui expliquerait la forte présence des femmes au sein de l'ensemble des professions du sanitaire et social. Pour Marc Bessin (2009), l'histoire du travail social s'est construite sur le mythe d'une «socialisation de l'amour maternel», d'un « féminisme maternaliste », sur une dichotomie sexuée des compétences (rationalité vs sentiments) et des espaces (public vs privé). Les femmes seraient plus enclines à l'abnégation, au sacrifice et promptes à ce type d'activité, qui reflète en réalité des compétences de genre culturellement attribuées aux femmes. Pour les sages-femmes de PMI, le travail relationnel trouve son expression la plus aboutie, car la place de la technique est faible dans les consultations et ce, d'autant plus que celles-ci ont lieu le plus souvent aux domiciles des familles. Plusieurs travaux (Cresson, Schweyer, 2000) ont déjà montré que moins le travail fait appel à des compétences techniques, plus la part sociale va être investie et présentée comme le cœur de métier. Les caractéristiques de notre population d'enquête, amènent les sages-femmes à

[106] Menés essentiellement par l'équipe sociologique, notamment auprès du segment professionnel des sages-femmes

mettre en exergue ces compétences de genre en orientant davantage leurs pratiques sur le social, sur la prévention plus que sur le *cure*.

Des pratiques comme la consommation de drogue ou d'alcool doivent faire l'objet de questions en raison des risques qu'elles comportent pour le fœtus notamment. La sage-femme peut alors chercher à obtenir ces éléments de façon détournée. Ici la relation de confiance établie permet d'accéder à des informations « secrètes », privées. Ainsi la sage-femme Mme P. raconte :

Enquêtrice : « *Comment tu procèdes avec les femmes qui boivent ? »*
Mme P. *:* « *Je demande. Quelque fois on me dit que non et quelques fois il te faut ré-insister pour voir. Tu tournes autour (…) Quand tu sais qu'une femme a bu, par exemple j'en ai eu une, quand elle a bu et que t'es dans la voiture, c'est pas évident de le dire. Ça sentait ! Au bout d'un moment je lui ai dit : « C'est comme quand mes filles buvaient, je rentrais dans leur couloir le matin, ça sent pareil. Vous avez bu ? » Et elle me dit : « ouai, euh bon, j'ai bu un whisky » parce que c'était son anniversaire. « On s'est fait un petit repas » je lui dis alors « ah, on a trinqué ! » Mais j'essaie de le faire passer sur l'humour, de faire passer l'évènement comme quelque chose qui intègre le normal, tu vois. Après je lui dis : « Mais c'était pas un verre, c'était la bouteille que vous avez bu ? » et là elle me répond « Euh oui ! ». Bon là, c'est dit ».*

Cette confidence est possible par le travail relationnel mis en place par la professionnelle qui fait à la fois appel à son expérience personnelle et qui s'appuie sur la situation de proximité (elles voyagent dans le même véhicule) dans laquelle elles sont placées. On peut en effet imaginer que la même scène dans une salle de consultation, aurait pu souffrir d'un manque d'intimité et aurait rendu plus difficile cette confession.

c. Une organisation souple mais génératrice de stress

- Des tâches définies par l'institution mais qui s'adaptent au contexte d'intervention

La mission des sages-femmes en PMI repose sur un cadre légal défini par le Code de la santé publique. Ce cadre, très général, expose les missions et présente l'organisation des PMI. L'entretien réalisé auprès des coordinatrices des sages-femmes et des médecins de PMI du département étudié, montre qu'il existe une certaine souplesse quant aux tâches précises que les professionnels doivent effectuer. Pour la coordinatrice des médecins de la PMI : « *C'est le drame de la décentralisation et l'avantage de la décentralisation, parce qu'ici, ça fonctionne très bien. Il y a le service hyper dynamique et dans d'autres département, parce que moi j'ai travaillé dans d'autres départements, il y a des départements où il y a une seule sage-femme de PMI* ». Les dynamiques et les choix territoriaux peuvent être très différents d'un département à l'autre. L'accompagnement, la surveillance médicale d'une grossesse, la contraception, la relation mère enfant, la préparation à la naissance font partie des missions des sages-femmes du département. Elles doivent par ailleurs s'adapter à l'offre de soins existante, et ce principe fonctionne comme une règle morale qui fait consensus. Les sages-femmes de PMI doivent respecter la pratique de leurs homologues libéraux, ne pas lui faire concurrence. Par exemple sur le territoire observé et contrairement à d'autres départements, aucun *monitoring* n'est effectué. Cette tâche est laissée aux sages-femmes du cabinet libéral du territoire. Les sages-femmes n'ont d'ailleurs pas d'appareil à leur disposition. De même la préparation à la naissance est réalisée en accord avec les sages-femmes libérales.

-Un travail autonome

L'autonomie au travail des sages-femmes de PMI est souvent mise en avant par ces dernières comme un des avantages de leur entrée dans l'institution. Pour C. Farnarier (2009)[107], le choix de la PMI, se situe à la frontière de la réorientation et de la reconversion professionnelle. Deux des sages-femmes suivies, ont fait le récit de différentes expériences professionnelles antérieures, le plus souvent dans des structures hospitalières. La recherche d'une organisation du travail plus souple, de relations plus humaines ont fait partie des motivations d'entrée en PMI. La sage-femme est libre d'organiser son emploi du temps et ses VAD : « prendre son temps » est des principaux privilèges pour ces professionnelles. Nous avons pu observer des consultations qui ont duré plus d'une heure. Il n'y a pas de quotas de visite à respecter. Il existe néanmoins d'autres inconvénients à l'exercice en PMI. Les distances parcourues à travers leur zone d'intervention sont des facteurs de stress et d'épuisement. Parfois, elles évoquent un sentiment d'isolement, et ce d'autant plus quand elles ont connu dans des expériences précédentes, le travail en équipe. Mme P. explique : «*Quand t'as une patiente avec des problèmes, tu peux en parler à personne en fait alors que quand tu as une équipe tu peux en discuter. Tu demandes à l'autre si elle ferait la même chose. En PMI, tu téléphones à P* [au CHU]*, au médecin si t'arrives à l'avoir pour des petits trucs hein, c'est pas… Mais c'est les échanges autour d'une patiente*. *Et en PMI tu échanges toute seule parce qu'il n'y a que toi qui la voit* ». Ainsi les liens avec les Assistantes sociales de la MDSI ou les puéricultrices sont particulièrement activés.

- Echanger des informations avec les autres professionnels (non médicaux) de la MDSI

Dans les faits, le travail de coordination avec les travailleurs sociaux de la PMI et du CPEF, ne repose sur aucune obligation formelle, mais il apparaît comme incontournable pour les professionnelles. Nous l'avons vu, une grande partie des femmes suivies est adressée par les assistants sociaux et le CPEF. Si la consultation avec la sage-femme respecte la règle du secret médical (d'ailleurs le service social de la PMI n'a pas accès aux informations du dossier médical), des informations sont échangées notamment lorsque la soignante accède à une information importante en termes de protection maternelle et infantile. Mme N., la coordinatrice des médecins de la PMI du département rappelle que « *ne doit être communiqué que ce qu'il y a à communiquer, et toujours avec l'accord de la famille* ». Si ce principe est respecté par les professionnelles observées, nous avons pu mesurer toute la difficulté pour elles de partager avec des collègues, tout en ne diffusant pas d'informations d'ordre médical.

- Réseaux et orientation des femmes

Chaque professionnel développe son propre réseau. Il est dépendant de sa connaissance du secteur et de l'offre de soins existante mais aussi des expériences professionnelles passées qui ont un véritable effet sur l'orientation des femmes vers les structures du territoire et hors territoire. Nous avons pu mettre en évidence pour le sud du territoire que les sages-femmes ont tendance –aussi en raison de liens préétablis avec des structures de la ville de Bordeaux- à envoyer les femmes vers la CUB, plutôt que vers la clinique du Médoc, pourtant à égale distance.

- Un sentiment d'épuisement

Le temps des professionnels est souvent morcelé. Les sages-femmes peuvent être amenées à travailler sur plusieurs sites. On relève là encore l'éloignement géographique entre les sites, les lieux de rendez-vous, ce qui contribue fortement à raccourcir les durées effectives de

[107] invité au séminaire GSM du 19 avril 2012 sur « La PMI au quotidien : discuter les frontières, négocier les pratiques ».

présence, en raison de nombreux retards dûs aux trajets et aux mauvaises conditions de circulation (souvent présentées comme dangereuses). Ce type d'organisation du travail semble contribuer au sentiment de « *perte de temps* » et d'épuisement de certains professionnels. Le problème de *turn-over*[108] comme du *burn out* peut être également mis en relation avec la nature du travail (social) et l'accompagnement à réaliser auprès des publics précaires qui fréquentent les structures. Ces populations considérées comme « *lourdes* » de par les situations qu'elles vivent (alcoolisme, violence, pauvreté), peuvent renvoyer au professionnel un sentiment de déclassement.

A.2.2. Les CPEF: une offre de soins et de suivi souple et pas toujours stable

Les CPEF « visent une approche globale de la sexualité, à la charnière du social, de l'éducatif et du sanitaire » (Aubin *et al*., 2011: 4). Les centres observés combinent la double dimension du *care* et du *cure* en SRG, selon une répartition des tâches. En effet, les conseillers conjugaux et familiaux, dont la formation varie et gagnerait en France à être unifiée, comme l'on montré certains travaux (Philippe, 2005 et 2007)[109] sont des professionnels de la relation d'aide au sein du couple et concernant les relations familiales. En Médoc, les conseillères rencontrées sont des femmes qui travaillent en binôme avec des gynécologues ou des généralistes (formés en gynécologie) chargés des soins curatifs. Celles-ci étaient majoritairement issues de professions paramédicales (infirmière, laborantine, sage-femme) illustrant bien tant cette diversité que le flou des pratiques qui entourent leurs prérogatives, dans la mesure où parfois leur autre métier leur octroie des droits quoi surpassent ces dernières. Ainsi, depuis 1993, les conseillères sont habilitées à délivrer à titre gratuit des moyens contraceptifs aux mineurs désirant en garder le secret, ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas d'une assurance maladie (décret du 23 mars 1993, publié au JO du 25/03/1993), sans avoir droit de prescription.

a. Un service centralisé qui essaie de s'adapter professionnels et aux besoins du territoire

Les CPEF du département de la Gironde fonctionnent aujourd'hui au sein des MDSI locales avec comme mots d'ordre *écoute*, *soutien* et *conseil*, qui constituent la base d'un travail de *care*. Au début de notre enquête en Médoc, en septembre 2010, deux CPEF étaient ouverts seulement deux jours /mois (contre quatre jours par mois pour le troisième). Néanmoins, cette situation a évolué en automne 2012 et à la fin de l'enquête de terrain, ces deux CPEF assurent des consultations chaque semaine. On a donc assisté à un accroissement de l'offre départementale, dans ce secteur et sur ce territoire.

Malgré l'autorisation accordée depuis 2010, aucun de ces CPEF n'assure de soins relatifs aux IVG-médicamenteuses, mais seulement du conseil et de l'orientation. Nous avons pu effectuer des observations ponctuelles sur ces trois sites, ainsi que des observations de longue durée[110]sur deux sites – nommées dorénavant CPEF Alpha et CPEF Bêta – ainsi que des entretiens formels et informels avec la grande majorité des professionnels travaillant dans les CPEF du Médoc.

---

[108] sur les trois sages-femmes observées pendant les trois années, une a quitté définitivement la PMI Bêta et une autre est d'abord intervenue sur la PMI Gamma, puis a travaillé au sein de la PMI Bêta tout en soulageant l'activité de la sage-femme en poste sur les deux PMI Gama et Alpha,

[109]Cf. L'Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux créée en 1976 et C. Philippe (2005), « Le conseil Conjugal : Histoire et enjeux actuels », *Différenc*es, Janvier, et du même auteur (2007), « Le conseil conjugal et familial. Une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité », *Recherches et prévision*, n°89, sept, pp. 64-71.

[110] Par une présence régulière des membres de l'équipe d'anthropologues.

- *Un public majoritairement composé de jeunes et de femmes en difficulté économique*

Le travail d'écoute, de soutien et de conseil (*couselling)* mis en œuvre au sein des CPEF médocains a comme public cible 'les jeunes', c'est-à-dire les jeunes mineures et les jeunes adultes de 15 à 26 ans. Cette population a été mise en avant dans tous les entretiens avec les professionnels. Mme Martin, qui travaille comme conseillère conjugale au CPEF Alpha depuis l'été 2011, nous a expliqué à plusieurs reprises que '*les jeunes mineurs rentrent dans les missions primaires du CPEF'*, ensuite '*les jeunes majeures et les femmes en situation de précarité'* et finalement '*des femmes avec d'autres problèmes'*[111].

Comme les PMI, les missions des CPEF du Médoc tendent à s'adapter aux besoins du territoire, en s'ouvrant aux femmes de tous âges pour combler l'insuffisance locale de l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive. Les femmes qui constituent leur public-cible sont le plus souvent des femmes en situation de précarité économique (manquant donc des ressources pour payer ce type de soin ou même aller le chercher loin de leur commune d'origine), mais aussi des femmes en situation de migration (généralement sans droits ouverts et ayant donc besoin de soins gratuits).

- *Une forte dimension d'accueil et de fidélisation*

Envers ce public varié, les CPEF essayent de développer une forte dimension d'accueil et de fidélisation, par le biais des conseillères conjugales et du secrétariat des MDSI (qui assure le secrétariat médical des CPEF). Par exemple, la première fois que nous avons visité le CPEF Alpha en décembre 2010 Mme Petit, qui s'est alors présentée comme infirmière travaillant comme conseillère conjugale depuis deux ans sur le site, nous a décrit sa stratégie en vue de '*faire venir le public'.* Cela, surtout dans les périodes où elle s'est retrouvée seule, sans la présence d'un gynécologue qui n'avait pas été remplacé sur plusieurs mois, faute de forces vives : elle explique avoir mis en place des '*cafés-santé'*. Pour remplacer les consultations gynécologiques notamment, elle installait une petite table avec des cafés, dès le matin dans la salle d'attente, autour de laquelle les jeunes et les femmes qui arrivaient pouvaient discuter avec elle librement sur des questions concernant la vie sexuelle, les relations de couple ou tout autre problème de santé reproductive.

Au fur et à mesure, plusieurs groupes se sont formés dont des groupes de jeunes, mixtes, mais aussi des couples ou des groupes de garçons, et beaucoup des personnes participant à ces *cafés-santé* revenaient les après-midis pour lui demander un conseil particulier ou essayer de trouver une solution adaptée à une difficulté ou un souci plus personnel de santé sexuelle et reproductive. Cette « bonne pratique » lui a permis de fidéliser le public pendant une période de manque de personnel, tout en transformant le CPEF en un lieu d'écoute privilégié. Ce type de stratégie, qui pourrait être caractérisée de « bricolage non-institutionnalisé », illustre bien le fort investissement, mais aussi les capacités d'innovation de certains professionnels de santé pour combler les manques éventuels en gynécologie. D'un espace de suivi médicalisé (*cure*), ce centre est devenu un espace d'accueil, d'écoute et d'échange spécialisé (*care*), apparemment apprécié des usagers, que nous avons pu, pour certains, rencontrer par la suite.

[111] Entretien informel réalisé, CPEF Alpha, septembre 2011, (Equipe Anthropologie).

- *Variations saisonnières et publics non-francophones*

Si pendant la période estivale, peu de touristes ou de saisonniers du littoral semblent être venus consulter (en dehors de la fermeture des sites)[112], l'équipe d'anthropologues a rencontré, en revanche, quelques femmes étrangères (non francophones), venues pour les vendanges et ayant consulté. Dans le CPEF qu'elle a observé au long cours, l'équipe a pu constater des variations saisonnières ou en lien avec la disponibilité du personnel, quant au nombre d'usagères (en grande majorité des femmes et jeunes filles). Pour janvier-septembre, le comptage effectué à l'aide de la conseillère conjugale, à partir de l'agenda des rendez-vous (cf. Annexe n° 5), a montré un nombre assez régulier de désistements (avec ou sans préavis), un nombre croissant de personnes venues sans rendez-vous et accueillies, et enfin, un nombre moyen de consultantes qui s'élevait à 11/jour d'ouverture (oscillant entre 4 et 24). Enfin, l'observation a montré des variations importantes de l'utilisation de cette offre de consultation gynécologique, d'une semaine sur l'autre, en fonction de la présence de tel ou tel médecin (et plus précisément de son organisation du travail et de son relationnel). On peut comprendre ainsi combien ces fluctuations qui ont abouti parfois à un engorgement, peuvent être difficiles à gérer par les professionnels, comme par les femmes, venues pour consulter (voir le tableau 1 de l'Annexe n° 5).

Par ailleurs, concernant le problème de la langue posé par certaines femmes non francophones venues consulter, l'équipe n'a pas relevé de protocole de prise en charge précis, mais plutôt des pratiques de bricolage, tant du côté des consultantes que des professionnels. Ainsi, si l'existence d'un service téléphonique d'interprétariat associatif, pris en charge financièrement par le CG33 était connu des conseillères conjugales qui accueillaient ces femmes, elles ne semblent pas l'utiliser en pratique, ce qui est assez courant, y compris dans les structures hospitalières (Kotobi *et al.*, 2013). Au cours d'une observation, l'un des médecins qui ne leur avait jusque-là pas donné accès à l'observation de sa consultation gynécologique, pour raison de secret professionnel, a accepté l'aide de l'une des chercheuses, pour un problème linguistique (encadré suivant).

Encadré n°19 :« *Otra vez, mais avec quelqu'un hablar frances* »
Maria-Fernanda, 46 ans, séparée, 2 enfants, espagnole, apparemment issue de la communauté des gens du voyage, carte d'assurée sociale espagnole.
Lors d'une observation en salle d'attente du CPEF de la MDSI Alpha, deux des anthropologues font la rencontre de Maria Fernanda, venue sans rendez-vous sur les conseils de sa sœur résidant dans la commune. Au moment d'être reçue par la conseillère conjugale pour l'entretien préalable à la consultation gynécologique, les professionnelles de santé sont mises en difficulté par le fait que Maria-Fernanda ne parle qu'espagnol et ne comprend pas le français. Or ni l'une ni l'autre n'est hispanophone. L'une des anthropologues se propose de faire la traduction, ce qui est aisément accepté sans que cela ne pose de problème de « secret médical ». Maria-Fernanda parait soulagée de voir que quelqu'un peut la traduire. Elle s'empresse d'expliquer, dans un large sourire, qu'elle pense être enceinte et qu'elle voudrait voir le médecin. La conseillère conjugale lui propose de remplir un dossier alors qu'elle inscrit le rendez-vous sur l'agenda de la matinée (signifiant que Maria Fernanda allait pouvoir être reçue par la gynécologue sans rendez-vous).
La conseillère conjugale parait sensible au fait de s'adresser directement à cette femme malgré la barrière de la langue que l'enquêtrice-interprète tente d'atténuer. Maria explique ne plus avoir ses

112 En effet, sur l'une des années de la recherche, pendant les vacances d'été, les 3 CPEF médocains étaient 'fermés' entre fin juillet et fin août, et les femmes et jeunes filles désirant un rendez-vous pendant cette période ont été orientées vers des CPEF sur Bordeaux.

règles depuis 2 à 4 mois (elle ne sait plus vraiment), elle a des montées de lait et a pris du poids. Elle pense être enceinte et souhaite garder le bébé. Elle a déjà fait une analyse de sang : le résultat était négatif mais elle pense que l'analyse n'a pas fonctionné et qu'elle est assurément enceinte. Elle ne prend aucun traitement médical, ni contraception et a déjà deux enfants. Elle fait en sorte de ne pas donner sa nouvelle adresse ni son numéro de téléphone à la conseillère conjugale en feignant de les avoir oubliés, puis les confiera plus tard à l'anthropologue, devant l'entrée de la MDSI.

Le Dr Dauphinet, gynécologue, frappe à la porte et l'ouvre immédiatement après, coupant la conversation. La conseillère conjugale lui propose les services de traduction de la chercheure en disant « la jeune fille est d'accord pour traduire si vous ne parlez pas l'espagnol ». Le médecin acquiesce, ne laissant pas à l'enquêtrice le soin de se présenter alors qu'elles se voient pour la première fois.
Dr Dauphinet s'assoit derrière le bureau, Dr Panaux, généraliste ayant acquis une spécialité en gynécologie est assise à côté d'elle pour son premier jour dans ce service. Elles invitent Maria-Fernanda à s'asseoir sur l'unique chaise. Dr Panaux propose à l'anthropologue un tabouret mais est coupée dans son élan par sa collègue qui déclare : « Elle peut rester debout, ça va pas durer longtemps ». La chercheure décide de s'accroupir pour se mettre à la même hauteur que ses interlocutrices. Maria-Fernanda lui lance un regard qui l'incite à prendre la parole à sa place et à expliquer aux deux médecins l'objet de la visite de cette femme en reprenant les éléments d'informations exposés quelques minutes plus tôt. Dr Dauphinet lance sans regarder la patiente : « Ben c'est la ménopause qui arrive ». L'anthropologue- interprète improvisée ne sachant pas traduire ce mot en castillan tente alors une explication : « Su cuerpo de mujer esta cambiando. Las hormonas functionan diferamente. Por eso, no pierde sangre cada mes. » (Votre corps de femme change. Les hormones fonctionnent différemment. C'est pour ça que vous ne perdez pas de sang chaque mois). Dr Dauphinet lui coupe la parole : « Je crois qu'elle va pas comprendre ». Maria répond : « No son las hormonas. Tengo leche. Engordo de la barriga » (C'est pas les hormones. J'ai du lait. Je grossis du ventre.).

Dr Dauphinet fait sortir la chercheuse alors qu'elle va examiner la patiente, puis la rappelle quelques minutes après car elle veut que Maria effectue dès maintenant un test de grossesse (urinaire) mais ne sait pas comment lui expliquer. Les deux femmes accompagnent Maria-Fernanda aux toilettes ; Dr Dauphinet répète désormais chaque mot prononcé par l'anthropologue: « Hace pipí aquí » (Faites pipi ici) continue-t-elle en montrant l'extrémité du bâtonnet en plastique.
Quand la patiente revient lui donner le test, celui-ci apparaît négatif. L'anthropologue lui annonce le résultat qui semble vraiment l'agacer. Dr Dauphinet tente des explications hasardeuses en espagnol qui ne vont pas sans accentuer l'agacement de Maria-Fernanda. « No bebe » (pas bébé) répète le médecin cherchant dans les yeux de Maria un signe de compréhension. Puis elle se tourne vers la chercheuse, lui donne un petit bocal et les deux feuilles, la jaune et la blanche, et lui dit : « elle doit aller faire une prise de sang dans un laboratoire d'analyse (elle me montre la feuille blanche). Ca (la feuille jaune et le bocal), c'est parce que je lui ai fait un frottis, comme elle n'est pas suivi on dirait, c'est pour faire du dépistage, chlamydia, cancer du col… Elle n'aura rien à payer.». L'ethnologue traduit et Dr Dauphinet continue à répéter comme en écho les mots qui lui semblent importants : « Analisis laboratorio » « Sin pagar » (analyses laboratoire) (sans payer). Elle ne laisse pas pour autant le temps à l'interprète de finir la traduction alors que celle-ci s'aperçoit que Maria n'a pas compris pourquoi on lui a effectué un frottis si ce n'est pas parce qu'elle est enceinte. Dr Dauphinet reprend les rênes de la conversation en disant « qu'elle revienne à une autre permanence. Mais avec quelqu'un qui parle français ». Elle ouvre la porte du cabinet et invite les deux femmes à retourner en salle d'attente où se finit la traduction de ces dernières phrases. Dr Dauphinet poursuit l'habitude prise à répéter les mots espagnols mais cette fois-ci au beau milieu de la salle d'attente « Otra vez (Autre fois), mais avec quelqu'un hablar frances (parler français)».
Le bureau de la conseillère conjugale est libre. Celle-ci explique que les résultats du laboratoire d'analyses sont directement transmis au centre de planification. Maria-Fernanda ne reprend pas de rendez-vous et dit qu'elle reviendra un vendredi dès qu'elle aura les résultats. Elle demande à l'ethnologue si elle est présente sur les lieux à toutes les permanences du CPEF et lui prend son numéro de téléphone en cas de besoin. Elle lui a aussi indiqué où elle habite, en précisant qu'elle n'est là que pendant les vendanges.

Ainsi, il n'a pas été rare de rencontrer des jeunes filles ou des femmes venues consulter, accompagnées d'autres femmes ayant accepté de jouer le rôle d'interprète. Nous avons également pu remarquer que le CPEF est souvent indiqué aux nouvelles-arrivantes, par les habituées (notamment « migrantes » ou considérées comme telles), comme un lieu-ressource, gratuit, en « santé de femmes ». Cela d'autant plus que la consultation qui se situe dans les locaux de la MDSI, située en centre-ville est par là très accessible. Celle-ci, peut en même temps, jouer le rôle de voie d'entrée ou donner accès aux autres services proposés par le CG. Il nous est arrivé d'interviewer une femme qui attendait dans la salle d'attente commune, pour un autre service que le CPEF.

Encadré n° 20 : La salle d'attente du CPEF de la MDSI Alpha comme lieu d'échange

Les locaux du CPEF de la MDSI Alpha sont situés en rez-de-chaussée ; la porte donnant directement sur la rue, il n'y a pas besoin de passer par l'accueil de la MDSI pour accéder à ces services. La pièce centrale constitue la salle d'attente dont les murs sont tapissés d'affiches de prévention en PMI et SRG. Une dizaine de chaises sont adossées aux murs, et un coin de la pièce est réservé aux jeunes enfants où des jouets sont mis à leur disposition.
Trois portes distribuent depuis cette salle le bureau de la conseillère conjugale, le cabinet de la gynécologue et un couloir donnant accès aux toilettes et à d'autres bureaux de la MDSI. L'entrée du CPEF n'est pas l'accès principal de la structure, mais situé dans le même bâtiment, le centre communique donc avec les autres services, situés notamment à l'étage.
Lors des permanences du CPEF, il est fréquent d'entendre la radio et de nombreux bavardages en français et en arabe. En effet, ce lieu se présente comme un lieu de convivialité, un entre-soi féminin le plus souvent, où des femmes viennent consulter, avec ou sans rendez-vous comme le rappelle régulièrement la conseillère conjugale en place au moment de l'enquête. D'autres femmes viennent pour accompagner leur sœur, leur fille, leur amie. Si de nombreuses femmes viennent ponctuellement consulter, deux groupes de patientes sont des patientes régulières :
le premier est constitué d'un groupe de lycéennes qui « s'accompagnent » les unes les autres, sur orientation de leur infirmière scolaire. A plusieurs reprises, les chercheuses ont pu participer à des échanges spontanés sur des questions de maquillage (présence d'un miroir), de poids, ou de « petit copain ». Il a parfois fallu que la conseillère conjugale encadre ces nombreuses consultations sans rendez-vous qui troublaient le bon déroulement des permanences.
Un autre groupe régulier de patientes était composé de femmes marocaines ou d'origine marocaine : plusieurs d'entre elles avaient des problèmes de SRG, souvent chroniques, d'autres venaient pour leur suivi, ou pour assurer l'interprétariat. Enfin, certaines venaient passer le temps avec les premières (parfois accompagnées de leurs enfants qu'elles gardaient alors).

b. Des partenariats importants reposant sur les professionnels et sur leur implication

- Les liens avec la PMI

Les observations réalisées au sein du CPEF nous ont permis de faire le constat d'un travail de collaboration entre les professionnels au sein du CPEF et aussi avec l'ensemble des travailleurs de la MDSI[113]. A la MDSI Bêta, les femmes venues en consultation rencontrent dans un premier temps la conseillère conjugale, puis le Dr B., la gynécologue du CPEF qui consulte deux matinées par mois, le même jour. Ce premier entretien permet à la conseillère conjugale de recueillir un certain nombre d'informations sur la personne ou ses demandes. Le motif de la consultation gynécologique peut ainsi donner prétexte à un échange spontané et la conseillère s'adapte au temps qu'elle a pour déployer une information (plus ou moins détaillée) adéquate, en utilisant des supports matériels (panoplie d'échantillons de contraceptifs, dessins du corps humains ou des organes génitaux et reproducteurs, flyers ou prospectus, etc.). Dans l'idéal, ces éléments sont transmis à la gynécologue. Ce travail préalable est important pour cette dernière. L'une d'entre elle nous confie : « *la conseillère conjugale va peut-être être plus à l'écoute du contexte de vie, des problèmes relationnels de la personne et moi je ne vais pas réinterroger les personnes sur ce côté-là, je vais me concentrer sur le domaine médical mais par contre ça m'intéresse de savoir les informations que la conseillère a recueilli (…). Je ne vais pas réinterroger la personne, mais je vais en tenir compte dans la façon dont je vais aborder les choses, dont je vais poser et orienter mes questions ».* Cet entretien permet donc à la gynécologue, de connaître une partie de l'histoire de vie de ces femmes, même si elle ne cherche pas à les questionner de nouveau sur ce point. Ainsi, la consultation s'oriente strictement vers le *cure* (mesure hauteur utérine, examen du col, vérification des constantes, prescriptions…).

Nous avons cependant pu observer que selon les gynécologues en activité, le temps de cette consultation avec la conseillère conjugale se trouvait parfois écourtée, le médecin l'interrompant pour ne pas retarder ses RDV selon l'ordre inscrit, ou pour demander de l'aide ou une question. Il arrive que parfois la jeune fille ait dû repasser voir la conseillère en ressortant de sa consultation, ou qu'elle ne l'ait pas fait.

Des liens plus distendus existent également entre la gynécologue et l'équipe de la PMI notamment avec les puéricultrices, la sage-femme, et parfois aussi avec le service social. Le *turn-over* évoqué précédemment, l'aménagement des horaires et les lieux de travail ne permettent pas toujours à la gynécologue de pouvoir rencontrer ni de travailler avec les différents professionnels. La gynécologue explique à ce propos : «S*elon les dates de consultations, je me rappelle d'une période où je voyais souvent la puéricultrice. Et là ces derniers temps, je suppose que leurs consultations ne sont pas forcément le même jour que notre consultation qui a lieu deux jours par mois. Après c'est aussi dû à un problème de bureaux et on ne peut pas être toutes en même temps sur le même lieu ».* Néanmoins dans certaines situations de vulnérabilité, la gynécologue peut notamment renvoyer vers la sage-femme de PMI. C'est ce que nous avons pu observer au cours d'une consultation d'une jeune fille de 18 ans enceinte de quatre mois. *Extrait du journal de terrain 27 Mars 2012 : Cette jeune fille qui jusque-là suivie a été suivie par son médecin traitant, ne travaille pas et habite encore chez ses parents. Elle pose beaucoup de questions et parait perdue face à l'ensemble des prescriptions de la gynécologue. Cette dernière, percevant l'inquiétude de cette jeune fille lui demande si elle connait la sage-femme de PMI. Elle lui explique brièvement sa fonction et ses jours de présence puis lui conseille d'appeler directement la sage-femme, en passant par*

[113] Service social et PMI

le secrétariat. Cependant, nous avons également pu constater qu'un certain nombre de patientes suivie par la gynécologue échappe à la prise en charge de la sage-femme. Le manque de relais direct entre les deux professionnelles semble être à l'origine de cette « perte ».

Enfin, la gynécologue interviewée a insisté sur le principe de non concurrence. « *Je trouve ça déloyal par rapport au libéral. Si les femmes travaillent je trouve plus normal qu'elles aillent chez un confrère. La politique du centre de planification a beaucoup changé depuis que j'ai commencé. Aujourd'hui, il ne faut pas stigmatiser les gens. On doit recevoir tout le monde. Je trouve ça déloyal oui ! Il faut garder les consultation pour ceux qui n'ont pas les moyens, qui n'ont pas de sécu ou pour les mineurs* ». Elle explique donc qu'elle renvoie systématiquement les patientes qui pour elle, ne sont pas dans une situation de précarité vers ses collègues en libéral.

- Des partenariats avec la médecine scolaire : le cas des infirmières scolaires

Plutôt inscrits du côté du *care*, par leur travail d'*écoute*, *soutien* et *conseil*, les professionnels du CPEF développent aussi un important travail d'éducation à la santé sexuelle et reproductive en dehors des MDSI locales, en partenariat avec les établissements scolaires médocains (lycées et collèges). Depuis 2001, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est devenue obligatoire. Ainsi, la loi du 4 juillet 2001 prévoit qu' «une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène» (cf. Aubin *et al*. 2011 : 3). Les professionnels des CPEF, ainsi que les infirmières scolaires et les conseillers principaux d'éducation (travaillant dans deux collèges et deux lycées médocains) ont insisté dans les entretiens sur la modification du contenu de cette éducation à la sexualité, depuis le début des années 2000: si initialement les séances[114] étaient dédiées au travail de prévention des IST, au fur et à mesure elles ont été construites autour de la santé sexuelle vue dans son ensemble, pour inclure aussi une « sensibilisation à la relation amoureuse et à la contraception », sur l'impulsion d'un tandem (CC et IDE scolaire) qui fonctionnait bien et qui a monté un projet d'action sur ce thème.

Néanmoins, d'après les observations des anthropologues (LA et CL), menés sur un total de 10 séances d'animations autour de la santé sexuelle et reproductive entre décembre 2010 et février 2013, le fil directeur de ces séances est constitué par un travail de prévention, avec des discussions construites en fonction des questions des élèves, autour de la contraception et de la grossesse comme « *premier risque* » lors d'un rapport sexuel. La souplesse et l'écoute développées par les intervenantes au cours de ces séances sont cependant accompagnées d'un discours normé et normatif sur les méthodes contraceptives et les « bonnes pratiques » à adopter pour « réduire les risques suite à des rapports sexuels non protégés » et/ou « non consentis ». En même temps, « *parler de l'intimité* » - un des objectifs souvent mis en avant par les conseillères conjugales lors de leur présentation initiale devant les élèves – est en pratique très difficile. Pour respecter toutes les activités « obligatoires » pendant une année scolaire, ces établissements scolaires ont des difficultés à allouer plus d'une séance par an aux animations liées à la santé sexuelle et reproductive. Ce temps très réduit ne permet pas une discussion approfondie avec les adolescents, mais les sensibilisent toutefois aux problématiques abordées. Ainsi, un certain nombre d'entre eux prennent par la

[114] En pratique, ces séances peuvent être organisées selon deux scenarios : soit les élèves viennent pour la séance d'animation au siège du CPEF, en petit groupe (généralement en demi-classe) et accompagnés par leur infirmière scolaire, soit une équipe de 3-4 conseillères conjugales est invitée dans un établissement scolaire pour conduire les séances, planifiées généralement sur une journée entière (avec différents groupes).

suite, l'initiative de visiter le CPEF en dehors du temps scolaire. Le principal apport de l'éducation à la sexualité menée grâce à ce partenariat spécifique lors de ces animations au sein des établissements scolaires médocains réside dans la sensibilisation et la fidélisation des jeunes publics à l'offre de soins de proximité, en SRG. On pourra cependant noter que peu de liens en termes de prévention et de soins existent encore entre les CPEF et les centres d'animation dédiés à la jeunesse, les missions locales, les CCAS ou les associations spécialisées en éducation à la santé.

En résumé, si ce travail de partenariat des CPEF du Médoc permet d'assurer le suivi gynécologique des jeunes et femmes rencontrées en mettant en place des collaborations permanentes avec différentes structures locales, présentes sur le territoire (ex : avec des laboratoires d'analyses médicales et des échographes de proximité pour les contrôles ou pour les examens complémentaires, ou avec la Clinique du Médoc pour l'orientation en vue d'une IVG), il apparaît devoir être soutenu et renforcé, pour éviter les ruptures dans l'offre de soins, liées notamment au *turn-over* élevé des personnels. Du côté médical, les collaborations (informelles) sont aussi établies avec des hôpitaux ou des cabinets de la ville sur l'agglomération bordelaise. Elles leur apparaissent « *plus faciles* » à mener dans certains cas (orientation en vue d'une IVG ou traitement de l'infertilité) et « *plus sûres* », car elles s'appuient sur des réseaux d'interconnaissances (confrères ayant faits leurs études ensemble ou appartenant à un même réseau professionnel), une pratique courante dans le milieu médical. L'une des médecins, partie à la retraite, nous confiait parfois « *gagner ainsi du temps* », car le fait d'adresser les femmes localement pour les examens diagnostics était parfois long et demandait une certaine vigilance de la part de l'équipe médicale qui n'était présente qu'une semaine sur deux, pour éviter de « *laisser passer un problème urgent* ». En effet, les femmes ne revenaient pas toujours après pour les prescriptions (ou ne prenaient pas toujours de RDV) et pouvaient ainsi être perdues de vue.

c. Des difficultés liées au turn-over des professionnels et à la rareté de l'offre en gynécologie

De nombreux mouvements de personnels ont été observés dans les CPEF enquêtés, au cours des trois années : des absences cumulées, des départs à la retraite, des remplacements temporaires et des réaménagements. Ce qui a pour effet de donner une image parfois instable de l'offre proposée auprès des femmes qui consultent. On pourrait expliquer ce fort turn-over principalement par trois raisons :

-d'une part, l'organisation de l'activité des professionnels se fait sous la tutelle de la Maison Départementale de la Santé (MDS), créée en 2000 à Bordeaux pour mieux organiser les initiatives locales en santé publique. Cette gestion centralisée par la structure-mère se traduit notamment par un morcellement du travail des professionnels. Ce morcellement ne favorise pas un suivi personnalisé des consultantes, ce qui a pu être indiqué par ces dernières. Les professionnels interviewés ont également pointé cet effet, ainsi que le devoir « *d'être parfois à plusieurs endroits en même temps* » *(en consultation et en réunion ou en formation).*

Le fait de travailler également sur plusieurs sites les oblige à parcourir de longues distances entre différents points de l'agglomération bordelaise et le Médoc, les temps de trajets réels n'étant pas toujours comptabilisés dans leur temps de travail, en raison d'un remboursement forfaitaire. Enfin, le manque de moyens financiers attribués par la tutelle aux CPEF a aussi été pointé par certains acteurs qui ont également mis en avant d'autres problèmes : l'exigüité ou l'absence d'insonorisation des locaux mis à disposition pour les consultations, les délais de

réparation de la ligne téléphonique ou encore l'obligation de partager le seul poste informatique entre plusieurs professionnels, sur les mêmes créneaux horaires.

- d'autre part, les conditions de travail sont parfois vécues comme pesantes, à plusieurs niveaux : l'adaptabilité demandée, le poids d'un travail plutôt hiérarchisé (notamment en fonction des différences de statuts (ex : entre Conseillères conjugales / à leur statut d'origine, / à l'ancienneté et aux échelons, mais aussi dans les faits, sur les hiérarchies implicites (entre professions médicales et paramédicales….). Ces conditions de travail étaient parfois perçues comme difficiles. Dans leurs discours, les professionnels rencontrés rapportent aisément que le territoire du Médoc n'est pas toujours valorisé ou valorisant et qu'il est souvent considéré - au niveau de l'imaginaire bordelais - comme « *difficile d'accès et marginal* ». On peut ainsi entendre dans leur propos, un certain manque de reconnaissance de leur travail, voire un sentiment de déclassement, du fait de cette représentation partagée. Le niveau peu élevé du salaire horaire des vacations en gynécologie a parfois été un argument pour signaler le peu de reconnaissance financière attribué à un fort investissement personnel à aller travailler dans le Médoc. D'ailleurs, au cours des entretiens, certains médecins ont suggéré que cet investissement s'inscrivait pour eux dans un engagement militant de solidarité, voire humanitaire, proche de l'esprit caritatif (rendre service, aider).

Des tensions sont plusieurs fois apparues durant nos observations régulières, qui concernaient le plus souvent des problèmes de communication entre les personnes ou avec la structure-mère. Certains professionnels se sont sentis écartés d'initiatives ou de programmes de mise en réseau, voire de partenariat locaux, gérés directement par la tutelle et dont ils n'ont parfois pas été informés. Nous avons d'ailleurs été sollicitées à plusieurs reprises par ces professionnels du terrain pour rendre compte des différentes réunions ou rencontres sur la SRG, auxquelles ils n'avaient pu participer, ce qui témoigne d'un certain intérêt pour le sujet.

- enfin, le départ (volontaire ou programmé) des personnels, en dehors du territoire, pour raison professionnelle ou de retraite, concerne aussi les personnels des CPEF. Durant l'enquête, une infirmière conseillère conjugale a ainsi remodelé son projet professionnel en dehors du Médoc, et une gynécologue est partie en retraite. A l'inverse un nouveau responsable de MDSI est également arrivé sur le territoire.

La décision d'un professionnel de changer de lieu de travail, voire de profession peut-être expliquée par une certaine fatigue ou un épuisement professionnel (*burn-out*). En effet, les professionnels des CPEF rencontrés dans le Médoc sont censés travailler sur tout le territoire départemental et être polyvalents dans leurs missions en santé sexuelle et reproductive (conseil, orientation, dépistage, etc.).

Encadré n° 20: Travail multi-sites et entrecroisement de certains professionnels

Mme. Durand, conseillère conjugale, rencontrée en 2012, au milieu de notre enquête) au CPEF Bêta, travaillait parallèlement dans deux autres CPEF (dont un en Médoc.)
De même, Mme Petit qui travaillait au CPEF Alpha, lors de 1ère notre rencontre en 2011, exerçait aussi dans deux CPEF du nord de la CUB, en dehors d'un jour de permanence à la Maison Départementale de la Santé (MDS). Cette dernière a décidé de faire évoluer son projet professionnel en quittant son poste au Conseil Général l'été 2011, pour reprendre une activité hospitalière. La MDS, qui centralise et gère les plannings l'a fait « remplacer » au CPEF Alpha par un binôme composé d'une infirmière et une autre collègue « faisant fonction de conseillère conjugale », durant deux mois. Cette dernière, Mme Martin a finalement repris le poste en automne 2011, tout en assurant également les permanences en santé-conseil proposées dans cette MDSI et en poursuivant son activité sur Bordeaux – à la fois au Centre de Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG) et à la MDS. Pour reprendre ses paroles, 'Chaque jour, c'est autre chose!'.

Ce fort *turn-over* a des conséquences négatives pas seulement sur la qualité de vie professionnelle des acteurs rencontrés, mais aussi sur la qualité des soins délivrés : '*Le public, il se retrouve plus !* déplore l'une de ces professionnelles.

L'incertitude produite par ce *turn-over* institutionnel (qui touche également d'autres structures publiques, privées ou associatives du Médoc) oblige les professionnels à s'adapter continuellement aux contraintes qui en découlent. Ainsi, sans gynécologues ou médecins pour effectuer les '*consultations*', les conseillères conjugales qui ne sont pas issues de formations médicales et paramédicales autorisées à prescrire ne peuvent assurer que des missions de '*permanences'*, d'écoute et de conseil. Pour l'accès à la contraception par exemple, cela se traduit par la possibilité de délivrer des préservatifs (masculins et féminins, si disponibles[115]), mais pas la délivrance d'une contraception orale, ni même le renouvellement d'ordonnance qui doit être effectué par un médecin, un gynécologue, une sage-femme ou une infirmière. En 2012, la stratégie institutionnelle décidée pour combler ce manque a été de former en gynécologie l'un des médecins généralistes travaillant déjà sur le territoire sur une autre mission avec l'équipe de la MDS (cf. ci-après les consultations santé conseil). En automne 2012, celui-ci était déjà en poste dans deux des trois CPEF du Médoc, qui ont ainsi augmenté leur offre de soins d'une demi-journée à une journée entière. Auparavant, ce besoin en gynécologie avait été aussi solutionné par le recrutement externe de gynécologues libéraux, résidant et exerçant le plus souvent sur la CUB. Or lors de nos observations immersives et régulières, nous avons pu remarquer que dans les CPEF, ces médecins ne consultent souvent en réalité qu'une demi-journée par semaine au lieu d'une journée programmée,[116] montrant un différentiel entre l'accès potentiel et l'accès effectif à cette offre de soins spécialisés. L'offre affichée n'est donc pas toujours accessible, ou elle l'est par intermittence.
On retiendra la volonté d'ajustement de la tutelle, entre l'offre et la demande, sous cet effet de *turn-over* visible des professionnels qui exercent.

[115] Comme les préservatifs féminins coutent très cher en comparaison avec les préservatifs masculins, le CG ne les distribue pas en grande quantité dans les CPEF. Les conseillères travaillent souvent en partenariat avec des associations bordelaises pour s'en procurer et disposer à tout moment d'un stock important.
[116] Ces situations ont été commentées comme une liberté d'action des libéraux, qui se distingueraient ainsi des médecins salariés par le Conseil Général.

A.2.3. Autres services : le service social et les consultations santé conseil

a. Le service social

Les travailleurs sociaux interrogés décrivent en premier lieu la spécificité du Médoc, comme un territoire rural sur lequel il y a un « lourd travail à mener », et ce depuis longtemps, notamment par rapport à des populations en situation de misère, de grande pauvreté ou d'exclusion. Sont pointées notamment les personnes qui font l'objet de mesures de tutelle ou de curatelle, notamment en raison d'un fort problème d'alcoolisme dans la région. Certaines familles sont connues de leurs services, le plus souvent sur plusieurs générations et si aujourd'hui les aides changent (il s'agit essentiellement du RSA pour les jeunes), les assistants de service sociaux déplorent la chronicité et la transmission de cette grande pauvreté économique et sociale, mais aussi, parfois culturelle (« *c'est le Médoc profond* »), voire biologique (on parle de « *retards mentaux* », d' « *arriérés* » ou de « *polyhandicaps* »). L'arrivée de nouvelles populations sur le territoire est aussi évoquée à propos de nouvelles situations de précarité. Elles concerneraient davantage des familles néo-rurales, monoparentales ou « d'origine étrangère » (essentiellement marocaines), qui bénéficieraient de différentes aides sociales, plus ou moins ponctuelles). Les « gens du voyage » sont décrits comme une communauté également bénéficiaire de ces aides, même si au fil des entretiens, des différences sont évoquées entre les familles qui se sont sédentarisées et celles qui bougent et qui viennent, notamment au moment des vendanges. Apparemment peu de liens existent entre la clinique et l'association départementale qui se charge d'aider cette population (notamment au niveau des aires d'accueil) et dont le siège est situé dans la CUB, mais qui a développé un volet santé-social, par le biais des chargés de missions qu'elle emploie sur les différentes zones géographiques, dont le Médoc fait partie.[117] Enfin, certaines situations plus individuelles nous ont été signalées comme récentes, celles des travailleurs étrangers qui viennent seuls ou en filière (par le biais notamment de sociétés de recrutement locales) de l'Espagne, de l'Europe de l'Est ou du Nord de l'Afrique, pour le travail viticole et qui posent des problèmes souvent inédits aux professionnels, en raison de leur statut temporaire et de leur situation parfois clandestine sur le territoire français.[118] A l'occasion d'un entretien rapide, une assistance sociale nous a demandé, si nous avions des « tuyaux » pour ces cas, sur Bordeaux… Elle ne semblait pas connaître le site internet du Pays Médoc, ni l'existence du service de la PASS sur la clinique locale.

En termes de santé, outre l'alcoolisme, c'est le phénomène du logement et notamment des logements insalubres qui a été pointé, comme prioritaire. Ainsi que les évènements qui impliquent l'ouverture des droits sociaux, notamment chez les jeunes (au moment de la grossesse par exemple). Chez les moins jeunes, voire les personnes plus âgées qui souffrent d'une maladie, il s'agit plutôt du renouvellement des papiers de CMU et de CMU-C (et plus rarement d'une AME).

[117] En 2010, un diagnostic a été réalisé par des stagiaires en formation DEIS à l'IRTSA, en vue « d'étudier l'opportunité de la création d'une antenne sur le Médoc »

[118] Durant l'automne 2012, des violences sont apparues sur la ville de Pauillac entre les nouveaux saisonniers « d'origine sahraouie », (pour certains ayant la nationalité espagnole) et la main d'œuvre potentielle locale, essentiellement composée d'habitants d'origine marocaine (ayant souvent la double nationalité). Cf. les articles de presse concernant « la guerre des vendanges » et l'intervention des forces de l'ordre et la mise à l'écart (de l'autre côté du territoire, sur le versant littoral) de cette population jeune et masculine, apparemment embauchée par des entreprises locales de sous-traitance (« *contratista* »). Voir Lherm D. (2012), « Guerre des vignes à Pauillac », et Lestage J. «Les Sahraouis éloignés », *Sud-Ouest*, 6 oct, p. 7 et 15 et Kagni M, (2012), « Pauillac dans l'expectative », *Sud-Ouest*, 8 octobre, p.14.

Globalement le travail décrit est donc surtout axé sur l'ouverture de droits et sur l'accompagnement des familles précaires ou pauvres

b. Les consultations santé-conseil : un dispositif récent, peu connu et sous-utilisé

Les consultations de santé-conseil, réalisées par un médecin généraliste, ont comme objectif de faire le point sur l'état de santé de la personne et de l'accompagner dans la prise en charge de ses problèmes de santé ou de son handicap. Gratuites, ces consultations s'adressent davantage aux adultes en situation de précarité et sont proposées le plus souvent par un travailleur social. En Gironde, le dispositif est dirigé par la MDS de Bordeaux.

Au début de notre enquête, un médecin généraliste assurait ces consultations, depuis début 2010, une journée tous les quinze jours, sur deux des MDSI et une autre journée tous les quinze jours sur la troisième. En automne 2011, deux demi-journées de permanences santé-conseil - réalisées par une « éducatrice en santé »[119] - ont été ajoutées sur le planning mensuel de l'une des MDSI observée. Les deux professionnels nous ont parlé de leur grande difficulté à recevoir un public pour ce dispositif : comme les personnes concernées ne viennent pas de leur plein gré, mais sont orientées par les travailleurs sociaux, les désistements sont très fréquents. Il s'agit le plus souvent de personnes bénéficiant du RSA, auxquelles s'ajoutent des personnes en situation de handicap. Pour cette deuxième catégorie, le médecin effectue un entretien sur l'état de santé pour ensuite fournir une attestation - de *travailleur* ou d'*adulte handicapé* – destinée à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Même si le dispositif de santé-conseil est présenté sur le site du CG 33[120], et sur celui du syndicat mixte local, il reste peu connu des usagers potentiels et sous-utilisé (comme l'ont montré les permanences parfois vides). En automne 2012, la MDS a décidé de rediriger l'activité des deux professionnels en charge de Santé-conseil, vers des activités au sein des CPEF qui, comme nous l'avons vu manquaient de personnel. En conséquence, le temps dédié aux consultations de santé-conseil dans les MDSI médocaines a été considérablement réduit.
Cette fois, la volonté de la tutelle de réajuster son offre en fonction de la demande peut être interrogée, en regard de la faible performance du dispositif mis en place et qui n'a visiblement pas fait l'objet d'une information ou d'un relais suffisants, malgré la multi-activité de ses professionnels sur plusieurs sites. Au vu de l'importance de la question du handicap sur le territoire, on peut se demander si la situation ne révèle pas un certain manque d'articulation entre les structures dédiées ? Celle-ci permettrait en effet d'améliorer et de simplifier le parcours de prise en charge de l'usager, notamment en termes de proximité géographique.

c. Quelques psychologues : une présence en pointillé

Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'interviewer de psychologue exerçant en MDSI, au cours de notre recherche. La psychologue qui exerçait sur les terrains observés était en congé, sans avoir été remplacée. Ces professionnels y effectuent des vacations, au sein d'une offre de consultation relativement réduite (en termes de plages horaires et de fréquence), compte-tenu de la faiblesse de l'offre des services publics dans ce champ sur le territoire médocain. Ils reçoivent essentiellement les femmes que le CPEF ou la PMI leur adresse.

[119] D'après le terme indiqué sur le site du Pays Médoc. Il s'avère que la personne occupant cette fonction était la conseillère conjugale qui exerçait dans l'un des CPEF, comme expliqué dans l'encadré précédent. Cette multiplicité des appellations que l'on a retrouvées souvent à l'occasion de l'enquête, pour désigner les différentes tâches ou fonctions d'un même professionnel, exerçant sur plusieurs lieux, n'est pas sans créer du flou auprès des usagers qui, eux reconnaissent la même personne.
[120] http://www.gironde.fr/jcms/c_16567/consultations-sante-conseil-permettre-lacces-a-la-sante-a-tous

A. 3. L'offre de soins libérale : entre autonomie et jeux de concurrence

A.3.1. Les sages-femmes libérales : une séparation des rôles entre leur intervention et celle des sages-femmes de PMI

Un seul cabinet de sages-femmes est présent dans une ville du territoire. Trois professionnelles y exercent en libéral. L'équipe des sociologues a pu suivre une d'entre elles[121] au cours de notre enquête. Au quotidien (soit 7/7 jours), c'est sur un rythme très soutenu que cette sage-femme mène son activité, parcourant le territoire dans toute sa superficie, sur une amplitude horaire d'en moyenne 12 heures par jour. L'ensemble de ses déplacements requiert une cohérence dans l'organisation de son itinéraire[122]. C'est donc elle seule qui organise son emploi du temps, ce qui lui confère une grande autonomie. Elle accorde beaucoup d'importance au travail en réseau. Elle maintient un lien permanent avec les autres professionnels de la naissance présents sur le territoire et hors territoire ce qui lui permet à la fois d'être plus efficace dans le suivi des grossesses grâce aux partages des informations et d'avoir une clientèle stable pour son activité. Les gynécologues lui adressent essentiellement des femmes enceintes en cas de complications gestationnelles ou pour les séances de préparations à la naissance. Par ailleurs, l'équipe soignante de la maternité peut envoyer des patientes en suites de couche vers la sage-femme libérale. Cette sage-femme entretient aussi des liens forts avec les sages-femmes de PMI. « *On essaie de se voir au moins pour manger ensemble et discuter, au moins une fois par an. C'est un minimum. Et après, on se parle régulièrement au téléphone.[…] Quand on se rencontre, c'est en général plus pour s'organiser autour du travail. Savoir qui fait quoi et à quel moment, pour ne pas perdre de temps. Donc on se met d'accord pour les grossesses (…) On est obligées, ça doit fonctionner* ». Elle fait appel à elles lorsqu'elle suit des parturientes connues de la PMI, ou lorsqu'elle juge que les femmes ont besoin d'un accompagnement social. « *On peut en récupérer certaines. Soit par le biais de la surveillance à domicile, soit par le biais de la préparation à la naissance. Par le biais de ce qu'elles racontent, on peut en arriver à en détecter quelques-unes Là, c'est de réussir à leur faire accepter l'idée. La PMI a souvent une connotation un peu négative, surtout pour celles qui connaissent. Avec K. (sage-femme de PMI Gamma), on avait plus ou moins convenu que quand on démarrait une surveillance et qu'on pensait que peut être la PMI devait y mettre un pied, euh on proposait à la patiente un accompagnement sur du plus long terme, et que K. peut aussi peut être faire un peu de préparation à domicile que nous on peut pas faire, ou moins bien faire* ». La délimitation des rôles entre la sage-femme libérale et la sage-femme de PMI est intéressante à observer. *« Quand elles ont une patiente qui a besoin d'un suivi médical plus suivi elles nous appellent, et quand nous on part dans une surveillance mais pour laquelle on sent qu'il y aurait un besoin d'un accompagnement autre, on les appelle* ». On voit bien de nouveau une séparation stricte des rôles : la sage-femme libérale assure le suivi médical de la femme enceinte et laisse à la seconde, la responsabilité de l'accompagnement social. Cette division du travail est très claire pour les unes et les autres. Pour ne pas entrer en concurrence avec leurs collègues libérales, les sages-femmes de PMI orientent les parturientes vers le cabinet dès qu'il y a un

[121] L'une d'entre elles partant à la retraite peu de temps après notre arrivée, elle n'a pas souhaité faire l'objet d'observation. L'autre sage-femme, Mme L. (auparavant sage-femme à la clinique) ayant nouvellement intégré le cabinet, l'équipe a convenu de suivre la sage-femme F., 38 ans, travaillant dans le cabinet depuis 2006 et résidant sur le territoire.

[122] La sage-femme effectuant environ 45000 kms par an, elle essaie de regrouper dans la mesure du possible ses visites en fonction du lieu de résidence des femmes.

geste technique à réaliser (surveillance par monitoring) et parfois pour les séances de préparations à la naissance[123].

La sage-femme libérale explique être amenée à suivre des patientes de classes sociales d'appartenances très diversifiées « *On a tous les profils. Ça peut être des châtelaines comme ça peut être des femmes dans des situations très, très précaires où là on travaille beaucoup avec la PMI* ». Son activité est répartie entre les consultations au domicile des parturientes qui représentent 50% du travail et les consultations au cabinet. Au cabinet, la sage-femme assure les séances de rééducation périnéale, le suivi gynécologique durant les six premiers mois de la grossesse, et les séances de préparation à la naissance. Depuis peu, la sage-femme a obtenu son DU de gynécologie et peut effectuer le suivi annuel chez une femme en bonne santé (prévention, contraception, dépistages ...). Les visites à domicile permettent de réaliser le suivi prénatal et post natal. La sage-femme libérale assure ainsi la surveillance du fœtus par monitoring en cas de pathologie, vérifie les constantes, prescrit les examens, les bilans nécessaires. Les visites régulières de la sage-femme (en moyenne 5 par suivi de grossesse) lui permettent également de développer une relation d'empathie avec les femmes, de mieux pouvoir par exemple les orienter vers la PMI.

A.3.2. Les médecins libéraux

Nous avons pu rencontrer quelques médecins généralistes au cours de l'enquête différemment insérés dans le paysage local, selon leur ancienneté d'implantation et leur localisation sur le territoire. L'association locale des médecins libéraux semble rencontrer des difficultés pour fonctionner. Quelques médecins généralistes sont partis à la retraite et leur renouvellement a posé problème, les obligeant parfois à différer leur départ et/ou à recourir des agences de recrutement. Cette question de l'avenir en Médoc est souvent ressortie dans les entretiens, comme un élément agissant fortement sur la réorganisation individuelle ou collective des conditions de travail, en réseau, en pôle ou en Maisons de santé. Deux médecins ont trouvé des remplaçantes en provenance de Roumanie,[124] ce qui illustre à l'échelle européenne le phénomène migratoire qui est désormais lié à la transnationalisation de l'offre de santé.

a. *Les généralistes suivent les femmes*

Les médecins généralistes rencontrés disent prendre en charge le suivi gynécologique des femmes qu'ils suivent. Ils leur prescrivent des frottis ou des examens sanguins pour le renouvellement de leur pilule. Le fait de suivre des familles (couples ou parents-enfants) n'est pas toujours propice à « *examiner les corps* » : « *des fois, il faut arriver à faire sortir la mère de la consult, pour pouvoir parler tranquillement avec la fille. Ca m'est arrivé il n'y a pas si longtemps, car je voyais dans ses yeux qu'elle avait des questions. C'était une jeune marocaine, et je suis sa mère depuis longtemps. Alors, je lui ai dit en les raccompagnant à bientôt, de façon à ce qu'elle se sente de venir me voir toute seule. J'accepte les personnes qui viennent un peu comme ça, en urgence ou qui n'ont pas de sécu. Elle ne sera pas obligée de me présenter la carte vitale de ses parents, si elle a un problème. » (*médecin de ville, Sérignac).

[123] Il arrive que les sages-femmes libérales ne puissent pas assurer ces séances. Elles sont alors dispensées par la PMI. Pour les autres femmes non suivies par une sage-femme libérale, ce sont les sages-femmes de PMI qui animent les cours de préparation.

[124] Dont l'une a été rencontrée par une anthropologue. Des échos se trouvent dans la presse : Nauzin M. (2012), « Le combat d'un médecin pour trouver son successeur », *Le Journal du Médoc,* 16 nov , p.5

Un autre médecin, récemment arrivé et installé sur le territoire, confiait pratiquer lui-même les frottis, en raison des distances. Il préférait les envoyer lui-même et récupérer ainsi les résultats. Parmi les contraceptifs qu'il prescrivait, ce généraliste, formé à l'hypnose, a précisé avoir posé des implants et être à l'écoute dans la mesure du possible des demandes de sa patientèle, parfois « *étonnante, par sa passivité* ». Il avait déjà connu ces pratiques « de routine », dans son précédent cabinet, au cœur d'une grande agglomération du centre de la France. Il a cependant indiqué qu'il pouvait ou non proposer par exemple d'accompagner un patient à arrêter de fumer par l'hypnose, si celui-ci était sensibilisé et d'accord, car cette technique peut donner de bons résultats.

Le vieillissement des médecins généralistes du territoire a été un argument souvent entendu par les chercheures auprès d'autres professionnels de santé qui par ce biais semblaient émettre des doutes quant à l'actualisation de leurs connaissances en matière de SRG, ou sur la part « des habitudes » et des routines des médecins traitants, dits de « famille », pas toujours assez vigilants pour détecter ou écouter leurs patientes. Certains femmes, nous le verrons ont déploré par exemple que leur généraliste n'ait pas bien suivi, sinon détecté leur cancer.
Aucun d'entre eux ne nous a parlé des problèmes rencontrés (notamment en Aquitaine), avec les pilules de troisième génération. De même, seuls deux d'entre eux nous ont répondu qu'ils proposaient relativement régulièrement la vaccination Gardasil aux adolescentes qu'ils voyaient (cf. l'affiche en Annexe n°14), depuis qu'ils avaient été informés par les visiteuses médicales du laboratoire qui le produit. Dans l'ensemble assez peu de prospectus ou d'affiches étaient présentes dans leur salle d'attente.
Enfin, d'autres médecins libéraux nous ont clairement fait comprendre que selon les problèmes, ils préfèrent adresser les femmes, vers les CPEF pour la routine, ou les spécialistes qu'ils connaissent sur la CUB, quand c'est plus grave ou plus spécialisé. Le temps de plus en plus court des consultations ne leur permettrait pas de faire « autrement », ce qui revient en quelque sorte à faire un tri, entre les domaines dans lesquels ils paraissent se sentir utiles ou compétents.
Dans l'ensemble, les médecins rencontrés ne connaissaient pas les actions menées sur le territoire autour de l'accès aux soins et de la SRG, en disant ne pas avoir été informés ou en précisant qu'ils manquent de temps. Une médecin spécialiste dont le cabinet est situé dans un lieu assez isolé, au nord du territoire, n'a jamais pu nous accorder de rendez-vous pour nous recevoir, malgré l'intérêt qu'elle semblait porter à notre recherche, faute de place sur l'agenda de ses consultations. De même, malgré plusieurs tentatives, il n'a pas été possible de rencontrer la gynécologue libérale du territoire qui avait été contactée.

b. Des partenariats concernant l'IVG

Pendant notre enquête, aucun médecin généraliste n'assurait d'IVG médicamenteuses sur le territoire. A la fin du terrain en automne 2012, l'équipe a eu des informations concernant l'ouverture éventuelle de ce type de soins par le seul cabinet libéral de gynécologie fonctionnant en Médoc, qui aurait déposé une demande de convention en ce sens auprès de la Clinique. Cette dernière conserve quasiment le monopole de cette pratique. Nous avons pu néanmoins relever l'existence d'une « tradition locale » qui montre l'existence d'un partenariat informel: les IVG chirurgicales ayant été pratiquées à la clinique depuis la mise en place de la Loi Veil, par le même et seul chirurgien, un réel partenariat s'est construit à partir de la fin des années 1970 entre Dr. G et les généralistes qui orientaient leur patientes ayant besoin d'une IVG. Or, le Dr. G n'a pas de formation en gynécologie, il partage donc le suivi post-IVG avec le généraliste en question, qui en général diagnostique en premier l'état de grossesse de la patiente. L'un des effets positifs de ce partenariat de longue durée – qui va toutefois évoluer avec l'imminente retraite du chirurgien en question – est la rapidité de

l'accès aux soins IVG sur le secteur. A cela s'ajoute la possibilité d'un suivi personnalisé pour la femme, assuré par son médecin traitant, qui devient ainsi un acteur important dans la prise en charge des IVG. Néanmoins, nous avons recueilli aussi des avis négatifs concernant cette situation, par des femmes qui auraient préféré bénéficier d'un suivi post-IVG, réalisé directement par le professionnel qui a effectué l'interruption.

A.3.3. D'autres professionnels mobilisés en SRG

D'autres professionnels de santé, occasionnellement rencontrés ou suivis dans leurs visites de soins à domicile, ont montré le maillage et le bricolage occasionnel qu'ils effectuaient en matière de SRG, comme notamment les prélèvements de routine auprès de personnes handicapées ou trop isolées. « *Nous on va peu à domicile, mais là récemment, on avait une jeune femme enceinte obèse et qui avait un lupus, donc pour lui prélever ses plaquettes, on essaie de passer le relais à l'IDE du cabinet le plus proche. Mais elle n'est pas très facile, plutôt même très fermée… Elle est suivie sur Bordeaux* » raconte Mme K., qui travaille au sein d'un laboratoire. Les infirmières installées en cabinet libéral se croisent lors de leurs tournées, en allant déposer régulièrement les prélèvements aux laboratoires, ou plus occasionnellement dans les pharmacies (pour « *arranger quand il y a des problèmes avec le renouvellement d'ordonnance par exemple, ou pour chercher les médicaments de patients pas autonomes ou sous tutelle* »). C'est parfois l'occasion pour elles d'échanger des informations sur des questions de santé ou de proposer d'organiser des réunions entre qui n'appartiennent pas aux mêmes cabinets. En même temps, « *C'est difficile, car on est toutes à courir, le nez dans le guidon. Et on est aussi parfois concurrentes*… […] *par exemple, il y aurait bien besoin de diététiciennes sur le territoire, car on a toutes remarquées qu'il y a une demande et que les femmes souffrent d'être obèses et ne sont pas suivies pour ça. Dans le coin, il n'y a pas grand-chose, juste à la clinique. Et pourtant ça impacte beaucoup sur les cicatrisations !*» (Mme Perez, infirmière libérale)

Globalement ces infirmières libérales ne sont pas souvent en charge de soins relatifs à la SRG (parfois des soins post-opératoires liés à une hystérectomie, à une césarienne), mais le peu de professionnelles interrogées demanderait à approfondir cette question autour de ce segment professionnel. A l'occasion d'un échange au cours d'une visite à domicile, l'anthropologue a demandé à l'infirmière si elle rencontrait beaucoup de problèmes circulatoires chez les femmes. Cette dernière a cité le problème des varices, sans faire de liens avec l'utilisation ou non d'une contraception adaptée. Le rythme soutenu des tournées et des horaires de travail semble impacter leurs possibilités de s'informer, de participer à des rencontres dans le champ sanitaire. Cependant deux des professionnels infirmiers rencontrés nous ont signifié être ou avoir été des élus locaux sur le territoire, « *pour faire entendre ce qui se passe en bas et tous les jours* »

La présence de pharmacies sur le territoire permet une certaine accessibilité aux produits nécessaires pour le maintien de leur SRG, et accessoirement aux conseils dans ce domaine. Certains pharmaciens nous ont qu'ils disposaient de façon visible et relativement accessible une palette de produits relatifs à l'hygiène féminine, à la phytothérapie (pour les douleurs ou les troubles des règles et pour la ménopause) ou encore à la contraception. Ainsi, nous avons pu observer que souvent les préservatifs sont en effet faciles d'accès, soit à l'intérieur, près des caisses par exemple, soit à l'extérieur en libre-service (payant) au moyen de distributeurs. Mais souvent le problème du prix a été pointé par les femmes rencontrées, notamment par rapport aux tests de grossesse, moins chers à Bordeaux ou gratuits au CPEF. Dans les zones où il n'y a qu'une seule officine, nous avons en effet pu relever des prix plutôt élevés sur les

produits cités et une forte affluence, notamment durant l'été (du côté du littoral ou pendant les évènements sportifs ou culturels).
Les entretiens menés auprès des employés d'officine ont permis de constater une bonne connaissance de certaines clientes (familles ou femmes), qui peut faire penser autant à un suivi qu'à une forme de contrôle social. Il n'est pas rare d'entendre dire que tel pharmacien ne dépanne pas toujours d'une plaquette, s'il ne connaît pas la cliente, ou qu'un autre délivre difficilement la contraception d'urgence (à titre gratuit aux mineures). Plus qu'une question d'accès aux droits, ces difficultés sont vécues comme relationnelles par les femmes qui en ont parlé et qui ne connaissaient d'ailleurs l'obligation de délivrance gratuite envers ce public. Pour éviter de ressentir un contrôle sur les affaires considérées comme intimes ou personnelles, de surcroît, quand le pharmacien est un homme, certaines femmes nous ont indiqué avoir cherché sur internet, soit pour trouver une autre pharmacie, soit pour commander directement un produit. Hanaen, par exemple, travaillant à temps plein, avec deux enfants, disait avoir plusieurs fois demandé des conseils par téléphone à sa mère au Maroc, ou être aller chercher des renseignements sur internet concernant la contraception, plutôt que d'aller chez le pharmacien du coin qui la connaît. « *Ca ne les regarde pas ! et puis ils veulent vendre, alors qu'il y a plein de problèmes par exemple avec les pilules*»)

A.4. L'offre de soins non conventionnelle, non prise en compte dans l'offre de soin officielle

Peu de recherches actuelles se penchent sur la question du recours des femmes à des formes plurielles de soins, notamment en matière de SRG. La loi française n'autorise que la pratique de la biomédecine, qu'elle oppose aux « médecines non-conventionnelles » (MNC)[125]. Les recherches menées en France montrent le dynamisme de ces pratiques non biomédicales, comme la conjuration des maux (Favret-Saada, 1977; Camus, 1980), le magnétisme (Raineau, 2002) ou les soins énergétiques issus du courant *New-Age* (Rocchi, 2000).

A.4.1. Une offre de soins très diversifiée

a. Des praticiens aux statuts différents

Précisément, la loi française permet aux (bio)médecins diplômés d'état de pratiquer l'acupuncture, l'homéopathie ou l'ostéopathie dès lors qu'ils en ont choisi « l'orientation ». En Médoc, une dizaine de médecins généralistes proposent des soins en homéopathie, acupuncture et ostéopathie. C'est le cas du Dr Lunel, qui exerce l'acupuncture depuis 17 ans dans un souci d'éthique médicale. Le Dr Oclart exerce la médecine générale au nord du Médoc où il propose de l'« hypnose médicale », pratique sanctionnée en France par quelques rares diplômes universitaires dans le champ de la psychologie ou de la gestion de la douleur.

Seize praticiens en « MNC » non (bio)médecins ont été rencontrés par deux des membres de l'équipe d'anthropologie (CL et occasionnellement LK), sur la trentaine répertoriée. Certains d'entre eux disent posséder un « don de guérison », hérité ou acquis suite à une « expérience de mort proche ». Ils exercent librement chez eux. D'autres s'installent sous le statut juridique d' « auto-entrepreneur », souvent « diplômés » d'écoles privées non reconnues par l'Etat, justifiant une formation de quelques jours à plusieurs années.

[125] Articles L4161-1 à L4161-6 du code français de la santé publique : http://www.legifrance.gouv.fr consulté le 23/03/11

b. Des pratiques de soins pour le corps et l'esprit

Concernant les soins du corps, le Médoc compte des « guérisseurs » diagnostiquant les maux grâce au pendule et à la voyance, et faisant «passer le mal » grâce à leur « don », par le magnétisme et les prières catholiques. Deux prêtres catholiques ont par exemple rapporté donner souvent des conseils relevant du soin.

D'autres soins du corps observés regroupent des techniques de manipulations physiques telles que diverses formes d'ostéopathie, les massages énergétiques influencés par les « traditions » médicales asiatiques, la thalassothérapie, la réflexologie et l'acupuncture.

Les plantes médicinales, locales ou importées d'autres continents, sont fréquemment préconisées, sous forme de tisanes, d'homéopathie, d'élixirs ou encore d'huiles essentielles.

La dissociation corps/esprit ne faisant pas sens pour la plupart des « MNC » observées, les soins de l'esprit sont souvent associés aux soins du corps. En effet, la sophrologue, la praticienne en thérapie psycho-corporelle, l'acupunctrice, l'art thérapeute et la plupart des masseur(se)s rencontrés situent l'étiologie des maux physiques ou psychiques dans le champ des « émotions non gérées » ; le corps est témoin et victime de « déséquilibres énergétiques », puis support de la cure psychologique, voire spirituelle. Des transes dites « chamaniques », des méditations collectives, mais aussi des pèlerinages vers Lourdes (France) ou Fatima (Portugal) sont régulièrement organisés sur le territoire.

A.4.2. Un accès dépendant des réseaux de sociabilité et des tarifs variables

a. Du bouche-à-oreille à Internet

Concernant l'accès à l'information sur l'offre de « MNC », le bouche-à-oreille reste privilégié et réservé aux réseaux de sociabilité approuvant ces pratiques de soins. Les boutiques proposant des produits « biologiques », ainsi que les trois centres naturistes du Médoc, distribuent souvent les cartes de visites de thérapeutes désireux de développer leur activité. Leur accès est limité aux personnes soucieuses d'un mode de vie « sain » et « écologique », et qui en ont la possibilité sociale et économique. Certains praticiens développent des blogs et des sites internet expliquant les bienfaits de leurs soins, et annonçant tarifs et plans d'accès. Enfin, la rubrique «Soins hors cadre réglementé » du service des «Pages jaunes », ainsi que la presse locale, publient les annonces de quelques praticiens.

b. Le prix du contre-don

Selon la rumeur, les « vrais guérisseurs » sont « ceux qui ne se font pas payer ». Ceux rencontrés « ne demandent rien » bien qu'il soit d'usage de déposer discrètement un billet sur la table ou d'offrir par exemple un panier de champignons fraîchement cueillis…

Les autres thérapeutes affichent des tarifs compris entre 35 et 125 euros la séance d'une heure environ. Chez ceux qui sont aussi bio-médecins, une part des soins est remboursée par la Sécurité sociale. Le coût élevé de ces soins peut constituer un frein dans leur accès, bien que l'étude de certains itinéraires thérapeutiques montre un budget prévu pour ces dépenses.

A.4.3. Des pratiques de soins peu spécialisées qui s'adaptent à la SRG

Bien que peu spécialisés et revendiquant une approche globale du corps et de l'esprit, certains thérapeutes expliquent s'adapter aux demandes de soins. Concernant la SRG, ils évoquent les troubles de la menstruation, de la grossesse, de la ménopause, l'infertilité et les maladies de l'appareil reproducteur (*papilloma* virus, cancers du col de l'utérus et du sein).

a. Des savoirs « empiriques » et « profanes » en SRG

En plus des techniques associées à leur « don », les « guérisseurs » mobilisent des savoirs biomédicaux vulgarisés et des savoirs « populaires » ou « profanes ». A propos de l'infertilité féminine par exemple, Mr Martin, vieux magnétiseur et médium du nord du Médoc, raconte : « *Si elle passe des échographies et qu'on ne voit pas qu'il y a un kyste (…) blanc et invisibles, (…) je le vois au pendule et je magnétise. Je donne un traitement à base de plantes pour justement que l'ovaire s'ouvre et qu'il fasse partir le kyste.* »

Mr Valier, magnétiseur et médium de 55 ans dans le centre du Médoc, a une vision plus « *NewAge* » de ce trouble : « *C'est un blocage sur une chose vécue dans une existence passée. Des fois, c'est juste un psychodrame familial (…) Moi après ce que je fais, je demande là haut. Je reçois des informations que je donne à la personne, on change un peu l'énergie».*

b. Des savoirs « experts » en SRG issus de « traditions savantes »

Les praticiens en médecines « traditionnelles savantes » (Dunn, 1971), comme la médecine traditionnelle chinoise ou l'ayurveda, mobilisent les savoirs qu'ils ont étudiés. Ainsi, Emilie, jeune acupunctrice non-médecin, explique qu' « un vide de sang » est fréquent chez les femmes aux règles trop abondantes ou anarchiques, sujettes aux migraines : il faut alors « stimuler les reins, la rate et le foie », associés à la production du sang, par la pose d'aiguilles en différentes parties du corps. Une thérapeute en médecine ayurvédique relate aussi un corpus de savoirs dédiés à la santé de la femme.

Dans le cadre de l'ostéopathie et des massages « bien-être » d'origines diverses, un ensemble de contre-indications et de pratiques particulières encadrent par exemple les soins portés à la femme enceinte. Les discours que relatent ces thérapeutes ont été présentés lors d'un colloque international en été 2013, approfondissant les liens entre les sphères de la santé et du religieux.[126]

A.5. Des actions transversales menées dans le cadre d'une meilleure coordination des professionnels et d'orientation des publics en SRG

A.5.1. Le groupe « Planification familiale – Grossesses non souhaitées » de Pays Médoc: initier à la « culture de réseau local» autour de la SRG [127]

Au cours de l'enquête, une action de prévention des grossesses non souhaitées (GNS) a été mise en place à partir de 2010, à l'initiative du Conseil Régional. L'équipe de recherche a été invitée à collaborer à cette action de sensibilisation et de prévention, inscrite dans le cadre de la politique d'éducation pour la santé et de lutte pour l'égalité entre les femmes et les hommes mise en œuvre par la région. La conception et mise en œuvre en ont été confiées à la Fédération régionale du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) et au Réseau aquitain d'Education pour la Santé (IREPS).

Déclinée dans les cinq départements d'Aquitaine, cette action a inclut une campagne de sensibilisation et d'information. Elle avait pour mission de faire connaître aux jeunes les lieux ressources de la région afin de leur faciliter l'accès à la contraception. En 2010, une première campagne d'affichage a été réalisée et des tracts (flyers) ont été diffusés

[126] Cf. Communication de C. Lemonnier (2013) « Curing», « healing», «relieving » and « releasing » women's aches: discourses of 'unconventional medicines' practitioners in Médoc (France) à la 32ème Conférence de la Société Internationale de Sociologie des Religions, 27-30 juin 2013, Turku, Finlande

[127] Cette expérience a fait l'objet d'un article de L. Kotobi en mars 2013, dans la revue *La santé de l'Homme* de l'Inpes, devenue *La santé en action*.

essentiellement dans les lycées, centres de formation d'apprentis (CFA), missions locales, Points Information Jeunesse (PIJ). Ces documents renvoient à un site internet dédié aux jeunes aquitains.[128]

En 2012, l'action a été étoffée : un groupe de professionnels a été constitué sur les grossesses non souhaitées et des rencontres ont été mises en œuvre avec les professionnels de terrain - dans douze territoires aquitains, dont le Médoc, « pour développer des actions adaptées aux problématiques locales ». Cette « phase 2 » a consisté à l'accompagnement des structures et des professionnels sur le terrain, volontaires pour relayer des messages de prévention ciblés auprès des adolescents et des jeunes adultes. L'action ainsi élargie poursuivait un double objectif : améliorer le repérage des lieux et des acteurs ressources dans le domaine pour faciliter ensuite l'accès à la contraception et créer ou renforcer les partenariats entre professionnels sur le territoire, mais aussi accompagner les équipes relais dans la mise en œuvre d'un projet sur le territoire. Sur le territoire du Médoc, une journée de sensibilisation a été organisée en mai 2012, pour un large public de professionnels et trois demi-journées avec le groupe technique plus restreint.

Le syndicat mixte du Pays qui a servi d'appui est doté d'un réseau axé sur la Solidarité et la Santé en Médoc, dans un souci de cohésion sociale et de promotion de la santé, en vue d'un meilleur accompagnement des publics fragilisés vers la prévention et les soins. Les professionnels sensibilisés lors de cette journée exercent des responsabilités éducatives auprès des jeunes de 15 à 25 ans (mission locale, espace jeunesse, principaux lycées et collèges, services jeunesses municipaux). D'autres professionnels travaillent avec l'ensemble de la population : Centres communaux d'action sociale, Centre de Planification et d'Education Familiale, centres de Protection Maternelle et Infantile, Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion du Conseil Général de Gironde. En revanche, des professionnels « de première ligne » étaient absents : médecins généralistes, gynécologues (très peu nombreux sur le territoire), pharmaciens, etc. Trois priorités ont émergé : renforcer le travail en réseau entre professionnels sur l'échange d'informations et d'expériences ; améliorer l'orientation des jeunes vers les professionnels et structures les plus adéquates, en développant l'information en direction de ces jeunes (via des points santé et des dispositifs itinérants) ; mettre à disposition des professionnels des connaissances plus larges sur la vie affective et sexuelle des jeunes, la législation, l'accès aux droits.

Au final, les professionnels ont exprimé un vif intérêt pour cette thématique de la vie affective et sexuelle des jeunes ; toutefois, certains d'entre eux ont exprimer le fait de manquer de connaissances en la matière. Ils sont demandeurs d'informations sur les dispositifs tels le Pass Accès contraception, certaines techniques contraceptives, le cadre réglementaire, en particulier l'obligation des pharmaciens à délivrer la contraception d'urgence sans ordonnance, la possibilité d'accompagner une mineure dans le cadre scolaire pour un IVG, les ressources possibles pour eux. Les ateliers ont permis d'informer ces professionnels et, pour certains, de réactualiser leurs connaissances. L'une des discussions les plus marquantes s'est nouée autour de la « pilule du lendemain ». Constat a été fait que ce terme n'est pas approprié, en raison de la possibilité de prendre cette pilule jusqu'à 72 ou 120 heures après le rapport sexuel non protégé. Le vocable de « contraception d'urgence » serait plus juste et précis, comme l'ont souligné nombre d'experts au niveau national. Autre domaine sur lequel l'information n'était pas connue de tous les professionnels présents : la délivrance gratuite par les pharmaciens de cette contraception d'urgence, et le fait que tout manquement peut être signalé par téléphone à l'ordre des pharmaciens. Cette discussion a

[128] http://jeunes.aquitaine.fr:sante:act-7.50.95,presentation_du_dispositif;html. Le site dédié au programme est consultable sur : http://grossessesnonsouhaitees.wordpress.com

contribué à faire émerger dans le groupe une prise de conscience sur la nécessité de mieux connaître les droits en tant qu'accompagnateurs, afin de pouvoir orienter ou conseiller.

A l'heure du premier bilan, les points forts sont les suivants : cette action s'est bien articulée avec le réseau déjà existant. Les techniques d'animations de groupe utilisées lors de la Journée et des réunions ont favorisé les débats sur les représentations autour des questions de la sexualité des jeunes, point central que les professionnels souhaitent discuter. Ces professionnels sont issus de champs d'intervention différents. Fortement motivés, ils attendent une aide pratique pour mettre en œuvre une démarche de promotion de la santé : « Pourquoi ne pas inviter des jeunes à participer au groupe ? », ont-ils interrogé. Côté faiblesses, le manque de temps, de moyens humains et matériels est le principal écueil mis en avant. La création de ce nouveau groupe « grossesses non souhaitées » s'ajoute aux nombreuses activités du réseau. Elément facilitateur, certains participent à ce nouveau groupe dans le cadre de leur formation continue. Mais comme ils sont très sollicités, leur présence est irrégulière et souvent conditionnée à l'accord de leur structure.

L'avenir de l'action dépend de la capacité de ce groupe à poursuivre le travail. En 2012, il s'est réuni quatre fois. Ce groupe pourrait élaborer une méthodologie concrète d'intervention en prévention, éducation et promotion de la santé. Les professionnels pourraient faire remonter leurs expériences de terrain, et aussi s'appuyer sur la participation croisée d'usagers et de chercheurs, établir un diagnostic local, analyser les inégalités sociales - de genre mais aussi de territoire - existantes. Et faire émerger cette problématique auprès des décideurs, pour qu'un plan d'action soit élaboré au niveau local. Lors de la restitution du 7 novembre 2013, survenue juste après la signature du Contrat local de Santé (le 4 nov), certaines informations ont pu être échangées dans ce sens, mais les réunions du groupe n'avaient semble-t-il pas repris.

A.5.2 Des personnes-ressources pour les jeunes : le cas des acteurs d'un « Espace Jeunesse »

L'équipe a mené une observation de longue durée sur un site communal en bord d'estuaire, d'une ville du Médoc. Situé un peu à l'écart, ce site polyvalent accueille plusieurs services d'animation, d'accompagnement, d'aide et de soins, à destination de différents publics (jeunes et tous âges). Les professionnels rencontrés sont des travailleurs sociaux de terrain aguerris qui occupent des postes à responsabilités. Très investis dans un lieu « *où beaucoup reste à faire* » (Driss), ils ne bénéficient pour autant pas de tous les moyens humains et financiers nécessaires aux actions qu'ils souhaiteraient mener auprès des jeunes. Leurs missions sont sensiblement différentes, du fait d'une tutelle différente : les actions « éducatives » visent surtout à soutenir et à autonomiser le public cible (facilitation pour passer le permis de conduire, pour la recherche de stages, démarches administratives, de santé…) au niveau de la CDC, tandis que les activités d'animation concernent plutôt les mineurs à l'échelle communale et s'organisent en grande partie autour de pratiques sportives.
Ils sont très attachés à la notion de « lien social » qui constitue une des priorités de leur travail, et qu'ils s'attachent à développer auprès des jeunes et de leur famille, mais aussi auprès des autres professionnels de la santé, du social et de l'éducation présents en Médoc. Ainsi, Driss a l'habitude de quitter son bureau pour aller «*à la rencontre des jeunes dans le centre-ville* » ; Stéphanie a travaillé dans l'une des « cités » de la ville, « *dans des conditions difficiles* » avant d'être installée dans de nouveaux locaux. L'observation de longue durée fait apparaître que leurs spécificités ne sont pas toujours bien comprises par les jeunes qui ne connaissent leurs fonctions exactes ou leurs prérogatives, ce qui ne les empêche pas d'être « *connus* » d'eux et facilement mobilisables en cas de besoin (pour un permis de conduire, une aide ponctuelle), même s'ils ont la réputation d'être un peu « *moralisateurs* ». Enfin, des

journées de prévention en santé sur les addictions et ouvertes à tous étaient en projet pendant l'enquête.

Les salariés de cet Espace Jeunesse travaillent également au « *lien* » et au « *maillage* » avec certains professionnels du Médoc : concernant la santé, Driss a suivi la formation du Pays Médoc pour devenir « *Acteur Relais Santé* », statut qui devait lui permettre, pendant le temps de l'opération « *Passeport Santé* », d'orienter les personnes suivies par lui vers les professionnels les plus adéquats, et d'éventuellement ouvrir des dossiers de CMU. Si l'opération n'a pas perduré, il en garde néanmoins un annuaire des professionnels de la santé en Médoc lui permettant de mieux orienter au besoin des parcours de soin. Il nous a confié regretter ne pas avoir eu l'occasion de mettre en pratique cette formation.

Par ailleurs, Stéphanie et Driss ont tous deux participé au groupe de travail portant sur la planification familiale, précédemment décrit en A.5.1, depuis les débuts de l'initiative. Investis dans le projet, les deux collègues ont organisés des réunions de groupes dans les locaux et ont proposé une action grand public à l'Espace Jeunesse sur le thème de la santé sexuelle et reproductive.

Un partenariat existe bien évidemment avec l'antenne de la Mission locale qui assure sur place une permanence d'une journée par semaine. Isabelle, l'éducatrice participe aussi à de nombreuses actions ou formations en lien avec les questions de santé et échange des informations sur les jeunes qu'elle suit, avec les salariés du pôle jeunesse. Si dans l'ensemble, de nombreux jeunes s'adressent régulièrement à ces services de proximité, ce travail de partenariat peut parfois être mal perçu par certains d'entre eux. Des expressions telles que « *flicage* » ont été prononcées devant les chercheures.

A.5.3. La proximité des associations d'aide aux populations

Plusieurs lois ont encouragé la participation des associations d'aide aux populations dans la lutte contre l'exclusion sociale ou les inégalités (notamment pour faciliter l'accès aux droits sociaux) et leur inscription dans des dynamiques de réseau.[129] Celles-ci revendiquent cette place privilégiée d'interface entre les populations et les dirigeants politiques.

Au cours de la recherche, nous avons été sensibles à observer l'évolution du tissu associatif en Médoc, sans pouvoir toujours y accéder. Dans le domaine santé-social, la dynamique associative est présente, mais peu visible et regroupe plutôt des associations de petites tailles ou portées par des groupes relativement restreints. Celles qui ont participé à la présente recherche nous ont permis d'approcher différemment les questions de précarité et de migrations.

a. Au-delà de la solidarité alimentaire

Deux antennes locales des deux grandes associations de solidarité alimentaire nationales ont été observées par les anthropologues. Y étaient distribués des colis de nourriture à l'année ou pendant l'hiver, et l'une des antennes vendait des vêtements et du matériel domestique d'occasion. Cette dernière, située sur un site polyvalent, a fait l'objet d'une observation en immersion sur plusieurs mois par l'équipe d'anthropologie, même si la santé n'est pas sa

[129] cf. dans le cadre de la création des PRAPS, l'article L.711-3 alinéa 7 du Code de la Santé Publique, rappelle que : « Le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion dans une dynamique de réseaux. »

mission centrale. Colette, sa présidente, explique vouloir toutefois mener des actions sur l'alimentation autour d'ateliers de cuisine, dès que l'association quittera les étroits locaux occupés pendant l'enquête. Colette est une ancienne institutrice de la commune : elle explique connaître la plupart des bénéficiaires et insiste sur l'importance de la proximité dans ce type d'activité. Ainsi des confidences peuvent lui être faites plus facilement qu'à un travailleur social, et des soutiens sont régulièrement apportés : pendant l'enquête, Jennifer (20ans), bénéficiaire de l'association, est tombée enceinte et s'est mise en ménage. Les bénévoles se sont mobilisés pour lui fournir des meubles et du matériel de puériculture d'occasion. Les temps de distribution des colis créent des espaces de conversation entre les femmes et les familles : ainsi, par exemple, la grossesse de Jennifer a suscité des débats informels sur la parentalité et sur la réputation des professionnels de santé exerçant en obstétrique dans le Médoc.

Lors de l'arrivée de l'équipe en septembre 2011, Colette menait « la réunion de rentrée » en présence des bénévoles et des bénéficiaires. Elle avait accroché dans les locaux les affiches reçues du syndicat mixte local, concernant la campagne nationale de dépistage du cancer du sein. L'ancienne institutrice a alors expliqué dans un langage « profane » l'importance d'un suivi gynécologique et d'une mammographie pour les femmes de plus de 50 ans, en insistant sur les intérêts de la prévention en santé. Interrogée sur cette intervention par l'équipe, elle explique qu'il s'agit d'une initiative plutôt personnelle : *« C'est en tant que citoyenne (…). Il y a une campagne actuellement avec des affiches, tout cela donc, on en a profité pour se lancer sur cette action et on essaye d'en parler aux gens. (…) Moi je crois qu'il faudrait que les associations fassent ça aussi, c'est-à-dire que ce n'est pas seulement donner à manger, etc… On en revient toujours à notre histoire de proximité et tout ça… on a les gens, on les connaît on peut se parler.»* (Colette, présidente de l'association)

b. Rendre autonome par la maîtrise de la langue

Dans la partie centrale du territoire médocain, l'équipe d'anthropologie a rencontré deux associations de solidarité se donnant pour mission l'accompagnement vers « l'autonomie » des personnes « précaires » et/ou « migrantes ». La première propose des cours d'alphabétisation, où se rendent de nombreuses femmes marocaines ou d'origine marocaines. Certaines ont raconté avoir apporté à leurs enseignantes des documents administratifs qu'elles ne pouvaient pas lire, pouvant concerner la santé. Ainsi, les bénévoles accomplissent parfois un rôle d'accompagnantes dans les itinéraires thérapeutiques de ces femmes.

L'association dispose de plusieurs antennes dans le Médoc, et propose également des cours d'informatique et d'aide à l'apprentissage du code de la route, dans le but de « *capabiliser* » leurs bénéficiaires. Peu d'actions sur la santé y sont menées. Toutefois, la recherche de longue durée auprès de quelques femmes « migrantes » montre l'efficacité de leurs activités : dès lors que leur niveau de langue s'est amélioré, celles-ci ont gagné en autonomie et en indépendance, notamment dans leurs démarches de santé et de recherche de soins.

A la fin de l'enquête, une autre association a vu le jour dans la ville par deux jeunes femmes d'origine marocaine, toutes deux bilingues français/arabe, et dont l'une est étudiante en Droit. Constatant les services informels qu'elles rendaient aux non-francophones de leur entourage, elles ont créé cette association pour informer les personnes « migrantes » sur leurs droits et les accompagner dans leurs démarches administratives. Face aux demandes, elles ont élargi leur public aux *« français qui ne savent pas lire* » et à l'accompagnement physique des non francophones chez le médecin ou à l'hôpital. Cette association n'avait pas encore connaissance d'un certain nombre de relais possible, tels que le Syndicat mixte local. Les chercheuses ont à cette occasion joué le rôle d'informatrices.

c. Associations de protection des personnes vulnérables

- *L'association Fémina*

Fondée par des bénévoles militants pour les droits de l'Homme, cette jeune association médocaine est reliée à une Fédération Nationale d'aide aux femmes. Les « *écoutantes* » assurant les permanences d'accueil téléphonique reçoivent une formation à leur arrivée dans l'association, puis différentes formations ponctuelles et régulations auprès d'un juriste, d'une psychologue, du Syndicat Mixte ainsi qu'auprès des autres associations du même secteur d'intervention en Gironde.

Depuis 3 ans, 75 femmes environ ont été prises en charge, parfois avec leurs enfants, mais ce nombre pourrait aisément augmenter selon la présidente de l'association, devenue médocaine depuis plus de 10 ans, sans y avoir eu d'attaches auparavant : *« Le Médoc est un territoire assez important. Notre territoire d'action s'arrête à Saint-Laurent, mais après discussion avec certains travailleurs sociaux, je pense qu'il va falloir descendre jusqu'à Castelnau, au moins. Les gens de la CUB remontent, avec de nouveaux problèmes, plutôt urbains.* » Pour autant de telles ambitions sont freinées par le manque de moyens de cette association qui bénéficie de subventions de certaines collectivités territoriales : une éducatrice a été embauchée à quart temps mais mériterait d'être augmentée, tandis que les déplacements des bénévoles sont pris en charge : *« Le territoire est grand et les femmes n'ont pas toujours l'autonomie* » précise la présidente. Plusieurs projets de formation sont envisagés par l'association sous condition de financements et de prise en compte dans l'agenda politique sanitaire local.

- *L'association Aide-toi*

Une autre association de soutien à un public spécifique a également été rencontrée par les anthropologues dans le nord du Médoc. Il s'agit d'une association d'aide aux personnes handicapées et en grande précarité. La responsable, elle-même fortement handicapée insiste lors de l'entretien sur le caractère « filet de sauvetage de dernier recours » de son action, qu'elle semble mener à bouts de bras. Elle déplore le manque de moyens et d'aide, voire parfois l'hostilité qu'elle ou ses bénévoles rencontrent du côté de la mairie ou des élus locaux, en n'étant d'ailleurs pas toujours invités comme partenaires locaux. En même temps, elle cite quelques exemples de la solidarité qui « règne » au sein de sa structure, comme la jeune fille enceinte qui s'est retrouvée à la rue en octobre 2012 et qu'ils ont pu loger elle, son bébé et le père de l'enfant, dans une caravane, puis dans un petit appartement qu'ils lui ont meublé, l'hiver 2013 venu. Elle ne semble pas connaître les actions du réseau santé-solidarité local.

A.6. Eléments de conclusion

A l'issue de cette recherche, on peut retenir le grand dynamisme et les opportunités réelles de travail en coordination qui ont été impulsés sur ce territoire entre différents acteurs intervenant de près ou de loin dans le champ de la SRG. Même si la présence de certains segments professionnels (médecins, pharmaciens, laborantins, psychologues, etc.) ou secteurs (le secteur privé notamment, mais aussi associatif) est encore faible et occasionnelle, le Médoc démontre l'existence d'un potentiel et d'un maillage local qui dynamise les actions menées ou en projets, notamment lorsqu'elles sont relayées par le Syndicat Mixte local, instance clé.

Dans l'ensemble, les acteurs impliqués, arrivent à s'organiser pour participer à différentes

actions et échanges, comme en a témoigné encore la ½ journée de restitution de la présente recherche, du 7 novembre dernier. La réactivité des acteurs est toutefois limitée par des emplois du temps et calendriers très chargés (notamment à certaines périodes), mais les NTIC, qu'ils semblent utiliser, leur permettent de gérer en partie cette difficulté (envoie des comptes rendus, mailings d'informations, boites dédiées, etc.), sans compter les transmissions orales qui se font de façon assez systématiques et informelles, lors des différentes occasions de rencontre sur ou en dehors du territoire. Le temps consacré à cet exercice de veille, de coordination, de concertation ou de planification n'est sans doute pas assez (ou pas du tout) reconnu comme chronophage. Pourtant il semble essentiel à prendre en compte de façon plus systématique dans le calcul du temps de travail et de déplacement.

En effet, comme nous l'avons vu, certains professionnels s'épuisent. De nombreuses initiatives locales ont vu le jour, mais beaucoup se sont essoufflées. Des acteurs de santé publique, comme la CPAM avaient mis en place des réunions de prévention des risques autour de la grossesse mais l'action s'est rapidement interrompue car les femmes ne venaient pas. D'autres acteurs des MDSI (les sages-femmes et les puéricultrices organisent par exemple des réunions d'informations sur l'allaitement) ont mis en place des réunions de prévention pour favoriser l'information sur les risques sanitaires, mais le faible succès rencontré a fait échouer un certain nombre d'initiatives, souvent portées seulement par quelques professionnels. Le départ de l'un d'entre eux suffit parfois pour que l'action s'arrête. Une ONG bordelaise a eu également pour projet de déployer un « bus santé itinérant » sur le territoire médocain. Ce projet qui a été bien accueilli en 2013 par les adhérents au réseau santé –social du syndicat mixte est cependant en attente, en raison de la démission du coordinateur de l'antenne bordelaise, à l'origine du projet. Un ancien projet de bus itinérant avait d'ailleurs vu le jour, à l'initiative d'une association bordelaise de planification familiale, resté lui aussi sans suite. Un déploiement des porteurs de projets vers des structures partenaires et incontournables, ainsi qu'un soutien concerté encouragerait ces initiatives, ce que le CLS est censé apporter à l'avenir.

On a pu voir dans quelles conditions travaillaient les professionnels et bénévoles des secteurs sanitaires et sociaux, impliqués dans le champ de la SRG. Nous pouvons examiner à présent comment ils conçoivent leur rapport avec les publics qu'ils reçoivent, notamment les femmes concernées par notre étude

A.7. Représentations et catégories opératoires de classement : les femmes « précaires » et/ou « migrantes » et la SRG

Les représentations sociales collectivement et individuellement élaborées et/ou partagées orientent nos conduites et nos modes communicationnels (Jodelet, 1989 ; Abric, 1994 ; Herzlich 1969). Ces savoirs de sens commun s'érigent en véritable systèmes d'interprétations qui régissent notre rapport au monde.
Il est donc essentiel de les cerner et de les prendre en compte, pour mieux comprendre ce qui se joue dans les relations soignantes (entre professionnels de santé et patients), d'aide/assistance (entre bénévoles et bénéficiaires) ou encore d'éducation/accompagnement (entre travailleur social et/ou éducatif et public cible). Ainsi, il s'agit de saisir les logiques qui sous-tendent les pratiques de prises en charge (suivi, soin, etc…) qu'ils mettent en œuvre, même si celles-ci n'ont pas toujours pu être directement observées sur le terrain, mais seulement décrites dans les discours recueillis par entretiens.

La terminologie utilisée pour désigner les situations ou les publics étudiés illustre généralement ces noyaux représentationnels que nous avons tenté de cerner par l'élaboration d'un « lexique », les catégories utilisées par les femmes seront présentées « en miroir » en partie B.2. Nous avons en effet cherché dans cette démarche à être attentives au point de vue « émique », interne (c'est-à-dire, des enquêtés), par opposition au point de vue « étic », externe, produit par l'observateur extérieur (Lett, 1990).[130]
Cette recherche montrera aussi ce que produisent ces pratiques de prises en charge, en termes de recours aux soins, du côté des femmes interviewées.

A.7.1. Un point de vue émique : « lexique » et définitions constitués à partir des discours de professionnels

Nous avons constaté qu'un vocabulaire spécifique peut être mobilisé par les professionnels observés pour désigner la population et plus précisément les femmes « précaires » d'ailleurs, que les « migrantes ». Comme nous l'avons dit précédemment, le territoire fait l'objet dans le département d'une forte stigmatisation relative aux comportements réels ou supposés de la population en termes de consommation d'alcool, de déclarations de violence conjugale, d'analphabétisme, de placement d'enfants… Ce territoire est donc traditionnellement l'objet de multiples formes de stéréotypes qui participent à créer la représentation d'un espace géographique relégué, dans lequel « il ne faut pas aller » ou « qu'il faut quitter ». Par ailleurs, le niveau de précarité de la population joue également sur la manière dont les professionnels appréhendent les patientes et leur environnement social. Les entretiens mais surtout les nombreuses observations menées sur le terrain au quotidien ont permis de relever un certain nombre d'éléments qui contribuent à une forme d'étiquetage des femmes et de leurs modes de vie (Goffman, 1975). Les comportements relatifs à l'observance, à l'alimentation, à l'hygiène, aux histoires de vie, voire aux compétences cognitives ou à la culture d'appartenance (Fassin & Fassin, 2006) font souvent l'objet de remarques stigmatisantes et peuvent orienter la prise en charge.

Les professionnels rencontrés disent faire face à un public complexe qu'ils décrivent par plusieurs « caractéristiques » propres à la précarité et à la ruralité. Ils nous rapportent aussi des histoires de vie difficiles qui peuvent directement intervenir sur le rapport aux corps et les pratiques de soins. Ils feraient face à une bonne part de la population pour qui la situation de précarité « se transmet de génération en génération », et qui a acquis « des habitudes » en termes d'*hexis* corporelle qui peuvent les éloigner durablement du système de santé. Ce qui d'après eux pourrait expliquer qu'ils auraient alors recours à d'autres formes de soins.
Ainsi, le manque de régularité des femmes dans leur suivi gynécologique/obstétrical, dans la prise de leur traitement ou encore dans la réalisation des examens de contrôle, a souvent été souligné par les professionnels comme un problème qui serait spécifique aux populations « vulnérables ». Nous remarquerons que l'usage de ce terme est assez répandu à différents niveaux (décideurs politiques, acteurs et chercheurs) pour désigner selon les contextes (nationaux et internationaux) les populations dites « fragiles », « fragilisées » par un conflit ou une catastrophe naturelle, « en difficulté » sociale, juridique et/ ou financières. Cette catégorie valise, appartenant à la rhétorique humanitaire, inclut le plus souvent tant les femmes, que les populations précaires ou encore les migrants ». Dans une perspective intersectionnelle, notre population d'étude est donc à la croisée de ces trois éléments qui renvoient au sexe, à la classe sociale ou encore à la « race », même si cette dernière apparaît moins fortement dans

[130] Ce qui rend compte classiquement en anthropologie de la pluralité des points de vue et a pour effet de devoir les distinguer, pour distancier le regard ethnocentré du chercheur, pris dans ses objets de recherche, ses propres logiques et les conditions de la recherche scientifique.

les discours de nos enquêtés. Ces derniers ont cependant pointés à plusieurs reprises la montée du Front national dans le Médoc aux dernières élections présidentielles.

a. Désigner les femmes « précaires »

En premier lieu a été désignée la catégorie des **précaires**, à propos le plus souvent de familles connues par les services sociaux ou par l'équipe et dont nous allons présenter quelques illustrations, à partir des problèmes qui les caractérisent dans les discours recueillis

- *Le registre compassionnel de la « vulnérabilité »*

Plusieurs éléments significatifs ont pu être dégagés : en se centrant par exemple sur les modes d'entrée des femmes dans la PMI, les sociologues ont pu mettre en évidence les grandes caractéristiques de la notion « précarité » mobilisées par les sages-femmes et ainsi comprendre comment elles sélectionnent les parturientes. Dans un premier temps, un focus groupe a mis en évidence que cette notion renvoyait pour elles[131] à plusieurs éléments. Tout d'abord pour les professionnelles, si la situation de précarité est réversible, elle peut entraîner des privations en termes de sécurité qui empêcheraient les individus d'assumer pleinement leurs « responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Ensuite, on constate que les notions de vulnérabilité, de précarité, de pauvreté, de fragilité, d'exclusion sont utilisées de façon interchangeable par les professionnelles. On relève également dans leur discours, l'idée fondamentale mise en avant pas S. Paugam, que la précarité est un ensemble de superposition de situations difficiles. Enfin, comme dernier élément, les professionnelles refusent d'associer cette situation à la seule présence de dispositifs d'aide, c'est-à-dire que l'individu dit « vulnérable » ne peut en rien être définit comme tel parce qu'il bénéficie à un moment donné d'une assistance financière ou autre. Ce point semble être particulièrement important pour les sages-femmes, alors même qu'elles peuvent être les promotrices de ces dispositifs.

Certains praticiens en médecines non-conventionnelles, plus particulièrement ceux qui ne se font pas payer (mais qui acceptent des dons en nature, en service ou en argent), décrivent à leur tour une partie de leur clientèle comme des « *pauvres gens* », des *« gens qui n'ont pas trop de sous* » ou « *de moyens* », des *« gens de peu* », des « *malheureux* ». Ils semblent ne recevoir que peu de migrantes, sans doute du fait que celles-ci sont peu souvent inscrites dans les réseaux de de transmission orale (bouche-à-oreille) qui en conditionnent l'accès. Ces diverses expressions pour désigner, de façon confondue, les personnes « précaires » et/ou « pauvres », mais parfois aussi l'isolement social et affectif, sont largement empruntées au langage courant, comme l'illustre Sophia, dans l'encadré suivant. Ceci peut témoigner de la proximité sociale et culturelle de ces thérapeutes non officiels avec leurs patients/clients.

[131] Un focus groupe a été réalisé avec l'ensemble des sages-femmes de PMI du département au siège du Conseil Général (cf. Annexe n° 3c). Ce groupe, composé de vingt sages-femmes et de la sage-femme coordinatrice a permis de saisir comment ces professionnelles appréhendent la notion de précarité, et quels types d'actions elles mettent en place.

Encadré n° 21: « *Vous savez, il y a des pauvres gens…* »
Sofia, médium guérisseuse depuis environ 30 ans dans le centre du Médoc :

Sofia était médium et guérisseuse dans le centre du Médoc. Elle a expliqué avoir un don de guérison depuis l'expérience traumatisante d'un coma, survenu en Italie lorsqu'elle avait 6 ans. Ce don était pour elle comme un « cadeau de Dieu » et ne pouvait en aucun cas être commercialisé. Ainsi, elle ne demandait « rien », mais recevait « beaucoup » : « Si vous saviez le nombre de bouteilles de vin que j'ai chez moi… Les gens me donnent tellement… L'autre jour, une jeune femme, elle m'avait rapporté une bouteille de whisky. Pensez, je suis malade et je ne bois pas d'alcool. Je lui ai dit : « Pourquoi m'amenez-vous cela ? C'est tellement cher et vous n'avez pas trop d'argent. Les prochaines fois, s'il vous plaît n'amenez rien ! ».
Plus tard elle relate : « vous savez, il y a des pauvres gens… Des fois, ils viennent me voir pour me dire que leur bébé ne fait que vomir, ou qu'il a des diarrhées… En fait, c'est qu'ils remplacent trop vite le lait en poudre par le lait de vache, parce que ça coûte moins cher évidemment, et que le pauvre petit il peut pas digérer ça. Pensez-vous… Alors moi, je les secoue un peu les parents ! Je suis gentille mais je dis les choses franchement ! »

- Le registre désapprobateur du « cas social »

Même si cela a été rare, on a aussi observé quelques situations dans lesquelles des femmes, qui ont été amenées à faire un récit d'expérience de vie traumatisante (viol, inceste) ont pu dans un deuxième temps, être qualifiées de responsables des événements révélés, en raison de comportements jugés non conformes (vulgarité, légèreté, « *pas futé* », etc.), par certains professionnels. Leurs discours étaient à ce moment-là souvent accompagnés de gestes entendus semblant souvent vouloir signifier une connivence avec les pairs ou le chercheur, quant à cette situation « *bien connue dans le Médoc* ».

De même la mention « *femme* ou *famille connue* » sur un dossier ou d'autres éléments (comme une adresse dans un quartier défavorisé (par exemple, nous avons pu entendre de la part d'un professionnel : « *C'est la rue des cas sociaux* »), le type d'habitat, les relations téléphoniques antérieures à la consultation) peuvent amener le professionnel à avoir un jugement dépréciatif, avant-même que la patiente ne soit rencontrée.
La distance sociale entre les soignants et les femmes est souvent à l'origine d'une communication difficile. Les attentes des uns ne renvoient pas à celles des autres et induisent des incompréhensions et malentendus.

- Le registre de la « déficience mentale »

Par ailleurs, nous avons pu relever que les professionnels[132] retiennent un certain nombre de critères pour identifier les femmes « précaires » : leur jeune âge, un écart d'âge important avec le conjoint, une situation professionnelle difficile, un nombre important d'unions maritales, un nombre important de grossesses ou d'IVG, ou encore le manque d'hygiène. Ainsi ces femmes ont pu être qualifiées comme « *n'arrivant à rien* », « *toujours en retard au rendez-vous* », ou « *absentes aux rendez-vous* », « *ne sachant pas prendre la pilule* », « *trop grosses* », « *qui puent* », « *ne sachant pas manger* », « *chiantes* », « *ne comprenant pas* », « *un peu limitées* », « *débilottes* » ou « *tarées* ».

Enfin, en relation avec les inégalités d'ordre culturel, les discours des professionnels et de certains bénévoles ont pointé le faible recours de certaines catégories de femmes (les maghrébines illettrées ou les jeunes filles du voyage, les ouvrières agricoles « dures au mal »)

[132] Nous parlons ici plus spécifiquement des professionnels de la clinique.

aux offres de soins proposées (préventifs et curatifs). De même, un faible niveau de français de certaines étrangères (nécessité de traduire) et un rapport « compliqué » à la lecture et à l'écriture des populations pauvres, précaires et/ou migrantes (souvent considérées comme analphabètes ou illettrées) ont été souvent rapportés comme cause de recours difficile ou de non accès aux droits.
Les catégories de désignation peuvent ainsi être communes, même si nous avons choisi de les présenter séparément, dans le présent rapport.

b. Désigner les femmes « migrantes »

Là encore, quelques « caractéristiques » ont pu être identifiées, concernant les femmes étrangères ou de passage, mais aussi leurs familles. En effet, les femmes migrantes ou perçues comme telles semblent davantage être identifiées comme des femmes mariées, plutôt que célibataires, et paradoxalement à la fois entourées par leur famille (voire encadrées) et isolées.
Les principales expressions utilisées par les enquêtés, pour désigner les femmes étrangères, migrantes ou mobiles, ont pu être regroupées autour de quatre catégories :

- *Les « marocaines » : des femmes souvent peu autonomes*

Cette description englobe essentiellement les familles installées là, depuis la génération des grands-parents et qui vivent dans les « cités » de quelques villes de la région viticole du Médoc. Si les femmes de la « deuxième » génération sont présentées sont plutôt des travailleuses de la vigne, les jeunes de la « troisième » génération ne sont pas qualifiées de françaises, mais de marocaines ou d'origine marocaine, comme pour marquer une certaine appartenance culturelle et ethnique.
Dans l'ensemble, les femmes vues comme des « marocaines » sont également décrites comme parlant arabe entre elles, ne sachant pas toujours parler le français, ce qui complique les relations au sein au sein de différents services (CCAS, associations), comme dans les consultations. Dans les services de SRG, qualifiées de musulmanes (il y a en effet une « mosquée » sur la ville),[133] elles sont parfois vues comme pudiques, notamment au moment des examens corporels et gynécologiques, en relation avec leur religion. Globalement, elles ne sont considérées comme facilement mobiles, et donc pas toujours présentes aux RV, car dépendantes de leur mari ou de leurs frères qui les véhiculent.
Quelques bénévoles nous ont signalés le cas de jeunes femmes arrivant illégalement du Maroc sur le territoire français, suite à un mariage, effectué le plus souvent au pays, durant l'été, en pointant notamment une certaine différence d'âge entre les conjoints (les femmes étant plus jeunes). Cette pratique qu'ils qualifient de « courante », nous a également été évoquée par des professionnels du social, notamment « pour marier honorablement les fils », qui n'ont pas de travail ou de qualification. Lors d'une visite des anthropologues (LK et LA) auprès de l'une des familles sédentarisées appartenant à la « communauté des gens du voyage » près de Castamarande, les chercheuses ont appris l'arrivée imminente en France d'une jeune fille marocaine, en vue d'un mariage avec un homme marocain âgé d'une cinquantaine d'années, sorti de prison le mois précédent. Ce dernier est d'ailleurs venu lui-même annoncer la nouvelle à l'accompagnateur. D'après ce professionnel associatif, l'homme vivait dans le baraquement délabré en lisière du bois au fond du terrain sur lequel l'équipe se trouvait et où aucune commodité n'existait (ni eau, ni électricité, et quelques vitres étaient cassées), ce qui fit penser à un hébergement de « dépannage » pour cet homme qui se réinsérait…
Une certaine « peur des papiers » a également été citée, relativement à l'analphabétisme

[133] Mais celle-ci est en fait une maison, située dans un quartier populaire du centre –ville, sans aucune signalétique apparente, abrite deux salles de prière (réservées aux hommes et aux femmes)

supposé de ces femmes marocaines présentes sur le territoire mais pas toujours en règle administrativement.
Enfin, en plus du fait de subir un certain contrôle social par les hommes de leur entourage, un soupçon de « bidouille » et plus rarement de « trafics » a été exprimé à propos des femmes et des familles des « communautés » marocaine et des gens du voyage, en relation avec les grosses voitures qu'ils possèdent et qu'ils montrent lorsqu'ils se déplacent. C'est élément n'est pas sans rappeler des stéréotypes courants en France et qui ne sont pas spécifiques au Médoc.

- *Les « gens du voyage » : des femmes très fertiles et maternantes*

Souvent cités comme une population mobile ou étrangère, qui se déplace et arrive sur le territoire notamment en période de vendanges, ce groupe de population est présenté comme homogène et se construisant comme culturellement distinct.
En les décrivant, certains travailleurs sociaux ont cependant distingués des appartenances ethniques ou culturelles (les gitans d'Espagne, les tsiganes de l'Est de la France, les romanichels, etc.), ainsi que des activités économiques plus spécifiques (ferraillage, cirque, etc.), en insistant également sur la présence de plusieurs familles sédentarisées, notamment sur un secteur du territoire.
Les jeunes filles ont souvent été décrites comme « se mariant tôt » et vivant en couple rapidement dans une caravane séparée. Une infirmière scolaire, en poste sur Viramon, racontait avoir déjà répondu aux questions de quelques jeunes élèves du voyage, autour de la sexualité et de la contraception, lors de séances qu'elle organisait dans son établissement précédent. « *Elles étaient très intéressées, une fois les rires et fou-rires passés, car elles veulent être maman très jeunes, et elles élèvent bien leurs enfants en général […] à cet âge, elle ne pensait encore qu'au maquillage et aux grandes jupes qu'elles portaient. C'était joli d'ailleurs, sauf qu'elles venaient toujours me demander des dispenses pour ne pas aller à la piscine ni aux cours d'éducation physique ».*
Les professionnels de santé et du social ont quant à eux souvent insisté sur le caractère collectif de leur présence dans les locaux. Plusieurs exemples d'occupation des lieux (service des urgences de la clinique, à la maternité) ou encore de « présence nombreuse » (dans des salles d'attentes par cette communauté nous ont été rapportés. Les bénévoles associatifs ont aussi insisté sur le caractère envahissant ou « bruyant » de leur comportement, voir « désordonné » en ce qui concerne les papiers (« *Ils en oublient toujours un, c'est un vrai casse-tête à chaque fois, il faut recommencer la semaine suivante. Parfois cela retarde leur inscription, mais comme on les connaît, bon on ferme les yeux »*, Mme Marcis, trésorière d'association d'aide)
Leur mobilité les rendrait « difficiles à fidéliser » pour certains professionnels qui ont l'impression qu'ils ne viennent qu'en cas d'urgence ou de nécessité. Cette impression était toutefois moins présente lorsque les professionnels décrivaient des cas particuliers ou des situations précises qu'ils avaient eu à gérer. La connaissance détaillée que certains de ces interlocuteurs montraient de ces familles lors des entretiens ou des discussions informelles, tend à laisser penser qu'il existe également des relations plus privilégiées, voire de reconnaissance mutuelle (les uns comme les autres se considérant comme des personnes ressources pour entrer en contact avec l'autre groupe).
La nécessité de prévoir des programmes d'éducation à la santé à leur destination a été plusieurs fois signalée, compte-tenu de leurs conditions de vie souvent difficiles. *« Je me rappelle d'une jeune femme de 24 ans, elle avait une petite fille, qui aujourd'hui doit avoir trois ans. Maintenant elle s'est sédentarisé dans le sud-sud du Médoc, ou le Nord de la CUB d'ailleurs… et elle ne s'y plaît pas. Elle n'arrive pas à dormir, elle dit vouloir tout le temps*

sortir. Pourtant c'est plus facile, elle a des WC, de l'eau courante… avant c'était difficile, pour faire les analyse d'urine, on allait dans les bois », raconte Mme Gassin, sage-femme ayant longtemps exercé dans le Médoc. Elle poursuit sur le thème de la planification : « *on avait essayé de faire de l'information sur la contraception avec les gens du voyage. Et lors de mes visites, des femmes me montraient leur plaquette de pilules cachée dans leur soutif…* »

- Les « déplacés » ou les « nouveaux arrivants »

Ce troisième groupe de migrants est perçu parfois comme venant de l'étranger, parfois comme venant d'un autre coin de France. Dans les deux cas, ce sont des personnes arrivées récemment et qu'il faut accueillir. Deux types de mobilités peuvent recouvrir cette catégorie ; les circulations transfrontalières au sein de l'Union Européenne et la mobilité transrégionale.
Dans le premier type, un historique des différentes vagues d'immigration nous a été dressé, invitant à construire le Médoc soit comme une terre d'accueil et de travail (plutôt par le passé), soit comme une terre d'installation de populations fragiles, voire parfois déviantes, qui viennent y chercher refuge ou anonymat.
-Si la première vague a favorisé une immigration de travail en provenance du Maghreb (correspondant au retour des colonies et au travail dans les vignes non encore mécanisées), la deuxième vague est décrite comme ayant attiré des travailleurs espagnols et portugais, issus d'Europe du sud. Sans évoquer la migration Rrom actuellement forte sur Bordeaux et sur la CUB, la troisième vague est décrite en provenance nous l'avons vu d'Europe de l'Est (cf. Partie 1.C.2.1). Nous remarquerons d'autres migrations pourtant présentes sur Bordeaux (en provenance d'Afrique francophone, des DOM-TOM ou d'Extrême-Orient) n'ont pas été citées (ou que très occasionnellement)
Ainsi, dès le début de la recherche, certains professionnels de santé nous ont spontanément parlés de leurs collègues étrangers, avant de nous parler des femmes. Devait-on comprendre qu'ils nous renvoyaient vers ces derniers pour parler de leur propre situation ou comme des personnes-ressources qui seraient plus à même de soigner les familles étrangères ? Nous avons ainsi rencontré Eléna, suite à l'indication de plusieurs professionnels qui nous l'ont décrites comme étant nouvellement « parachutée dans le Médoc » et comme rencontrant et/ou posant problème :

Eléna est une médecin bulgare. Elle est venue habiter dans le Médoc après avoir rencontré son mari. Ses deux grands enfants sont restés au pays. Elle se sent très seule et n'exerce que quelques vacations médicales. Pourtant, elle est l'une des seules dans sa spécialité sur le Médoc. Sa précarité tient notamment de ses petits revenus et des nombreux prélèvements qu'elle a de l'Ursaff, pour son activité et sa future retraite. Elle ne s'occupe pas vraiment d'elle, ni de sa propre santé depuis que son couple vacille et nous signale que si elle se sépare, elle montera peut-être à Paris. Il nous est arrivé de la voir craquer, notamment suite à la perte d'un être cher dans sa ville natale. Les rencontres et appels ou texto téléphoniques se sont espacés, pour s'interrompre ensuite, malgré les demandes d'aide et d'éclaircissement qu'elle nous avait formulé, sur sa propre prise en charge sociale et sur ses droits (compte-tenu du thème de notre recherche. Nous avons entendu dire qu'elle était partie, sans savoir où exactement. Des relances par mail, lui indiquant certaines réponses ou informations sont restées sans réponses de sa part.

Cet exemple nous permet de rendre compte de situations de précarité et d'incertitudes que peuvent rencontrer certaines femmes étrangères qui ont un emploi et/ou un statut social, auxquelles une recherche quantitative n'aurait probablement pas permis d'accéder. Ces femmes sont souvent décrites comme étant arrivées sur le territoire par mariage, le plus souvent avec un vigneron local, ce qui devrait en principe leur faciliter l'accès aux droits sociaux.

Une infirmière scolaire nous a également mis en contact avec un élève du lycée, arrivé de Russie l'année précédente avec sa mère et rencontré par les anthropologues (LK, LA) au sein de l'établissement. Après lui avoir présenté la recherche, nous lui avons demandé s'il était d'accord d'en parler à sa mère pour lui proposer un RV. Il a alors précisé qu'elle ne parlait pas encore le français (ou très peu) et s'est spontanément proposé de traduire si besoin. Nous avons procédé ensuite à un échange de coordonnées téléphoniques, afin de rester en lien. Quand nous l'avons recontacté, nous lui avons précisé avoir trouvé une traductrice, s'il ne voulait pas traduire ou en cas de non disponibilité ce qu'il a semblé apprécier et devait en parler avec sa mère. Il a ensuite laissé un message nous confirmant leur accord sur la formule d'une rencontre sur un temps de vacances scolaires avec la traductrice. L'été est arrivé et après quelques messages laissés sur le répondeur du jeune homme, nous les avons perdus de vue, ce dernier ayant changé de numéro.

- le deuxième type concernait des populations francophones plutôt précaires, ou ayant connu des difficultés économiques et sociales dans un autre département. Marietta est une jeune femme approchant la quarantaine qui bénéficie de colis alimentaires au sein d'une association d'aide, du fait de sa famille très nombreuse et recomposée. Elle travaille épisodiquement à la vigne, quand elle arrive à s'arranger avec son nouveau compagnon, avec la garde de ses huit enfants. Le dernier né a presque deux ans et Marietta nous explique qu'elle n'y arrivait plus dans le nord (elle vivait dans le Pas de Calais) et quand elle a rencontré son nouvel ami, ils ont décidé de s'installer *« plus au sud, dans le Médoc, à la campagne et à la mer, pour vivre plus simplement* » et faire face à des «*factures et tarifs moins chers, en particulier pour le chauffage ».* Deux bénévoles de l'association nous l'avaient présentée comme une pauvre femme courageuse, mais qui continue de fumer, malgré ses grossesses, ses problèmes et devant ses enfants. Le problème, nous l'avons appris par elle-même, consistait en une grave erreur médicale qu'elle avait subi lors de son accouchement à la clinique, la laissant handicapée et en proie à de fortes douleurs qu'elle arrivait pourtant à cacher lors des distributions. Nous avons remarqué par la suite qu'elle s'asseyait souvent alors que ses enfants jouaient autour d'elle, ce qui pouvait être interprété comme un comportement nonchalant, assez systématique, de « Chti », comme l'appelaient certaines autres bénéficiaires. Devant subir de nouvelles interventions chirurgicales, sa prise en charge sociale était en cours de régularisation.

Enfin, quelques professionnels nous ont parlé de la situation de retraités qui viennent dans le Médoc « pour leurs beaux jours », mais qui peuvent rencontrer de graves difficultés d'isolement et de précarité quand le conjoint disparaît : « ce sont plus souvent les hommes qui partent avant », nous confiait une responsable de CCAS qui travaille avec un foyer de personnes âgées.

-Les « saisonniers » vs. « les touristes »

Ce dernier groupe nous a été présenté dans les entretiens comme pouvant principalement poser problème par le caractère spécifique de leur prise en charge lorsqu'ils ont des problèmes de santé.

Les saisonniers qui travaillent sur la côte atlantique sont souvent jeunes. Certains arrivent ou se mettent en couple et s'installent « *dans les lotissements du côté du littoral* » atlantique. Ils sont décrits comme étant parfois dans des situations critiques lorsqu' *« ils sont mis dehors des chalets, à la saison touristique et vivent dans la débrouille, et des fois dans des voitures. Là on rencontre des situations critiques* » nous indique la directrice d'une structure œuvrant dans le champ santé-social. Ils sont parfois désignés comme « surfeurs » par les professionnels qui les décrivent, et certaines filles notamment « australiennes » vivraient parmi eux en groupe ou en couple, «*dans leur camionnette Van près des plages »,* et n'auraient aucune couverture sociale. « *Elles arrivent parfois pour un dépannage de pilule ou des douleurs au ventre.*

L'autre fois, j'en ai orienté une vers la clinique, car je pensais à un risque de grossesse extra-utérine, vu ses douleurs, et là c'est grave », nous a confié un pharmacien. Les conseillères conjugales de CPEF ont également parlé de touristes hollandaises qu'elles ont accueillies occasionnellement, pour des conseils ou pour la délivrance gratuite d'un test de naissance ou d'une ordonnance.

A.7.2. Des représentations aux pratiques de prise en charge

a. Des représentations de la SRG des femmes « précaires » et/ou « migrantes » dominées par les normes professionnelles et les expériences des acteurs du soin

Comme nous l'avons déjà évoqué, le domaine de la santé génésique et reproductive est particulièrement propice au contrôle des corps féminins (Fassin & Memmi, 2004). En plus des normes sociales et culturelles que les femmes et les hommes incorporent depuis leur enfance[134], nous allons voir que les professionnels de santé et du social ajoutent parfois à leur insu des éléments de contrôle social.
Le premier exemple ici développé concerne les normes « professionnelles », relatives à une nouvelle forme de standardisation qu'est la « parentalité » :

- *Un discours sur la famille comme lieu idéal de subjectivation*

Un discours sur la famille comme lieu idéal de subjectivation domine dans le monde de l'intervention socio-sanitaire que nous avons étudié. L'exemple des professionnels de santé (et prioritairement les sages-femmes) et du social quant à la question « ê*tre mère-être parent »* est probant.
Dans les approches théorisées de cette nouvelle rhétorique, le « bon parent » est définit comme celui qui permet à l'enfant de se révéler, de s'autonomiser, de s'ouvrir au monde. Il est capable d'identifier les attentes de l'enfant, d'y répondre en respectant sa personnalité et en valorisant ses compétences. L'idée de santé sexuelle et reproductive permet de garantir aux mères un espacement des naissances suffisant à pouvoir atteindre aussi un épanouissement de femme. Or «l'attitude ou compétence parentale semble directement liée au bien être personnel des parents, et inversement son défaut est lié directement aux handicaps sociaux des parents (chômage, pauvreté). Ainsi donc, il est d'autant plus difficile d'exercer ce travail de supervision parentale si l'on est soi-même dans une position disqualifiée » (Martin, 2003 : 28). Comment y répondre quand les conditions d'existence quotidiennes sont difficiles, qu'elles empêchent économiquement mais surtout socialement de pouvoir exercer pleinement un rôle attendu de mère ou de père ? C'est ainsi que la parentalité se retrouve au cœur des actions des travailleurs sociaux du territoire avec des interventions ciblées sur la protection de l'enfance et sur le soutien à la parentalité. Un discours sur la famille comme lieu idéal de subjectivation domine dans le monde de l'intervention socio-sanitaire que nous avons étudié.

Les nombreuses observations ont permis de relever les caractéristiques utilisées par les professionnelles pour soutenir l'entrée dans la parentalité. Le premier indicateur renvoie à une catégorie assez large : le rapport au corps, l'*hexis* corporel. Plusieurs éléments vont être relevés tels l'hygiène ou l'alimentation. Ainsi, sages-femmes comme médecins ou conseillères conjugales peuvent être amenés à donner des conseils classiques sur les risques liés à l'alimentation pendant la grossesse (listériose, toxoplasmose). Or certains insistent sur l'importance d'une bonne alimentation équilibrée. Le grignotage, la trop forte prise de poids,

[134] sur les conduites à tenir ou à éviter, voire à proscrire (bien que cela ne soit pas toujours le cas dans les situations familiales d'inceste en âge précoce) en regard de leurs corps sexués, de leurs statuts, etc.

un problème de surpoids déjà existant avant la grossesse, sont présentés comme des comportements à risque. Une mauvaise connaissance de leur corps et de leur anatomie par les femmes suivies va être également souvent pointée, notamment lors de séances d'éducation sexuelle ou de planification familiale (avec présentation des différents contraceptifs à l'aide de schémas et de coupes d'utérus), ou encore de préparation à l'accouchement (planches anatomiques, CDRom pour montrer le corps féminin enceint). Certaines sages-femmes interprètent cette absence de connaissance ou méconnaissance comme une difficulté à comprendre les modifications corporelles ou à percevoir et signaler un éventuel symptôme.

Le deuxième indicateur renvoie à la part plus subjective de l'interaction avec l'enfant à venir. Ici les sages-femmes par exemple vont chercher à appréhender le type de « relation gestationnelle » que la future mère a établi de façon précoce avec son enfant. Pour cela, elles vont observer la façon dont la future mère parle de son enfant, de son rapport à lui, la façon dont elle se projette dans son rôle de parent. Or certaines femmes rencontrées peuvent être en difficultés face à ces attentes. Pour les femmes étrangères mais pas seulement pour elles, l'expression orale peut être un obstacle mais surtout la possibilité de parler de ses craintes face à une représentante de l'institution est limitée, car potentiellement « dangereuse ». Pour les femmes suivies, il n'existe aucune ambiguïté sur l'action de placement que peut mener la PMI. Confier des difficultés d'ordre conjugal (séparation du couple, violences), familial (situation d'échec scolaire rencontrée par les ainés, problème éducatif), comportemental (consommation d'alcool, de drogues…) ou encore économique est d'une certaine façon s'exposer à cette menace.

- *Conception de la contraception pour éviter les risques de grossesse*

Notre inclusion sein du groupe « Planification familiale – grossesses non désirées » (cf. ci avant Partie 3.A.5.1) a permis de noter différentes réactions parmi les participants. Les professionnels des différentes structures présentaient souvent des visions très marquées par leur orientations institutionnelles, provoquant ainsi des débats et échangent féconds, mais révélateurs de divergences. Ainsi, comme d'autres professionnels qui ne partagent pas toujours une vision médicalisée de la planification familiale et de l'éducation à la sexualité, les sages-femmes de PMI participent aussi à l'éducation des plus jeunes en promouvant des messages d'informations sur la sexualité et la contraception dans les collèges et les lycées du territoire. Or ces actions sur le terrain entrent directement dans les objectifs de la PMI et sont considérées comme faciliter « en amont » le travail de prévention en matière de SRG. Les conseillers principaux d'orientation des établissements scolaires avaient quant à eux d'autres priorités, celle par exemple d'informer les élèves sur *les conduites à tenir en cas de*…et ce qu'ils étaient en droit ou non d'effectuer (prévenir les parents, accompagner une mineur pour une IVG). Plusieurs témoignages ont montré une certaine réflexivité des acteurs présents quant à leur propre connaissance des différentes méthodes contraceptives, qui leur échappait parfois, où quant à certaines informations nouvelles, qui peuvent remettent en cause un certain nombre d'idées reçues qu'ils véhiculent ou d'informations anciennes qu'ils ont appris lors de leur formation initiale. Certains participants ont été amenés à parler entre eux de leurs propres expériences parentales par exemple, ce qui constitue d'autres normes plus subjectives, qu'ils peuvent être amenés à véhiculer dans leurs pratiques.

Bien que ces représentations aient un effet aussi sur les recours (cf. partie 3.B.2), nous envisageons tout d'abord les effets observés sur la prise en charge.

b. Les effets directs sur les pratiques de prise en charge :

Différents effets peuvent découler des représentations précédemment ciblées, qui ne sont pas toujours dissociables aux différents niveaux de la prise en charge. De plus, par les jugements moraux qu'elles peuvent exprimer, les catégorisations des femmes prennent parfois la forme d'une violence symbolique qui peut être ressenties comme telle par les patientes. Ce qui n'est pas sans conséquence sur la prise en charge des femmes et leur perception des soins et du soignant.

Ainsi, l'extrait d'entretien suivant montre combien lors d'une prescription d'acte, les paroles de son médecin ont heurtée une patiente:

Mme C., 27ans, sans emploi, conjoint en CDD, gens du voyage sédentarisés, 6ème grossesse, 4ème enfant, elle fait le récit d'une prise en charge pour une IVG, à la clinique

J'étais à la clinique, j'ai rencontré docteur C., qui m'avait pris rendez-vous avec l'anesthésiste assez rapidement pour l'avortement parce que c'était déjà juste le temps. Il m'a traité de cas sociaux !

Devant vous ?

Ah oui ! Et devant ma belle-sœur ! Et puis ma belle-sœur, c'est quelqu'un de très nerveux donc elle voulait lui sauter au coup. Je lui ai dit : « calme-toi » parce qu'on sait jamais. Ils vont faire venir la sécurité et nous envoyer chez les fous là-bas ! Et elle n'a pas apprécié qu'il me traite comme ça….

Qu'est-ce qui s'est passé ?

En fait, il nous a demandé nos papiers donc j'ai amené mon attestation où je reçois les allocations, la CMU, plus la CMU complémentaire que j'aie. Et quand il a vu que je n'avais pas de mutuelle et que j'avais pas de bulletin de salaire, pour lui, j'étais un cas sociaux. C'était quelqu'un (elle parle d'elle) qui a trois enfants qui se fait avorter donc c'est que…Moi j'ai pas apprécié. Et carrément il m'a dit « qu'est-ce que c'est ça !» Et puis il soufflait au téléphone, il était ravi de m'avoir rencontré !

Un autre exemple d'effet qui concerne le suivi et l'orientation des femmes, a pu être observé, quant aux questions de contraception : le zèle chez certaines sages-femmes à surveiller l'opportunité des grossesses.

Les femmes suivies par les sages-femmes de PMI ont entre 14 ans (pour les plus jeunes) et 45 ans. Ainsi la grande majorité d'entre elles est soit déscolarisée -pour les plus jeunes- ou sans emploi ou au chômage pour les autres. Les femmes les plus âgées et les plus jeunes sont prioritairement accompagnées. Si dans le premier cas, le suivi de la gestation doit être médicalement renforcé, il s'agit surtout pour la sage-femme de PMI de s'assurer, notamment dans le cas de familles nombreuses, que l'arrivée du nouvel enfant soit « compatible » avec les ressources socio-économiques de la famille et son mode de vie. Dans le deuxième cas, la grossesse peut être non désirée et/ou la fragilité de la relation conjugale pourrait constituer un risque pour le futur bébé. La question de la contraception est donc systématiquement présente dans les consultations et ce dès la première, alors même que la femme vient consulter parce qu'elle est enceinte. Pour l'une des sages-femmes, les femmes peuvent être en difficulté pour la prise régulière à la pilule (mésusage, oublis), elle recommande plutôt la pose de stérilet. Avec l'accord des femmes, elle se déplace en dehors de sa circonscription et les accompagne chez un gynécologue qui acceptera de mettre en place le DIU. Cette sage-femme a recours à cette pratique car le gynécologue qui intervient dans le CPEF de sa MDSI en pose très peu.

Enfin, le suivi n'apparaît accessible à toutes les femmes enceintes, mais à celles qui auront été repérées :

C’est en fonction des représentations des sages-femmes qu’un suivi est proposé aux parturientes du territoire qui répondent aux caractéristiques préétablies. Ainsi les sages-femmes vont identifier leur population cible de deux manières. Premièrement le procédé le plus courant, est le « repérage » d’une femme par un collègue. Les travailleurs sociaux de la MDSI (assistantes sociales, conseillères conjugales) et quelquefois le médecin gynécologue du CPEF, peuvent signaler le cas de femmes enceintes vues en rendez-vous ou qu’elles ont « repéré » lors de visites à domicile. Les « staffs » qui ont lieu mensuellement à la maternité, permettent aussi à la sage-femme de la PMI de prendre connaissance des dossiers des patientes qui sortent du service suite de couches et de les sélectionner, à partir de différents critères d’instabilité sociale. L’autre procédé, est le « repérage » à partir des déclarations de grossesses que la Caisse d’Allocations Familiales envoie au Conseil Général. Les dossiers qui rassemblent un certain nombre d’éléments considérés comme des « facteurs de risque » seront plus attentivement examinés. Par exemple, si la déclaration de grossesse d’une femme a été réalisée par un médecin généraliste, ceci est considéré par la sage-femme comme un marqueur négatif qui vient souligner l’absence d’un suivi spécialisé gynécologique. D’autres critères comme l’âge de la femme est retenu : soit la femme est trop âgée (plus de 40 ans) ou au contraire trop jeune (mineure ou jeune majeure). L’âge du conjoint peut aussi faire l’objet d’une attention particulière de la part de la professionnelle. Un écart d’âge trop important entre le futur père et la future mère est jugé comme le reflet d’une union potentiellement instable. Enfin d’autres critères sont aussi utilisés comme la déclaration ou non d’une couverture sociale. L’orthographe ou la typographie des informations déclarées par écrit, peuvent signifier pour de la sage-femme, des difficultés cognitives. A partir de tous ces éléments, elle sélectionne un certain nombre de patientes à qui elle propose un rendez-vous à domicile.

Si les exemples cités ici émanent de la PMI, il est important de rappeler qu’il existe cependant une variabilité des points de vue selon les lieux d’exercice, les cultures « professionnelles » et les questions relatives à la SRG (IVG, contraception…)

B. L'accès aux soins des femmes « précaires » et/ou « migrantes » du Médoc : des recours différenciés

Les résultats de l'enquête rapportant l'usage que font les femmes rencontrées de l'offre de soins en SRG précédemment décrite font l'objet de cette dernière partie. Ils ont été complétés par les échanges réalisés lors de la restitution publique de l'enquête du 7 novembre 2013 en Médoc, avec la quinzaine de femmes présentes. L'analyse de ces pratiques comme celle de l'offre de soin a amené l'équipe de recherche à questionner les notions de recours, de non-recours et de renoncement aux soins. La pertinence de ces notions comme cadre d'analyse pour cette étude a ainsi fait l'objet d'une discussion menée lors de la journée d'étude du 15 novembre 2013. Celle-ci est à l'origine du choix de présenter nos résultats d'enquête qualitative sous la forme de situations ou d'études de cas, plutôt que de repartir des typologies du non recours, proposées par les récents travaux sur la question. En effet, notre démarche a permis de reconstituer des itinéraires thérapeutiques, et de saisir précisément les points de rupture pouvant conduire à du non-recours, ou du renoncement. Elle montre aussi la difficulté de classer les comportements en ces termes parfois réducteurs et souligne la difficulté de mesurer par des concepts, des phénomènes souvent complexes et ce, précisément en SRG.

B.1. Le non-recours et le renoncement aux soins en SRG : des phénomènes rares et complexes

B.1.1. Discussion autour des notions de non-recours et de renoncement aux soins

Comme les refus de soins, le non recours aux soins pour raison financière et le renoncement ont fait l'objet de différents travaux (cf. partie 1.C.3.3.3) qui ont permis de les faire reconnaître aujourd'hui comme des problèmes majeurs pour la santé publique. Plusieurs définitions sont proposées pour ces termes qui méritent d'être discutées.
Rappelons que la notion de *« non recours renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical mais non satisfait »*[135]. On comprend donc que cette définition repose sur une dimension normative, c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur ce que du point de vue médical, on considère comme un état de santé non traité médicalement. Cette approche du non recours comporte quelques limites : elle omet en effet les possibilités d'autres recours (médecines non conventionnelles par exemple) et surtout elle propose une mesure du non recours à un temps T qui exclut la prise en compte les recours différés. Or les femmes rencontrées devaient faire face à des contraintes familiales, économiques…, quotidiennes ou momentanées qui les ont amenées semble t-il à repousser le temps du soin. Cette situation n'est pas sans risque car certaines d'entre elles peuvent présenter un état de santé déjà fragilisé par des parcours de vie difficiles, ou par une mobilité ou une migration. Ce report dans le temps souligne la complexité des situations et participe à la définition multiple du non-recours.

[135] Intervention de P. Warin, *Renoncement à des soins et précarité,* Colloque DREES-DSS, *Le Renoncement aux soins,* le 22 novembre 2011, Paris.

Comme le note P. Warin, le renoncement aux soins renvoie à une « *base déclarative, c'est-à-dire qu'on demande à des personnes si elles ont renoncé à des soins sur une période donnée* »[136]. En d'autres termes, le renoncement renvoie à l'identification d'un besoin de soins qui se traduit par une non demande de soins. Ce travail de perception et d'interprétation des symptômes est étroitement lié à un habitus corporel et à ce que signifie « prendre soin de soi » notamment chez des populations précaires (Warin, 2011). Il a donc été parfois très difficile de saisir dans les discours, d'une part si la personne avait bien identifié un besoin et d'autre part si les pratiques de non soins étaient véritablement perçues comme telles. Par exemple, nous nous sommes aperçues que les femmes ne considéraient pas les rendez-vous manqués, les oublis comme du renoncement aux soins. Il s'agissait pour elles davantage de non-recours. Notons aussi qu'aucune de ces notions n'apparaît comme telle dans les discours. Pour certaines femmes rencontrées, il a même été parfois difficile, de saisir le sens de nos questions sur le renoncement aux soins ou même celui du non-recours. Ces termes demeurent également peu utilisés par les professionnels. Ils disent plutôt « elles ne viennent pas », « elles ont un problème d'observance », comme des qualificatifs qui seraient propres à ces populations.

Pour C. Desprès (2011), qui est médecin et anthropologue, les populations précaires sont frappées de multiples formes de vulnérabilités et de privation, ainsi le renoncement aux soins s'inscrit dans un rapport particulier au monde et au corps. Pour l'auteur, ce dernier *« est alors marqué par la restriction des besoins, des formes d'autocensure* ». Le renoncement aux soins peut prendre la forme d'une véritable « culture du pauvre » (Hoggart, 1970). Cette manière d'être, socialement conditionnée, peut engendrer la « *négligence de certains symptômes »* qui peut même *« progressivement être intériorisée* » (Desprès, 2011). P. Declerck (2001) décrivait particulièrement finement la spirale de la détérioration des sens et des repères, chez ceux qu'il a appelés les naufragés, qui étaient les clochards de la capitale.

Les comportements de renoncements et de non-recours aux soins ne se recoupent pas nécessairement et peuvent se distinguer : ainsi des « renonçants aux soins » ne sont pas systématiquement des « non recourants ». Pour Desprès, une personne peut déclarer renoncer à des soins mais ce n'est pas pour cela qu'elle est « en retard » sur le plan médical ou qu'elle n'a pas de besoin de soins. Dans ce cas, la personne est renonçante mais pas non-recourante. A l'inverse, une personne peut déclarer ne pas renoncer à des soins, mais du point de vue médical être très « en retard », voire dans une situation d'abandon. Ici, la personne n'est pas renonçante mais non recourante. Pour P. Warin, c'est dans ce dernier type de situation qu'on retrouve une population précarisée, auprès de qui il faut mettre en œuvre des actions. Pourtant consciente de son état de santé dégradé, cette population n'est « plus en mesure de s'inscrire dans l'idée de besoins, leur expression étant devenue impossible»[137].

Nous avons déjà noté la présence de stigmates liés à l'habitus corporel du « pauvre » (Bourdieu, 1979 ; Boltanski, 1971) ou « du rural » chez certaines enquêtées: la consultation d'un médecin qu'en cas de grande nécessité (beaucoup déclarent voir très peu leur médecin généraliste, encore moins le spécialiste (sauf s'il s'agit d'un suivi de grossesse)), l'auto-médication, la résistance à la douleur, à la fatigue. Les femmes rencontrées paraissent devoir soumettre leur corps à de rudes épreuves : travail vinicole, d'aide à la personne, d'employée libre-service …

[136] Intervention de P. Warin, *ibid*.
[137] *Ibid.*

L'approche qualitative a permis ici de saisir la complexité de ces notions et travailler de façon plus fine sur les liens qui existent entre le « non recours » et la situation de précarité. En effet, nous verrons que si l'aspect cumulatif des situations de vulnérabilités chez les femmes rencontrées est un des principaux facteurs explicatifs dans les comportements de non-recours aux soins et de renoncement, d'autres éléments plus endogènes peuvent aussi être observés. Le travail à partir d'histoires de vie permet de mieux appréhender la place que tiennent les besoins de santé par rapport aux autres besoins du quotidien. En choisissant comme entrée la santé génésique et reproductive, on constate que les situations de renoncements aux soins sont cependant très rares. Néanmoins, nous pouvons faire état de quelques situations de non-recours.

Ces quelques situations de renoncement aux soins sont relevées alors qu'elles ne sont pas directement perçues comme telles par les femmes. Pour comprendre ce qui se joue dans la situation de renoncement, il faut à la fois faire appel à des facteurs objectifs de précarité mais aussi appréhender les éléments plus subjectifs. Pour Paugam (2008), il y des ruptures connues dès l'enfance qui sont en lien avec la situation de précarité et « les carences du milieu familial et social ». Pour l'auteur on peut parler d'« apprentissage raté », lorsque « les normes et les exigences de la vie sociale » n'ont pu être transmises. On hérite des conditions de vie pauvres et aussi des habitudes qui y sont associées. Les comportements de santé sont aussi socialisés. C. Desprès (2011) a bien montré comment certains individus ne perçoivent pas leur renoncement car ils ont intégrés dès l'enfance que le recours aux soins était rare ou inutile. Par ailleurs, la situation de pauvreté engendre « un manque d'estime de soi (sentiment de ne pas être utile, de ne pas bien se sentir dans sa peau et d'être rejeté et dévalorisé), des angoisses et des troubles psychosomatiques (incapacité à se concentrer, perte du sommeil, sentiment d'être constamment sous pression) et une incapacité à faire face (à surmonter les difficultés, à prendre les choses du bon côté et avoir confiance en soi) » (Paugam, 2008 : 97), qui sont aussi des facteurs de renoncement.

Le cas de Mme C. est de ce point de vue intéressant. Suivie par la sage-femme de PMI, cette patiente explique lors d'un rendez-vous à domicile, qu'il y a quelques mois, après une IVG par aspiration réalisée à la clinique du Médoc elle fait une hémorragie chez elle. Elle dit n'en avoir parlé à personne et n'a pas contacté de médecin. Elle déclare avoir seulement attendu que le saignement cesse. Lors d'un entretien réalisé avec Mme C., l'enquêtrice est revenue sur cet épisode « douloureux » autant du point de vue physique que psychique. L'ensemble du parcours de soins suivi pour cette IVG apporte des éléments de compréhension à son renoncement final.

Encadré n° 22:
Mme C., 27 ans, 6ème grossesse (2 IVG), sans emploi, conjoint en CDD, gens du voyage sédentarisés

Mon bébé était déjà trop gros, était déjà formé, c'était foutu. Ben oui, parce que la dame de l'échographie avait vu le sexe. (…) C'était un beau bébé ! On m'avait fait la morale ! Alors j'étais un peu perdue, je ne savais plus quoi faire. Je le garde, je le garde pas. Mais c'est parce que je l'ai vu entier ! Parce que j'étais obligée d'avoir une échographie avant l'avortement. J'ai tout vu ! A la clinique, j'ai tout vu, j'ai vu ses jambes, son visage, fin il était entier ! Le cœur, l'échographiste m'a fait écouter le cœur.

Elle vous a fait la morale ?

Elle m'a expliqué qu'elle était pour… enfin contre les avortements. Donc elle m'a dit qu'il fallait bien que je prenne ma décision que j'avais encore le temps. Elle voulait pas que je me fasse avorter parce qu'elle était contre. Mais bon, moi j'ai dit que c'était un choix que j'ai fait et que je ne pourrais pas le garder, que j'en avais déjà trois, pour moi, c'est énorme. De toute façon, je ne le désirais pas, je le voulais pas du tout donc c'était clair net et précis. Même qu'elle me montrait le sexe ! je ne le voulais pas ! […]

Vous avez fait une hémorragie après votre avortement ?

Oui. J'ai rien dit. A personne. Mais moi, au début, je croyais que c'était normal. Je croyais que c'était un nettoyage du corps. Parce que quand je suis sortie de l'hôpital, je ne saignais pas, plus rien. Ils m'ont laissé sortir, ils m'ont dit tout est bien. Des caillots. Inarrêtables ! Je ne pouvais même pas marcher ! Parce que dès que je marchais tout tombait.

Comment vous avez fait ?

J'ai été au bain. Ça s'est calmé tout seul après. Oh, mais ça a mis du temps !

Trois explications peuvent être retenues pour expliquer le renoncement de Mme C. Premièrement le sentiment d'humiliation (propos moralisants de l'échographiste) vient renforcer sa difficulté à aller vers le système de soins et l'éloigne définitivement de la structure de soins qui l'avait accueillie dans le Médoc (elle accouchera de son 4ème enfant quelques mois plus tard dans une autre clinique à Bordeaux). En second lieu, on comprend que compte-tenu de ses pratiques de soins quotidiennes, appeler un médecin, demander de l'aide n'a pas vraiment de sens. C'est ce que C. Després (2011) appelle le « renoncement refus » (cf partie 1.C.3.3). C'est-à-dire que cette patiente n'envisage pas de faire appel à un soignant car l'interprétation qu'elle se fait des symptômes (ici des saignements et la présence de caillots abondants) est banalisée et ne relève en rien pour elle, d'une consultation en urgence. Enfin on peut aussi y voir, compte tenu des conditions de vie de cette personne et de son histoire (voir entretien en annexe) une forme de désintérêt. Declerck (2001) montre bien comment des parcours de grande précarité ou des souffrances psychiques peuvent amener les individus à « un faible souci de soi », à attribuer une faible valeur à leur propre existence. Mais est-ce réellement un renoncement ? Cette personne n'a-t-elle pas mis en place d'autres recours ? Par la prière ? En buvant une tisane censée arrêter l'hémorragie ? N'a-t-elle vraiment rien fait ? Appelé une personne proche, qui l'aurait soutenue, conseillée ? Or, cette analyse du renoncement-refus ne tend elle pas à réduire la notion de soin à 'simple recours biomédical' ? Car si elle est censée concerner aussi un comportement de 'recours parallèle' ou 'd'autre recours', les auteurs pré-cités le classe comme un renoncement, alors que la personne ne renonce pas dans ce cas à se soigner.

Cette nuance est importante dans l'analyse de la SRG, où les femmes qui résistent au « gouvernement des corps » sexuels et reproductifs (Fassin, Memmi 2004) et à la médicalisation de la grossesse, de la contraception ou de leur vie sexuelle (Aïach & Delanoë 1998, Jacques 2007) ne renoncent pas pour autant à se 'soigner'. C'est ce que montrent les résultats de cette enquête concernant les femmes suivies sur les trois ans, lesquelles ont permis à l'équipe de constituer des études de cas approfondies parfois difficiles à analyser au prisme des notions du non-recours ou du renoncement aux soins.

B.1.2. Un recours efficient des femmes par rapport à l'offre existante en Médoc

« Se faire soigner », « recourir à un médecin », semblent faire partie des pratiques ordinaires pour une grande partie des femmes rencontrées sur le territoire. Alors que l'équipe était partie d'une hypothèse plus nuancée, questionnant à la fois la possibilité pour les femmes d'utiliser l'offre de soins proposée mais surtout leur désir d'y recourir – en inférant qu'elles utilisaient peu les services ou qu'elles faisaient plutôt appel à d'autres types de soins- nous avons pu rapidement noter dans leurs discours, que la question de la santé et des soins est importante et ce peut être plus particulièrement pour certains domaines de la SRG, tels que la grossesse qui semble être chez les femmes rencontrées, un évènement de l'histoire personnelle et du groupe assez important pour que toutes les autres considérations d'ordre économiques, familiales, sociales… n'empêchent pas ou peu le recours au système de soins138. Globalement, l'enquête a peu relevé de situations de non recours en SRG, au sens défini ci-avant, peut-être aussi du fait que les soins en SRG sont souvent liés à un projet de vie, orienté ou non vers la parentalité, ce qui dépasse le strict champ médical. Toutefois la question du discours peut ici constituer un biais, car si l'équipe a rarement « entendu » des récits d'absence de soin, cela n'exclut pas qu'elle puisse exister dans les pratiques.

Nous l'avons vu, l'offre de soin en SRG dans le Médoc présente de nombreuses particularités, et est parfois difficilement accessible. Pourtant les femmes rencontrées y ont recours pour la majorité d'entre elles. Elles semblent en effet recourir aux soins selon plusieurs logiques ou modalités, lesquelles peuvent coexister et varier chez une même personne, en fonction du problème de SRG, des représentations et des expériences de l'offre de soin, de leurs opportunités, d'arbitrages avec les autres activités du quotidien, ou de choix plus affirmés (pour des « médecines non conventionnelles » par exemple). Ainsi, des formes de soins peuvent être mobilisées par les femmes, relevant de stratégies individuelles (Rode, 2011). Elles bricolent, selon les possibilités offertes, mais aussi suivant leurs logiques propres, liés aux perceptions des évènements. Ainsi nous avons pu observer comment elles prenaient la décision de recourir à un lieu de soin, à un professionnel, comment elles se déplaçaient, comment elles respectaient ou non les consignes du ou des professionnels consultés.

Etant donné ce constat, on comprend qu'il est difficile de classer et/ou typologiser en termes de recours, non recours et renoncement. Utiliser ces catégories n'est pas neutre car si elles aident au comptage de ces comportements, elles ne rendent pas compte des contextes, des stratégies individuelles et des bricolages qui amènent, en ce qui concerne notre enquête, à nuancer ces formes de classement. En effet, les « obstacles » auxquels on fait habituellement appel pour expliquer ces dernières, ne suffisent pas toujours pour comprendre pourquoi des

[138] Plus concrètement l'équipe de sociologues n'a pas rencontré de femmes enceintes pas ou peu suivies. L'entrée par les institutions constitue néanmoins un biais important. Cependant, même à la clinique, elles n'ont pas observé de cas de parturientes hospitalisées pour un accouchement et inconnues du service.

personnes se sont éloignées du système de soins (Desprès, 2011). Ainsi, nous nous proposons plutôt dans cette étude de faire état des différents facteurs (sociaux, économiques, culturels, géographiques…) qui influent sur le recours aux soins en SRG. Les premiers concernent la façon dont les femmes se représentent leur situation de précarité et/ou migratoires, la nécessité de prendre en charge leur santé en SRG et les institutions susceptibles de les accueillir.

B.2. Un travail de catégorisation en miroir: lexique et définitions émiques des femmes

B.2.1. Dire la « précarité »

Du côté des femmes, il aussi intéressant de regarder comment elles même manipulent les notions de précarité et les stigmates qui y sont associés et comment elles s'identifient ou non aux images qui leur sont renvoyées. Si certaines femmes déclarent connaître des situations économiques difficiles, la majorité d'entre elles, ne se désigne pas comme appartenant à la catégorie de femmes précaires. Certaines refusent de s'« auto-catégoriser » de cette façon et ont tendance à renvoyer cet état vers « les autres ». On y peut voir une façon d'échapper au travail de catégorisation des professionnels. En effet, en refusant de se définir comme précaires, elles rejettent l'image négative des statuts sociaux subalternes vers lesquels les professionnels peuvent les renvoyer et les différents dispositifs d'aide peuvent les placer. Pour certaines femmes, il est difficile de recourir à l'aide non seulement car elle stigmatise mais parce qu'il faut aussi se raconter (Memmi, 2003) et donc se placer dans une position de demande et d'exposition de soi.

Encadré n° 23: ***« Il faut tout déballer, moi j'aime pas. »***

Mme P., 28ans, 1ère grossesse, sans emploi, conjoint cuisinier en intérim

Je suis allée à la mairie parce que je savais pas trop où il fallait aller, et on m'a dirigé vers la MDSI Gamma. J'ai eu des aides d'urgence, mais c'est tout. On m'a proposé un logement social, mais on attend. Mais quand je reprendrai le travail, ça ira, je m'en fais pas trop. C'est en attendant quoi…

On peut vous aider à payer les factures ?

Oui, on nous a aidé. Mais je n'y vais plus, parce qu'à chaque fois on vous dit, on va voir ce qu'on peut faire pour vous, c'est pas sûr que ça passe vu que vous avez un salaire…Donc à chaque fois on attend en croisant les doigts. C'est pas bon d'attendre comme ça en permanence. Et puis, il faut tout déballer, moi j'aime pas. Alors je dis que c'est la dernière fois. On va voir combien de temps on reste comme ça et…

Je vous comprends, c'est difficile.

Et puis, mon mari aussi n'aime pas trop. Alors je vais pas insister parce que sinon, ça pourrait créer des histoires entre nous et c'est pas la peine, vraiment, on a pas besoin de ça.

Mais est-ce que vous vous entendez bien avec votre assistantes sociale ?

Oui, ça va, mais bon, quand on est dans la position… je veux dire quand on demande ça met pas à l'aise.

Se sentir « être un cas social », dans le discours familier, semble signifier cumuler différentes situations représentées comme faisant l'objet de prestations sociales publiques ou pouvant en faire l'objet. Cela revient à ne pas être autonome mais dépendant d'une prise en charge par ce qui est parfois encore appelé « l'aide » ou « l'assistance publique ». Cette expression est presque toujours employée péjorativement, au mieux pour dire la condescendance pour autrui, sinon et souvent pour lui reprocher sa déviance et sa dépendance au système social.

Encadré n°24 : *« Ca m'a fait de la peine, car on est pris pour des cas social »*

Anthony, 22 ans, jeune père sans emploi fixe :

Anthony, 22 ans, réalisait des travaux ponctuels dans le bâtiment et passait le permis de conduire alors que Jennifer, sa compagne âgée de 20 ans était enceinte. Cette situation avait amené le couple à quitter le logement familial et à s'installer dans un appartement à caractère social. Celui-ci « n'était pas propre et était infestée de puces et de cafards » selon Jennifer. Ils ont alors loué une petite maison où ils ont pu accueillir leur bébé. Anthony expliquait notamment que leur parentalité les avait éloigné d'amis et de connaissances qui voyaient cette jeune famille d'un mauvais œil : « Moi j'ai eu mon permis, je vais trouver du travail. Bon ya [l'association d'aide alimentaire] qui nous aide. Mais on a la maison, tout ça… » Jennifer l'écoute et ajoute qu'il ne faut pas tenir compte du regard des autres, elle qui n'a ni diplôme, ni permis de conduire mais qui sait pouvoir compter sur sa famille, ainsi que sur les aides sociales et associatives. Contrarié, Anthony conclut : « Ca m'a fait de la peine, car on est pris pour des cas social ».

Quelques femmes médecins et/ou thérapeutes rencontrées ont parfois témoigné de leur propre « précarité », alors même qu'elles s'employaient à invisibiliser leurs propres difficultés, pour préserver leur statut social et professionnel.

Encadré n° 25: *« Les logements sont chers par ici, et avec le cabinet, je gagne pas des mille et des cent »*

Emilie, 26 ans, acupunctrice dans un cabinet de « bien-être » :

Emilie exerçait l'acupuncture depuis 4 ans sur la côte médocaine, dans son « cabinet » situé au sein d'un centre où étaient proposés diverses thérapies paramédicales et de « bien-être ». Ce centre avait pignon sur rue dans la ville touristique où il était installé, et Emilie avait aménagé l'espace qu'elle y louait avec son matériel (table de massage, bureau, deux fauteuils identiques) et une décoration à la fois simple et chic, à l'image du reste du lieu où régnait une ambiance « zen ».
Emilie et son compagnon, ouvrier agricole payé à la tâche, vivaient l'hiver dans une petite maison au loyer modeste, qu'ils devaient néanmoins libérer d'avril à octobre pour permettre à la propriétaire de louer plus cher à des touristes. Ainsi, pendant la saison estivale, Emilie et son compagnon occupaient un mobil-home- acheté par elle- dans un camping, à proximité de son lieu de travail. Elle explique ne pas avoir le choix : « Les logements sont chers par ici, et avec le cabinet, je gagne pas des mille et des cent ».

L'estime de soi (Erhenberg, 1995), la « préservation du moi », « de la face » (Goffman, 1973) sont des manifestations très présentes dans les récits. Les entretiens expriment assez bien ce que P. Bourdieu (1993) appelle la « misère de position ». Ce sont les « petites misères » quotidiennes qui renvoient à l'expérience de la dépréciation sociale, au sentiment de ne pas être reconnu, à la crainte de devenir « des exclus de l'intérieur » (Paugam, 2008). Ces expériences qui se répètent tout au cours d'une vie, conduisent au sentiment de discrimination, d'injustice et peuvent amener les individus à développer des sentiments ambivalents face aux « autres » qui partagent pourtant la même situation de vulnérabilité.

B.2.2. Dire les difficultés liées à la migration

Les éléments décrits précédemment sont renforcés lorsque les femmes d'origine étrangère ou migrantes tentent d'exprimer ce qu'elles ressentent, notamment comme effet de leur non appartenance à la société française. Elles utilisent des mots comme « ici » et « là-bas » pour marquer la distance ou la différence, « c'est la France qui m'accueille », pour montrer qu'elles ne sont pas vraiment chez elle », ou encore « tout va bien », qui indique l'écartement de la question… Céline, jeune femme venue du Nord-Pas de Calais nous fait remarquer qu'on l'appelle la Chti. Elle adopte d'ailleurs parfois un comportement d'auto désignation, dans ses échanges avec le groupe de familles bénéficiaires au sein de l'asssocaiton qu'elle fréquente. Une autre jeune femme française, d'origine marocaine, ayant grandi dans le Médoc où elle est arrivée dans l'enfance, nous a rapporté un sentiment d'enfermement et de stigmatisation : « *on est non seulement des médocains pour les bordelais, des marocains, pour les médocains et des français au pays ! Et moi ils s'étonnent toujours quand je dis que je suis diplômée de l'université. Quand ma mère était atteint de son cancer, les médecins ne voulaient pas m'expliquer ni répondre à mes question, croyant que je ne comprenais pas. Or on était inquiètes mes sœurs et moi et nous avons dû nous organiser pour accompagner notre mère sans arrêt sur Bordeaux*. » Une certaine pudeur à parler de ses problèmes a aussi été ressentie, liée aussi à la crainte d'essuyer un nouveau refus ou de se voir traiter d'arabe ou d'étranger…

Encadré n° 26 :*« Et tout ça, parce qu'il s'appelle Mohamed ! »*
Mme C., 27 ans, sans emploi, conjoint en CDD, gens du voyage sédentarisés, 6ème grossesse, 4ème enfant
Et financièrement, comment vous vous en sortez ?
C'est compliqué. Ca fait un moment que j'ai pas demandé d'aide à l'assistante sociale mais je crois qu'il va falloir que je demande. J'ai le resto du cœur qui m'aide. Mais bon ! J'ai vécu en caravane et tout était gratuit. On paye ni l'eau, ni le courant. On vivait avec les allocations et un petit peu de travail qui se faisait à côté, on s'en sortait mais là, on est dans la maison, on paye tout plein pot. On serre la ceinture. On fait plus tout ce qu'on faisait avant. C'est pour ça qu'on voulait faire la demande d'un logement sociaux, et vu que j'ai quatre enfants, je pourrais peut être, passer en urgence ! J'habitais à Q., j'ai fait les démarches pour avoir une maison sociaux. Ils sont en train de monter des maisons sociaux à Q. et quand on fait la demande et qu'ils vous disent non, parce que c'est déjà réservé alors qu'on est des cas urgents quand même parce que j'ai quand même habité en caravane et que les assistantes sociales me connaissent et connaissent ma vie et qu'on est jamais passé, vous savez, ça fait mal. Donc, on fait des demandes, on fait des demandes, on passe jamais… Quand on voit les arabes, j'en connais un ici à Châteauneuf, il est célibataire, il a pas d'enfant, il habite dans un F5 il paye 495 euros par mois, il a quatre chambre avec un jardin privatif et tout, j'en suis malade ! Alors qu'il est seul et qu'il travaille à l'année ! Et tout ça, parce qu'il s'appelle Mohamed !

B.2.3. Représentations de soi et du « prendre-soin »

S'il existe des contraintes structurelles qui peuvent expliquer le recours ou le non recours aux soins des femmes, la subjectivité prend également une place non négligeable dans la façon dont les individus accèdent ou non aux soins. Le rapport au corps, les habitus socio-culturels du « prendre soin de soi » ou qui entourent une demande d'aide sont des éléments en partie susceptibles d'expliquer les types de recours ou non recours aux soins des femmes.
Les contextes de vie parfois « extrêmes », les situations de grande pauvreté dans lesquelles vivent certaines femmes, confirment ce que d'autres travaux ont déjà mis en évidence : la précarité produit un rapport à l'existence particulier où le recours aux soins ne va pas toujours de soi (Rode, 2010), en créant notamment un sentiment de honte ou de déni. Le non accès aux soins ne signifie pas toujours pour autant que ces femmes d'utilisent pas de soins ou de thérapeutiques.

B.2.4. Représentations basées sur les expériences et pratiques du système de soin

Comme le notent Chauvin et Parizot (2010 : 289) à propos des institutions de soins « *(la) fréquentation peut être l'occasion de repérer des situations difficiles et d'orienter vers une prise en charge sociale. Par ailleurs, des relations suivies avec des professionnels de santé ont aussi des conséquences identitaires qui peuvent s'avérer positives lorsque ceux-ci et, plus largement, le système sanitaire apportent aux personnes soutien individuel et reconnaissance sociale* ». Les contraintes du système, des attitudes perçues comme discriminantes, la distance sociale entre les femmes en situation de précarité et les soignants, ont pu être observées. Mais au fond, elles n'ont que peu de poids sur la fréquentation des dispositifs de soins. Les expériences positives de l'institution, les récits de bienveillance de professionnels à l'égard des femmes semblent plutôt dominer les discours recueillis.

a. Des professionnels

Si, comme nous l'avons vu précédemment, il est d'usage pour les professionnels de la santé et du social de développer des représentations et des catégorisations des femmes selon qu'elles soient « précaires », « migrantes », ou qu'elles présentent tel ou tel type de pathologie ou problématique, il apparaît que les femmes rencontrées produisent elles aussi des représentations de ces acteurs du soin, sur la base de leurs expériences ou de la rumeur.
L'encadré ci-dessous relate une situation entre femmes où l'allure physique d'un obstétricien est sujet à plaisanteries mais où il est aussi question, en filigrane, d'un échange d'expériences de deux « mères » à une jeune femme enceinte, visant à orienter le choix du praticien qui assurera le suivi de la grossesse.

Encadré n°27 ***:« Il a une énorme barbe, des mains énormes et poilues »***

Marjorie, 40 ans, était mère de 4 enfants et venait régulièrement dans l'association observée par l'équipe pour bénéficier de colis alimentaires. Son aînée et sa cadette l'accompagnaient le plus souvent.
Lors d'une discussion informelle avec elles et quelques-unes de leurs amies devant le centre de distribution, Jennifer, la plus âgée (20 ans), a annoncé qu'elle était enceinte de 1mois et 8 jours. Elle avait en effet décidé d'arrêter la pilule et devait bientôt aller faire une échographie à Sérignac, au centre d'échographie.
Sa mère a précisé : « Elle ira se faire suivre à Lesparre et elle accouchera là-bas ».
Elise, une bénéficiaire a alors demandé à Jennifer : « C'est qui qui va te suivre ? ». La future maman a répondu sans hésitation : « Dr P. !». Marjorie poursuivit : « De toute façon, ce sera l'un ou l'autre. Moi, c'est l'autre qui m'a suivie et Dr P. qui m'a accouchée car le mien n'était pas là. (...) Moi les 2 derniers c'était à la clinique. »
Elise a plaisanté sur ces deux médecins pour taquiner Jennifer : « Tu vas voir…Dr G. il a une énorme barbe, des mains énormes et poilues, il te met les doigts sans gants… »

Selon la qualité de l'expérience vécue avec les professionnels, les représentations associées seront positives ou négatives et orienteront le recours. Pour Malika (ci-après), une mauvaise expérience avec la nouvelle gynécologue, mais aussi avec l'ancienne, du CPEF de sa commune, ne limitera pourtant pas son accès aux soins. D'un autre côté, elle n'a pas les moyens techniques et financiers pour aller consulter le spécialiste de son choix.

Encadré n° 28 *: « Même si elle est pas trop aimable (…) Au moins elle est franche »*

Malika, 23 ans, reconnue handicapée, avec des difficultés à tomber enceinte :

« -Tu as vu la nouvelle gynécologue ?
- Oui, je l'ai vue la semaine dernière. J'aime mieux l'autre. Même si elle est pas trop aimable, elle est cash quoi… Au moins elle est franche, et ça je préfère. La nouvelle, elle mange ses clémentines pendant la consultation. T'es là, tu lui racontes ta vie, et elle, elle casse la croute ! Ma parole ! C'est pas croyable ».

Selon si les gynécologues accèdent ou non à la demande des femmes, celles-ci vont émettre des jugements et des formes de classement de ces médecins, qui vont être tantôt doux, tantôt brutal, tantôt à l'écoute, tantôt expéditif… Ici, Sophie qualifiera sa gynécologue de « pro-nataliste » et alimentera la rumeur sur ce praticien en ce sens :

Encadré n° 29: *« Je croyais pas, mais cette gynéco, elle est pro-nataliste ! »*

Sophie, 34 ans, commerçante saisonnière, en demande d'une ligature des trompes, un enfant de 6 ans :

« J'ai jamais eu de problèmes avec elle. C'est ma gynéco depuis le début, que j'ai 15-16 ans quoi. Je la trouvais old-school mais bien. Mais là je me suis fâchée contre elle la dernière fois. Je veux plus de contraception. Bon, j'ai eu mon petit ange, mais à la base je ne voulais pas d'enfant. La dernière fois, je lui ai demandé… pour me faire ligaturer les trompes. Elle a refusé que je fasse ça, sauf que j'ai besoin d'une ordonnance pour aller faire le bilan psychologique. Maintenant, faut que je me trouve un autre médecin qui sera d'accord. Faut que je cherche sur Bordeaux. Mais, je croyais pas, mais cette gynéco, elle est pro-nataliste ! J'ai une amie, elle voulait avorter, elle l'a pas trop aidé pour les démarches… »

Il est à noter que la stérilisation contraceptive, bien que légalisée en 2001, n'est que très peu pratiquée en France (Bajos, Bohet *et al.*, 2012) sans doute du fait de son irréversibilité. Comme Sophie, Hanaen a une expérience négative avec une gynécologue qui n'a pas voulu accéder à sa demande (encadré ci-après) et où la femme se trouve en face d'une difficulté à faire prendre en charge le remboursement de sa consultation par sa mutuelle. Bien qu'elles aient toutes deux la possibilité et le projet de consulter d'autres médecins de leur choix, la situation fait reporter ou modifier le recours.

Encadré n° 30: Hanaen, mariée, 38 ans, deux enfants, restauratrice, marocaine

En attendant un rendez-vous sur le terrain, l'une des anthropologues décide de passer voir Hanaen à son restaurant. Il est 9h50 et elle est seule en train de préparer le service de midi. Elle sert un café à la chercheure et s'assoit à sa table en disant : « ça tombe bien que vous soyez là parce que j'ai des choses à vous raconter ! ».

La dernière fois que l'équipe l'avait vue, elle perdait du sang en continu depuis deux semaines. Elle explique que cela s'est finalement arrêté mais que dernièrement, c'est un retard de règles qui l'a inquiétée. Une prise de sang effectuée par son généraliste l'a rassurée : elle n'est pas enceinte ! Ce qu'elle souhaite raconter en fait, c'est son dernier rendez-vous à la MDSI la plus proche. Le motif de la visite était un problème de « patch (contraceptif) qui gratte ». Elle souhaitait changer de contraception pour se faire poser un implant, parce que l'une des anthropologues lui en avait parlé la fois d'avant et qu'elle s'était aussi renseignée sur internet, comme à son habitude.

Elle débute son récit en disant que la conseillère conjugale était tout à fait favorable à une pose d'implant, alors que la gynécologue s'y est fermement opposée. Hanaen raconte, en colère : « la gynéco m'a fait un lavage de cerveau ! Elle a dit : « Il faut faire le stérilet. Ca vous convient bien. Cette gynéco là, elle mérite sa réputation, je vous le dit ! ». Elle poursuit : « En plus, j'ai eu deux césariennes ! » L'ethnologue acquiesce bien qu'elle ne comprenne pas bien le rapport avec le DIU. Elle s'emporte ensuite sur le fait que la gynécologue ne se soit pas intéressée davantage à ses saignements qui ont pourtant duré presque tout le mois d'Avril. Elle revient sur le stérilet : « Elle m'a vraiment bousculée. En plus j'ai vu sur Internet que ça peut être dangereux. Et moi j'ai une amie qui a eu trois césariennes, elle avait un stérilet. Et bien, il est arrivé en haut ! » dit-elle en mimant de la main un objet qui circulerait de son bas ventre presque jusqu'au niveau de l'estomac. Elle continue à raconter le déroulement de son rendez-vous. Initialement prévu à 10h, elle a dû attendre car le médecin n'est arrivé qu'à 11h. Hanaen s'indigne : « Elle regarde même pas le dossier, elle écrit : 'tatata, et puis Sortez !' Alors j'ai dit à l'infirmière : 'Je ne veux plus de rendez-vous avec ce docteur, ça c'est clair !'. A la fin je savais plus ce que je pensais, j'ai failli dire d'accord, mettez moi le stérilet alors que je veux pas de ça ! »

Hanaen a pu convenir d'un nouveau rendez-vous avec l'autre médecin qui assure les permanences. Cette médecin généraliste est favorable à la pose d'un implant mais explique que cela doit se faire le premier jour des règles. Comme Hanaen « ne veut pas ne pas avoir de règles », la docteure lui propose une pilule qui permettrait dans un premier temps de voir si elle supporte l'implant.

Le problème c'est que ce médecin ne pose pas les implants, ce qui l'ennuie profondément, au point qu'elle est prête à demander à son médecin traitant, qui « est une femme aussi » ou à un autre médecin généraliste homme. Elle ne souhaite pas recourir à la gynécologue libérale qu'elle connait car « Le problème, c'est que la MSA, elle prend pas la gynécologue… »

Finalement, Hanaen décide qu'elle attendra septembre, « quand l'été et Ramadan seront passés », pour la pose de l'implant qui pourrait rendre ses cycles menstruels anarchiques à un moment peu propice. Tant pis, le patch grattera encore un peu.

b. Des institutions

Comme pour les professionnels qui y travaillent, les institutions font également l'objet de représentations, relatant la qualité de l'accueil, l'accessibilité, la disponibilité, la rapidité de la prise de rendez-vous…

Pour les suivis de grossesses et les accouchements, on remarque que les parturientes cherchent toujours à s'assurer de la bonne réputation d'un établissement ou d'un professionnel de santé avant d'y avoir recours. Par exemple Mme X., 30 ans, qui a accouché à la maternité de la clinique pour la première fois, explique son choix : « *J'ai fait le choix de la clinique parce que j'habite ici, c'est petit, ça a une réputation. Après je vois pas pourquoi j'irai accoucher à Bordeaux alors qu'on en a eu une ici ! Elle a une bonne réputation* ». La réputation de l'offre de soins sur le territoire passe également par la circulation d'anecdotes concernant les expériences positives de soins de la famille, du groupe de pairs ou autres réseaux de sociabilité. Mme W., 24 ans, en concubinage, deux enfants, sans emploi, rend bien compte de cela : *« Pour moi c'était normal de venir à la clinique, ma mère a accouché ici, mes sœurs ont accouché ici, donc c'était normal pour moi de venir ici. Je savais aussi que le personnel est bien et efficace. Quand j'ai eu mon problème (hémorragie post-partum), ils ont assuré, et franchement je peux pas dire qu'ils n'aient rien fait. Au contraire. Elles (le personnel essentiellement féminin) ont étaient très sympa, et toujours là. Même quand j'ai déprimé, je pouvais leur parler. Franchement rien à redire. J'ai aussi mes sœurs qui ont été suivie par le Dr P. et tout s'est bien passé. Donc ça c'est fait comme ça*».

L'influence par les pairs ou la famille dans le choix de la maternité, d'un professionnel et les expériences antérieures positives sont très présentes dans les discours des femmes. On note ici d'ailleurs que l'aspect relationnel est aussi important que les compétences techniques et médicales et ce d'autant si la santé de l'enfant à venir entre directement en jeu. Concernant plus particulièrement la petite maternité du Médoc, la bonne prise en charge des parturientes lors de complications obstétricales, alors qu'il s'agit d'un service de niveau 1, peut les encourager à venir y être suivies et à y accoucher. Mme Z., une jeune femme de 23 ans, mariée, sans emploi, a dû subir une intervention médicale de grossesse (IMG) lors de son premier séjour à la maternité. Malgré les conseils de son entourage qui l'enjoint de changer de structure car il tient le médecin pour responsable du décès de ses jumeaux, elle choisit de revenir à la maternité du Médoc. « *Tout le monde m'avait dit de changer de gynécologue avec tout ce qui était arrivé. Et moi, je n'ai pas voulu, parce qu'il (l'obstétricien) me connaissait très bien, il avait le dossier, il savait comment gérer les risques* ». Cette proximité avec le médecin qui connait sa patiente, vient rassurer la femme dans ses choix. C'est aussi le cas de cette patiente Mme V., deux enfants, qui présente des troubles bipolaires mais qui a souhaité contre l'avis de spécialistes accoucher à la maternité de Lesparre. Elle y a accouché de son premier enfant, elle apprécie le médecin qui la suit et qui la connait bien et apprécie « l'ambiance » d'une petite structure.

Encadré n°31 : Mme A., 29 ans, deux enfants, au chômage, conjoint ouvrier, a accouché deux fois à la maternité du Médoc

Comment vous avez choisi le Dr G., vous m'avez dit par rapport à votre suivi mais.. ?
Oui. Et la question ne s'est pas posée. Et puis je voulais accoucher à Lesparre
Pourquoi ?
Parce que déjà d'une, j'ai ma belle-famille qui est autour. Et V., quand j'ai les copines qui accouchent là-bas, on y va une fois la voir et après on a personne. Donc déjà, c'était au niveau du trajet. Et j'avais entendu que du bien de la maternité de Lesparre. Donc, j'ai dit, ça sera là-bas. Comme ça, je garderai le Dr G.. Et puis, je ne suis pas du tout déçue, car la maternité est géniale et les sages-femmes, il n'y a rien à dire.
Géniale…C'est-à-dire…Qu'est-ce qui vous a plu précisément ?
Pour ma première…Je vais parler pour ma première parce que pour ma seconde on sait Voilà, quand c'est le premier, on sait pas, ce qu'il faut faire avec un bébé et donc là, les sages-femmes et bien elles sont là, pour nous expliquer. Et moi, je compare, par rapport à ma copine, à ma meilleure amie, qui a accouché sur V., ça faisait un peu usine…
Elle a accouché où ?
X. Donc, un gros centre de maternité et le premier bain, elle ne l'a pas donné, elle. C'est la sage-femme qui s'en est occupé. Alors que nous, elle était à côté. Comme c'était mon premier bébé, je crois que ce matin-là on était que deux, ce qui fait qu'elle a pu s'occuper de moi. On m'a expliqué les gestes, comment mettre les mains, vraiment c'était quelque chose de personnel, que ma copine, elle a pas du tout eu ça. Elle était à côté et regardait la sage-femme faire. Laver c'est bien, mais passer à la pratique c'est encore mieux. Et elles sont là, pour nous rattraper, si on a un petit problème. Et moi, ça, à la maternité, c'est ce que j'ai apprécié. La différence, c'est qu'on a des sages-femmes pour les bébés et pour les mamans. Et moi, j'ai eu une sage-femme pour mon accouchement, je pense qu'elle m'a envoûté, j'ai pas eu de péridurale donc j'ai fait ça à l'ancienne pour la première, on me la retourné à l'intérieur. J'ai eu toutes les complications du monde. J'ai eu les forceps, j'ai été déchiré…voilà. Et cette sage-femme, je sais pas ce qu'elle m'a fait. Elle me parlait, elle me rassurait tout le long.

Par ailleurs dans les discours des femmes qui fréquentent les institutions socio-sanitaires du territoire, nous avons parfois pu constater un soutien indéfectible aux structures de proximité, témoignant de leur fidélité. Pour Mme A., 35 ans, un enfant, marié, assistante commerciale explique à ce propos : « *Il était hors de question que j'aille à Bordeaux. L'enquêtrice : Pourquoi ?Mme A :: Non, parce que voilà, je ne voulais pas que ma fille soit de Bordeaux, je voulais qu'elle soit d'ici. Et puis, je pars du principe, qu'on a des petites structures. Et ce n'est pas en partant en ville, qu'on va sauver celle de Lesparre. Il y a des gens qui se sont battus pour avoir ce qu'on a* ». La proximité de la structure, son accessibilité, une offre de soins qui parait satisfaisante sont autant d'éléments qui favorisent un recours effectif des femmes aux structures de soins présentes sur le territoire, et cela pour de nombreux domaines de la SRG :

Encadré n°32 : « C'est quand même un bon médecin ici! », « c'est plus pratique »
Fanny, 22 ans, étudiante en couple, 1ère consultation gynécologique, accompagnée de sa mère :
Fanny est venue avec sa mère. C'était la première fois qu'elle consultait un gynécologue. Jusque-là, son généraliste lui prescrivait la pilule, mais un taux de cholestérol anormal et des infections urinaires fréquentes on conduit le médecin à adresser la jeune fille à un spécialiste. Elle s'est orientée vers le CPEF parce que c'était aussi ici que sa mère consultait (cette dernière avait été conseillée par sa pharmacienne). La mère a précisé : « C'est quand même un bon médecin ici! », ce qui semblait vouloir contredire une idée fréquemment répandue selon laquelle les médecins du secteur publique, notamment au sein d'institutions de « solidarité et d'insertion », étaient moins compétents que des médecins exerçant en libéral. Toutefois, à une question concernant la qualité de la relation avec la gynécologue en question, la mère réponds : « Ca va c'est rapide. C'est mieux comme ça. Je suis pas là non plus pour faire une psychanalyse avec elle ».
Fanny vivait dans le centre du Médoc, dans un appartement proche du domicile de sa mère, et prenait les transports en commun pour aller en cours à Bordeaux. Il lui semblait plus logique de venir consulter dans ce centre plutôt qu'à Bordeaux, même si elle aurait eu un plus grand choix de médecins. Au CPEF, « c'est plus pratique » ajouta-t-elle.
Laure explique que son médecin généraliste lui a conseillé de consulter un gynécologue car elle a récemment fait « deux ou trois infections urinaires » et qu'elle a « du cholestérol à cause de la pilule ».

Dans le cas de la grossesse et de l'accouchement, comme nous l'avons indiqué plus haut (voir partie A.1), les deux tiers des femmes enceintes accouchent dans des structures présentes hors du territoire étudié. Ce recours à une offre de soins extérieure, bien que parfois très éloignée, dépend de plusieurs facteurs. La réputation des établissements de santé de Bordeaux et de ses environs, intervient comme une donnée non négligeable et se surajoute aux possibilités de choix que permet cette offre extérieure (maternités de niveaux 1, 2 et 3) inexistantes sur le territoire. La majorité des femmes dont le suivi en SRG se fait en dehors habitent dans les villes de la partie sud du territoire Ce recours externe est essentiellement conditionné par la notoriété d'un praticien et la renommée d'une structure. Il est aussi nous l'avons dit précédemment (cf *A.2.1.c*) largement influencé par les professionnels de santé de cette partie du territoire (médecins généralistes et sages-femmes) qui orientent les femmes vers ces maternités. La parole du soignant suffit parfois à convaincre la parturiente du bien-fondé d'être suivi par tel confrère et/ou d'accoucher dans telle structure.[139] Une jeune femme Mme P. âgée de 28 ans, mère de deux enfants, au chômage (conjoint cuisinier en intérim), vit à la pointe du territoire et a pourtant choisi une structure privée de la banlieue de Bordeaux sur les conseils d'une amie. Elle a un temps de trajet de plus de 1h 30 pour aller consulter à la maternité.
Ainsi, on fait le constat que même en situation de précarité, les femmes peuvent opter pour des structures privées, où les dépassements d'honoraires sont très souvent conséquents, et sont parfois perçus comme une preuve supplémentaire des compétences techniques et médicales de l'équipe soignante et une garantie de la qualité des soins. Il faut aussi souligner que c'est aussi la spécificité des services proposés en SRG (absents sur le territoire) par ces structures qui attire les femmes (haptonomie, PMA, échographie 3D…). Enfin, si le recours à une offre de

[139] Sur l'année 2012, sur les 46 dossiers de femmes suivies par la sage-femme de la PMI Bêta, treize ont accouché à la maternité privée K. de niveau 2 située dans la CUB, treize à la maternité de niveau 3 du CHU, cinq dans la maternité privée C. de niveau 2 située à Bordeaux, trois dans la petite maternité privée B. de niveau 1 située sur le littoral atlantique, une seulement à la clinique du Médoc et une autre dans une autre maternité privée de Bordeaux. Les dix autres dossiers ne renseignaient pas le lieu de l'accouchement

soins externe est plutôt fort dans le cas des suivis de grossesse, c'est plus rarement le cas pour le suivi gynécologique. Comme nous l'avons dit plus haut le médecin généraliste est privilégié. Ici, c'est la relation soignant/soigné qui prévaut sur les distances géographiques. On comprend que l'enjeu ne soit pas le même. S'il semble évident de se déplacer et de rechercher le professionnel le plus compétent lorsqu'il s'agit d'un tiers (dans le cas d'une grossesse), la situation est évaluée de façon différente et *a minima* lorsqu'il s'agit de soi et d'un problème considéré comme mineur.

B.2.5. Les effets sur les recours de ces représentations sur leurs pratiques

Comme pour les démarches de recours, le non-recours en SRG est parfois dépendant des représentations que les usagers ont des structures sanitaires et sociales du territoire. Les expériences antérieures (de la famille, du groupe de pairs), les rumeurs, la réputation des structures et des soignants sont des facteurs importants pour expliquer pourquoi les femmes rencontrées ne vont pas recourir à l'offre de soins du territoire. L'entretien suivant réalisé avec un jeune couple (la jeune femme est mineure (17 ans), elle est enceinte de son premier enfant, son conjoint a 20 ans, il est au RSA, ils vivent chez sa mère) rend bien compte du rôle des représentations sociales dans la décision de non-recours à l'offre existante.

Encadré n° 33: Mme G. est mineure, 1ère grossesse, son conjoint a 20 ans, il est au RSA, ils vivent chez sa mère

Je ne voulais pas aller à la clinique du Médoc
Pourquoi ?
F : Parce que ça n'a pas bonne réputation.
Elle vient d'où cette réputation ?
F : Je la connais parce que j'en ai fait l'expérience.
Vous pouvez me raconter ?
F : Alors, on y était…la première fois que j'y étais c'était pour Monsieur. C'était pour lui. C'était au mois d'avril. Il était malade, il avait une angine qui s'infectait et qui s'attaquait aux poumons. Ils lui ont fait une ponction lombaire parce qu'ils croyaient que c'était une méningite. Ils lui ont fait tous les examens. Et c'était pas une méningite. Sauf, qu'après la ponction lombaire, ils ne l'ont pas laissé assez longtemps couché et au repos. Il est tombé au milieu du couloir devant le médecin qui n'a pas bougé et l'a laissé tomber. Moi je ne pouvais pas toute seule le tenir. Le médecin le regardait et faisait rien. Les pompiers qui venaient d'amener quelqu'un l'ont pris et l'ont mis sur un brancard.
La deuxième fois c'était pour moi, au mois de juin.
H : Ah oui, je me rappelle.
F : Quand j'avais des douleurs d'estomac. Et j'y étais et ils ont fait quoi ? Ils m'ont donné un Dafalgan, m'ont laissé toute seul une heure dans une salle toute seule. Sa sœur avait le droit de venir mais lui, n'avait pas le droit de venir, me demandez pas pourquoi, ça c'est un mystère, je sais pas. Et ils m'ont laissé comme ça et au bout d'un moment ils m'ont dit « vous pouvez partir »/. Le Dafalgan j'aurai pu le prendre chez moi. J'avais toujours mal. « Vous avez rien ». Je suis allée chez mon médecin le lendemain et j'avais une carence en fer qui peut provoquer ces crampes-là, qui provoquait des vomissements et j'avais aussi la tête qui tournait. Je tenais pas debout.
C'était aux urgences à chaque fois ?
H&F : Oui.
Mais pour la maternité ?

F : La troisième fois c'était pour lui aussi. Quand il s'est cassé le doigt, il avait de la fièvre et il avait mal au doigt. Alors je vais voir un infirmier pour qu'il puisse s'allonger au moins pour la fièvre et il m'a regardé et il m'a dit « vous avez qu'à l'allonger sur les chaises ! » dans la salle d'attente. Ils ont appelé une ambulance…
H : Je suis reparti avec l'ambulance, la main pleine de sang...
F : Ils ne lui avaient même pas nettoyé la main. Il est arrivé à S. (dans la banlieue de Bordeaux.), il s'est fait nettoyer la main et tout. C'est pour ça qu'on évite Lesparre maintenant.
Mais pour ce qui est de la maternité ?
Même quand on nous en parle, on nous dit que même là-bas ils sont pas…voilà quoi !
Qui vous a dit ça ?
F : Des gens du milieu aussi. La dame de l'ambulance.
H : La taxi
F : Oui, la chauffeuse du taxi. Sa sœur y a été, parce qu'elle avait les contractions de travail et tout et ils lui ont dit : « vous pouvez rentrer chez vous, c'est pas pour maintenant ». Sauf qu'elle avait toujours très mal, alors elle est allée à au CHU et le temps d'arriver moins d'une heure après son fils il est sorti ! Et une copine à elle aussi, qui avait un stérilet qui s'était déplacé, elle avait des lésions et tout parce qu'elle saignait et tout. Elle est allée à Lesparre et *ils ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire. Elle est allée voir ensuite sa gynécologue qui lui a enlevé et qui lui a changé. Alors* qu'à Lesparre, ils *lui ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire, pas l'attraper et que c'était pas dangereux.*
H : Et la gynécologue a dit que ça l'était ! Dangereux ! Ça donne pas très envie.
F : Les ambulanciers, les autres qui nous ont amenés à S. pour sa main ils nous ont dit / « le jour où ils feront quelque chose de bien, vous nous appeler ! » donc quand on entend ça venant des ambulanciers.

La majorité des femmes qui ont fait le choix de sortir du territoire pour le suivi de leur grossesse l'explique en raison d'une mauvaise réputation de la clinique du Médoc et/ou font le récit d'expériences négatives. Si les professionnels de la maternité ont conscience de ce problème d'image, ils cherchent aussi des causes externes à la structure. Pour un des deux gynécologues, les médecins généralistes du territoire sont en grande partie responsables de la « fuite » des 2/3 des femmes vers d'autres structures proches de Bordeaux. Le Dr P., 58 ans gynécologue obstétricien à la clinique explique : *« Il y a des médecins sur Sérignac qui ne veulent pas entendre parler de nous (…) Et c'est comme ça, et ce n'est pas rattrapable, hein, ça fait douze ans que je suis là et c'est toujours pareil.* ». La cadre de santé de la maternité, Mme Z. revient quant à elle sur le problème de la mauvaise réputation. *« Quand vous interrogez les gens de Bordeaux et que vous leur parlez du territoire !...(…) il y a cette réputation mais il faut que l'on s'en sorte parce qu'on est pas tous alcooliques ou analphabètes* Est-ce que vous avez l'impression que cette stigmatisation de la population ressurgit sur le personnel ? *Tout le temps, vous ne pouvez pas vous imaginez ! Tout le temps, comme si on n'avait pas fait nos études au même endroit que les autres ! Moi mon école des cadres, je l'ai faite à Bordeaux ».* Les femmes rencontrées ont en effet pu émettre des réserves quant aux compétences mêmes du personnel. L'arrivée de nombreux médecins étrangers pour pallier la difficulté de la structure à trouver du personnel qui veut s'installer sur le territoire, est venue amplifier ce sentiment. Le manque de techniques et de moyens est un autre argument utilisé par les femmes pour partir vers d'autres structures de soins. Le Dr P. explique : « *Il y a une part de la population de Lavignac qu'on pourrait rattraper avec la*

consultation[140] *à Lavignac. Donc il faut la faire. Et puis il y a le CHU de Bordeaux qui prend des niveaux 1. Il faut que sous une forme ou une autre, l'ARS ou la sécu, je ne sais pas, impose au CHU de respecter le réseau. Nous on envoie aux niveaux 2 et 3 et il faut qu'une femme de niveau 1, si la grossesse va bien on lui dise : « Madame, vous habitez à cinquante kilomètres, votre grossesse va bien, on ne vous veut pas ici, vous allez à la clinique du Médoc». Comme l'hôpital ne respecte pas ça, on a une déperdition».* Le système de soins français permet aux individus de choisir librement la structure de soins et le professionnel de santé. Si des niveaux de maternité (plateau technique plus ou moins complexe, physiologie/pathologie) ont été mis en place, l'organisation des soins n'impose pas aux femmes comme en Grande-Bretagne par exemple, que le suivi soit assuré par un type de maternité.

Nous l'avons vu, l'accès aux soins ne peut être réduit à un comptage des recours. Il est important de prendre en compte la perception et les représentations qu'ont les femmes de la nécessité ou non de se soigner, de prévenir, d'éviter, d'estimer la gravité ou l'urgence des maux qu'elles perçoivent. Le recours est néanmoins influencé par d'autres facteurs, que nous allons aborder ici, même si ces discours n'ont pas toujours pu être croisés par les chercheures avec l'observation des pratiques effectives.

B.3. D' autres facteurs influencent les recours

Les situations des femmes sont souvent complexes et montrent que les recours sont parfois question d'opportunités (vs faisabilité), font l'objet d'arbitrage ou encore de choix plus affirmés. Ils semblent également dépendre de l'intégration des femmes aux différents parcours de soins, à des réseaux de sociabilité (entraide) et d'information.

B.3.1 .Une question d'opportunités et de faisabilité

a. « Avoir des droits ouverts »

Quelques femmes rencontrées, souvent étrangères, n'avaient pas encore eu recours aux soins, depuis leur arrivée car elles étaient dans l'attente de papiers et/ou d'une prise en charge sociale. Dounia, par exemple, lorsqu'elle est arrivée du Maroc a 54 ans pendant l'enquête, a été accompagnée par l'une des ethnologues et un voisin dans un centre de soins associatif bordelais que la femme avait connu par le bouche à oreille. Elle a pu y établir, pour elle et son mari, un dossier d'Aide Médicale d'Etat et bénéficier de soins. Le recours n'a pas été aussi évident pour Mme Ga., 23 ans, enceinte de son troisième enfant. Celle-ci a expliqué à la sage-femme de PMI qu'elle n'avait pas réalisé ses examens (prise de sang, échographie) parce qu'elle attendait « son dossier de sécu ». Elle n'avait pas les moyens de faire l'avance des frais et a déclaré qu'elle les ferait plus tard.

[140] Une permanence de soins en gynécologie et obstétrique avait un temps était envisagé par l'équipe soignante de la PMI Bêta, mais le projet a rapidement été abandonné.

Encadré n°34 : Mme C., 27 ans, 4ème enfant, sans emploi, conjoint sans emploi, gens du voyage sédentarisés

Elle fait le récit des problèmes de santé que rencontre sa dernière fille :
« Ca faisait trois mois qu'elle faisait du kiné. Elle était sous ventoline, sous traitement de fond, de flexotide, et le kiné m'a dit, si vous avez besoin en urgence en weekend, je viens, parce qu'elle était vraiment très prise. En fait, il est arrivé un dimanche soir de l'aéroport à huit heures du soir. Elle était toujours malade, je ne voyais aucune évolution de son état. Il est arrivé et m'a dit : « Mais votre enfant est en train d 'y passer ! ». J'appelle le SAMU. Il lui a fait un dégagement de secours, et sont arrivé quatre camions de pompier et le Samu. Elle avait quatorze de tension et le battement de cœur était très haut, très haut, à 200 et quelque, et quarante de fièvre. Alors qu'une bronchiolite ne fait pas de fièvre en principe. Donc ils l'ont branché sous oxygène. Ils me l'ont perfusé aussitôt, donc…je suis partie avec eux, et je suis restée à l'hôpital pendant huit jours. Et là, la facture m'est tombée dessus. 10000 euros d'hôpital.
Vous êtes à la CMU?
Mais oui, mais la CMU, ils ont fait une erreur, ils l'ont pas mis. La sécu a fait une erreur. J'ai encore renvoyé un dossier, c'est la quatrième fois et je n'ai toujours pas de nouvelles. Donc je paye plein pot. C'est pas leur problème. 9400 euros d'hôpital plus les transports de pompiers et Samu ça me compte dans les deux cents euros. On va faire la demande d'un recours gracieux parce que le délai de la sécu est passé, les trente jours, donc c'est à moi de payer. Sinon, c'est saisie sur compte bancaire. L'assistante sociale s'en occupe, elle a fait les papiers.

Connaître une personne de confiance est aussi important. Ainsi, quand nous l'avons rencontrée, Véronica venait juste de s'installer depuis quelques jours sur l'aire d'accueil médocaine avec son époux et ses trois enfants et ne jurait que par son « médecin traitant » qui exerce dans une ville du Département voisin, où elle loue un terrain. « *Il nous connaît bien, c'est pour ça que je change pas* » n'a-t-elle eu de cesse de répéter « *et je suis prête à faire des kms* ». Contrairement à sa belle-sœur, elle possédait son permis de conduire

b. Débrouille et organisation

Pour les femmes qui ne parlent pas bien le français, le fait d'être obligée de trouver une accompagnante pour traduite a pu jouer sur certains recours.

Encadré n°35 : Une interprète improvisée « attrapée au vol » dans la rue

Dounia, 46 ans, marocaine, papiers espagnols, ouvrière agricole, en couple et sans enfant :

Marocaine, Fadila ne parlait et ne comprenait que peu le français lorsqu'elle est arrivée dans la commune médocaine où résidait une de ses sœurs. « Au Maroc, il n'y a pas le travail, et en Espagne, maintenant c'est pareil. » regrettait-elle.
Après une demande en urgence d'une Aide Médicale d'Etat à Bordeaux auprès de l'association XXX, Fadila poursuivit ses démarches administratives, sociales et médicales auprès des employés de la MDSI de sa commune. Il n'a pas été rare que les membres de l'équipe de recherche interviennent pour lui lire et expliquer des courriers, ou prendre des rendez-vous par téléphone. Fadila s'employaient pour les rendez-vous à trouver des femmes susceptibles de la traduire : ainsi sa sœur l'a parfois accompagnée, mais il a pu être observé qu'une simple connaissance, « attrapée au vol » dans la rue, pouvait être mobilisée pour jouer les interprètes. Le temps faisant, Dounia a pu se faire des amies sûres pour l'aider dans ses situations, et a réalisé de rapides progrès en français.

Le recours aux soins est aussi lié au « facteur accessibilité ». En effet, l'étendue du territoire ne permet pas toujours aux femmes de recourir facilement à l'offre de soins. Le problème des distances géographiques est récurrent dans les discours des femmes et est souvent présenté comme un obstacle, un frein à l'accès aux soins. Cependant, tout en étant présent dans les récits, les femmes racontent qu'elles vont pour la plupart mettre en œuvre un certain nombre de stratégies pour contourner cette difficulté. On note que pour beaucoup cette contrainte est parfaitement socialisée. C'est-à-dire que les problèmes de déplacement étant inhérents au territoire, les femmes les ont parfaitement intégrées à l'organisation de leur déplacement, au temps de leur déplacement. De fait elles sont mêmes – pour les femmes qui vivent depuis longtemps sur le territoire- parfois minimisées ou même niées. Au fond, habiter le territoire, c'est aussi accepter de parcourir de longues distances géographiques pour se rendre chez son médecin, à la maternité, ou pour simplement faire ses courses. L'extrait d'entretien suivant le montre bien : « L'enquêtrice : « *Pour tous les soins classiques vous trouvez tout ce qu'il vous faut ici ? Ici, non mais aux alentours oui ! Il faut prendre la voiture c'est sûr ! C'est ça le (territoire)* ! », explique Mme Q. âgée de 31 ans, mère de deux enfants qui réside à l'extrême nord de la presqu'île. Mme A. âgée de 29 ans, confirme « *Le permis, la voiture c'est obligé ici, sinon c'est la merde. A chaque fois qu'on veut bouger il faut une voiture parce t'as direct des distances à faire* ». Le déplacement en voiture est difficilement évitable et pourtant comme nous l'avons déjà noté, beaucoup de femmes rencontrées n'ont pas le permis (parfois le conjoint non plus) ou pas de voiture (l'absence de voiture est liée aux nombreux problèmes financiers que rencontre la population enquêtée, lorsque les personnes en possèdent une, elle est souvent en panne ou ils n'ont pas passagèrement les ressources financières pour acheter du carburant). En l'absence de moyen de locomotion personnel ou de transports collectifs, certaines femmes vont mettre en place des « arrangements ». Plusieurs cas peuvent être observés :

Pour celles qui sont éloignées des villes où sont situés les consultations ou les centres de soins, elles réalisent un vrai travail (au sens de Strauss, 1991) d'organisation des rdv de soins sur la même journée. Par exemple *Mme U. d'origine marocaine, âgée de 38 ans explique que le couple n'a qu'une voiture et donc qu'elle a dû s'organiser pour être présente aux RDV médicaux et réaliser les examens. Elle s' « arrangeait » pour faire les bilans prescrits par le médecin lorsqu'elle avait RDV ou elle amenait son conjoint au travail le matin et pouvait ainsi garder la voiture pour se déplacer* (extrait journal de terrain, 10/11/12).

La plupart va faire appel aux réseaux d'entraide familial ou amical. Lorsque le couple ne possède qu'un véhicule, celui-ci est souvent utilisé par le conjoint pour se rendre à son lieu de travail et la femme doit alors s'organiser pour effectuer ses déplacements. La famille, les amis, les voisins sont souvent mobilisés s'ils possèdent un véhicule. Mme K., 24 ans raconte « *Ma belle-mère ou ma sœur m'accompagne aux RDV. Notre voiture est en panne depuis un mois. On va la faire réparer quand on pourra. Il (le conjoint) n'a jamais pu venir à un RDV. Je voulais qu'il soit là aux écho, il a vu la photo* ».

A l'inverse, Milka, visitée à la Clinique par deux des ethnologues accompagnée du chargé de mission (homme) le lendemain de son accouchement est issue des gens du voyage. Deux de ses frères sont en prison et c'est elle qui conduit tout le monde, donc « *ils ont hâte de la récupérer* », confie l'accompagnateur qui la connaît bien, ainsi que sa famille, depuis les nombreuses années qu'il les suit.

La présence d'enfants en bas-âge demande aussi de mobiliser le réseau. Mme O., 31 ans, séparée de son conjoint, deux enfants, doit se rendre aux consultations pour sa troisième grossesse. Elle explique : « *On s'arrangeait, je prenais les rendez-vous le matin, le mercredi, comme ça, il (son ex-conjoint) m'amenait à H. chez une amie qui me gardait les petits et moi j'allais à Castamarande à pied ! C'est à quarante minutes* ». D'autres prennent également un

vélo, quand elles en trouvent un, ou encore se déplacent en auto-stop. Lors d'un entretien informel, une jeune femme de vingt ans nous a confié s'être déplacée à plusieurs reprises à pieds ou en auto-stop entre son lieu de résidence et la clinique de Lesparre (une vingtaine de kilomètres) pour se rendre aux consultations pour son suivi de grossesse ou pour les séances de préparation à l'accouchement. Les horaires de train et de bus ne correspondaient pas toujours à ses besoins ou parce qu'elle n'avait pas les moyens de s'acquitter d'un billet.

Certaines femmes peuvent aussi faire appel à un taxi ou à une ambulance. Le récit de Mme C. illustre parfaitement les difficultés qu'elles rencontrent pour se déplacer et les solutions qu'elles doivent mettre en place :

Encadré n°36 : ***Mme C., 27 ans, 4 enfants, sans emploi, gens du voyage sédentarisés***

Vous avez le permis tous les deux ?
Non
Ca vous pose problème ?
Ben oui, parce que lui quand il travaille c'est le patron qui vient le chercher, ça nous coute des frais à nous parce qu'ils nous enlèvent les frais de gasoil à nous !
Et pour vos rendez-vous médicaux ?
Je fais venir le VSL.
Et quand vous devez aller à l'hôpital ou ailleurs ?
Je demande à sa mère. Sa mère ou des copines et si je peux je vais en bus. Il avait son permis mais il ne l'a plus. Il faut qu'il repasse tout et c'est que nous les moyens…
[…]
Le VSL, je le fais prescrire par mon médecin. Et lui (son dernier enfant), il y a pas longtemps il est parti à V. en urgence. […] Donc, le médecin m'a fait venir le VSL. Et moi, j'avais demandé le véhicule pas l'ambulance ! Alors, l'ambulance est venue et j'en ai pris plein la tête : « oui, euh…nous on se déplace pas pour des cas comme ça, on n'est pas le VSL pour aller à Bordeaux, nanani et nanana ». Je lui ai dit : « écoutez, moi, j'ai demandé le VSL, si vous n'êtes pas contents, pour prenez votre camion et vous repartez à Lavignac, moi, il n'y a pas de soucis ! ». Du coup, ils étaient obligés de me prendre car mon fils était en danger, donc s'ils me refusaient, ils étaient en tort ! J'aurai pu porter plainte contre eux sinon ! Mais ils m'ont demandé : « comment on fait pour les paiements ? ». Je leur ai dit que j'allais recevoir l'ordonnance et la facture et que ça serait payé par la sécu. Mais : « oui, mais on n'a pas l'habitude de la CMU, d'habitude c'est payé en espèces ». Mais moi, je suis désolée, j'ai pas les moyens. C'est la CMU ».

La bonne connaissance des systèmes de prise en charge mis en place sur le territoire par les collectivités locales ou associatives peuvent permettent de pallier les difficultés d'accès aux soins. Plusieurs patientes, très éloignées et sans véhicule disent demander au médecin généraliste (pour les enfants essentiellement) ou à l'IDE libérale (pour les bilans) de venir au domicile. Rappelons que les sages-femmes de la PMI réalisent la majorité de leurs consultations au domicile des patientes et leur proposent des accompagnements.

On voit bien comment « la débrouille », le « système D », les réseaux, jouent un rôle très important dans l'accès aux soins des femmes rencontrées. Il ne suffit pas que l'offre soit existante pour pouvoir y accéder. Il faut que l'individu –et ce d'autant qu'il est dans une situation de précarité- réalise lui-même un travail, pour pouvoir pleinement y accéder. Comme le résume bien Mme D. âgée de 35ans, d'origine marocaine, enceinte de son cinquième enfant : « *ici si on est pas débrouillard, tout est difficile* ». Chez l'ensemble des femmes rencontrées, on note une réelle volonté d'être suivi (plus particulièrement pour la grossesse), ce qui vient de fait, annihiler le sentiment d'avoir des difficultés de déplacement.

c. L'influence des réseaux de sociabilité

Certains travaux ont mis en avant la notion de vulnérabilité relationnelle pour décrire plus précisément les formes de fragilité que peuvent comporter le manque de lien social. Comme le souligne V. Cohen (1997), il ne suffit pas seulement d'avoir une famille ou d'être en contact avec celle-ci pour mesurer ce type de vulnérabilité, car il s'agit plutôt d'en mesurer la solidarité potentielle : « *une parenté disponible ne signifie pas une parenté mobilisable* ». L'entretien de ce type de relations (parfois vécues comme obligatoires) qui peut aussi peser sur les individus et les fragiliser (en leur évitant pas par exemple d'éprouver un fort sentiment de solitude). Même si elle conduit à envisager la vulnérabilité sous l'angle de la reproduction sociale et moins de la construction des relations par les acteurs eux-mêmes (notamment en termes de réseaux) la notion bourdieusienne de « capital social » montre que « les individus vulnérables auraient non seulement peu de relations mais encore des relations non susceptibles d'offrir un véritable système d'échange de biens et de services variés (Cohen, 1997). L'isolement des personnes -ressenti ou réel- va également de pair avec ce le sentiment de disqualification sociale (Paugam, 1993) qu'elles éprouvent ou qu'elles ont incorporé, en termes « d'infériorité sociale » notamment (vu en B.1.1): « *La disqualification sociale est donc avant tout une épreuve, non pas seulement en raison de la faiblesse des revenus ou de l'absence de certains biens matériels, mais surtout en raison de la dégradation morale que représente dans l'existence humaine l'obligation de recourir à l'appui de ses semblables et des services d'action sociale pour obtenir de quoi vivre dans des conditions décentes* » (Paugam, 1993 : 80).

L'insertion des femmes dans des réseaux de solidarité, notamment associatifs, paraissent avoir permis à certaines d'entre elles de rééquilibrer se sentiment, notamment lorsque les associations les encouragent ou leur permettent de participer à des activités valorisantes et rémunératrices (préparation de fagots de sarments, tenue de stands lors d'événements, etc.)
Plusieurs femmes rencontrées lors de l'enquête, qui n'entretenaient pas ou plus de relations avec leur parenté, semblaient plutôt avoir reconstruit aussi des liens auprès de personnes partageant la même condition sociale ou auprès de pairs :

Encadré n°37 : *« Denise, tu crois qu'elle a le droit à quoi ma fille ? »*

Marjorie, 40 ans, mère de 4 enfants, future grand-mère et bénéficiaire de colis alimentaires :
Marjorie, bénéficiaire de colis alimentaires, s'inquiétait de l'avenir de sa fille Jennifer, 20 ans, tombée enceinte alors qu'elle n'avait encore ni permis de conduire ni travail. La future maman et son compagnon avaient toutefois « réussi » à obtenir un logement social. Encore peu rassurée, Marjorie, au cours d'une distribution de colis à l'association, s'est renseignée auprès de Denise une autre bénéficiaire et amie (en présence des ethnologues,) pour savoir à quelles aides sociales Jennifer pourrait prétendre lorsqu'elle serait en ménage. Denise connaissait bien les rouages des aides sociales et était souvent en mesure de conseiller ses amies sur leurs « droits ». Elle a donc rassuré son amie en lui disant que sa fille et son gendre auraient « droit au RSA, aux APL et à la CMU déjà, plus les allocations familiales pour le bébé ».

Dans le champ de la fécondité, par exemple, qui a fait de tout temps l'objet de solidarités féminines (concernant surtout la stérilité ou les avortements), les femmes semblent échanger entre elles relativement facilement un certain nombre d'informations, sur le mode oral, surtout lorsqu'il s'agit de recourir à des circuits parallèles ou officieux.

Le recours aux « médecines non conventionnelles » semblait le plus souvent influencé par un tiers initié, (celui que Jeanne Favret-Saada nomme « *l'annonciateur* » dans les situations de sorcellerie). Dans le cas de la santé reproductive et génésique, celui-ci est généralement une femme de la famille, une amie, une voisine. Ainsi, Jeanne, auparavant ouvrière viticole se souvint d'une collègue à elle : « *Cette fille, elle était pas bien dans sa tête, elle était pas bien…c'était du psychosomatique aussi, donc l'endométriose elle la fabrique…mais peut-être qu'un guérisseur en qui elle croit, la personne en qui elle va croire peut peut-être soigner ce genre de choses. Ça se voit !* »

La recherche de praticiens non officiels, par exemple, dépendait principalement de circuits de bouche à oreille, bien que certains fassent de la publicité via des tracts laissés dans des commerces, dans la presse locale ou sur internet. Ainsi, c'est encore « l'annonciateur » qui allait conseiller tel ou tel thérapeute de sa connaissance. En outre, la rumeur en colportait les exploits ou les défaillances, de même que le type de maux pour lesquels ils étaient les plus efficaces. Il était ainsi plus difficile aux nouvelles arrivantes, encore exclues de ce réseau, d'accéder à ce type de soin. Pour cette raison, certaines femmes « migrantes » continuaient de profiter des soins de sorciers et autres praticiens lors de leurs voyages occasionnels dans leur pays d'origine.

Encadré n°38 : Soigner l'infertilité par « *le sorcier au bled* »

Malika, 31 ans, marocaine mariée à un français d'origine marocaine, sans emploi :
Malika est venue du Maroc pour se marier avec un jeune homme d'origine marocaine résidant dans le Médoc. A l'âge de 31 ans, elle souffrait d'un problème hormonal qui avait été la cause de huit fausses couches. Elle fréquentait régulièrement les services du centre de planification familiale de sa commune, ainsi qu'un « spécialiste » sur Bordeaux ; pour ces rendez-vous, ainsi que pour parler à notre équipe, elle s'arrangeait systématiquement pour qu'une amie vienne la traduire car elle avait des difficultés à parler et comprendre le français au début de notre enquête.
En parallèle de ce parcours de soin, quasi-hebdomadaire, elle a rapporté avoir bénéficié de pratiques de guérison auprès d'un sorcier connu de sa famille et de ses voisins lors d'un séjour « au bled ». Au moyen d'huile d'olive chauffée, d'imposition des mains sur le ventre et de récitations incantatoires, celui-ci avait essayé de rendre sa fertilité à Malika, laquelle ne connaissait personne en Médoc susceptible de pratiquer la sorcellerie à cette fin.

On peut comprendre aussi ces recours plus personnels et intimes comme des aspirations à l'autonomie. Il n'est en effet pas rare d'entendre ces femmes nous dire « *je me soigne toute seule* » ou « je préfère ceci ou celui-là… », montrant leur capacité à agir elles-mêmes ou à choisir leur itinéraire.

d. Temporalités et opportunités

En partenariat avec l'infirmière scolaire du lycée de secteur, la conseillère conjugale d'un des CPEF organisait des séances de sensibilisation annuelles pour les différentes classes, mais aussi des « permanences-café» qui sont des lieux de discussions et d'échanges conviviaux. Ces évènements constituaient pour les jeunes des moments où ils/elles découvraient et venaient parfois au CPEF pour la première fois, posaient des questions, prenaient des rendez-vous.

Tout au long de la vie des femmes apparaissent des dispositifs de prévention en SRG : ils marquent des étapes-clés (vaccin contre le *papilloma* virus, contraception, suivi de grossesse, dépistage du cancer…) pour celles qui y adhèrent, comme ça a été le cas de Juanita :

Encadré n°39 *: « Quand j'ai eu 50 ans, ça m'a fait un déclic (…) J'ai fait une mammographie »*

Juanita, 52 ans, un enfant, auxiliaire de vie :

« J'ai très mal pris la cinquantaine. J'ai eu un début de cancer du sein. Pourtant je suis quelqu'un de très résistante, même pour l'accouchement…(…) Mais le cancer du sein, sur le coup, j'ai fait une dépression. Au début, je croyais que c'était la ménopause, j'ai été très à l'écoute de mon corps, un peu poussée par le médecin traitant. Quand j'ai eu 50 ans, ça m'a fait un déclic et j'ai voulu faire un bilan de santé. J'ai fait une mammographie à la clinique, et là ils ont vu quelque chose. C'était une jeune qui l'a vu. Je suis pas quelqu'un qui s'angoisse vite, le milieu médical a été très accueillant, ils m'ont tout expliqué… Ça m'a fait paniquer. Après, je suis allée à la clinique d'Arès car ils sont plus spécialisés dans le sein. C'est le radiologue qui m'avait dit d'aller là-bas. »

Pour autant, de nombreuses femmes rencontrées échappent à ces dispositifs, soient parce qu'elles n'ont pas accès au message de prévention, soit parce qu'elles font le choix de ne pas y recourir pour des questions de priorités par exemple, « de refus de rentrer dans le système » ou projettent de différer le recours.

B.3.2. Une question d'arbitrage

Le suivi gynécologique, par exemple, apparaît lors des observations et des entretiens réalisés, plutôt faible et irrégulier. Cependant les femmes offrent peu d'arguments lisibles pour l'expliquer. C'est-à-dire que les facteurs qui sont à l'origine du non-recours, sont difficilement perçus comme des freins par les femmes. Ainsi c'est plus un ensemble d'éléments qui se superposent, qui viennent détourner les femmes du soin. En effet nous avons pu constater que le recours et le non-recours reposent sur une évaluation et une hiérarchisation par les acteurs, des besoins et des priorités du quotidien.

a. Besoin de soin ressenti et santé perçue

Plusieurs étapes peuvent être repérées dans le parcours de soins. Entre l'identification d'un symptôme et son traitement, il y a des étapes intermédiaires : le choix d'un professionnel, d'une structure, la prise de RDV, le déplacement, l'observance du traitement et des examens prescrits, le suivi. Chaque étape donne lieu à des arbitrages qui peuvent remettre en cause ou au contraire motiver le recours aux soins. Rappelons que le territoire observé offre peu de spécialistes en SRG, facteur aussi déterminant pour comprendre comment les femmes font des choix. L'analyse des entretiens et des observations montre des trajectoires de recours à l'offre de soins, multiples. Les raisons qui les amènent à consulter un professionnel en SRG relèvent le plus fréquemment de la « routine ». Elles ont des demandes simples de renouvellement de contraceptifs, de traitements hormonaux, de dépistage (frottis) répondant ainsi aux préconisations des politiques de santé publique. Nous faisons le constat que la majorité des femmes rencontrées ne consultent que rarement le gynécologue pour ce suivi classique. En effet, pour elles, le suivi gynécologique relève avant tout des compétences du médecin généraliste. Celui-ci assure en effet fréquemment les examens de routine tels que la palpation des seins, le suivi de grossesse jusqu'au sixième mois, la prescription de la contraception et

les examens sanguins qui y sont relatifs[141]. Mme C., 27 ans, mère de quatre enfants, explique : « *voir un gynécologue si je suis pas enceinte, c'est inutile*». Mme Ba. 22 ans, enceinte de son premier enfant, raconte que son médecin généraliste lui prescrit la pilule depuis 5 ans. Les exemples sont très nombreux chez les femmes rencontrées et s'expliquent aussi par la relation de confiance nouée avec le médecin de famille qui connaît bien l'histoire de la femme, ses antécédents. Seuls la survenue d'une grossesse, l'identification d'un symptôme perçu comme anormal ou relevant d'une urgence, ou la difficulté du médecin généraliste à traiter le problème, amènent les femmes à consulter un spécialiste : le gynécologue-obstétricien.
Ainsi le recours aux soins en SRG suite à une urgence apparaît comme un motif relativement fréquent de consultations de gynécologie ou d'obstétrique. Qu'il s'agisse d'un oubli de pilule, d'un retard de règles, de douleurs pelviennes, ou encore lorsque au cours d'une grossesse la parturiente ressent de douleurs, détecte l'absence de mouvements fœtaux ou constate la survenue de saignements, les femmes peuvent être amenées à consulter rapidement un gynécologue et/ou un obstétricien.

Pour l'équipe sociologique l'entrée par la grossesse a, de fait, limité l'observation de cas de non recours. En effet, comme nous l'avons déjà dit, pour les soins qui relèvent de l'obstétrique, les femmes recourent assez facilement aux spécialistes, même si nous avons rencontré des femmes qui ont été dans un premier temps, suivies par leur médecin généraliste. Rappelons aussi que l'entrée sur le terrain par les institutions a conduit notre équipe à rencontrer, des femmes qui recouraient aux soins.

De façon plus générale, c'est aussi la perception de signes cliniques et leur interprétation qui jouent un rôle important. Or, l'identification d'un besoin passe par le langage et par une « aptitude à verbaliser correctement» ce qui est ressenti. Or certaines personnes en situation de précarité ou étrangères sont parfois en difficultés face à cette attente. Chez les femmes rencontrées, on remarque qu'elles établissent un ordre de priorité entre ce qui relève de la routine et de l'urgence (Hughes, 1996), l'une et l'autre amenant à privilégier des professionnels différents. On voit bien aussi comment les contraintes structurelles et le souci de soi et de sa santé interviennent ou non dans l'échelle des prérogatives.

Encadré n° 40:*« Il faut que je l'emmène voir un endocrinologue »*

Marjorie, mère de 4 enfants, bénéficiaire de colis alimentaires, à propos de sa cadette Samantha, 18 ans:

-Et du coup, par rapport à la gynécologue si vos filles ont besoin d'être suivies elles vont quand même à la clinique ?
-Oui elles vont y aller. D'ailleurs il faut que j'emmène Samantha car elle a 18 ans et elle n'a toujours pas eu ses règles. Donc on a fait une prise de sang avec le médecin et il faut que je l'emmène voir un endocrinologue parce qu'elle a trop d'hormones mâles ou je ne sais pas quoi, trop de… pilosité je cherchais le mot ! Donc ça lui a bloqué ses règles. Il y a 3 ou 4 mois de délais d'attente. […] C'est pas bien non plus de ne pas les avoir.
- C'était donc avec le médecin traitant ?
-Oui, oui. Donc là il faut que je téléphone à un médecin qui vient à la clinique. Il y a 3 ou 4 mois de délais d'attente. Et la dernière fois qu'elle avait rendez-vous, elle a annulé par ce que cela tombait le jour où elle avait un examen important qu'elle ne pouvait pas ne pas faire. Mais là, comme elle a arrêté l'école elle va pouvoir prendre rendez-vous.

[141] Notons que le médecin généraliste assure aussi le plus souvent, le suivi pédiatrique des enfants.

Pour Marjorie, s'occuper de sa seconde fille apparaissait comme moins urgent que de surveiller de près son aînée « *à ne pas courir les garçons* ». De plus, c'était d'abord à la première fille de passer son permis de conduire, dont le coût était semble-t-il très élevé, mais qui permettrait à la mère d'être déchargée des nombreux voiturages qu'elle assume.

Dans le domaine de la contraception, le recours ou le non-recours se décide parfois de façon plus pragmatique encore : Fatima, 26 ans, est arrivée du Maroc pendant l'enquête pour rejoindre son mari qui vivait dans sa famille, marocaine aussi, à Sérignac. Elle a consulté une gynécologue, débuté une contraception, mais l'a arrêtée alors que son mari est tombé malade puis est décédé des suites de sa pathologie. D'autres femmes, homosexuelles, ont expliqué avoir décliné l'offre de contraception qui leur a été proposée par leur médecin traitant pour l'une et par le CPEF pour l'autre, expliquant aux ethnologues qu'elles n'en avaient « pas vraiment besoin ».

b. Quand la SRG passe « avant » ou « après » : questions de priorité

- priorités économiques

Les problématiques économiques et familiales apparaissent comme les principaux freins dans la démarche de soin. Les difficultés budgétaires peuvent entrainer du non-recours. Le budget familial est souvent « restreint » et les femmes doivent donc faire des arbitrages. C'est au regard et à l'appréciation des moyens restants, souvent peu élevés que la décision d'un non-recours peut apparaitre. Citons par exemple le cas de Mme F. (deux enfants, mère au foyer, mari au chômage) qui raconte : *«Mon mari n'a pas retrouvé de travail. Ça fait un an et demi qu'on est au chômage. Et 1000 euros pour vivre à 4 c'est grosse grosse galère. (…) L'assistante sociale nous obligeait à mensualiser pour plein de choses alors que le budget vous imaginez très très restreint. Ca fait que tous les mois, notre budget dépasse notre revenu. (…) Et là vous imaginez on a 400 euros de dettes à payer et y'a personne pour nous aider. Alors ce sont les huissiers, le stress de la vie est là. (…) On a commencé à prendre des crédits pour payer les trucs qu'on ne pouvait pas payer. Quand la voiture tombe en panne, ou autre, et puis des crédits à 21 % alors ça fait dix ans qu'on les paye. (…) La descente aux enfers…malheureusement, ça arrive comme ça. On dit que le manque d'argent n'est pas mortel, ou que ça ne fait pas le bonheur mais à un moment donné, c'est vital. Le souci maintenant c'est qu'on n'a même pas de quoi manger. (…) Vis-à-vis de notre fils c'est délicat. Heureusement, on a trouvé une association qui lui a payé une partie de la cantine, mais il a fallu se battre. Donc il mange bien à midi. Mais le soir je vous assure, c'est dur. Qu'est-ce qu'on mange : des pates ou du riz ? Mais à un moment donné, il y en a plus. Et puis là on se sent minable : on ne peut pas se sentir autrement ».*

Dans ces conditions, le recours à la SRG, excepté peut-être dans le cas de la grossesse, apparait comme un élément secondaire, un aspect de la vie des femmes qui « peut attendre ». La SRG ne figure pas comme une priorité quand le temps quotidien est occupé par des préoccupations jugées plus grave, comme les problématiques économiques. Le cas de Dounia est un autre exemple :

Encadré n° 41 : Quand la procréation médicalement assistée doit passer après les aléas de la migration économique

Dounia, 46 ans, marocaine, papiers espagnols, ouvrière agricole, en couple et sans enfant :
Dounia est arrivée dans le Médoc pendant l'enquête, pour aller travailler à la vigne. Elle était auparavant en Espagne avec son mari, mais « là-bas, il y a plus le travail ». Bénéficiaire de colis alimentaires, elle a demandé de l'aide à une des membres de l'équipe de recherche pour effectuer les démarches pour « avoir des papiers pour la santé ». En effet, son mari était diabétique et n'avait pas reçu de soins depuis leur arrivée en France, 8 mois auparavant. Elle était depuis seule à travailler, dans les restaurants et dans les vignes autour de la commune.
Un voisin, marocain d'environ 55 ans installé en France depuis ses 18 ans, leur a conseillé d'aller voir à l'association XXX, sur Bordeaux, où ils purent bénéficier de soins gratuits et entamer une demande d'Aide Médicale d'Etat.
Dounia aurait aimé avoir des enfants mais disait avoir « un problème dans le ventre » : elle expliquait qu'au Maroc, elle avait fait des examens mais que la prise en charge pour une aide à la procréation était trop chère. Elle avait envisagé celle-ci lorsqu'ils vivaient en Espagne mais leur situation migratoire et financière les avait engagés à reporter leur projet. Arrivés dans le Médoc, l'état de santé de son mari s'était dégradé par manque de soins. Sachant son projet de nouveau différé, Dounia continuait néanmoins à nourrir son espoir d'enfant.

L'encadré ci-après montre une situation où l'aspect économique, et peut-être aussi l'isolement, a directement joué sur un recours de SRG, conduisant à l'impossibilité d'une IVG et à la poursuite d'une grossesse non souhaitée.

Encadré n°42 : Extrait du journal de terrain, 2011, visite à domicile de la sage-femme de PMI Bêta.
Nous rencontrons une jeune femme âgée de 31 ans. Elle vit seule avec deux de ses enfants (les deux premiers vivent avec leur père) et est enceinte de 16 SA. Cette femme a été signalée à la sage-femme par une assistante sociale de la MDSI. La patiente explique qu'elle habite depuis un an sur le territoire après avoir « été à la rue » avec ses enfants dans la région parisienne. Elle déclare qu'elle part vivre à Toulouse où elle a de la famille, car elle se sent trop isolée. Elle est en attente de la CMU, elle n'a pas de mutuelle donc elle n'a pas fait pour le moment, les prises de sang demandées, notamment la recherche du HT21. La sage-femme lui re-prescrit les examens à faire avec une prise en charge spécifique pour qu'elle n'ait pas à faire l'avance de frais. La patiente confie qu'elle ne voulait pas de cette nouvelle grossesse, qu'elle souhaitait avorter (elle a déjà subi deux avortements). Quand elle a pris contact avec le CHU, la structure aurait répondu qu'il n'y avait pas de place. Elle a aussi sollicité le CG pour bénéficier d'un PASS pour pouvoir se déplacer gratuitement (elle n'a pas de véhicule) mais comme c'était le mois d'Août, dit-elle, elle n'a pas obtenu de réponse assez rapidement puis le délai légal était dépassé.

- priorités de santé
Il s'agit par exemple de quelques femmes atteintes de maladies chroniques dont le parcours de soins, long et complexe, influe sur le recours aux soins en SRG : si le suivi gynécologique passe souvent après les traitements « habituels », il arrive plus fréquemment que celui-ci soit suspendu le temps d »une grossesse, qui devient dès lors la priorité[142].

[142]Mme H., 23 ans, 1er enfant, au chômage, conjoint en apprentissage, explique qu'elle souffre d'hyperprolactinémie (dû à un problème hypophysaire) qui peut être la cause d'une infertilité. Suivie depuis la découverte de la maladie, elle a progressivement arrêté les soins. « *Ca faisait deux ans que je n'avais pas vu de gynéco, que je n'avais plus de suivi au niveau de ma maladie et puis c'est bien tombé, j'étais enceinte. […]* ***Quand vous avez parlé de votre problème à la gynécologue, elle ne vous a pas conseillé d'aller à Bordeaux ?*** *Non, c'est totalement gérable. Si j'ai besoin d'examens par contre, la gynéco est obligée de m'envoyer à Bordeaux. Et tout ce qui est scanner tout ça, je peux le faire à Castamarande. C'est pas gênant. Mais une endocrinologue, des trucs comme ça, je serai obligée de monter à Bordeaux (trajet de 1H30 aller). […] C'est le*

- priorités familiales

La vie familiale et le temps passé par les femmes à prendre soins des enfants (18 femmes sur les 30 rencontrées sont mères au foyer ou au chômage), du domicile, constituent un autre facteur à prendre en considération pour expliquer le non recours. Le plus souvent les femmes expliquent investir la sphère familiale à « temps plein », excluant toute place par exemple pour les loisirs, la recherche d'emploi, mais aussi pour prendre soins de soi. Mme C, 27 ans, trois enfants, enceinte d'un quatrième enfant explique comment elle occupe son quotidien : « *Le matin je me lève pour amener les deux petites à l'école, je me lève à 7 h30 je les lève et les fais déjeuner, je les lave je les habille. Mon mari, le matin il se lève et il garde le petit, donc il lui fait un biberon, il le met avec lui dans le lit le temps que j'arrive ou il descend boire un café. Je dépose la grande à l'école et puis je dépose la petite à la maternelle. Et après, je rentre, je lave le petit, je l'habille et puis après je commence mon ménage. Et à onze heures et demie, je récupère la deuxième et je prépare le repas de midi.* L'enquêtrice *: **Vous avez des loisirs et des activités** ?* Mme C : *Non. **Pourquoi ?** Ché pas. Quoi ? ».* L'activité de Mme C. est totalement organisée autour de la vie familiale. Aussi le temps et les moyens économiques accordés à sa santé notamment gynécologique sont fortement dépendants de la satisfaction première des besoins considérés comme prioritaires. « *… Le petit ne va pas à la crèche ce qui fait que je peux pas faire des choses*. L'enquêtrice : ***C'est lié à quoi d'après vous que vous n'alliez pas plus souvent chez le gynéco.*** *Bonne question, je pense qu'il y a un ensemble de choses. Depuis sa naissance, je pense que le temps passe vite et que je suis occupée, donc pas le temps… Et aussi, il y a la question de la distance, j'ai la flemme d'aller chez le gynéco, disons-le clairement. Surtout quand on sort d'une période où on y est allée pendant neuf mois tous les mois…euh à un moment on fait une pause quoi !! !*». Le suivi gynécologique chez un spécialiste n'apparaît pas comme une priorité pour certaines femmes[143], surtout lorsque vient de s'achever le suivi régulier et strict d'une grossesse. Il semble aussi que chez cette femme, le suivi gynécologique ne semble pas faire partie des habitudes de soins. D'ailleurs, on l'a vu certaines femmes ne semblent consulter un gynécologue qu'au moment des grossesses. Mme C., explique : « *Les gynécologues j'évite. J'aime pas qu'ils me tripotent. Je le fais parce que pendant les grossesses c'est obligatoire, pour voir le col, mais sinon, par exemple, voir un médecin si je suis pas enceinte, un gynécologue, pour moi, c'est inutile* ». Mme C. dit ne pas toujours recourir à un moyen contraceptif. D'ailleurs, elle a subi deux IVG et elle confie que certaines de ses grossesses n'étaient pas souhaitées. On voit bien à travers le cas de cette femme comment la situation de précarité la place dans une position sociale, familiale, économique vulnérable et induit chez elle une distance au corps médical. On comprend aussi que c'est l'action de surveillance des grossesses par la PMI qui d'une certaine façon l' « oblige » à accepter un suivi.

Par ailleurs la distance, l'absence de véhicule ne permettent pas toujours les déplacements auquel s'ajoutent les contraintes économiques. Les besoins primaires (alimentation, logement,

---

*médecin que j'ai vu à l'université, qui m'a vraiment fait tester les médicaments, il m'a fait faire des prises de sang, avec et sans pilule puisque j'étais sous pilule à l'époque et puis voilà, à partir de là, il m'a envoyé vers un endocrinologue qui m'a fait passer un scanner. Et puis on s'est rendu compte de la maladie. Sur le scanner ou l'IRM je sais plus lequel j'ai passé, ils ne voient pas d'adénomes encore mais comme l'adénome est trop petit pour être visible à l'heure actuelle, c'est vraiment l'hypophyse qui déconne toute seule, qui est mal réglée et puis voilà. Et du coup, je devais être suivie. Je l'avais commencé et comme j'avais pas beaucoup de sous, je l'ai vite arrêté puisque ça me revenait vite cher, même si on est remboursé. **Beaucoup de dépassements d'honoraires ?** Oui beaucoup. Ce sont des gens qui se permettent des séances à 50 euros, et puis vous êtes remboursée que 13. Moi je gagnais que 200 euros par mois avec mes heures de ménages, je pouvais pas. Donc du coup, j'ai vite arrêté. Là maintenant, je vais essayer de le refaire plus régulièrement ».*

[143] Le suivi gynécologique simple, la prescription ou le renouvellement d'un contraceptif se fait souvent chez le médecin généraliste.

santé des enfants), le coût des déplacements pour des obligations professionnelles sont privilégiés et peuvent reléguer au second plan les dépenses de soins pour les adultes. Les situations observées montrent que les individus sont souvent dans une logique de survie ce qui explique en grande partie leurs pratiques de non recours. Notons cependant que les difficultés rencontrées par les familles peuvent être passagères ou plus durables. Le non recours est donc lui aussi soumis à cette temporalité.

c. Une négociation des « risques » : l'exemple du refus de la contraception

Encadré n° 43:*« Ya rien de sûr dans les alternatives, et puis la pilule, non merci ! »*

Séverine, 34 ans, agricultrice, en couple, un enfant :

Séverine, agricultrice engagée dans la filière biologique est installée sur son territoire natal avec son mari et leur petite fille: après sa naissance, elle a décidé de ne pas reprendre une contraception. Elle avait débuté une contraception hormonale après la puberté mais dit en ressentir excessivement les effets sur son corps. « Avec la pilule, les deux dernières années, je n'avais pas de règles. J'ai mis trois ans à récupérer un cycle ! ». Ainsi, c'est moins une contre-indication qu'une gêne qui la pousse à refuser une contraception hormonale. Un autre argument l'a conduite à ne pas reprendre une contraception hormonale : avant d'être agricultrice, Séverine était ingénieur des techniques agricoles spécialisée dans la filière « Pêche » ; de son point de vue d'expert scientifique, elle avait connaissance du fait que l'eau des lacs et rivières se trouve polluée par les résidus d'hormones contraceptives. Contenues dans les urines de millions de femmes et résistantes au traitement des eaux usées, ces dernières déséquilibreraient fortement le rapport mâle/femelle de la faune aquatique. Pour Séverine, cette donnée non biomédicale constituait un risque supplémentaire, de nature environnementale, quant à l'usage de la contraception hormonale.

Attachée à l'idée de contrôler sa fécondité, Séverine a expliqué qu'elle surveillait ses cycles et en déterminait les périodes d'ovulation. Elle disait « *compter les jours* » et *« faire attention*», et utilisait le préservatif masculin (pas son homologue féminin) et/ou pratiquait la *« méthode du retrait »* avec son partenaire qui semblait se sentir très concerné.
Comme pour résumer, Séverine a témoigné : « *C'est compliqué ces histoires de contraception. Je ne sais pas quelle est la meilleure solution. Ya rien de sûr dans les alternatives, et puis la pilule, non merci ! Pour l'instant, je fais comme ça… »*

En 2010, l'enquête socio-démographique Fecond montre qu'une femme sur deux concernées par la contraception utilise la pilule, tandis que l'utilisation des nouvelles techniques hormonales (patch, implant, anneau) tend à augmenter, tout comme l'utilisation du préservatif masculin. L'enquête montre également un recul du dispositif intra-utérin et un faible recours à la stérilisation contraceptive, légalisée depuis 2001. Face à ce panel des contraceptions aujourd'hui développées en France, 3% de femmes ne prend aucune contraception alors qu'elles ont des rapports sexuels et ne désirent pas d'enfants. Selon les chercheurs, cette situation est davantage observée *« chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural (…) et moins marquée chez les femmes les plus diplômées, plus enclines à adhérer aux « discours écologiques »* (Bajos, *et al*, 2012). Cette brève description de ces femmes ne recourant à *« aucune contraception »* correspond certes à des tendances mais n'est pas représentative des logiques en santé

reproductive mises en place au niveau individuel, rendues visibles par l'approche ethnographique. Dans son enquête sur les « *savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques* », la psychologue C. Durif-Bruckert (2008) remarque que la plupart des femmes qu'elle a interrogé (notamment en centre de planification dans la région française du Rhône) *« parlent de la pilule comme elles le feraient d'une thérapeutique lourde* » laissant sur le corps « *les marques de sa nocivité* » : souvent présenté par les patientes comme un « *poison* », cet « *objet merveilleux et maudit* » ne serait pas évacué par le corps, l'affaiblirait, brouillerait les cycles naturels et ferait baisser la libido. Les travaux de la sociologue H. Bretin (1992) sur les choix contraceptifs en France de femmes kabyles, algériennes, françaises et tziganes en montrent la complexe intrication avec le vécu corporel, la situation familiale ou professionnelle, et surtout avec les projets de vie de ces femmes.
Les récents scandales médiatiques sur les pilules de 3ème et 4ème générations (ANSM, 2013), ainsi que sur le médicament Diane 35 et ses génériques utilisés comme contraceptifs (ANSM, 2013) ont également contribué à montrer les « risques » que comporte leur usage. Les femmes rencontrées dans l'enquête adoptant un positionnement similaire à celui de Séverine (cf. encadré ci-dessus) montraient une relativement bonne connaissance anatomique et physiologique de leur corps de femme (le cycle ovarien, l'action des hormones contraceptives…), une surveillance accrue de son bon fonctionnement, ainsi qu'une vision de la santé à l'échelle individuelle mais aussi sociale. Elles alimentaient leur connaissance en la matière en puisant les informations de leur choix dans le monde biomédical, les médias, les réseaux de médecines non-conventionnelles, leur groupe de pairs, les livres… La diversité de leurs sources d'informations montre que ces femmes cultivent une véritable distance par rapport au seul savoir biomédical ainsi qu'une démarche d'appropriation et de revendication d'autres formes de savoirs et de pratiques. Dans ce contexte, elles manifestent une grande sensibilité aux effets secondaires annoncés et aux effets perçus liés à la contraception hormonale, cela d'autant plus qu'il s'agit d'une pilule qu'elles absorbent au quotidien sur plusieurs années le plus souvent. Elles semblent s'inscrire dans un point de vue « profane » du « risque » au sens entendu par le sociologue P. Peretti-Watel, spécialiste de la notion de « risque », pour qui le point de vue des scientifiques a parfois tendance *« à réduire un risque au produit de deux mesures (sa probabilité d'occurrence d'une part, la gravité de ces conséquences d'autre part) tandis que le profane aurait une approche du risque moins strictement quantitative, moins réductrice »* (Peretti-Watel, 2010 : p29).

Le refus de contraception médicalisée semble en effet se faire chez les femmes interrogées en vertu d'une certaine *« écologie corporelle* », c'est à dire d'une quête d'un corps en harmonie avec lui-même et avec l'environnement qui l'entoure (Andrieu, 2009). Cette recherche d'équilibre passe par l'acquisition de différentes formes de savoirs sur les pratiques de soins en santé reproductive, qui donnent lieu à une catégorisation en termes de pratiques « *saines* » et « *malsaines* » mais aussi en termes d'ex-propriation/réappropriation du corps (Illich, 1975). La contraception médicalisée, et notamment la contraception hormonale, est ainsi reléguée au rang des pratiques « *malsaines* », « à risque » et pernicieuses. En ce sens, le risque encouru selon elles est relativement important. D'un autre côté, le « *risque de grossesse non désirée* » n'est pas écarté par les femmes enquêtées et le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse demeure une solution à caractère exceptionnel. Il semble que le choix opéré par ces femmes résulte moins d'un choix parmi un ensemble de possibles que d'une négociation entre des risques. La prise d'une contraception médicalisée constitue pour elles un plus grand risque qu'une potentielle grossesse. Emilie, une jeune acupunctrice non médecin, refusant également la contraception hormonale, dit en plaisantant *: « La grossesse, c'est pas encore une maladie ! »*. Il est à noter que les femmes interrogées, si elles tombaient enceintes, ne seraient pas forcément reconnues comme « *déviantes* » (Becker, 1963) du point de vue de leurs âges et

de la taille de leurs familles. Elles n'auraient pas soutenu de projet parental préalable mais semblent capables d'ajustements vis-à-vis de cet aspect de la norme procréative actuelle. Ainsi, le contrôle social qui pèse sur elles par rapport à la survenue d'une « *grossesse non désirée* » pourrait être surmonté. Enfin, pointons aussi que le dispositif intra-utérin au cuivre, parfois appelé « *stérilet sans hormones* », remportait une adhésion mitigée : si il ne contient pas d'hormones, pour certaines femmes il constituait néanmoins un objet invasif et non naturel, délivrant une substance toxique.

B.3.3. Des choix plus affirmés face à des contraintes perçues

a. Une méfiance envers l'univers médical et médico-social

De façon assez dogmatique, certaines femmes rencontrées ont qualifié de « *risquées* », de « *dangereuses* » ou « *d'atteinte à la liberté* » l'ensemble des pratiques de SRG émanant de l'univers médical ou médico-social qu'elles se représentent le plus souvent comme un ensemble homogène, bien que le « *médecin de famille* » fasse parfois figure d'exception.
Pour Ilham, surveillante de baignade de 39 ans et mère d'un enfant, le système biomédical dans son ensemble était vécu comme une menace dont elle se méfiait grandement : *« pour moi, les médecins et les pharmaciens sont les plus grands dealers de la planète ! Rien qu'à voir ce qu'on veut bien nous dire sur les médicaments qu'on retire de le vente !»*. A propos de la contraception orale, Ilham s'est insurgée : *« surtout pas de contraception ça flingue l'organisme, les humeurs tout ça…* » En plus des « *risques* » liés à l'absorption d'hormones contraceptives, Ilham a ajouté celui d'encourager le lobbying pharmaceutique et médical : « *Une plaquette de pilule, c'est tous les mois ! Ils ne font pas ça que pour ton bien ! »*. Elle a manifesté par ailleurs une vive colère contre *« l'Etat et la médecine [qui] flinguent les femmes en les empêchant d'allaiter »*. Elle s'informait sur « *les dérives et les abus de la médecine*» via d'autres amies ou de voisines médocaines ou encore d'internautes, ainsi que de livres et magazines dont le point commun est un refus d'adhérer au système médical en place : *« Je suis marginale, je sais… Mais je ne suis pas la seule ! Et on trouve des solutions ! »*. Le discours d'Ilham fait écho à celui d'une autre femme enquêtée, Marie-Pierre, à la retraite avec son mari et dont l'unique fils est décédé : *« Le milieu médical, c'est une véritable mafia. Croyez-moi, il faut s'en méfier ! »*.
Ces discours se traduisent en pratiques par des attitudes défensives, quand bien même les professionnels de santé semblent se montrer bienveillants quand ils sont sollicités. Ainsi, Ilham se souvint avoir dit à une infirmière alors qu'elle était prise en charge à l'hôpital pour une Interruption Volontaire de grossesse: *« Si vous croyez vraiment que c'est drôle de faire ce genre de démarche, et qu'on fait une démarche comme ça, comme si on allait chercher son pain, c'est une erreur ! »*. Quand Ilham raconta la scène, il apparaissait que l'infirmière était juste venue lui demander comment elle allait. Ilham a paru très sur la défensive, peut-être par crainte, ou par fatigue, d'être perçue comme marginale ou irresponsable et d'être traitée comme telle.

Si le cas d'Ilham fait écho à la question de vulnérabilité face au système de soin, d'autres femmes inscrivaient leur discours autour de la notion de perte de liberté, du contrôle et de l'obligation :

Encadré n°44 :« *Si je ne veux pas savoir si j'ai un cancer du sein ou non, c'est mon problème* »

Marie-Pierre, 57ans, mariée, 3 enfants, éleveuse certifiée biologique :

Marie-Pierre fait le choix de ne pas effectuer de suivi gynécologique régulier ni de participer aux campagnes de prévention qui invitent les femmes à un dépistage du cancer du sein à partir de 50 ans. « Si je ne veux pas savoir si j'ai un cancer du sein ou non, c'est mon problème. Je ne préfère pas savoir. Pour moi, tout ça est un immense contrôle des gens, une atteinte à la liberté. Prendre la pilule, accoucher à l'l'hôpital, faire vacciner les filles, faire un frottis tous les ans… En nous faisant croire qu'on a pas vraiment le choix ! Et qu'on est déraisonnable si on fait rien de tout ça ! Peut-être même coupable d'ailleurs... Mais c'est pas pour faire de l'argent et contrôler tout le monde. »

Encadré n° 45:*« Le dernier, j'ai préféré accoucher chez moi* »

Berta, 38 ans, 3 enfants, séparée, maçon et couturière

« Moi les médecins, moins je les vois mieux je me porte. J'ai eu un accident et de graves problèmes à ma jambe. J'ai subi plusieurs interventions, je ne vous dirais pas combien… J'ai toujours le problème. Ils veulent me déclarer handicapée. Mais je marche ! J'ai mes deux jambes, mes deux bras ! C'est n'importe quoi ! (...) Pour le dernier, j'ai préféré accoucher chez moi. C'était le troisième, je savais comment c'était… Les autres, j'avais été à la clinique mais bon, si je pouvais éviter. Alors j'ai accouché la nuit chez moi, c'est mon fils aîné qui a prévenu les pompiers une fois que c'était fait. Je les avais prévenus, ils voulaient que je les appelle au début de l'accouchement, mais bon. »

Encadré n°46 : « Je ne veux pas de sage-femme chez moi »

Jennifer, 20 ans, enceinte, sans emploi, bénéficiaire d'une aide alimentaire

Jennifer est l'aînée d'une famille de cinq enfants ; très tôt elle a secondé sa mère dans les travaux de maternage des plus petits, surtout lorsque celle-ci a été hospitalisée. Quand une ethnologue lui demande, la sachant enceinte depuis peu, si elle va faire appel à une sage-femme, elle répond fermement : « Je ne veux pas de sage-femme chez moi. Si c'est pour me dire fais-ci, fais-ça, ça c'est pas bien, machin chose… Je sais comment on s'occupe d'un bébé. Je vais pas l'amener au rayon frais du supermarché en sortant de la maternité ! Et puis ma mère est là ! » Questionnant la mère sur ce positionnement si tranché, l'ethnologue apprend que celle-ci a eu une mauvaise expérience avec une sage-femme à domicile, travaillant certainement pour une instance publique. Selon elle, la professionnelle avait eu une attitude moralisatrice et culpabilisante, voyant que le bébé dormait dans le salon la journée, alors que les trois chiens du ménage y séjournaient aussi. La mère de Jennifer ne souhaitait pas que sa fille subisse le même tort ».

b. Une exigence envers les professionnels de santé

Parfois, ce sont les femmes qui sollicitent le recours aux professionnels de SRG, et leur signifient leurs exigences, et usent de stratégies individuelles pour parvenir à se faire entendre.

Encadré n°47 :*« Moi je veux que la gynéco me donne quelque chose »*

Malika, 23 ans, handicapée par une maladie grave, des difficultés à tomber enceinte :

Malika a 23 ans et est née à Castamarande. Ses parents sont marocains. Au moment où nous l'avons rencontrée, elle habitait ponctuellement avec eux dans le centre du Médoc, alors que sa grande sœur vivait non loin dans un appartement et venait d'avoir un bébé. Atteinte d'une maladie grave, elle était reconnue handicapée et souffrait beaucoup de douleurs, de fatigue et d'isolement
Malika s'est mariée en 2008. Sa relation avec son mari a débuté en 2001, puis ils se sont mariés en France et au Maroc. Au début de l'enquête, leur relation était dégradée, raison pour laquelle elle logeait parfois chez sa famille, mais la situation a fini par s'arranger. Elle est enceinte de 8 mois à la fin de notre recherche…
Si Malika se rendait quasiment à chacune des permanences hebdomadaires du CPEF, c'est parce qu'elle essayait de tomber enceinte depuis deux ans sans y parvenir. Cette situation était en lien avec sa maladie, selon l'avis des professionnelles du CPEF. Malika confia rapidement à l'équipe : « en ce moment, j'ai mes règles tout le temps mais les médecins n'arrivent pas à trouver pourquoi ». Elle nous fit comprendre que si ce problème ne se réglait pas, elle ne pourrait pas tomber enceinte.
Un jour qu'elle attendait dans la salle d'attente, elle commença à s'énerver: « Je veux juste un test de grossesse, parce-que je stresse ! L'ancienne infirmière, elle me l'aurait donné – juste un test, il n'y a qu'un test ! Là il faut que je prenne rendez-vous avec la gynéco pour avoir un test » (gratuit au CPEF, payant et sans ordonnance en pharmacie).
Une autre fois : « Moi je veux que la gynéco me donne quelque chose. A Fatima, elle a donné des trucs, et à moi non. Elle me dit d'arrêter d'y penser ! Moi je veux qu'elle me donne un truc. Elle me donne Oestrogéprom ou je sais pas quoi. Ca sert à rien ça. Elle voulait que je mette un implant pour régler les règles. N'importe quoi ! »
Son attitude, allant de l'extravagance à l'arrogance, et son habitude de « venir tout le temps, soit sans rendez-vous, soit en se trompant sur le rendez-vous » (conseillère conjugale), avaient tendance à agacer le personnel du CPEF, mais permettait sans doute à Malika d'asseoir sa ténacité quant à son projet de grossesse, aussi bien auprès des professionnels que de son entourage.

Dans le cas suivant, c'est l'urgence ressentie par la patiente et une confiance amoindrie dans les professionnels qui l'encadraient qui ont guidé le recours à un autre établissement de soins :

Encadré n°48 : ***« Avec la force en moi que j'avais… Le contraire était impossible, j'allais avoir ce petit garçon »***
Jeanne, ans, deux enfants, auxiliaire de vie :

« Et j'avais un stérilet. C'était un peu avant les vendanges, et puis bon… j'attendais d'être indisposée quoi (...). Et un retard juste une semaine, et là je me suis dit « Non mais il y a un problème » et je vais vite au laboratoire voir mon amie Stéphanie, pour faire vite un test de grossesse ». Celui-ci s'est révélé positif. Avec son compagnon et sa fille de quatorze ans, Jeanne a décidé de garder le bébé. Elle a poursuivi son activité à la vigne, sans rien dire : « Et donc, je piochais. Tout ce qu'il fallait pas, et jusqu'au jour où ça a pété. (…)Et là, j'ai eu très mal au ventre ».

Peu après cet évènement, elle s'est réveillé une nuit et a trouvé ses draps mouillés par « les eaux ». La gynécologue lui a annoncé qu'elle arrivait à sa dix-septième semaine de grossesse, que « le bébé était formé mais [qu']il n'y avait plus de liquide amniotique, ou du moins qu'il en manquait la moitié.». Jeanne a donc gardé le lit jusqu'à la vingt et unième semaine, époque à laquelle elle a commencé « à saigner » chaque nuit. A l'hôpital, le médecin lui a manifesté des réserves quant aux suites possibles de la grossesse: « C'est une fausse couche, bon le bloc opératoire, vous êtes à côté, d'accord… ?». Non, Jeanne n'était pas d'accord, persuadée qu'il ne s'agissait pas d'une fausse couche (elle en connaissait les symptômes puisqu'elle en avait fait une quelques années plus tôt). Les pertes de sang l'affolaient et l'affaiblissaient. De plus, les médecins qui passaient la voir quotidiennement lui rappelaient les risques de cette grossesse pour l'enfant à venir (handicap, malformation…).
A la clinique, une nuit qu'elle perdait beaucoup de sang, elle a appelé à l'aide une dame de nuit qui lui a dit « non mais là je ne sais plus quoi faire… » Complètement affolée, elle lui a répondu : « mais moi je fais quoi alors ? si vous vous savez plus quoi faire, moi je fais quoi ?». Jeanne a eu « peur de mourir ici » puisque que l'établissement médocain ne semblait plus pouvoir assurer sa prise en charge sans risque. Elle a demandé à être transférée dans un hôpital plus perfectionné dans la ville de Bordeaux. Elle a gardé le lit et dit s'être transformée « en couveuse ». Au cours de la trente deuxième semaine de grossesse, elle a senti « qu'il était temps…il fallait le sortir ». L'enfant a subi un double pneumothorax à la naissance et a été transféré en service de réanimation où il est resté pendant dix-huit jours. Au moment de l'enquête, il était un petit garçon en pleine forme.

B.3.4. Le recours contraint : vécu de l'injonction ou de l'obligation de suivi ou de soins

Les actions de prévention, les soins, délivrés par les différents acteurs institutionnels et associatifs du territoire, relatifs à la contraception et aux grossesses non souhaitées sont parfois sous-tendus par l'idée de normalisation des corps et de régulation des comportements. Les normes contraceptives véhiculées par les différents professionnels de la santé et du social peuvent se transformer en injonction, lorsque la situation est qualifiée de grande pauvreté ou à risque. Ainsi, nous avons pu observer des cas où le recours à l'offre de soins se transforme en choix contraint. L'exemple de Mme Di. est à cet égard très illustratif.

Extraits du journal de terrain du 24/06/11 et du 10/01/13. PMI Bêta

Cette jeune femme âgée d'une vingtaine d'années vient d'accoucher de son deuxième enfant. Elle a été suivie pendant sa grossesse par la sage-femme de PMI Bêta. C'est une travailleuse familiale qui a signalé sa présence au domicile d'un jeune homme qu'elle suit et qui est défavorablement connu des services de la PMI pour violences conjugales sur son ex-conjointe. Lorsque nous allons la rencontrer pour la première fois à son domicile, nous sommes accueillies par deux hommes (le conjoint et son demi-frère) qui semblent tous deux, vivre au domicile. La sage-femme m'explique que le père de l'enfant que porte Mme Di. est inconnu. Elle était déjà enceinte lorsqu'elle est venue s'installer avec les deux hommes et son premier fils. Elle est aussi connue des services sociaux par un signalement de l'école maternelle dans laquelle son fils est inscrit qui a alerté la MDSI, le jour où la jeune femme est venue le déposer pour la première fois sans avertir qu'il intégrait l'école. La maison est vétuste, « pleine de plomb » me dit la sage-femme. [Consultation clinique] La sage-femme lui rappelle qu'elle l'accompagne la semaine suivante à son RDV chez le gynécologue-obstétricien à Bordeaux. Ils n'ont pas de véhicule.
Deuxième RDV à la MDSI le 10/01/12 : La sage-femme explique qu'elle est allée chercher à son domicile Mme Di. et son nouveau-né de trois mois. S'en suit alors une conversation entre la puéricultrice et la sage-femme à propos de Mme Di. La puéricultrice et la sage-femme l'ont orienté vers la gynécologue du CPEF qui consulte ce matin à la MDSI afin qu'elle ait une contraception. Les deux professionnelles souhaiteraient en effet, que Mme Di. ait un DIU. La sage-femme raconte que Mme Di. lui a confié qu'elle avait des rapports avec son compagnon. La demande de contraception ne vient pas de cette jeune femme, mais de la sage-femme elle-même. Elle lui a conseillé vivement d'éviter une nouvelle grossesse. Elle m'explique que la gynécologue du CPEF qui va la recevoir ne pose que très rarement des stérilets et qu'il n'est donc pas certain qu'elle accepte de lui poser ce matin. Si c'est le cas, la sage-femme dit qu'elle envisagera de conduire la patiente à la PMI Gamma, car le gynécologue du CPEF qui exerce là-bas lui posera sans problème. La conseillère conjugale qui a reçu Mme Di. pour un entretien préalable sort de son bureau avec la patiente et dit devant elle à la sage-femme : « il faut absolument qu'elle lui mette le stérilet ». La sage-femme répond : « Il faut éviter toutes complications, vaut mieux qu'elle soit protégée ! Un troisième enfant dans cette situation, c'est pas possible ». Mme Di. sort de son RDV avec la gynécologue. Le stérilet a été posé. La sage-femme la raccompagne chez elle.

« *La régulation de l'accès aux moyens de contraceptifs (...)* , la détermination des limites de la vie autour de la législation de l'IVG sont des signes de l' intervention des pouvoirs publics dans la relation privée de l'individu à son destin physique mais aussi de la place croissante

occupée par la question des corps de la santé et de la vie dans le gouvernement des affaires humaines ». (Fassin, Memmi : 2004) Le contrôle du nombre d'enfants, l'ajustement des comportements reproductifs à la norme procréative[144] demeurent des objectifs forts, particulièrement en PMI, vers lesquels doit tendre chaque famille. En matière de suivi des grossesses, ce référentiel joue sur les pratiques des professionnels. Cependant il se heurte aux diverses difficultés qu'ont les familles à pouvoir s'y soumettre : exiguïté et salubrité des logements, capacité à pouvoir s'alimenter selon les recommandations, à pouvoir se déplacer (spécificités du territoire, transports peu accessibles, absence de moyen de transport). Elles peuvent aussi être liées à la possibilité de mobiliser un réseau d'entraide familial, amical (certaines femmes sont très isolées, notamment les étrangères) ou encore à des cultures de classe (habitudes alimentaires, composition de la famille et place de l'enfant..). On peut faire ici deux remarques : premièrement comme l'ont noté plusieurs auteurs (Farnarier ; 2009), le facteur culturel est souvent mis en avant pour expliquer le non-respect des bons comportements et tend à faire oublier l'importance du facteur économique. Deuxième élément, tel que l'ont montré S. Gojard (2010) ou D. Serre (1998), le modèle savant mis en œuvre par les professionnels renvoie à un modèle de classe et se heurte à d'autres modèles sociaux.

B.3.5. L'influence des hommes : les maris, les pères et les professionnels masculins

Dans l'ensemble peu présents dans les consultations ou dans les espaces associatifs observés, sauf quand ils sont jeunes, les hommes étaient plus souvent présents lors des entretiens à domicile. Ils se sont d'ailleurs le plus souvent montrés intéressés, en intervenant parfois, pour servir un café, ou un thé, aider à traduire un mot ou participer à la conversation. Un homme nous a fait signe en partant en nous glissant qu'il avait appris « *plein de choses sur ce que sa femme ressentait* », ne comprenant pas toujours pourquoi elle préférait se soigner par les médecines alternatives. Dans les familles étrangères, ceux-ci semblaient plus impliqués dans les déplacements de leur compagne ou de leur femme, de leur sœur, etc. Lorsque deux des ethnologues sont allées rendre visite à une autre grande famille du voyage, sédentarisée sur leur terrain, au milieu des bois à l'entrée de l'une des villes du Médoc, elles ont d'abord été présentées au patriarche, qui leur a montré sa camionnette (dont les portes grandes ouvertes laissaient voir un grand lit deux places et une multitude d'objets accrochées aux parois). Il leur a fait comprendre qu'il faisait « *ce qu'il veut avec qui et quand il veut* !». Cette fois, les femmes du campement –village ne sont venues les voir et saluer le chargé de mission qui les accompagnait que lorsque le patriarche leur a fait signe de la tête…
Sur une autre aire d'accueil, les femmes avaient spontanément accueilli les ethnologues et le chargé de mission qui, lui-même ne se sentant « *pas bienvenu de rester pour parler de ces trucs de santé des femmes*» s'était mis à l'écart avec un groupe d'hommes (les maris, frères et fils présents), pendant qu'elles ont fait connaissance et se sont mises à discuter. Il les avait prévenus préalablement de cette visite et le groupe s'est reconstitué en fin de matinée autour du café offert et des croissants qu'elles avaient apportés à l'occasion. Seules les femmes et les enfants toutefois sont restés pour faire des photos.
Parfois lorsque le professionnel de santé ou du social est un homme, cela peut influencer la décision d'une femme ou d'une jeune fille à lui rendre visite. Tel travailleur social est considéré comme « *impressionnant* », « *faisant peur* », ou au contraire être « *très à l'écoute* ». Dans de nombreuses salles d'attente, les conjoints paraissent ne pas être à l'aise ou à leur place (pour les consultations de gynécologie notamment ou les IVG ». Pour certaines

[144] Voir les travaux de Bajos, Ferrand *et al.* (2002) dans lesquels les auteurs proposent une définition des conditions idéales de la maternité : entre 25 et 35 ans, deux enfants, un espacement entre les naissances de deux ans, une stabilité du couple en termes relationnel et économique…

étapes (donner la vie ou devenir parent), certains professionnels attendant au contraire des comportements de participation : qu'il assiste aux échographies, qu'il aider sa compagne à préparer l'arrivée de l'enfant, qu'il partage les soins, qu'il joue avec l'enfant, qu'il intervienne dans les décisions éducatives et cela de façon très précoce…

Les familles précaires que l'équipe de sociologie a rencontré semblent renvoyer à un modèle « traditionnel » de la paternité, « bricolé » au gré de la mouvance des liens familiaux (Jamoulle, 2005) et des obstacles socio-économiques et biographiques rencontrés. Il semble s'agir d'une paternité populaire où l'on retrouve un partage des rôles traditionnels : l'homme pourvoit aux besoins économiques de la famille, il est le seul à occuper un emploi, le plus souvent précaire (emplois atypiques, contrat à durée déterminée, travail saisonnier dans les vignes ou pendant la saison estivale, intérim…) et a le rôle de l'autorité, tandis que la femme s'occupe de l'éducation des enfants et est dans le relationnel.

Mme H. (22 ans, première grossesse, sans emploi, son conjoint est en apprentissage) explique que : « *les hommes ne savent pas faire. J'ai jamais vu autour de moi, des hommes qui se lèvent pour donner le biberon ou pour changer une couche. C'est normal… Lui (son conjoint) il rentre tard du travail, je vais pas lui demander de se lever la nuit, non plus. Les enfants, je sais que c'est moi (qui vais en avoir la charge, la responsabilité)* ».

Les familles rencontrées par l'équipe d'ethnologues, quand elles n'étaient pas monoparentales suite à une séparation ou un veuvage, ne paraissaient pas présenter cette homogénéité, les deux parents travaillant parfois à tour de rôle, et souvent de façon très intermittente ou précaire. Dans un certain nombre de familles recomposées, la présence du nouveau père pouvait selon les cas être vécue comme une aide pour les femmes rencontrées ou comme une difficulté supplémentaire à gérer vis-à-vis des enfants, notamment par rapport à leur père biologique.

Conclusion générale

Globalement, les femmes recourent aux soins, en étant souvent obligées de mettre en place des stratégies ou des tactiques

De manière générale, nous pouvons dire que les femmes recourent à l'offre de soins en SRG présente sur le territoire et hors territoire. Elles réalisent les examens demandés, se présentent aux RDV même s'il y a parfois quelques ratés (oublis, retard, report des soins…autres recours). Cependant, nous avons vu que si une offre de santé en SRG est bien présente, celle-ci reste néanmoins limitée. Aux contraintes structurelles que rencontrent les femmes, s'ajoutent de multiples situations de vulnérabilité d'ordre économique, familiale, sociale et ce dans un contexte de vie en milieu rural, qui ne facilitent pas l'accès aux soins. Ainsi, compte tenu de la répartition de l'offre sur le territoire, les femmes doivent le plus souvent mettre en place des stratégies pour s'informer, pour se déplacer… On note qu'elles sont plutôt actives et recherchent de l'aide (solidarité familiale, amicale…) pour pouvoir recourir.

La majorité des femmes que nous avons rencontrées avait une couverture sociale (droits ouverts à la sécurité sociale, mutuelle du conjoint en situation d'emploi le plus souvent, ou CMU-C) qui leur permet d'accéder aux soins. Pour d'autres, l'attente de renouvellement de droits à la sécurité sociale ou à la CMU-C a pu freiner la démarche de soins, sans toutefois totalement l'annuler. A l'issue de cette recherche, l'hypothèse d'une méconnaissance des droits sociaux (aide sociales diverses, CMU) -souvent mise en avant dans la question de l'accès aux soins- est peu pertinente, car de manière générale les femmes ont une bonne connaissance des différents systèmes d'aides et savent les utiliser. C'est donc un autre élément présent dans les situations de non recours et de renoncement que nous avons dû mettre davantage en avant pour comprendre ce qui pouvait faire obstacle. C'est bien l'aspect subjectif qui intervient dans la décision de (non) recours. Le rapport au corps, ce que veut dire « prendre soin de soi », la connaissance, les représentations et l'expérience du système de soins et des soignants, sont autant d'éléments qui vont faire sens au moment du choix.

Or l'approche qualitative ici développée sur trois années a permis aussi de montrer que les logiques sous-jacentes aux itinéraires thérapeutiques des femmes ne peuvent pas être réduites à des notions fortes, utilisées pour mesurer les comportements, alors qu'elles s'appuient sur des données déclaratives. Le renoncement par exemple, est une notion récente qui ne prend en compte que les pratiques d'accès aux soins bio-médicaux et au système officiel de santé. De même, la notion de non- recours nous paraît devoir être utilisée prudemment, dans la mesure où certaines situations sont comptabilisées comme tel à un moment T, mais pourraient aussi être lues comme des recours différés ou plus tardifs, en raison de nombreux facteurs, comme les arbitrages, le sentiment d'autonomie ou d'appropriation de sa santé, les impossibilités ou les opportunités qui se présentent.

C'est l'ensemble de ces contraintes sociales, souvent accumulées, mais aussi des potentialités d'*agency* que nous avons tenté d'appréhender pour comprendre l'accès aux soins dans le champ spécifique de la SRG.

Des pratiques fortement normées et normalisantes

Nous avons constaté du point de vue des professionnels (institutionnels comme associatifs) un travail normatif fort. Ainsi nous avons pu remarquer que les pratiques normées dépassent largement le cadre de la santé mais s'imposent plus largement aux champs de la famille, du travail, du logement et interviennent même sur le plus privé : l'estime de soi et l'intime. La participation de plus en plus d'acteurs médico-sociaux mandatés pour intervenir dans les situations de vulnérabilité montre l'étendue du processus sous-jacents de normalisation : les modèles sociaux de la « femme autonome », ou de la « bonne mère» peuvent amener ces professionnels à imposer (souvent malgré eux) une forme de « régulation sociale » aux publics qu'ils suivent. Ces idéaux-types s'inscrivent à la fois dans un discours médico-social dominant induit par leur formation et dans des valeurs éducatives et d'aide considérées comme universelles (bien que souvent empreintes d'hygiénisme, de culture de classe et d'ethnocentrisme) qui peuvent entrer en tension avec celles du public avec lequel ils travaillent.

Ainsi, le suivi des femmes met en scène l'imbrication de rapports sociaux de classe et d'appartenance ethnique qui peuvent probablement expliquer certaines situations de non-recours. Le modèle savant incarné par les professionnels renvoie à un modèle de classe qui vient se heurter à des pratiques de soins et des savoirs profanes, parfois éloignés, voire en contradiction avec un modèle de pensée expert (Farnarier, 2009). Le facteur culturel est souvent mis en avant par les professionnels pour expliquer le non-respect des bons comportements et tend à faire oublier l'importance du facteur économique par exemple (Kotobi, 2012). Les figures de la pauvreté ou de la précarité que les professionnels construisent, en particulier en direction des femmes jeunes ou d'origine étrangère, semblent donc continuer à avoir un effet sur leurs pratiques et sur leurs prescriptions en matière de contraception et de maîtrise de la fécondité (Bretin, 2004). Autrement dit, la disqualification des femmes repose sur un principe de non-conformité qui n'a rien d'individuel, mais qui renvoie plus largement à des conditions de vie relatives à une instabilité économique, matrimoniale ou encore à une situation d'isolement (Jacques, Purgues, 2014).

Par ailleurs, un autre constat a pu émerger à partir de nos observations et des entretiens réalisés. Les professionnels ont souvent tendance à « personnaliser les causes des déviances », en les interprétant souvent en termes psychologiques. Largement dominée par la psychologie, la prise en charge des familles « à problèmes » a évacué toute causalité sociale, collective (Castel, 1981). Depuis plus d'une trentaine d'années, l'influence des « théories psychologiques » a été très forte dans la formation des intervenants sociaux et médicaux et donc sur leur façon de concevoir notamment la famille, les rôles parentaux. Si ces normes permettent de classer les individus dans un niveau de risque, les termes de « savoirs-faires » ou de « compétences parentales ou féminines », ont aussi pour effet de personnaliser et/ou de genrer les « erreurs » éducatives, les causes des déviances, qui sont pour les professionnels à mettre en lien avec des caractéristiques individuelles, biographiques. L'individu est considéré comme entièrement responsable de sa vie (Dubet, 1994), de celles dont il a la charge, qui plus est quand le chef de famille est la mère. La subjectivité est placée au cœur de l'interprétation, voire de *« la précarité et la pauvreté, la déviance et la violence, les drames personnels et les tragédies collectives réinterprétés au prisme de l'intériorité* » (Fassin, Memmi, 2004 : 35).

Les femmes que nous avons rencontrées ont souvent bien compris qu'elles ne correspondent pas au modèle de l'institution qu'elles côtoient. Certaines peuvent choisir stratégiquement de

se conformer aux pratiques expertes, le temps de la visite d'un professionnel, pour échapper au regard de celle-ci, quand d'autres y résistent ou s'y dérobent plus ou moins ponctuellement ou consciemment.

Revenir sur les notions de capabilité, de résilience sociale, d'empowerment et d'agency chez les publics « précaires » et/ou « migrants »

La notion de capabilité (*capability)* de Sen (1987) est ici pertinente car elle permet de comprendre comment les individus accèdent aux ressources disponibles et les utilisent. Pour Sen, comme pour Rawls (1971), est pauvre celui qui ne peut disposer de ces ressources. On voit notamment ici comment la population étudiée est dépendante d'un accès unique aux soins, compte-tenu de la situation de précarité et de l'isolement géographique, ce qui restreint leurs possibilités de faire réellement des choix. Elles n'élaborent peut-être pas non plus toujours des stratégies dans leurs recours, mais des tactiques dans l'art de détourner la contrainte ou l'écueil (au sens défini par Michel de Certeau, 1990)[145]. Or l'estime de soi, le bien-être peuvent être affectés par l'absence de choix possible. La notion de capabilité souligne que les problèmes économiques n'expliquent pas à eux seuls les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les femmes, car d'autres éléments entrent en jeu, comme le niveau scolaire, la place dans la famille ou encore le sentiment de discrimination, (auxquels les analyses intersectionnelles s'intéressent).

D'après Sen (1981), c'est la « capacité à être ou à faire » qui définit le niveau de pauvreté. D'ailleurs pour l'auteur, il ne faut pas qu'il y ait nécessairement peu ou pas d'offre (de soins par exemple) pour que les individus soient en difficulté. Il suffit qu'il y ait un dysfonctionnement dans la capacité d'appropriation des ressources. « *Etre dépendant d'un accès unique aux ressources est une des caractéristiques des groupes vulnérables* » (Bisiaux, 2011 : 4). Ainsi la population enquêtée est on l'a vu, parfois limitée dans ses choix d'accès à une structure, voire à une personne qu'elle considère comme ressource, ou plus radicalement, dans son recours aux soins (hors SRG). Si la PMI ou le CPEF permettent d'une certaine façon de pallier aux difficultés économiques ou de déplacement, on comprend mieux dès lors pourquoi ces services sont associés à un public à faible capabilité. En français, ce terme comporte toutefois une connotation péjorative de « capacité à » qui peut-être critiquable en ce qu'elle peut participer à un jugement moral sur la maîtrise ou non d'une faculté. Nous avons choisi de retenir ici la capabilité définie comme : « *le bien être mesuré par ce qu'une personne réussit effectivement à accomplir avec les ressources dont elle dispose, compte tenu*

[145] Cf. V. Bedin et M. Fournier (dir.), « Michel de Certeau », *La Bibliothèque idéale des sciences humaines*, Editions Sciences humaines, 2009. www.cairn.info/la-bibliotheque-ideale-des-sciences-humaines-article-78.htm. Extrait (p. 48): « J'appelle "stratégie" le calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir [une entreprise, une armée, une cité, une institution scientifique] est isolable d'un environnement ». La tactique, comme un tour de passe-passe, permet de s'introduire par surprise dans un ordre. Il y a mille manières de « faire avec » : ruses silencieuses et subtiles, pratiques réfractaires, mécanismes de résistance, mobilités manœuvrières, trouvailles poétiques ou jubilatoires. Il existe un art d'utiliser les produits imposés, de les faire fonctionner sur un autre registre. Ce sont des opérations d'appropriation et de réemploi, des pratiques de détournement économique comme la « perruque ». Cet art de combiner est indissociable d'un art d'utiliser, il forme un mixte de rite et de bricolage. Une forme de braconnage. […] Les histoires sans paroles de la marche, de l'habillement, de l'habitat ou de la cuisine innervent les quartiers. Cette vie de quartier repose sur un équilibre entre d'une part le respect de la convenance (dans la façon de parler, de s'habiller, de marquer une sociabilité) garante de l'ordre social et d'autre part la singularisation et l'appropriation de l'espace social par l'usager, qui y inscrit ainsi son identité.

de ses caractéristiques personnelles et des circonstances extérieures » (Bisiaux, 2011 : 4). Le réseau social semble être pour notre population d'enquête, l'une des ressources fondamentales pour surmonter les difficultés ou obstacles. Nous avons vu, qu'il permet même aux femmes de faire le choix de sortir du territoire pour des soins en SRG (pour un suivi de grossesse, une IVG ou une recherche de contraception). Alors que de nombreuses femmes rencontrées semblaient cumuler tous les stigmates de la vulnérabilité (peu éduquées, à faible niveau de consommation, sans emploi stable …), elles ont paru mettre en œuvre, au moins ponctuellement, les moyens de les dépasser.

La notion de résilience sociale (Lamont, Hall, 2013) peut permettre également de mieux comprendre comment le public fait appel aux ressources institutionnelles (et autres) pour relever « les défis » du quotidien. Le concept de résilience (Cyrulnik) longtemps pensé au niveau individuel, contient aussi une dimension plus collective et éclaire alors la façon dont des individus placés dans la même situation difficile (ici de précarité) vont mettre en place des stratégies, vont développer des formes de solidarité pour pallier les difficultés journalières (pour se déplacer essentiellement, parfois pour se loger ou se nourrir). Cette notion permet donc aussi de comprendre comment dans une trajectoire de vie, les individus font face à la situation de précarité qu'il peuvent rencontrer.

Enfin, la notion d'*agency*, encore difficilement traduisible en français (agentivité), permet aussi de mettre au jour les intentionnalités et postures d'action que les acteurs et actrices de l'enquête (du côté des femmes comme des professionnels) mettent en œuvre pour décider par exemple, pour émettre des choix (de recours ou d'action) et ne pas subir des situations imposées et des catégories de classement qu'on leur assigne (de par leur « origine sociale ou ethnique » ou de par leur culture professionnelle ou institutionnelle).

Elle est proche du terme anglo-saxon d'*empowerment* qui exprime le « pouvoir d'agir » des personnes et le processus par lequel elles peuvent ou tentent de renforcer leur capacité d'action. Principalement utilisé à destination des femmes au sein des études de genre, l'*empowerment* pointe ces deux dimensions, à la fois en regard de leurs contraintes personnelles, familiales, sociales, mais aussi du politique et notamment du biopouvoir, en termes de gouvernementalité des corps (Fassin, Memmi, 2004 ; Coenen, 2002). Il permet de rendre compte des stratégies que certaines d'entre elles mettent en place individuellement ou collectivement, et parfois avec des hommes, pour faire entendre leurs perceptions du monde, de leur corps, de la vie (Sargent, Kotobi, 2012).

Se raconter : la méthode biographique pour comprendre le social

Pour D. Martucelli (2006), les épreuves de la vie sont des « *défis historiques socialement produits, inégalement distribués* ». En travaillant à partir de l'individu et de son histoire de vie, il s'agissait de remonter du particulier vers le général. Ainsi en s'intéressant aux trajectoires individuelles, on pouvait saisir de façon plus globale, ce qui relève des grandes transformations sociales. La méthodologie qualitative ici choisie a permis d'observer comment les individus rencontrés classent les évènements jugés importants dans leur vie et comment l'histoire racontée est « éprouvée ». Pour Martucelli, l'épreuve tient aujourd'hui autant du rapport à l'autre et que de l'individualité. Comme nous l'avons dit, nos sociétés modernes ont imposé une façon de se raconter (Gofman, 1973 ; Traverso, 1999 ; Masquelier, Siran, 2000) qui rend complexes les relations à l'Autre et notamment aux experts ou aux

spécialistes. Il faut pour pouvoir accéder aux services ou à l'aide qu'ils peuvent apporter, savoir maîtriser les codes du récit, tout en étant soi-même. La méthode met particulièrement bien en exergue cette difficulté, en mettant en lumière les points de tension dans les rapports sociaux et les ajustements que font les acteurs pour se conformer au type de présentation de soi attendu. En même temps, comme l'on montré de nombreux anthropologues à l'occasion de leurs rencontres ethnographiques, « se raconter » ou raconter « qui l'on est », « d'où l'on vient », donne aussi l'occasion au locuteur d'exprimer une ou des identités propres, et situées, notamment en termes de territoire (Sencebe, 2004 ; Digeon, 2005).

Notons comme le fait Martucelli (2006), que le point saillant de ce travail à partir des itinéraires de femmes « précaires » et/ou « migrantes », repose sur l'idée que les individus ont moins décrits les différentes formes d'inégalités sociales qui les touchent particulièrement, que la perception d'irréversibilité qu'ils en avaient. Ainsi les femmes interrogées semblaient plutôt éprouver un sentiment d'injustice et pour faire face aux épreuves, certaines d'entre elles se forgeaient la conviction que la vie pourrait un jour être rejouée.

Des histoires de vie faites de ruptures ou de distension des liens

Les histoires de vie recueillies par notre démarche d'immersion sont un outil révélateur du social. La souffrance des individus, le sentiment de honte, de mépris, d'isolement parfois exprimés traduisent ce que Durkheim appelle la crise du lien social. La perte de ces liens entraine en effet plusieurs types de ruptures. Le lien de filiation est souvent mis à l'épreuve dans les familles rencontrées, de génération en génération. Plusieurs femmes ont pu témoigner de liens distendus avec leur famille en raison d'un déplacement géographique mais plus souvent car leurs parents pouvaient eux-mêmes avoir connus de grandes difficultés d'ordre économique, éducative, voire des ruptures. Les femmes ont parfois elles-mêmes dû faire face à l'intervention d'équipes éducatives, ce qui a pu engendrer chez elles un sentiment de disqualification dans leur capacité à assumer le rôle parental. Fine, Moulinié *et al.* (2009) ont montré ainsi que dans le cadre de la fécondité intergénérationnelle, pouvait se rejouer des histoires familiales, de mères en filles.

De même le groupe de pairs se fait et se défait tout aussi facilement que les relations amoureuses, puisque ces relations « *ne relèvent d'aucune contrainte sociale formelle* » (Paugam, 2008 : 90). Nous avons rencontré des femmes seules et beaucoup de familles recomposées (pour certaines plusieurs fois). Les femmes enquêtées nous ont exposé parfois des parcours de vie sentimentale très complexes. S. Paugam montre bien à partir de ces travaux sur la précarité, combien une rupture (liée à un problème familial notamment) a de fortes conséquences identitaires et peut faire basculer une histoire de vie. Toutefois, dans les situations de migration, il ne s'agit pas toujours de ruptures, mais plutôt de la distension des liens avec la famille d'origine, qui peut s'installer du fait d'un mariage et/ou d'un départ vers la France ou le Médoc (notamment en vue d'une recherche de travail ou d'une poursuite d'études). L'isolement relationnel est ainsi apparu dans les entretiens réalisés, surtout chez les femmes qui ont vécu des violences ou d'origine étrangère et nouvellement arrivées, qui n'ont pas eu le temps ou l'opportunité de créer des relations d'amitié. Ces femmes disent passer beaucoup de temps au foyer ce qui limite aussi leur possibilité de rencontres. Elles sont souvent sans véhicule et de ce fait dépendantes.

La rupture est aussi sociale. Comme nous l'avons dit, plus de la moitié de notre échantillon connait une situation de chômage ou est au RSA. Certaines alternent entre inactivité et emplois précaires (le plus souvent saisonniers). Les travaux de D. Schnapper (1994) ont bien montré que l'expérience du chômage ou d'emplois atypiques est perçue comme dégradante. « *Pour les pauvres, le fait d'être contraint de solliciter les services d'action sociale pour obtenir de quoi vivre altère souvent leur identité préalable et marque l'ensemble de leurs rapports avec autrui* » (Paugam, 2008 : 90). En effet, avoir besoin de demander de l'aide au CCAS, à la MDSI, de recourir à l'offre de soins gratuite de la PMI ou à l'aide alimentaire distribuée par une association caritative a parfois été présenté par les enquêtées comme une situation dévalorisante (surtout quand cela se voit, en faisant la queue dans la rue, par exemple, devant la structure ou dans la salle d'attente). Deux sentiments sont présents dans les discours : cette offre est indispensable et on peut y faire appel de façon ponctuelle mais le sentiment d'humiliation intervient quand on devient un usager régulier de ces services et que l'on ressent peu ou plus d'espoir d'améliorer son sort.

Le travail, même temporaire ou à temps partiel est source de sécurité, d'expression de soi, de reconnaissance, or cette sphère de la vie sociale reste encore trop souvent peu accessible aux femmes rencontrées. En même temps, quand elles en ont trouvé, certaines femmes pointaient les nouvelles difficultés, notamment organisationnelles, que celui-ci leur apportait, sans doute du fait de leur faible niveau de qualification et de l'incertitude quant au renouvellement du contrat.

Enfin, dernier type de rupture identifiée par Paugam (2008), « le lien de citoyenneté ». Si nous avons identifié très peu de cas où les individus méconnaissaient leurs droits sociaux, un sentiment d'injustice a pu apparaître lorsqu'ils estimaient qu'autrui (souvent un individu perçu comme connaissant les mêmes difficultés qu'eux) a obtenu plus d'aide. Quelques critiques du clientélisme ou de la discrimination (positive) de certaines structures institutionnelles ou associatives, voire de certains professionnels ont ainsi été émises par nos interlocutrices, parfois teintées de propos xénophobes ou racistes. Cela peut alors entraîner un éloignement ou une rupture définitive avec les institutions. Ici on voit comment l'accumulation des formes de ruptures dans une trajectoire biographique peut reproduire ou mener à une situation de pauvreté, différente de la précarité.

Des femmes en situation de précarité, de migration ou de mobilité : interroger les inégalités du point du vue du genre et du travail de care

En choisissant de travailler auprès d'une population de femmes, nous souhaitions aussi interroger les inégalités d'accès aux soins du point de vue du genre. Ce qui nous frappe le plus dans les situations rencontrées, c'est la faiblesse de l'activité rémunérée des femmes. Elles semblent être le plus souvent définies par leur rôle de mère (réel, futur ou potentiel) et leur travail de *care*. Même si ce n'est pas nouveau et que d'autres travaux l'ont déjà montré (Rapport CORIF, 2008), on comprend que pour ces femmes, l'articulation travail/vie familiale ne se pense pas ou ne peut être envisagée que sous la forme d'une tension. Par ailleurs, celles qui occupent des emplois atypiques expriment des difficultés compte-tenu de la pénibilité ou d'horaires incompatibles avec des enfants en bas âge ou une famille nombreuse. Parmi les ménages monoparentaux, certaines tentent une nouvelle installation, assez rapidement, ce qui peut les mettre à l'abri quelques temps. Les femmes migrantes arrivées par mariage sur le territoire national, mais aussi parfois, directement dans le Médoc conjuguent

des difficultés d'adaptation (liées à l'apprentissage de la langue, à la méconnaissance du système sanitaire ou social local) ou d'insertion (elles n'ont généralement pas le permis de conduire, et pas toujours des papiers administratifs en règle).

La place accordée par la situation de maternité est rarement questionnée par les femmes comme si cette place était la seule qui pouvait leur apporter une forme de reconnaissance sociale. Lorsqu'elles ne peuvent pas s'épanouir dans la sphère professionnelle, seule la sphère familiale ou domestique leur permet d'« exister ». Les femmes migrantes provenant du Maghreb sont encore de nos jours assignées au stéréotype du regroupement familial (datant de 1974) qui les cantonnent à ce seul rôle de mère au foyer. Ainsi peut-on dire que « *le travail parental relève (encore) traditionnellement du domaine des femmes, qu'il est effectué majoritairement par les mères, et par conséquent défini par elles et selon leurs critères* » (Martial, 2009 : 99).

Cette figure centrale de la mère est socialement partagée et ressurgit directement sur les conduites des plus jeunes qui expriment par exemple une difficulté à « *s'éloigner de la maison* », « *à aller en ville* » (sur Bordeaux ou la CUB) ou encore « *à fréquenter des gens pas de chez nous* », mais aussi sur les pratiques des professionnels. On a vu par exemple, comment ces derniers s'adressent quasi exclusivement aux femmes, dès lors qu'il s'agit de la santé familiale, ce qui n'est pas une caractéristique du territoire étudié, mais plutôt un effet genré des représentations du travail informel de *care*. Les femmes paraissent ainsi porter l'entière responsabilité des décisions concernant la santé et l'éducation. Lors d'une IVG ou d'une grossesse, le partenaire masculin, lorsqu'il est présent, est trop souvent écarté ou ignoré (Lemonnier, 2010 et 2011). Ces professionnels du champ, souvent féminins, font face eux aussi à des logiques de métier empreintes d'une pensée naturaliste selon laquelle le rôle de soignante et les qualités professionnelles requièrent les attributs symboliques propres au sexe féminin (Jacques, Purgues, 2013).

Il y a donc bien des facteurs de surexposition des femmes, lorsqu'elles cumulent des situations de précarité, à d'autres, relatives à l'âge (lorsqu'elles sont jeunes ou âgées), à l'ethnicité ou à l'origine étrangère (peu ou non francophones, migrantes) ou encore au handicap (perçu ou réel), qui les rendent plus vulnérables que les hommes. Les ruptures familiales, professionnelles sont des conséquences de la précarité ou amènent à y entrer. Comme le signale le rapport CORIF, intitulé *Précarité, une question de genre ?* (2008 : 55), « *le cumul des difficultés reste un phénomène mal connu et insuffisamment étudié* ». Notre recherche a, nous l'espérons, participé à éclairer ce sujet dans le domaine de la SRG.

Des dynamiques et des leviers présents sur le territoire

La transversalité des questions de santé, mais aussi de la reproduction attire et semble délier les langues. Une forte demande d'espaces de rencontres et d'échanges autour de la SRG est apparue (à l'occasion de l'enquête et jusqu'au moment de la restitution des premiers résultats), tant du côté des acteurs professionnels que du côté des femmes. Des causeries ou des lieux dédiés à ces échanges pourraient être organisées régulièrement et à proximité, sous la forme de cafés, de rencontres-film ou d'ateliers d'échanges de pratiques, sur un mode itinérant, permettant aux familles, aux femmes, aux associatifs et aux professionnels d'y participer plus facilement. Ces derniers, dont les agendas sont chargés, se sont montrés demandeurs de formations spécialisées sur la SRG et la diversité sociale et culturelle, par

exemple, pour mieux répondre aux publics sur ces questions qu'ils ne maîtrisent pas forcément. Pour cela, un certain nombre d'acteurs sont déjà animateurs de dynamiques qu'il faudrait peut-être davantage ouvrir aux populations ciblées. Si le projet d'un bus santé itinérant est régulièrement discuté, il faudrait pouvoir se saisir d'autres expériences qui fonctionnent, tels le Samu rural, mis en place au Maroc, ou encore l'expérience de distribution de médicaments, de contraceptifs par le réseau des postiers ou des rares commerçants ambulants qui existent, à développer.

L'actuelle politique de coordination des soins, mais aussi d'implantation de logiques de regroupement (en pôles ou en maisons de santé rurales) soutenues par l'ARS devrait pouvoir être organisée en partenariat avec les forces vives locales et la société civile, afin d'éviter leur essoufflement (devant la multiplication des dispositifs, pas toujours articulés avec les réseaux professionnels existants). Le *burn-out* ou le non renouvellement d'un certain nombre d'acteurs sociaux et associatifs semble témoigner de la nécessité de soutenir les dynamiques instaurées à partir de diagnostics situés, et de prendre en compte leurs difficultés. Ainsi la logique de réseau appuyée par le prochain Contrat Local de santé (CLS) devrait pouvoir relier ou coordonner les initiatives locales (nombreuses mais éparpillées), qui s'inscrivent dans le champ large de la SRG (au sens de l'OMS) sur le territoire médocain. Cette mise en réseau pourrait aussi s'étendre à l'offre non conventionnelle et associative (notamment dans le secteur des droits) et à d'autres partenariats hors du territoire, pour permettre des échanges à travers les frontières symboliques ou plus matérielles de cette presqu'île attractive.

Le développement envisagé des NTIC renforcerait le déploiement de sites spécialisés et d'une information locale, actualisée et facilement accessible notamment aux publics (pour apporter une information, poser une question ou témoigner d'une situation, comme un refus de soin). Il aurait également l'avantage d'accélérer la mise en place d'une démocratie sanitaire locale.

BIBLIOGRAPHIE

Abric J-C. , (1994), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.

Aïach P., (2010), *Les inégalités sociales de santé, écrits*, Paris, Anthropos/Economica.

Aïach P, Delanoë D. (1998), *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos/Economica.

Aïna Stanojevich E., (2007), coord. Dossier « la santé des migrants », *La santé de l'Homme,* n°392, novembre-décembre, pp.13-41.

Aliaga C., (2002), « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *Insee Première*, n° 869.

Anaem (2005), *La santé des primo-migrants en 2005,* Paris, Anaem.

Andrieu B., (2012), *L'autosanté : vers une médecine réflexive*, Paris, Armand Colin.

Andrieu B., (2009), Prendre l'air : vers l'écologie corporelle. Biarritz, Atlantica.

Arborio A.M, Fournier P., (2005), *L'enquête et ses méthodes, l'observation directe*, Paris, Armand Colin.

Aubin C. Branchu C. *et al*. (2011), *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan,* Rapport de l'IGAS, Paris, IGAS, juin. / http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf

Aubin C, Jourdain Menninger D. *et al.* (2009), *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence,* Rapport de l'IGAS, Paris, IGAS, octobre.

Aubin C, Jourdain Menninger D. *et al.* (2009), *La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication,* Rapport de l'IGAS, Paris, IGAS, octobre.

Bajos N. Bohet, *et al.,* (2012), « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et sociétés*, Numéro 492, septembre.

Bajos N., Bozon M., (2008*), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte.

Bajos N., Ferrand M. (2006), « L'avortement ici et ailleurs : une introduction », *Sociétés contemporaines*, 1, n°61, pp. 5-18.

Bajos N. *et al.,* (2004), « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, vol. 59, n°3-4, pp. 479-502.

Bajos N., Ferrand M. *et al.,* (2002), *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues.* Paris, INSERM. Coll. « Questions en santé publique »

Banquet P., Raineau C., (2003), *Clémentine au pays des guérisseurs*, film, 52', Réalisateur : Patrick Banquet, Program33, France5.

Barul C., Fadiga F. et Picot C., (2013), *Diagnostic socio sanitaire des femmes de 15 à 65 ans, « précaires et/ou migrantes du Médoc », en matière de santé génésique et reproductive*, Bordeaux, Projet tutoré, Master 1 de santé publique, Isped, Université Bordeaux Segalen. Dir : L. Kotobi et M-A Jutand.

Beaud S., Weber F., *(*1997), *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte. Coll. « Guides Repères ».

Becker H., 1963 (1985), *Outsiders*, Paris, Ed. Métailié.

Berchet C., Jusot F, (2012) « Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature », INVS, *BEH,* 17 janvier, n°2-3-4, pp. 17-21. Numéro thématique : Santé et recours aux soins des migrants en France.

Bertaux D., (1997), *Les récits de vie. Perspectives ethnosociologique*, Paris, Nathan.

Bessin M., (2009), « La division sexuée du travail social », *Informations Sociales*, n° 152, mars-avril, pp. 70-73.

Bisiaux R., (2011), « Comment définir la pauvreté : Ravallion, Sen ou Rawls ? », *L'économie politique*, n°49.

Blanchard P, (dir), (2006), *Sud-Ouest, porte des outre-mers. Histoire coloniale et immigration des suds, du Midi à l'aquitaine.* Paris, Milan.

Boisguerin B. (dir.), (2012), *Renoncement aux soins*, Paris, DREES, « Etudes et Statistiques », pp. 41-66.

Boltanski L., (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations,* 26/1, pp. 205-233

Bouchayer F., (1984), « Médecins et puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile : la recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles », *Revue Française de Sociologie*, XXV-1, pp. 67-90.

Bouquet B., (2011), « Les travailleurs sociaux à l'épreuve de l'immigration », *Hommes et migrations*, n°1290. pp. 6-9.

Bourdieu P., (1979), *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourdieu P., (1993), *La misère du monde*, Paris, Seuil. Coll. « Points essais ».

Bretin H., (1992), *Contraception, quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins*, Paris, INSERM. Coll « Analyses et prospectives".

Bretin H., (2004), « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé,* Vol 22, n°3, pp. 87-109.

Browner C., Sargent C. (eds), (2011), *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, Usa, Duke University Press.

Browner C. H., Sargent C., (1996), «Anthropology and Studies of Human Reproduction» in Sargent C., Johnson T., *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, Westport, Praeger, pp. 219-235.

Caisse d'allocation familiale de Gironde, (2011), *Données de la caisse d'allocation familiale de Gironde*, Bordeaux, Pôle étude Caf Gironde.

Caisse Primaire d'assurance maladie de Lesparre Médoc (2010), *Données relatives aux femmes de 15 à 45 ans vivant dans le Médoc,* Bordeaux, CPAM.

Caratini S., (2004), *Les non dits de l'anthropologie*, Paris, PUF.

Cases C., Lucas-Gabrielli V. *et al.*, (2008), « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? », *Questions d'économie de la santé*, n°130/3, pp.1-6.

Castel R., (1981), *La gestion des risques*, Éditions de Minuit, Paris.

Castel R., (1999), *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.

Castelain-Meunier C., (2005), *Les métamorphoses du masculin*, Paris, PUF.

Catarino C, Morokvasic M., (2005), « Femmes, genre, migration et mobilités », *REMI*, n°20,1, pp. 7-27

Chatel M.-M., (1993), *Malaise dans la procréation. Les femmes et la médecine de l'enfantement*, Paris, Albin Michel.

Chauvin P., Estecahandy P. (2010), "Inégalités sociales de santé et précarité", in Dossier : les inégalités sociales de santé, *Adsp*, La Doc française/ HCSP, n°73, déc. pp. 17-18

Chauvin P, Parizot I, Simonnot N., (2009), *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*. Paris, Médecins du Monde/ European observatory on access to healthcare.

Chauvin P, Parizot I., (2009), *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS*, Paris, Editions de la DIV. Coll. Les documents de l'ONZUS.

Chauvin P. et Parizot I., (2010), « Précarité », in Fassin D., Hauray B., *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pp. 279-290.

Chérubini B. et Védélago F. (coord), (2012), « Transnationalisation des politiques publiques de santé », *Sociologie santé*, n°36.

Clément A., Lagoutte C., (2009), « Quelle place pour les associations dans l'histoire du secours alimentaire ? », *La santé de l'Homme,* Dossier : « Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation », 402, Juillet-Août, pp. 28-30.

Coenen M.-T., (2002), *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social.* Bruxelles, De Boeck Université. Coll. Politique et histoire.

Cohen V., (1997), « La vulnérabilité relationnelle. Essai de cadrage et de définition » *Socio-anthropologie* [En ligne], n°1, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 17 mai 2010. http://socio-anthropologie.revues.org/index74.html

Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., (2008), *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, Paris, IRDES, mai 2008. Working paper.

Commaille et Martin C., (1998), *Les enjeux politiques de la famille*, Paris, Bayard.

Conseil économique social et environnemental régional, (2010), *Services publics et territoires aquitains*, Bordeaux, CESER, déc.

Corbeil C., Marchand I., (2006), « Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle : défis et enjeux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n°1. pp. 40-57

Cormier P. (2011), *Indicateurs en périnatalité en Aquitaine. Données PMSI 2002-2011*, 10e éd., Bordeaux, Réseau Périnat. Aquitaine.

Crenshaw K. 1991 (2005) "Cartographie des marges: Intersectionnalité, politiques de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahier du genre*, n°39.

Cresson G., Schweyer F-X. (sous la dir.) (2000), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Ed. ENSP.

Cusset P-Y., (2006), « Les statistiques ethniques en France : où en sommes-nous ? », *La note de veille*, n°22, 31 juillet, Centre d'analyse stratégique.

Dagnaud M., Mehl D., *(*1987), *Merlin l'enfanteur. La médecine, la femme, le désir d'enfant*,

Dahinden M, Rosende M., *et al*, (2007), *« Migrations : genre et frontières-frontières de genre », NQF*, 25, n°1, pp. 4-14.

Dambuyany-Wargny G., (2006), *Quand on n'a plus que son corps,* Paris, Armand Colin.

Davie E. et Mazuy M., « Fécondités et niveau d'études des femmes en France à partir d'enquêtes annuelles de recensement», *Population*, *INED*, n°3, 2010, pp.474-512

De Certeau M. (1990), *L'invention du quotidien : 1-Arts de faire*, Paris, Gallimard, (1ère éd. 1980).

Declerck P., (2001), *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon. Coll. Terre humaine

Delory-Momberger C., (2000), *Les histoires de vie*, Paris, Anthropos.

Delphy C., (1998), *L'ennemi principal économie politique du patriarcat*, tome 1, Paris, Syllepse. coll. « Nouvelles Questions Féministes ».

Desclaux A., Sarradon-Eck A. (2008) « Introduction », dossier « L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique », *Ethnographiques.org* [en ligne], http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux,Sarradon-Eck.html (consulté le 08/10/13).

Després C., (2011), « Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation ? » Colloque DREES-DSS, *Le Renoncement aux soins*, le 22 novembre 2011, Paris.

Desprès *et al.*, (2011), « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, n°169, pp.1-7

Desprès C. *et al.*, (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé,* n°170, pp.1-5

Digeon M., (2005), *Les marais du nord Médoc : un regard sur les interactions sociales au sein d'un espace en pleine mutation,* Bordeaux, Mémoire de Master 2 en anthropologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, dir. Pr. B. Traimond.

Di méo G. (1998), *Géographie sociale et territoires*, Paris, Nathan Université.

Di méo G. (1996), *Les territoires du quotidien.* Paris, L'Harmattan.

La documentation CMU, (2011), « Bénéficiaires de la CMU complémentaire en France entière. Synthèse France entière - Tous régimes - 2007-2010 ». http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75.

Dossier « Prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes », (2006), *La santé de l'Homme,* mars-avril. pp. 41-48.

Dorlin E. (2009), *Sexe, race et classe : pour une épistémologie de la domination,* Paris, PUF.

Dourgon P., Jusot., *et al.*, (2008), « La santé perçue des immigrés en France », Irdes, *Questions d'économie de la santé,* n°133, juillet.

DRJSCSA, (2013), *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Rencontre régionale Aquitaine le 14 octobre 2013, IRTS,* Bordeaux, DRJSCSA. Doc dact.

Drot C. (2008), « Aquitaine, terre d'immigration », *Hommes et migrations*, n°1273. pp. 138-150

Dubet F., (1994), *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.

Dubet F., Cousin O. *et al.*, (2013), *Pourquoi moi ?L'expérience des discriminations,* Paris, Seuil, pp384

Dunn F.L., (1971) « Traditionnal Asian medicine and Cosmopolitan medicine as adaptative systems", in: Leslie C. *Asian medical systems,* Berkeley, Univ of California Press; pp. 133-158.

Duranteau C. (1999), *La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale,* Paris, L'Harmattan.

Durif-Bruckert, C. (2008), *Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Paris, L'œil neuf.

Duvoux N., (2009), « Les assistés peuvent-ils être autonomes ? Sociologie compréhensive des politiques d'insertion », *Lien social et Politiques*, n° 61, pp. 97-107.

Elias N., (2010), *Au-delà de Freud : Sociologie, psychologie, psychanalyse*, Paris, Editions La Découverte. Coll. Textes à l'appui.

Enel F., Delasalle C. (2006), « Les primo-arrivants en région : Aquitaine, Bretagne, Centre, Poitou Charente », *Hommes et Migrations*, n°1261. pp.87-100.

Erhenberg A., (1995), *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.

Fainzang S.,(2006), *La relation médecins-malades : information et mensonges*, Paris, PUF.

Fainzang S., (2001), *Médicaments et société*, Paris, PUF.

Farnarier C., (2009), *Les dimensions sociales d'une politique de santé publique. Le cas des consultations de protection infantile*, Thèse de doctorat, EHESS Marseille.

Fassin D. (2007), « La santé des étrangers : une question politique », in *La santé de l'Homme,* n°392, novembre-décembre, pp. 15-17.

Fassin E., Fassin D., (2006), *De la question sociale à a question raciale ? Représenter la société française*, Paris, La Découverte.

Fassin D., Memmi D., (2004), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éd. *de* l'EHESS.

Ferrand M., Jaspard F., (1987), L'*interruption volontaire de grossesse*, Paris, PUF. Coll. « QSJ? »

Fine A., Moulinié V., Sangoï J-C. (2009) « De mère en fille : la transmission de la fécondité », *L'homme*, Juillet/Septembre, n°191, pp37-76

Le Fonds CMU**, (**2011), « Aide complémentaire santé [*Complementary Health Assistance*]. Paris2009 » april. http://replay.waybackmachine.org/20090418133038/http://www.cmu.fr/site/cmu.php4 ?Id=7&style=&col=&PHPSESSID=60cbd34f418dfae11f51b1a876a8088c

Fortier C., (2010) «Le droit musulman en pratique: genre, filiation et bioéthique», *Droit et Cultures*, Fortier C. (éd.), « Actualités du droit musulman : genre, filiation et bioéthique », n°59, pp.11-38, http://droitcultures.revues.org/1923. Consulté le 16 nov 2011

Furtos J.,(2007), "Ruralité et précarité", *Bulletin National Santé Mentale et Précarité*, *Rhizome*, Octobre.

Giami A. (2007), « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues*, n°250, septembre, pp. 56-60.

Giami, A. (2001), *L'ange et la Bête : Représentations de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs*, Paris, Editions du CTNERHI.

Goffman E., (1973), *La Mise en scène de la vie quotidienne, t. 1 La Présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit. Coll. « Le Sens Commun ».

Goffman E., (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit, 1963. Coll. « Le Sens Commun ».

Gojard S., (2010), *Le métier de mère*, Paris, La Dispute. Coll. « Corps santé société ».

Gouyon M., (2009), « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet: premiers résultats d'une enquête nationale », *Etudes et résultats*, DRESS, n°704, Octobre.

Grass et Bourdillon, (2012), *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Paris, Santé et Presses de Sciences-Po.

Guthmuller S, Jusot F. *et al.* (2011), « Le recours à l'Aide complémentaire santé : une expérimentation sociale à Lille », *Questions d'économie de la santé,* n° 162 - Février 2011

Guyard L., (2002), « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *L'Esprit du temps, Champ psy*, n°27, pp 81-92.

Hamel, C. & Moisy, M. (2010), « L'expérience de la migration, santé perçue et renoncement aux soins », in C. Beauchemin, C. Hamel *et al.* (Eds.), *Trajectoires et Origines. Enquêtesur la diversité des populations en France. Premiers résultats* Vol. Documents de travail 168, Paris, INSEE &INED, pp.77-84.

Harrisson, D., (2000), « L'éthique et la recherche sociale » in : Karsenti T., Savoie-Zajc L. (Dir), *Introduction à la recherche en éducation* (p.33-56), Sherbrooke

Herzlich C., 1969 (2007), *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale,* Paris, EHESS.

Hoggart R., (1991), *La culture du pauvre,* Éd. de Minuit.

Hughes E., (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis,* Paris, Éditions de l'EHESS.

Illich I., 1975(1981), Némésis médicale : l'expropriation de la santé, Seuil, Paris

Inspection générale des affaires sociales, (2011), *Rapport sur la médecine scolaire.* Paris, IGAS.

Inspection générale des affaires sociales, (2009), *Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural.* Paris, IGAS, septembre.

Institut national d'études démographiques (2012), *Statistique de l'avortement en France* [Internet]. INED. http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2008/T28_2008.html

Institut national d'études démographiques, (2010), *L'âge aux premières règles,* Paris, INED, 28 décembre.

Institut national d'études démographiques, (2010), *L'âge au premier rapport sexuel,* Paris, INED, 21 décembre.

INSEE Aquitaine, (2013), «La pauvreté s'est accentuée en Aquitaine entre 2008 et 2010», *Le Quatre Pages,* n°210, Octobre.

INSEE Aquitaine, (2011), «Pauvreté en ville et à la campagne, plus intense de la pointe du Médoc à Agen», *Le Quatre Pages,* n°194, Juin.

Jacques B., (2007), *Sociologie de l'accouchement,* Paris, PUF. Coll. « Partage du savoir ».

Jacques B., Purgues S., (2013). « L'entrée des hommes dans le métier de sages-femmes : faire sa place dans un monde professionnel « ultra-féminisé » », *Revue Française des Affaires Sociales,* 2-3.

Jacques B., (2013), « Comprendre les inégalités sociales de santé : le cas des femmes enceintes en situation de précarité », *CAMBIO Rivista sulle trasformazioni sociali*, n°6, Décembre.

Jacques B., Purgues S., (à paraître 2014), « Etre parent et précaire : Une parentalité sous surveillance » in Camus J., Geay B., *Devenir parents. Entre normes familiales et normes institutionnelles*, Rennes, PUR.

Jamoulle P., (2005), *Des hommes Sur le fil, La construction de l'identité masculine en milieux précaires* », Paris, La Découverte.

Jodelet D., (1989), Les représentations sociales, Paris, PUF.

Khlat M. (2012), "Editorial", INVS, *BEH,* 17 janvier, n°2-3-4, pp. 13-14. Numéro thématique : Santé et recours aux soins des migrants en France.

Kofman E., (2004), "Genre et migration internationale. Critique du réductionnisme théorique», *Les cahiers du CEDREF,* n°12, pp.81-97.

Kofman E. *et al*. (2000), *Gender and International Migration in Europe. Employment, Welfare and Politics.* London, Routledge.

Kotobi L., (2013) «Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc », in : dossier « Santé sexuelle », *La santé en action* (ex. *La Santé de l'Homme*), n° 423, Inpes, pp. 31-32.

Kotobi L., Larchanché S., Kessar Z. (2013), « Enjeux et logiques du recours à l'interprétariat en milieu hospitalier. Une recherche-action autour de l'annonce d'une maladie grave », in : « Les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques », M. Cognet et P. Sauvegrain (coord.), *Migrations santé*, n° 146-147, 2013. pp. 53-80.

Kotobi, L. (2012), « Réflexions sur l'altérité migrante comme support de traitements différentiels à l'hôpital et sur la production des données d'enquêtes par l'ethnologue », in C. Crenn & L. Kotobi, *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*. Paris, A. Colin, pp.179-229.

Kotobi L., (2010) « Islams et santé : un panorama contemporain » et « Conceptions et pratiques de santé en Islam de France. Entretiens avec Mahmoud Ould Doua et Tarek Oubrou, imams bordelais », in : « Islams et santé » L. Kotobi et A-M. Moulin (coord.) *Revue Sociologie santé,* n° 31, mars 2010. pp. 5-13 et 163-180.

Lafaysse M. (2010), *Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives. Enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009*. Thèse de médecine, Université Bordeaux Segalen. Dir. Dr. S. Haddad.

Lamont M. et Hall P., (2013), *Social resilience in the Neo-liberal Era*, Cambridge, Cambridge University Press.

Lanzarini C., (2000), *Survivre dans le monde sous-prolétaire*, Paris, PUF. Coll Le Sociologue

Laurent-Beck A. et Housseau B., (coord.), (2012), Dossier « Education à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux », *La santé de l'Homme,* n°418, mars-avril, pp. 9-43.

Larcher, P. (2011), « L'intervention française sur les inégalités sociales de santé : une histoire et des enjeux », In Potvin *et al., Réduire les inégalités sociales de santé* . Paris, INPES Editions, pp. 89-97.

Lebas J. Chauvin P. (1998), *Précarité et santé,* Flammarion, Paris,

Le Breton D. (2005), « Conduites à risques à l'adolescence : spécificité des filles et des garçons. Approche anthropologique », *Gynecol, obstet, fertil,* n°33. pp. 39-43

Leclerc A., Fassin D., *et al*., (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte. Coll Recherche.

Lemonnier C., (2011), *Enquête en Médoc sur le recours des femmes aux médecines non conventionnelles dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive*, Mémoire de master 2, Dir : L.Kotobi, Université Bordeaux Segalen

Lemonnier C., (2010), *Ritualiser l'avortement pour faire passer la pilule. Enquête sur l'Interruption Volontaire de Grossesse dans le centre d'orthogénie d'un hôpital aquitain*", Mémoire de master 1, Dir : L.Kotobi, Université Bordeaux Segalen

Lett J. (1990) « Emics and Etics : notes on the Epistemology of Anthropology", in dossier: Emics and Etics: the Inside/Outside debate, TN. Headland, Pike. *et al.* (coord.), , London, Sage publications, *Frontiers of Anthropology*, Vol. 7.

Liégeois J-P., (2007), *L'accès aux droits sociaux des populations tsignaes en France,* Rennes, ENSP.

Loiseau G., (2012), « Maintenus dans leur ethnicité au nom de l'ordre public. Le cas des « gens du voyage », in C. Crenn & L. Kotobi, *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*. Paris, A. Colin, pp.157-174.

Lydié N., Léon C. (2005) « Contraception, pilule du lendemain, interruption volontaire de grossesse », *Baromètre santé 2005*, Paris, Inpes. pp. 103-108

Maillochon F., (2012), « L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié », *La santé de l'Homme*, n° 147, janv-fév, pp. 46-48.
Malherbe J-F, (1997), *La conscience en liberté. Apprentissage de l'éthique et création de consensus*, Québec, Fides.

Martin C., (2003), *La parentalité en questions, perspectives sociologiques : rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille*, Paris, Ed. HCPF.

Martial A., (2009), « Le travail parental : du côté des pères séparés et divorcés », *Informations sociales*, 154 (4), pp. 96-104

Martineau S., (2007) « L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion », *Recherche qualitative*, Hors série n°5, pp-70-81

Martucelli D. (2006), *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin.

Masquelier B., Siran J.-L., (2000), *Pour une anthropologie de l'interlocution. Rhétoriques du quotidien,* Paris, L'Harmattan. Coll. Logiques sociales.

Mauger G., (1991), « Enquêter en milieu populaire », *Genèses*, 6, Femmes, genre, histoire, pp. 125-143.

Mayer N., (1995), « L'entretien selon Pierre Bourdieu. Analyse critique de La misère du monde », *Revue française de sociologie*, 36, n°2, pp. 355-370.

Mazuy M., Barbieri M., (2010), « Les adultes vivent moins souvent en couple, l'évolution démographique récente en France », INED, *Population*, n°3, pp. 421-474.

Médecins du Monde (2010), *Rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France,* Paris, MDM, oct 2011.

Memmi D., (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

Morice A, Potot S. (2010), *De l'ouvrier immigré au travailleur sans papier : les étrangers dans la modernisation du salariat,* Paris, Karthala.

Morin M., (2004), *Parcours de santé,* Paris, Armand Colin.

Morokvasik-Müller, M., *et al.* (2003), *Crossing Borders and Shifting Boundaries. Gender on the Move,* vol. 1, Germany, International women's university.

Moulin J.J *et al*. (2005), « Inégalités de santé et comportements: comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France 1995-2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43 : 1-3.

Moulinié V. (1998), *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Maison des Sciences de l'Homme.

Musso S., (2008), « A propos du "malaise éthique" du chercheur : les leçons d'un terrain sur les objets «sida » et « immigration » en France », *ethnographiques.org*, n°17,novembre [en ligne] *http://www.ethnographiques.org/2008/Musso.html*

Musso S., (2007), « Les paradoxes de l'invisibilité. Le travail de rue d'une association marseillaise auprès de prostituées maghrébines », *ethnographiques.org,* n°12, février [en ligne] http://www.ethnographiques.org/2007/Musso.html

Nacu A., (2011), « "Quand c'est culturel, je laisse tomber." Soigner les Roms migrants en région parisienne », in *Revue Sociologie santé,* n°33, Mars, pp. 69-85.

Oakley A., (1972), *Sex, gender and society*, London, Redwood Books Editions.

Observatoire Girondin de la Précarité et de la Pauvreté, (2010), (2011), *Rapport Annuel*, OGPP.

Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine, (2011), *Schéma régional de prévention / Programme régional d'accès à la prévention et aux* soins : État des lieux, Bordeaux, ORSa, sept.

Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine, (2010), *Santé dans les pays d'Aquitaine – la CUB*, ORSA, février. [Internet]. Bordeaux, ORSa.

Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine, (2010), *Inégalités socio-sanitaires en Aquitaine, une typologie cantonale*, Bordeaux, ORSa, déc.

Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine, (2010) *Le point sur…Les interruptions de grossesses en Aquitaine*. Bordeaux, ORSa, déc. http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/le-point-sur-les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-aquitaine

Olivier de Sardan J-P., (2003), « Observation et description en socio-anthropologie », in G. Blundo et J.-P. Olivier de Sardan, *Pratiques de la description*. Paris, EHESS, pp. 13-40.

Olivier de Sardan J-P., (1995), *Anthropologie et développement*, Paris, Karthala.

Olivier de Sardan J-P., (1995), «La politique du terrain», *Enquête*, Les terrains de l'enquête, pp.71-109 [En ligne], mis en ligne le 1 février 2007. http://enquete.revues.org/document263.html. Consulté le 11 oct 2011.

Orfali K., (1997), L'hôpital ou la critique de la raison instrumentale. Essai sur l'expérience hospitalière des malades, Paris, Thèse de doctorat, EHESS.

Pagès A., (2011), *La pauvreté en milieu rural*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.

Pagès A., (2009), «La misère rurale, oubliée du débat public», *ASH*, n° 2619, 12 juin.

Paperman P., Laugier S., (2011), *Le souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, Raisons pratiques.

Parizot I., Péchoux S., *et al.* (2004), *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la ville du 20e arrondissement de Paris*, Paris, Inserm U444, Rapport pour la Mission Ville de la préfecture de Paris.

Passerini, L. *et al.* (2007), *Women Migrants from East to West. Gender, Mobility and Belonging in Contemporary Europe*, London/New York, Berghahn Books.

Paugam S., (2008), *Le lien social*, Paris, PUF. Coll. « QSJ? »,

Pays Médoc (2002), *Charte de territoire du Pays Médoc. Perspectives 2020*, Saint-Laurent-Médoc, Pays Médoc.78p.

Peneff J., (1992), *L'Hôpital en urgence*, Paris, Métaillé.

Peretti-Watel, (2010), *La société du risque*, Paris, La Découverte.

Petonnet C., (1982), « L'Observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'Homme*, tome 22, n°4. Etudes d'anthropologie urbaine. pp. 37-47, http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/hom_04394216_1982_num_22_4_368323 Consulté le 07 octobre 2013.

Poiret C ; (2005), « Articuler les rapports de sexe, de classe et interethniques : quelques enseignements du débat nord-américain », *REMI*, vol. 21. pp. 195-226.

Potot S., (2005), « La place des femmes dans les réseaux migrants roumains »

Pourette D. *et al.*, (2002), in : « Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné, De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues », *Population*, Volume 59, Numéro 1, pp. 178-179

Pouchadon M-L., Malochet V., Felouzis G. (2007), *Problèmes sociaux et nouvelles ruralités. Le cas de trois communes de Gironde.* Rapport CG33/ Lapsac, Université Victor Segalen Bordeaux 2, oct.

Raineau C, (2002), "Maladie et infortune dans l'Auvergne d'Aujourd'hui. Médecins, malades et guérisseurs d'un bourg montagnard à l'hôpital", *Ruralia*, n° 10/11, 19 p.

Rapport CORIF, (2008), *Précarité, une question de genre ?* Lille, CORIF

Rapport n°IV (2009), *Evaluation de la CMU, Juillet 2009 : réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999*, Paris, La Documentation française.

Rawls J. (1971), *Théorie de la justice*, Paris, Seuil (trad. 1987)Regnier-Loilier A. (2009), « L'arrivée d'un enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple ? », *Population et Sociétés*, n°461, novembre.

Renahy E., Vallée J., Parizot I. *et al.*, (2012) « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS », in Boisguerin B., (dir.), *Renoncement aux soins*, Paris, DREES, « Etudes et Statistiques », pp. 41-66.

Riano, Y., (2005), "Women on the Move to Europe. A Review of the Literature on Gender and Migration", M-G da Marroni & G. Salgado (eds.), *Latinamerican Diaspora: Migration within a Globalized World*, Mexico/ Institute of Developing Economies, Japan. pp. 207-238.

Ricard A-L., (2011), *Caractéristiques psychosociales des mineures demandant une interruption volontaire des grossesses en Aquitaine.* Thèse de médecine, Université Bordeaux Segalen. Dir : Dr S. Frantz-Blancpain.

Rocchi V., (2000), « Du Nouvel Age aux réseaux psycho-mystiques », *Ethnologie française*, XXX, 4, pp.583-590

Rode A., (2010), *Le « non recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Grenoble, Thèse de doctorat, Institut d'Etudes Politiques. Dir P. Warin

Rondo-Mattauer B. (2003), *Un autre regard dans l'accompagnement psychologique*, Toulouse, Erès Editions.

Sargent C, Kotobi L. (2012), « Contraceptive secrets and shifting locations of personal and political power: Body battles among North and West African migrants in Paris », in L. Manderson, *Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health*, London, Routledge.

Sauvegrain P., (2010), *Différences de traitement et traitements différentiels. Les trajectoires de soins des femmes « Africaines » en maternité publique*, Paris, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris VII. Dir : C. Quiminal & V. de Rudder.

Sayad A., (1999), *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré,* Paris, Seuil.

Schnapper D., (1994), *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard.

Sencebe Y, (2004), "Etre ici, être d'ici", *Ethnologie française,* XXXIV, 1, pp. 23-29.

Sen A., (1981), *Poverty and Famines: an Essay on Entitlements and Deprivation*, Oxford, Clarendon Press.

Sen A., (1987), *Ethique et économie*, Paris, PUF (trad. 1993).

Serre D., (1998), « Le « bébé superbe ». La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés Contemporaines*, n°31, pp. 107-127.

Simmel G., (2009), *Le pauvre*, Allia, 1908.

Statistiques des établissements données administratives, DREES (2011). *Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale, Clinique Mutualiste du Médoc* [Internet]. Statistiques des établissements. http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/dwd_dwsaff1.aspx

Strauss A., (1991), *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Sullivan D., Beeman R. (1982), « Satisfaction with maternity care: A matter of communication and choice », *Medical Care*, vol. XX, n° 3, March.

Supiot A., (2001), *Pour une politique des sciences de l'homme et de la société,* Paris, Puf, Conseil national du développement des sciences humaines et sociales.

Tain L., (1999) : « De la contraception à l'enfantement : l'offre technologique en question », in Akrich M., Laborie F., « Techniques et acteurs : parcours différenciés de femmes dans une démarche de fécondation in vitro », *Cahiers du genre*, n° 25, pp. 75-94.

Thiaudière C., (2004), « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale »**,** *Regards sociologiques*, n°29, pp. 23-34

Thiney MJ. (2003), *Fascinant Médoc. Histoire d'un pays.* Bordeaux, ED. Sud-Ouest.

Tillard B., Robin M., (2010), *Enquêtes au domicile des familles. La recherche dans l'espace privé.* Paris, L'Harmattan.

Traverso V. (1999), *L'analyse des conversations,* Paris, Nathan.

Tripier M., (2012), « L'évolution conceptuelle en sociologie de l'immigration en France», in : C. Crenn & L. Kotobi, *Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises*. Paris, A. Colin, pp. 35-42.

Visier L., Penchaud A-L., (2011), Les inégalités sociales de santé, in *Médecine, Santé et Sciences humaines*, Paris, Les Belles Lettres, pp.485-492.

Warin P., 2010, *Le non recours : définition et typologies*, Grenoble, Odenore. Working paper.

Warin P., 2011, « Renoncement à des soins et précarité », Colloque DREES-DSS, *Le Renoncement aux soins*, le 22 novembre2011, Paris, DRESS.

Wresinski (1987), « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Paris, Journal Officiel,

WHO Regional Office for Europe, (2010), *Rural poverty and health systems in the WHO European Region*, Copenhague, WHO.

Autres documents, par sources Internet :

Rapports de l'OMS

« La Santé dans le Monde - Pour un système de santé plus performant », 2000. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf

CSDH, 2008, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

Rapport « *Social Determinants of Health* », 2012: http://www.who.int/social_determinants/B_132_14-en.pdf

http://www.mhp.gov.on.ca/fr/healthy-communities/public-health/guidance-docs/ReproductiveHealth-fr.pdf

Rapport de l'ONU

Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994, 1995.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf

Les femmes et la santé à Beijing 1995, Perspective historique, Avril 2000. http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/session/fiche3.html consulté le 13/04/13

Sites sur la contraception :

http://grossessesnonsouhaitees.wordpress.com

http://jeunes.aquitaine.fr:sante:act-7.50.95,presentation_du_dispositif.html

Source ANSM :

ANSM, (2013), «Diane 35 et ses génériques », http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Diane-35-et-ses-generiques/Quelle-est-la-situation-actuelle-de-Diane-35-en-France/%28offset%29/0 consulté le 15/04/13

ANSM, (2013), «Pilules oestroprogestatives et risque thrombotique », http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Actualite/%28offset%29/0, consulté le 15/04/13

Source ARS :

CartoSanté (service de l'Ars= cartographie interactive) http://www.ars.aquitaine.sante.fr/CartoSante.92689.0.html

Source INSEE :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=empop001

Source ORSA:

http://www.pays-medoc.com/cartes-et-dessous-des-cartes/

http://www.orsaquitaine.org/Portals/0/1_territoire_de_ recours_ 1 .pdf

http://www.debatpublic-leverdon.org/docs/comptes-rendus/20071108/pres-pays-medoc-20071108.pdf

Source Pays Médoc :

http://www.pays-medoc.com/cartes-et-dessous-des-cartes/
http://www.debatpublic-leverdon.org/docs/comptes-rendus/20071108/pres-pays-medoc-20071108.pdf

Source SAE :

http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/dwd_dwsaff1.aspx

Sources Presse :

http://www.sudouest.fr/2012/01/25/la-clinique-de-lesparre-dans-l-incertitude-614744-2964.php

http://aquitaine.france3.fr/info/y-aura-t-il-encore-une-maternite-dans-le-medoc--72228630.html

http://bordeaux.actu.fr/actualite/manifestation-pour-maternite-2783
http://www.lejournaldumedoc.fr/actualite/Touche-pas-a-ma-maternite-!-633.html
http://www.sudouest.fr/2012/01/27/les-delegues-cfdt-de-la-clinique-s-inquietent-616569-2780.php

http://www.viva.presse.fr/Mobilises-pour-la-maternite-de_16891.html
http://www.petitionpublique.fr/?pi=P2012N20454

http://collectif33.canalblog.com/

Campagne C. (2012), « La réforme qui démonte la garde » et « SOS médecins sauve sa peau », Sud – Ouest, 5 septembre, pp. 2-3.

Caurraze M. (2012), « Il faut anticiper une pénurie de médecins généralistes à court terme », Le Journal du Médoc, 16 novembre, p.4

François J-B., (2011), « De plus en plus de précaires parmi les ruraux », *La Croix*, 9 juin, p. 3 dossier « Les pauvretés cachées du monde rural », pp. 1-3

Kagni M, (2012), « Pauillac dans l'expectative », *Sud-Ouest*, 8 octobre, p.14.
Lherm D. (2012), « Guerre des vignes à Pauillac », *Sud-Ouest*, 6 octobre, p. 7.

Lestage J. (2013), « Trois cuves de plus pour le terminal », *Sud-Ouest*, 28 septembre.
Lestage J. (2012), «Les Sahraouis éloignés », *Sud-Ouest*, 6 octobre, p. 15.

Nauzin M. (2012), « Le combat d'un médecin pour trouver son successeur » et « Les médecins et les autres professionnels de santé la jouent collectif », *Le Journal du Médoc*, 16 novembre, p. 5

Rouquette-Valeins H. (2011), « La dangereuse avancée du désert médical », *Sud-Ouest*, 18 juin, pp. 10-11

Vigneaud J-P., (2011), « 18 aires d'accueil à ouvrir », *Sud-Ouest*, 25 octobre 2011, p. 15.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Quelques cartes

ANNEXE 2 : Tableaux récapitulatifs des entretiens, par équipe

ANNEXE 3 : Guide d'entretien des femmes et des professionnels

ANNEXE 4 : Extraits d'entretiens

ANNEXE 5 : Exemples d'observations systématisées

ANNEXE 6 : Statistiques de la CPAM

ANNEXE 7 + 7 bis : Statistiques de la CAF

ANNEXE 8 : Activité maternité clinique mutualiste du Médoc

ANNEXE 9 : Statistiques CG 33 de l'activité des CPEF

ANNEXE 10 : Liste des indicateurs retenus pour le Diagnostic SS_2013

ANNEXE 11 : Le Projet de Santé du territoire du Médoc

ANNEXE 12 : Le CLS du Médoc

ANNEXE 13 : Les CDC et cantons du Médoc

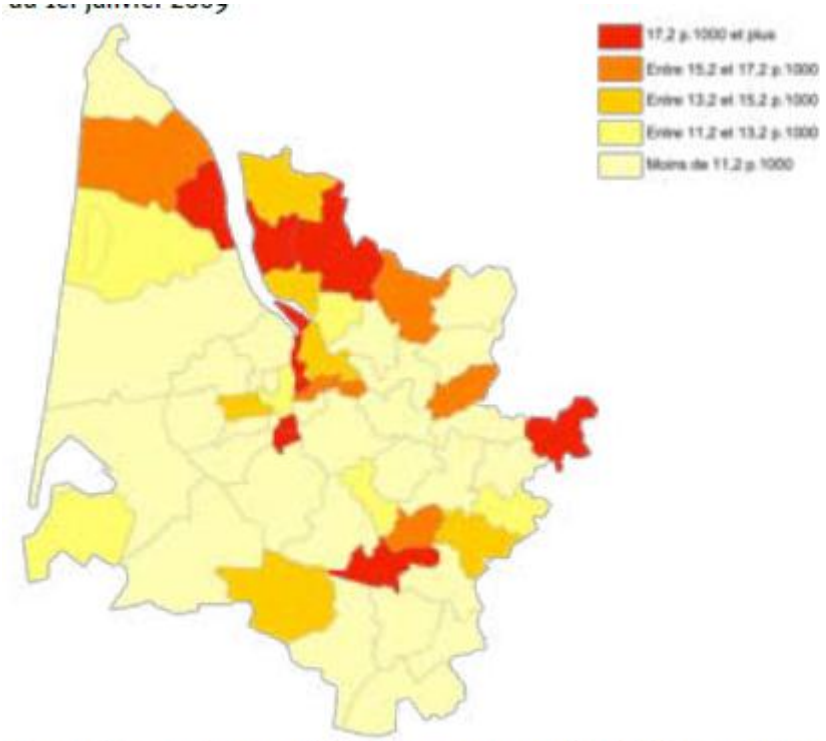
ANNEXE 14: Affiches

ANNEXE 15: Statistiques IVG

ANNEXE 16 : Tableau des livrables

ANNEXE N°1 : Quelques cartes

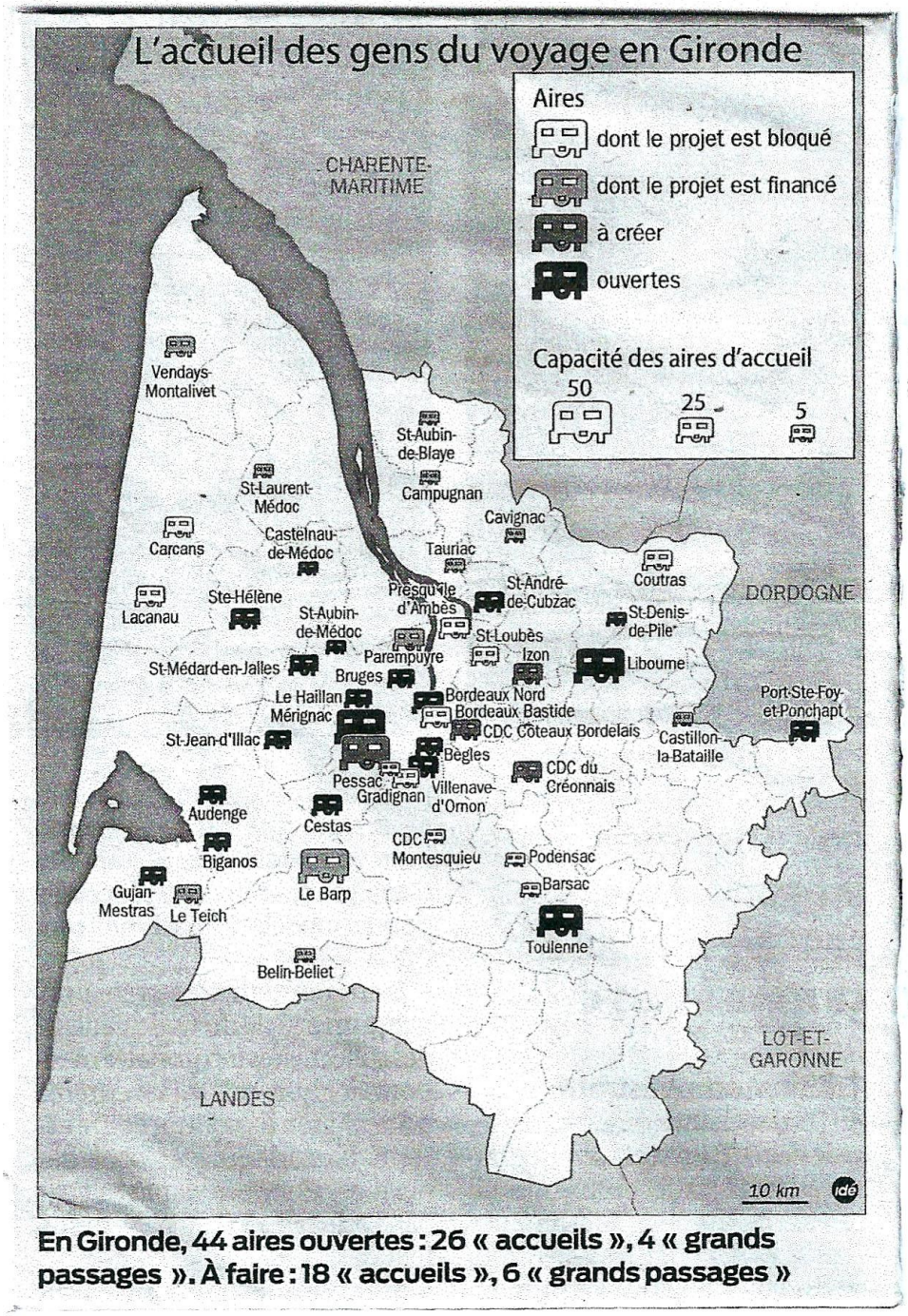
Carte A : Proportions estimées d'usagers des Restos du Cœur dans la population totale des cantons girondins au 1er janvier 2009
Source : Rapport de l'OGPP 2011



Source : Restos du Cœur, INSEE-Recensement rénové de la population - Traitement : OGPP

Carte B : Les aires d'accueil en Gironde

Source : *Sud Ouest* du 25/10/2011 p. 15



En Gironde, 44 aires ouvertes : 26 « accueils », 4 « grands passages ». À faire : 18 « accueils », 6 « grands passages »

ANNEXE 2 : Tableaux récapitulatifs des entretiens, par équipe

A-Equipe anthropologie :

Entretiens 58 femmes (dont 13 suivies sur les 3 ans) (Equipe d'Anthropologie)											
	Femmes	**Type d'entretien**	**Femme suivi long**	**Durée de l'entretien**	**Lieu de l'entretien**	**Statut marital**	**Nb d'enfants**	**CSP**	**Nationalité**	**Age**	**Couverture sociale**
1	« Catherine »	EI		20 min	Son domicile	mariée	2	Sans	française	33	Sans
2	« Sandra»	EN / EI		App. 1h30 (avec les 3 femmes)	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	3	Sans (gens de voyage)	Française	30	CMU
3	« Veronica »	EN / EI		App. 1h30 (avec les 3 femmes)	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	2	Sans (gens de voyage)	Française	35	CMU
4	« Amélia »	EN / EI		App. 1h30 (avec les 3 femmes)	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	3	Sans (gens de voyage)	Française	40	CMU
5	« Lucy »	EN / EI		App. 20 min+app. 30 min en groupe	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	0	Sans (gens de voyage)	Française	15	CMU
6	« Soline-Louise »	EN / EI		App. 20 min+app. 30 min en groupe	Aire d'accueil, centre Médoc	non-mariée	0	Sans (gens de voyage)	Française	14	CMU
7	Mère de « Lucy »	EN / EI		App. 30 min en groupe	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	2	Sans (gens de voyage)	Française	40 ?	CMU
8	Sœur de « Soline-Louise »	EN / EI		App. 30 min en groupe	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	1	Sans (gens de voyage)	Française	18	Non renseigné
9	Mère de « Soline-Louise »	EN / EI		App. 30 min en groupe	Aire d'accueil, centre Médoc	mariée	3	Sans (gens de voyage)	Française	40 ?	CMU
10	« Nicole »	ED		1h	Clinique,	divorcée		En formation après un accident de travail (+ handicap),	Française	44 ?	AAH

11	« Sabine »	ED		ED, EN 1h	Clinique,	En couple	0	Travail saisonnier, Nord Médoc	Française	42 ?	MSA
12	« Sonia »	EN & EE		30mn	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	En couple	0		Française	21	SS des parents
13	« Camille »	ED,		app. 1h30 (E collectif avec Kimberley)	Lycée, Centre Médoc	Célibataire ?	0	Lycéenne dans le centre Médoc, vit en Nord Médoc	Française	14	SS des parents
14	«Karine »	ED		app. 1h30 (E collectif avec Claire)	Lycée, Centre Médoc	En couple homosexuel avec une jeune marocaine	0	Lycéenne centre Médoc	Française	15	SS des parents
15	« Louise »	EI & EN		40min.	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha + consultations	En couple	0	Etudiante à Bordeaux, vit dans le centre Médoc	Française	22	SS étudiante
16	« Marietta"	EI + EN		30min. + 30min.	Association d'aide aux populations, Alpha	Séparée du père des 8 enfants, en couple	8	Femme de ménage + travail dans les vignes	Française	40	MSA
17	« Candice »	EN		30min.	Association d'aide aux populations, Alpha	Mariée	3	assistante maternelle	Française	43	MSA du mari
18	«Cassandra»	EN		20min.	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Célibataire	0		Française	45	AAH
19	« Berta »	EI+ED	X	40min+1h en groupe	Association d'aide aux populations, Alpha	Célibataire	2	Couturière + tailleuse de pierre	Française	38	CMU (refuse l'AAH)
20	« Betty »	ED+EI		30min.+30 min	Association d'aide aux populations, Alpha	Célibataire ?	0	?	Française	18	SS des parents (MSA du père)
21	« Jennifer »	EI	X	30min + 20min +1h	Association d'aide aux populations, Alpha	En couple	0	?	Française	20	SS des parents (MSA du père

22	« Marjorie »	ED + EI		30min + 40min	Association d'aide aux populations, Alpha	Mariée	4	Travail à la vigne	Française	40	MSA
23	«Bernadette»	EN		1h. (avec Edith)	Salle d'attente du CPEF, MDSI Bêta	Mariée	1	Au chômage	Française	43	CMU
24	« Edith » belle-fille de « Bernadette »	EN		1h (avec Bernadette)	Salle d'attente du CPEF, MDSI Bêta	En couple (enceinte)	0	Femme au foyer	Française	21	CMU
25	« Barbara »	EI		45min.	Association d'aide aux populations, Alpha	Mariée	2	Travail à la vigne	Française	37	MSA de son mari
26	« Melissa »	EN		30min.	Association d'aide aux populations, Alpha	?	3	Retraitée-travail à la vigne	Française	58	MSA
27	« Denise »	EN		45min.	Association d'aide aux populations, Alpha	Divorcée	4	Retraitée	Française	60	Non renseigné
28	« Marie »	EN		45min.	Association d'aide aux populations, Alpha	Veuve	3	Retraitée-travail à la vigne	Française	?	MSA
29	« Sofia »	ED		2H	St Savier	séparée	1	Maître nageur	Française D'origine marocaine	36	SS
30	« Chloé »	ED		1h30	St Savier	séparée	0	Travail saisonnier en restauration	Française	28	En attente de CMU
31	« Emilie »	ED+EI		2h	Sainte-Luce	mariée	1	Agricultrice	Française	34	MSA
32	« Juanita »	ED		1H	Viramon	divorcée	1	Famille d'accueil	Française D'origine espagnole	52	SS
33	« Eliane »	ED		1H	Viramon	divorcée	2	Sans emploi, maladie chronique	Française	Environ 60	AAH
34	« Martine »	EN & ED	X	1h+1h+1h+1h	Clinique, + son domicile à Alpha	récemment divorcée,	1 enfant	Chercheure au chômage, d'où travaille sur les	Française	38	AAH

								marchés aux poissons (reprise de l'activité de ses parents)+ formations aux médecines non conventionnelles			
35	« Clara »	ED, EN		App. 40 min+ 1h	Clinique, + un café, Gamma	En couple (après divorce)	3 enfants	Aide médico-psychologique après formation 15 mois, Gamma	Française	39	En cours d'affiliation à la SS
36	« Jeanne »	ED & EI	X	45 min+1h15 +2h+1h +1h +1h	Clinique + un café, Bordeaux + son domicile, Gamma + un café, Gamma +nouveau domicile St-Savier	En couple (après divorce) ; récemment mariée	2 enfants	Aide à domicile, ensuite travail dans la communication & accueil chez un viticulteur proche Gamma, ensuite auxiliaire de vie dans le Nord Médoc	Française	42 ?	MSA puis celle du mari
37	« Marie-Pierre »	ED + EI/EN	X	1h+30min. +1h +2h	Association d'aide aux populations, Alpha + dans sa voiture	Mariée	5 enfants	Sans profession	Française	40 ?	MSA du mari
38	« Christine »	ED+EN	X	1H30+1h+ 1h+1h+2h	Domicile à Viramon	Séparée	0	« inventeuse», ancienne restauratrice	Française Née en Tunisie	60	AAH
39	« Nafissa »	EN		45 min	Salle d'attente CPEF MDSI Alpha	Mariée ?	2	Travail à la vigne	Marocaine	41	MSA
40	« Najia »	EI	X	30min+15 min+15 min	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Divorcée depuis 1 an	1 enfant	En recherche d'emploi	Française d'origine marocaine	23	En attente de CMU
41	«Maria Fernanda »	EI		45min.	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Mariée ?	0	Travail à la vigne	Espagnole, gens du voyage	46	aucune

42	«Zafira»	EI		20min+30min+20min	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Mariée ?	3 enfants	En formation pour être secrétaire médicale	Marocaine	45	MSA du mari
43	«Haila»	EN		45min.	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Mariée	2 enfants	Travail à la vigne	Marocaine	45	MSA
44	«Walida»	EN		25min.	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Célibataire ?	0	Lycéenne	Française d'origine marocaine	16	SS des parents
45	« Loubna »	EN		20min	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Mariée	?	Femme au foyer	Marocaine	48	?
46	« Radia »	ED+EI		45min+20min+30min	Association d'aide aux populations, Alpha	Veuve	2	Bénévole associative retraitée	Marocaine	Env. 70	SS
47	« Leila »	EN		15 min.	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Célibataire	0	Lycéenne	Française d'origine marocaine	15	SS des parents
48	« Séverine »	ED		App. 2h	domicile, proche Sévignac	En couple (après un divorce)	2	Travail saisonnier à la vigne	Française	40	MSA
49	« Kazima »	EN		50min.	Association d'aide aux populations, Alpha	Divorcée	2	Femme au foyer	Marocaine	26	CMU
50	« Asma »	EN		1h30	Au domicile de sa belle-sœur, Alpha	Mariée	3	Cuisinière	Marocaine	45	SS du mari
51	« Elena »	ED (ro.) & ED & EN	X	2h + 1h + 30min	Son cabinet, café à Bx	Divorcée, en couple avec un français du Médoc	2 à l'étranger	Médecin	Bulgare, arrivée en France depuis 6 mois (au début de l'enquête)	40	SS
52	« Hanaen »	EN & ED	X	App. 1h15 / x 2 entretiens	Son commerce, Alpha	Marié (avec un marocain 'de Alpha')	2	Travaille avec son mari dans leur restaurant, Alpha	Marocaine, arrivée en France depuis 7 ans	38	MSA de son mari

53	« Yamina»	EI + EN + ED	X	App 4h/ x 4 entretiens ?	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Marié (avec un marocain 'de Alpha')	1	Au chômage	Marocaine, arrivée en France pendant son enfance	27 ?	AAH
54	« Fadila »	EN + EI	X	App. 2 h / x 4 fois ?	Salle d'attente du CPEF, MDSI Alpha	Marié (avec un marocain 'de Alpha')	0	Femme au foyer	Marocaine, arrivée en France depuis x ans ?	30 ?	AME
55	« Fatima »	EN + ED	X	App. 4h	Association d'aide aux populations, Alpha + son domicile, proche Alpha	Marié (avec un marocain 'de Alpha'), puis veuve	0	Travail à la vigne + bénévole Association d'aide aux populations, Alpha	Marocaine, arrivée en France depuis 2 ans	26	SS du mari puis CMU
56	"Dounia"	ED/EN	X	1h+1h+30 min+2h+1 h	Son domicile à Alpha +Centre associatif à Bordeaux+ CAF *de Bx*+ Tribunal *de* Bx	Mariée	0	Travaille à la vigne et en restauration	Marocaine, papiers espagnols, pas de papiers français	54	AME
57	Justine	ED		2h	Son domicile, proche Alpha	Pacsée	1	Fleuriste	Française	34	SS
58	Annie	ED		1h15	Cabinet d'une infirmière libérale	Vit seule, mais a un copain		Handicapée, sous tutelle		35	AAH

Entretiens avec 35 professionnels et intervenants du social (Equipe d'anthropologie)							
	Professionnels	**Type de l'entretien**	**Durée**	**Lieu de l'entretien**	**Profession**	**Nb année d'exercice**	**Lieu d'exercice**
1	M. Poissard	EI+ ED	40min+ 1h15+1h	Son bureau – Clinique	Assistant social, responsable PASS	>20 ans	Clinique
2	Mme. Dominique	ED	15 min	Bureau de secrétaires MDSI	Secrétaire & accueil — MDSI	30 ans	MDSI Alpha
3	Mme. Jacky	ED	15 min	Bureau de secrétaires MDSI	Secrétaire & accueil — MDSI	7 ans	MDSI Alpha
4	Mme. Andréa	ED	15 min	Bureau de secrétaires MDSI	Secrétaire & accueil — dans 2 MDSI	3 ans	MDSI Alpha & Béta
5	M. David	ED	30 min	Son bureau - MDSI	Assistant social	8 ans	MDSI Alpha
6	Mme. Varin	ED (avec Mme .G)	30 min	Son bureau - MDSI	Assistante sociale	Non renseigné	MDSI Alpha
7	Mme. Gauthier	ED (avec Mme. M)	30 min	Son bureau - MDSI	Assistante sociale	Non renseigné	MDSI Alpha
8	Mme. Lapeyre	ED	4min+30 min	Son bureau - MDSI	Responsable MDSI	2 ans à ce poste, ancienne assistante sociale « volante »	MDSI Alpha
9	Mme Rodriguez	ED	1h+ 1h	Bureau - mairie	Responsable CCAS	>15 ans	Mairie centre Médoc
10	Stéphanie	EI+ED	40 min+1h	Pôle jeunesse	Responsable Pôle Jeunesse	>15 ans	Pôle jeunesse
11	Mr Dorain	ED	20 min	Bureau permanence CAF, MDSI	Remplaçant à la permanence CAF à la MDSI	Non renseigné	MDSI Alpha
12	Mme Lacourt	ED	30min +45 min	Bureau, Mission locale	Conseillère-Référente santé	>10 ans	Antenne Mission locale
13	Driss	EI+ED	3h30 au total	Mission locale, bureau Espace jeunesse	Educateur spécialisé, Espace jeunesse	4 ans à ce poste >12 ans	Espace jeunesse
14	Melle Ravez	EI+ED	45 min+45 min	Son domicile (Nord médoc)	Assistance sociale	4 ans	MDSI Gamma
15	Mme Boisvert	EI+ED	5h au total	Bureau Cafés (Cub)	Chargée de mission santé-	5 ans à ce poste	Médoc

					social	>10 ans	
16	Mme Bertin	EI+ED	1h10	Bureau	Coordinatrice du Point Info, santé-social	>15 ans	Médoc
17	Mme Delage	ED	1h	Bureau	Directrice santé-social	Non renseigné	Médoc
18	Mme Bronner	ED	2h	Bureau, Mission locale	Directrice de Mission locale	>15 ans	Mission locale
19	Mr Savun	EE+ EI	1h+45 min	Bureau CUB	Chargé de mission Médoc-Association spécialisée d'aide aux populations	8 ans	Siège association CUB
20	Mme Aréla	ED	1h	Domicile (Viramon)	Educatrice spécialisé retraitée, Membre CCAS	Non renseigné	Ex CAT Médoc
21	Mme Clément	ED, EN	1h30	Mairie	Infirmière retraitée, Bénévole association spécialisée d'aide aux femmes	Non renseigné	Mairie Nord Médoc
22	Mme Lagarde			Bureau MDSI	Directrice de la MDSI	Non renseigné	MDSI Alpha
23	M. Arnoux	ED	1h	Bureau Mairie	Maire	Deux mandats politiques	Centre Médoc
24	Melle Hurcin	ED+EI	30 min+1h30+ 1h15	Local association	Responsable antenne association conseillère municipale	Deux mandats politiques >10 ans	Alpha
25	Mme Marcis	EI+ED	2h30	Domicile	Trésorière association d'aide aux populations	>10 ans	Alpha
26	Son mari	EN	1h	Local associatif	Responsable approvisionnement, association d'aide aux populations	7 ans	Gamma
27	Melle Poumard	EI+EN	45 min+ 1H	Café+ bureau CUB	Chargée de projet (dont santé reproductive)	14 ans	Bordeaux
28	Mme Shall	ED	35 min	Hôtel de Région	Chargée de mission	2 ans dans cette fonction	Bordeaux
29	Mme Simiat	ED	1h15	Local association	Directrice association d'aide aux populations	6 ans	Gamma

30	Mlle Forcin	ED	1h15	Café	Fondatrice association d'aide aux populations	4 mois	Alpha
31	Mmes Vilas et Pareaux	EI	20 min	Bureau	Responsable association d'aide aux populations	9 ans	Tareille
32	Mr Taubuse	EN	1h	Bureau-Association	Coordinateur santé- association d'aide aux populations	2 ans	Association CUB
33	Melle Lafaysse	EN	1h45 min	Bureau – Association+ bureau LK	Chargée d'étude	6 mois	Association CUB
34	Mme Philippe	EI+EN	45 min	Bureau	Conseillère principale d'éducation	Non renseigné	Gamma
35	Mme Claverie	EI	15 min+30min+20 min	Téléphone + local associatif de Alpha	Présidente association d'aide aux populations	4 ans	Alpha

Entretiens avec 43 professionnels de santé (Equipe anthropologie)							
	Professionnels	**Type de l'entretien**	**Durée**	**Lieu de l'entretien**	**Profession**	**Nb année d'exercice sur le territoire**	**Lieu d'exercice**
1	Dr. Baruto	ED (ro.) & ED & EN	2h + 1h + 30min	Bureau -Clinique	Pédiatre libérale	1 an en France / 18 ans en Roumanie	Clinique
2	Mme Petit	EN + EI+ED	2h	Lycée + bureau CPEF, MDSI	Infirmière CPEF	3 ans sur ce poste, >12 ans	MDSI Alpha, Nord CUB
3	Mme. Audureau	EN	2h15 (au total)	Bureau	Psychologue	>10 ans	Clinique
4	Mme. Felippi	EI+ED	2h (au total)	bureau- Lycée	Infirmière scolaire	>12 ans	Centre Médoc
5	M. Vasquez	ED, EN	1h30	Mairie	Infirmier psy, Conseiller municipal de Mairie	Non renseigné	Mairie Nord Médoc
6	Dr C.	ED+EI	2h15 (au total)	Bureau - Clinique	Chirurgien viscéral (vs. les IVG)	>25 ans	Clinique
7	Dr P.	EN+ED	1h15 (au total)	Maternité + Son bureau - Clinique	Gynécologue-obstétricien	11 ans	Clinique
8	Dr G.	EI+ED	1h10	Son bureau - Clinique	Gynécologue-obstétricien	16 ans	Clinique
9	Mme Martin	EN+ED + EI	6h (au total)	MDS de Bordeaux + son bureau CPEF - MDSI	Laborantine – conseillère conjugale CPEF – MDSI	2 ans sur ce poste	MDSI Alpha
10	Mme Durand	EI+ EN	3h15 (au total)	bureau CPEF-MDSI + Pôle santé Nord CUB	conseillère conjugale CPEF – Gamma, Chateauneuf& CUB	4 ans	MDSI Gamma & Béta / Pôle Santé Nord CUB
11	Dr. Airelle	EN	1h	consultation - CPEF- MDSI	Médecin gynécologue – PMI & CPEF	Non renseigné	MDSI Bêta
12	Dr. Arnaud	EI+EN	1h15	bureau – MDSI, Pôle santé Nord CUB	Gynécologue – PMI & CPEF Gamma & Nord CUB	? à Lesparre / 2 ans à Blanquefort	MDSI Gamma + Pôle santé Nord CUB
13	Dr Dauphinet	ED	35 min	consultation – CPEF-MDSI	Gynécologue – CPEF, MDSI	>10 ans	MDSI Alpha
14	Dr. Perrin	EI+ EN+ED	2h (au total)	consultation - CPEF-MDSI	Gynécologue-CPEF, MDSI	>25 ans	CPEF MDSI Nord CUB

15	Dr. Martino	EN	45 min	CHU Bordeaux	Médecin psychiatre	>22 ans	Centre de consultations spécialisées
16	Mme Gassin	ED	45 min	Bureau LK	Sage femme- PMI-MDSI	>18 ans	MDSI Nord CUB
17	Mme. Lanvinac	ED	1h30	bureau – Collège	Infirmière scolaire	Depuis 1 an à ce poste, 4 ans	Centre Médoc
18	Dr. N.	ED	1h15	Bureau- CG	Médecin coordinateur	Non renseigné	CG du Département
19	Dr Morin	EN+EI	1h 20	bureau – Clinique	Psychologue, Addictologue, coordinateur	>25 ans	Clinique
20	Dr. T	EI+ EN	1h15	MDS Bordeaux+ bureau – MDSI	Médecin santé-conseil	Non renseigné	MDSI Alpha & Gama
21	Mme K.	EN	45 min	Laboratoire	Infirmière de laboratoire	>18 ans	Laboratoire de Viramon
22	Dr Sophie	EN	30 min	Clinique	Interne	2 ans	Clinique
23	Mme Perez	EN+ ED	2h 30 (au total)	Café, Cabinet infirmier, en tournée	Infirmière libérale	>20 ans	De Sérignac à Lismon
24	Dr L.	EI+EN	1h	Bureau-CHU Bordeaux	Gynécologue médical	>14 ans	CHU Bordeaux
25	Dr Chenet	ED	1h45	domicile	Médecin généraliste+ coordinateur du 15	>12 ans	Cabinet libéral, Sérignac CHU Bordeaux
26	Dr F	ED	1h	cabinet médical	Médecin Généraliste, hypnose	4 ans	Cabinet libéral, St-Savier
27	Mme Cal	EN+ED	30min + 1h	Son bureau-Clinique	Sage-femme libérale	13 ans (libérale depuis 6ans)	Clinique
28	Mme Justin	EN+EI+ED	30min+15min	Salle de réunion-Maternité	Sage-femme	Non renseigné	Maternité
29	Mme Borothée	ED (avec Mme Patricia)	15min	Salle de réunion-Maternité	Sage-femme	1 an	Maternité
30	Mme Gilberte	ED (avec Mme Ariane)	30min	Salle de réunion-Maternité	Sage-femme	3 ans	Maternité
31	Entretien collectif	ED	1h40	Salle de réunion-Maternité	Sages-femmes		Maternité
32	Mme Fabienne	ED	45 min	Sa voiture (trajet de	Puéricultrice - vacations	4mois	MDSI Alpha

				retour sur Bordeaux)			
33	Dr Marchaux	EN+ ED	40min+ 1h	cabinet médical	Médecin Généraliste	18 ans	Cabinet libéral, Sérignac
34	Employées de pharmacie	EN	30 min	Pharmacie	Préparatrice en pharmacie	>12 ans	Pharmacie, Viramon
35	Pharmacien	ED	1h	Pharmacie	Pharmacien	>15 ans	Pharmacie, Sérignac
36	Pharmacienne	EN	20 min	Guichet de la Pharmacie	Pharmacienne	Non renseigné	Pharmacie, St-Martin
37	Dr. Sivat	ED+ED	1h15	Bureau, Clinique	Chirurgien viscéral	Depuis 2 ans	Clinique
38	Dr. Fournier	EI+EN	2h (au total	Par téléphone+ restaurant	Gynécologue obstétricien	Depuis 1 an	Clinique
39	Dr Myret	EN	45 min	Par téléphone+ Cabinet médical	Médecin généraliste remplaçant (étranger)	Depuis 1an	Cabinet libéral, Blayol
40	Mme Fijeat	EN	30 min	Restaurant	Puéricultrice, Directrice de crèche	Non renseigné	Crèche, Viramon
41	Dr Lunel	ED+EN	30min+30min	Cabinet médical	Médecin acupuncteur	Environ 20 ans	Cabinet libéral, Sérignac
42	Dr Sives	ED	1h	Bureau CG	Médecin responsable service statistiques	Non renseigné	CG du Département
43	Dr Panaux	EI	15 min	CPEF	Médecin généraliste	Non renseigné	MDSI Alpha

Entretiens avec 13 praticiens en « médecines non conventionnelles » (Equipe anthropologie)							
	Praticiens	**Type de l'entretien**	**Durée**	**Lieu de l'entretien**	**Profession**	**Nb années d'exercice sur le territoire**	**Lieu d'exercice**
1	Mme Pagnoux	ED+EN	1h45+1h+1h	Domicile	Magnétiseuse, guérisseuse	15 ans	Domicile, Nord Médoc
2	Mr Valier	ED+EN	3h+1h	Domicile	Magnétiseur, rebouteux	10 ans	Domicile, Centre Médoc
3	Mr Robert	ED+EN	1h+2h	Domicile	Magnétiseur, médium, guérisseur	20 ans	Domicile, Nord Médoc
4	Mr Northway	ED+EN	2h+2h+2h	Domicile	Relaxation coréenne et cartomancie	5 ans	Domicile, Nord Médoc
5	Mme Northway	ED+EN	2h+2h+2h	Domicile	Art-thérapeute	5 ans	Domicile, Nord Médoc
6	Emilie	ED+EN	1h+2h+1h+2h	Cabinet et domicile	Acupuncture	4 ans	Cabinet, Nord Médoc
7	Mme Laurie-Laurette	EI+ED	1h	Domicile d'une patiente	Guérisseuse	10 ans	Médoc, Blayais, Bordelais
8	Achala	ED+EN	1h+2h+1h+1h	Domicile	Massage bien-être	3 ans	Domicile, Centre Médoc
9	Alice	EI+EN	2h+30min+30min	Domicile	Massage bien-être	4 ans	Cabinet, Nord Médoc
10	Sofia	ED+EN	1h+1h	Domicile	Médium, guérisseuse	17 ans	Domicile, Centre Médoc
11	Sandrine	ED+EN	1h30	Cabinet	Sophrologue	2 ans	Cabinet, Centre Médoc
12	Abbé Thomas	ED	45 min	Eglise	Prêtre	2 ans	Paroisse Nord Médoc
13	Abbé René	EI	15 min	Presbytère	Prêtre	30 ans	Paroisse Nord Médoc

B- Equipe sociologie :

Entretiens 30 femmes (dont 7 suivies sur les 3 ans) (Equipe de Sociologie)											
	Femmes	**Type de l'entretien**	**Femme suivie**	**Durée de l'entretien**	**Lieu de l'entretien**	**Statut marital**	**Nb d'enfants**	**CSP**	**Nationalité**	**Age**	**Couverture sociale**
1	**Mme S.**	ED	X	2H35	Domicile	Mariée	1	Sans	Marocaine	27	Celle de son mari
2	**Mme A.**	ED		1 H	Domicile	Mariée	2	Chômage	Française	29	Celle de son mari
3	**Mme N.**	ED	X	2H15	Clinique	Mariée	1	Travail saisonnier	Française	23	Celle de son mari
4	**Mme Z.**	ED		1H15	Domicile	Mariée	1	Sans	Française	23	Celle de son mari
5	**Mme X.**	ED		1H	Clinique	Concubinage	1	Aide soignante	Française	30	Celle de son mari
6	**Mme W.**	ED		45 min	Clinique	Concubinage	2	Travail saisonnier	Française	24	mutuelle
7	**Mme C.**	ED	X	3H30	Domicile	Concubinage	4	Sans	Française (d'origine polonaise)	27	CMU/pas de mutuelle
8	**Mme O.**	ED		1H	Clinique	Séparée	3	RSA et travail saisonnier	Française	31	Mutuelle
9	**Mme E.**	ED		55 min	Clinique	Mariée	1	Assistante commerciale	Française	35	Mutuelle
10	**Mme T.**	ED		40 min	Clinique	Concubinage	1	Sans/RSA	Française	20	CMU-C
11	**Mme U.**	EI		1h	Clinique	Mariée	2	Congé maternité (Niveau Bac + 4 dans son pays d'origine	Marocaine	38	Mutuelle de son mari

12	**Mme B.**	ED		50 min	Clinique	Concubinage	4	Sans	Française Conjoint marocain	23	CMU
13	**Mme F.**	ED		1H05	Clinique	Mariée	2	Mère au foyer	Française		CMU
14	**Mme V.**	EI	X	3H00	Clinique	Séparée	2	RSA	Française	33	CMU-C
15	**Mme G.**	EI		45 min	Clinique	Concubinage	1	En attente du RSA	Française	17	Couverture de sa mère
16	**Mme D.**	EI		1H	Clinique	mariée	5	Ouvrière agricole	Marocaine	35	Mutuelle
17	**Mme Da.**	ED		1H	Clinique	Concubinage	2	CDD	Française	26	Mutuelle
18	**Mme J.**	EI		1H15	Clinique	mariée	1	Ouvrière agricole	Marocaine comme son conjoint	23	Mutuelle
19	**Mme I.**	ED	X	2H15	domicile	Pacsée	3	Sans	Bénin	34	Mutuelle conjoint
20	**Mme H.**	ED	X	2H40	domicile	concubinage	1	Sans	Française	23	Mutuelle
21	**Mme K.**	ED		2H	Domicile	Mariée	4	Congé parental	Française	31	Mutuelle conjoint
22	**Mme M.**	ED		1h00	Domicile	Célibataire	1	Sans	Française	17	Mutuelle grand mère
23	**Mme L.**	ED		2H	Domicile	Mariée	1	AAH	Française	36	Mutuelle
24	**Mme P.**	ED		50 min	Domicile	Concubinage	2	Sans	Française	28	Mutuelle conjoint
25	**Mme Pa.**	EI		1H	Clinique	Mariée	1	Sans	Française	38	Mutuelle conjoint

26	**Mme Q.**	ED	X	3H	Domicile	Concubinage	2	Sans	Française	31	Mutuelle conjoint
27	**Mme Je.**	ED		1H35	Domicile	Mariée	2	Sans	Marocaine	29	Mutuelle conjoint
28	**Mme Lu.**	EI		45 min	Clinique	Mariée	3	Sans	Marocaine	37	Mutuelle conjoint
29	**Mme Va.**	ED		1h20	Domicile	Concubinage	3	Ouvrière agricole	Française	34	Mutuelle conjoint
30	**Mme Ia.**	EI		50 min	Clinique	Concubinage	4	Sans	Française	24	Mutuelle conjoint

Entretiens 23 professionnels (équipe sociologie)						
	ED/EI	**Durée**	**Lieu de l'entretien**	**Profession**	**Nb année exercice**	**Lieux d'exercice**
Mme S.	ED	1H59	Bureau PMI	Puéricultrice	10 ans en PMI	PMI Béta
Mme T.	ED	1H30	Bureau PMI	Sage-femme (remplaçante)	1,5 an en PMI	PMI Béta/Alpha/Gamma
Mme L.	ED	2 H	Domicile	Sage-femme	2 ans	Clinique
Mme C.	ED	1H25	Bureau CG	Sage-femme coordinatrice	3 ans en tant que coordinatrice	CG du département
Mme N.	ED	1H25	Bureau CG	Médecin coordinateur		CG du département
Mr D.	EI	1H30	Bureau CPAM	Service prévention CPAM	12 ans	CPAM du département
Dr P.	EI	1H	Bureau clinique	Gynécologue obstétricien	12 ans à la clinique	Clinique
Mme D.	ED	1H10	Bureau MDSI	Assistante-sociale	6 ans	MDSI Béta
Dr B.	ED	1H15	Bureau MDSI	Gynécologue	22 ans	CPEF Béta
Mr Na.	ED	1H00	Bureau MDSI	Responsable MDSI	1 an	MDSI Béta
Mme E.	ED	2h30	Domicile	Sage-femme	5 ans	Clinique
Mme P.	ED	1H33	Bureau MDSI	Sage-femme	3 ans	PMIBéta
Mme Ca.	ED	1h02	Bureau clinique	Sage-femme	20 ans	Clinique
Mme V.	ED	45min	Bureau MDSI	Assistante sociale	10 ans	MDSI Béta
Mme X.	ED	1h	Bureau MDSI	Puéricultrice	4 ans	PMI Alpha
Mme K.	ED	1H30	Bureau MDSI	Sage-femme	4 ans à la PMI	PMI Gamma
Mme A.	EI	45 min	CAF	Assistante sociale		CAF du territoire
Mme M.	EI	1h00	CAF	Responsable du service recherche		CAF du département
Mme Z.	ED	50 min	Bureau clinique	Cadre de santé	2 ans en tant que cadre	Clinique
Mme V.	EI	1H15	Bureau BJ	Sage-femme réseau périnatalité		Réseau périnatalité du département
Mme De.	ED	1H00	Bureau MDSI	Puéricultrice PMI	4 ans	MDSI Gamma
Mme F.	ED	1H15	Cabinet	Sage-femme	7 ans	Cabinet de Chantenac
Mme I.	ED	52 min	Bureau MDSI	Responsable de MDSI	3,5 ans à la MDSI	MDSI Gamma

<u>Au TOTAL</u> : 202 personnes interviewées

88 femmes dont 20 en suivi long (=x3)

59 professionnels de santé

42 professionnels ou intervenants du social

13 thérapeutes MNC

ANNEXE N°3

A- Guide d'entretien des femmes

- **Arrivée sur le territoire** : faire raconter le choix ou non choix de la ville/village, comment s'est fait le choix du logement…
- **Isolement des femmes** :

  .Géographique (éloignement de l'hôpital, de la PMI, du MG, de la pharmacie, des commerces…) (Comment se déplace-t-elle ? en voiture, bus, à pied/son conjoint a-t-il un véhicule/aide de la famille pour les déplacements/recours aux services sociaux…)

  .Social : proximité de la famille, du réseau amical/voisinage, Loisirs (pour évaluer l'étendue de la vie sociale et la mobilité)

  .Travail de la femme (et du conjoint) (type de travail : saisonnier/CDD, secteur : travail dans les vignes)… chômage
- **Représentations du rôle de la femme et de l'homme** (rôle traditionnel : au domicile, élever les enfants…)
- **Prise en charge par les services sociaux/sanitaires**

  Suivi par la PMI et/ou l'hôpital (depuis quand, par qui ? pourquoi ? récit de son expérience/ de sa relation aux professionnels) Ou consulte-elle : à la MDSI ou chez elle ? Pour quels types de problèmes (suivi gynéco/grossesse/allaitement/autres…) Est-ce elle qui a fait démarche de les contacter ou proposition d'un suivi (par qui ? Pour quoi ? Pourquoi a-t-elle accepté/refusé) ?

  Représentations du rôle de la PMI/actions du personnel/suivi proposé

  Suivi santé génésique et reproductive:

  . Grossesse :

  Nombre de grossesses/nombre d'enfants (faire raconter s'il s'agit d'une grossesse désirée ou non (critères qui permettent de dire qu'elle a été désirée ou non) (attention particulière à la précocité des grossesses)

  Faire raconter le suivi et le vécu des grossesses précédentes (où/par qui ? pourquoi ce choix ?) de quoi est-elle satisfaite/insatisfaite du suivi ?; recours à la péridurale (poids de la religion) ; présence du conjoint à l'accouchement, service suites de couche (aide aux soins à l'enfant, à l'allaitement) ; rites traditionnels autour de l'accouchement réalisés ou non en France, déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV.

Suivi actuel de la grossesse (sage-femme de PMI et/ou hôpital et/ou sage-femme libérale) comment a-t-elle fait le choix ? Pourquoi ce choix (renommée du médecin, de la clinique/amies/famille/MG/hasard/proximité/pas de choix …)? Satisfaction du suivi? Quels sont les divers professionnels rencontrés ? Quand consulte-t-elle (RDV/urgence) ? Respect des rdv de consultations ?, respect des prescriptions (analyses, écho…) pourquoi ?, présence du conjoint aux consultations, si problème de langue (accompagnement par un « traducteur »), accessibilité du langage médical, déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV

. suivi/pathologie gynécologique :

Avortement : Faire raconter cet évènement (comment a-t-il été vécu ?) comment s'est fait ce choix ? qui a-t-elle consulté ? Pourquoi ? Choix possible ? rôle de la religion, déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV

Gynécologie : Contraception (depuis quel âge ? Pourquoi ? Quel contraceptif (faire raconter histoire contraceptive) ? Comment s'est fait ce choix ? qui prescrit ? choix du prescripteur (gynécologue libéral, gynécologue hospitalier, médecin généraliste)? observance/difficultés ? (oublis/ratés), Présence du conjoint aux consultations gynécologiques, rôle de la religion, déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV

Suivi : fréquence respectée ? (frottis/mammographie…) Combien de fois va-t-telle voir gynéco/généraliste par an ?, déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV

Pathologie : IST, cancer (qui ont-elles consulté ? pourquoi ? Choix possible ?), déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV

Pour les enfants : recours au pédiatre/MG/puéricultrice de la PMI/Facilité d'accès aux soins, déplacement sur le territoire et hors territoire pour les RDV

- Pour la famille : de façon plus générale rapport à la santé/ au système sanitaire : pour quoi consulte-ton le MG/hôpital ? (faire raconter des épisodes + famille élargie)
- Recours aux médecines parallèles (automédication, savoirs profanes, médecines alternatives, tradi-praticiens, arts divinatoires, mouvements religieux, sectaires) : pour quoi? qui ? pourquoi ? efficacité/accessibilité/croyance

Place laissée au savoir profane par les soignants

- **Accès aux soins dans le Médoc :**

  Qu'en pense-telle ? Est-il facile de se soigner ici ?

  Accès aux médecins de ville/hôpital/pharmacie/paramédicaux libéraux

  Lister tous les services/professionnels consultés ainsi que le recours aux associations.

  Où consulte-t-elle ? Et pour quoi ? Quand et pour quoi se déplace-t-elle (sur le territoire, à Bordeaux, autre ville proche de Bordeaux) ?

  Est-elle née à la clinique de Lesparre ?

  Stratégie de regroupement des soins (notamment à la clinique) sur une journée ?

  Y a-t-il des soins qu'elle aurait voulu faire mais pas qu'elle n'a pas réalisé (pour elle, ses enfants, son conjoint…) car problème d'accessibilité ? Y a t-il une offre qui a disparu sur le territoire ? Comment est-elle remplacée localement ?

  Renoncement en raison coût des soins ? Faire raconter

  Avenir des soins dans le Médoc ?

  <u>Fiche signalétique</u>

  Age (conjoint/enfants)

  Nombre d'enfants

  Diplôme (conjoint)

  Profession (conjoint)

  Type d'habitat (propriétaire/locataire)

  Lieu de résidence

  Revenus (aides : API/RSA/AAH …/pensions alim…)

  Sans papier/carte de séjour…

  Pays de naissance

  Date d'arrivée en France/ sur le territoire

  Famille sur le territoire

B- Guide d'entretien des professionnels

1/ Choix du métier

- raisons

- filière suivie

- carrière avant l'entrée dans la structure

2/ Entrée dans la structure

- Raisons
- lieux de travail précédents
- statut …

3/ Missions/contenu du travail

- Faire décrire les tâches quotidiennes
- Combien y a-t-il de professionnels dans la structure ?
- Comment se passe une consultation (à la PMI/à domicile) ?
- Comment fait-on si la femme est absente, si elle refuse ?
- Combien de temps la femme est-elle suivie ?
- Sur quoi juge-ton un « bon » suivi ?, critères de la bonne « mère » (le rôle du père est-observé ?)
- Quelles sont les missions ? Comment le professionnel articule-t-il prévention et soins ?
- Type de population avec laquelle le professionnel travaille ?
- Comment choisit-il les femmes/famille suivies ? (critères de sélection pour la PMI …)
- Problématiques spécifiques de la population (renoncement, non recours, observance, isolement…)
- Quelles sont les actions mises en place ?

4/ **Travail de collaboration**

- avec les autres professionnels de la PMI (régularité des réunions de coordination (dossier unique par famille?))
- des autres PMI
- extérieurs (hôpital, autres professionnels d'autres structures…)
- Problème des absences et des remplacements du personnel

- Problème de la stigmatisation de travailler sur le territoire

5/ Comment explique-t-il la **situation de précarité** de la population ?

6/ **Accès aux soins** :

- Qu'en pense-t-il ?
- Est-il facile de se soigner ici ? (Accès aux médecins de ville/hôpital/pharmacie/paramédicaux libéraux)
- Avenir des soins sur le territoire

7/ **Comment fait-on avec les familles qui échappent** ? (question du renoncement)

C- Focus-group :

L'équipe sociologique a organisé un focus group avec l'ensemble des sages-femmes (20) de PMI du département. Il s'est déroulé au CG. La séance a duré 1H30.

L'objectif général retenu pour ce focus group était le suivant :

Travailler autour de la notion de **précarité** : essayer d'en donner une définition (à partir d'expériences de terrain, de définitions déjà existantes, d'outils institutionnels… d'éléments personnels…)

Pendant 45 min :

1- définir en 5 mots ce que recouvre le mot précarité

2- mise en commun en petits groupes de 4 et dire à l'oral les 5 retenus.

Identifier plusieurs types de précarité (économique, morale, sociale, intellectuelle, énergétique même, etc.)

3- liste de définitions par des sociologues et des institutions, les classer de la plus à la moins pertinente (cf page suivante).

4- décrire une situation type en groupe. (Faire raconter quelques cas précis qu'elles auraient pu rencontrer en les orientant sur des situations précaires particulières en lien avec notre thématique : mineures, femmes de plus de 40 ans, IVG, contraception)

Plusieurs objectifs intermédiaires seront proposés pour y parvenir :

45 min

Questions de relance :

- Amener le groupe à réfléchir plus généralement sur la notion d'inégalités sociales de santé et de justice sociale
- Réfléchir sur les notions connexes de vulnérabilité, fragilité et aussi accès aux soins, renoncement, non recours
- Identifier les facteurs qui amènent un professionnel à parler de pauvreté, d'exclusion pour une famille/un individu (quels publics et ses caractéristiques?)
- Examiner les pratiques professionnelles inhérentes à ces publics (sont-elles différentes ?, en quoi ? Quelles actions mises en place ?,...)
- Transmissions et partage des expériences en instance de régulations (les cas de précarité, et toutes les difficultés inhérentes sont-ils évoqués en réunions, entre sages-femmes ?)
- Déterminer si la notion de victime est ici pertinente
- Enfin, discuter sur les notions d'autonomie et de projet

Définitions autour de la précarité (document remis aux sages-femmes)

Consigne : classer les définitions de la plus pertinente à la moins pertinente

1-« Situation qui existe que parce qu'elle peut être révocable. ex : emploi précaire qui n'offre nulle garantie de durée de stabilité qui peut toujours être remis en cause… », Larousse

2-Sont considérés comme pauvres, « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent », Conseil européen.

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

4-« La notion de précarité renvoie à une accumulation, éventuellement transitoire et réversible, de conditions de vie instables, génératrices de plusieurs types de difficultés, qui ont en commun le risque d'une rupture progressive des liens sociaux qui apportent soutien et reconnaissance dans différentes sphères de la socialisation : la famille, le travail, le réseau amical… », Serge Paugam

5-« C'est l'assistance qui définit le pauvre », G. Simmel

6-Score EPICES, indicateur des centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. La fragilité sociale « est mesurée par un score individuel qui repose sur 11 questions qui renseignent sur les dimensions matérielles et psychologiques :
1-Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
2-Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
3-Vivez-vous en couple ?
4-Etes-vous propriétaire de votre logement ?
5-Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF…) ?
6-Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
7-Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
8-Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
9-Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10-En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11-En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ».

ANNEXE N°4 : Extraits d'entretiens

Extrait d'entretien avec un gynécologue à la polyclinique. Durée de l'entretien : 1H

Vous pouvez un petit peu me décrire les tâches que vous réalisez ici ?

Oui bien sûr, les tâches ici ben c'est surtout…c'est d'ailleurs pour ça qu'on a été recruté au départ c'était maintenir la maternité, mission de service public. Si bien, qu'au départ l'ancienne direction nous disait à la limite, on se fiche du nombre de consultations que vous faites, tout ce qu'on veut c'est qu'il y ait un service de continuité de garde pour la maternité. Après le discours en effet il a changé, il a fallu effectivement augmenter le nombre d'accouchements, le nombre de consultations, c'était logique. Mais bon effectivement, avec mon collègue, on n'a jamais rechigné à faire plus de consultations s'il le fallait, c'est même nous qui avons proposé de faire un cabinet secondaire de consultations à C. [*dans une autre ville du Médoc*] pour recruter un peu plus au sud, c'est de notre initiative. On aurait pu dire, on est salariés, ça nous suffit largement ! […]

Par rapport à un suivi gynécologique simple, comment se passe une consultation ?

C'est une consultation classique ! Je demande pourquoi elle (la patiente) vient et après on fouille en fonction des éléments qu'elle me donne pour la démarche du diagnostic.

Sur quoi, vous allez insister ?

Euh…Ca dépend de son âge, si elle est en état de procréer je vois si sa contraception, si elle en a une, est adaptée. Parce que les échecs de contraception c'est souvent une inadéquation entre la façon dont elle perçoit la contraception et une contraception qu'on lui a parfois imposée. Si elle est ménopausée, j'insiste sur un suivi régulier parce que les femmes ménopausées viennent peu ! Et du coup, j'insiste sur un suivi annuel, sur l'examen des seins, même si la structure de dépistage les convoque tous les deux ans pour faire des mammographies. Mais un palpé à l'année ça me parait normal ! Les frottis si elles viennent, j'imagine que souvent, c'est aussi parce qu'elles savent qu'il y a ce suivi-là. Sur le suivi annuel aussi parce que ça permet de faire un contrôle des organes gynéco et en particulier les ovaires parce que les cancers des ovaires ça arrive plutôt à la ménopause ! Voilà, j'insiste sur le suivi annuel, ça me paraît nécessaire.

Comment vous expliquez qu'il y ait peu de femmes ménopausées qui viennent en consultations ?

Alors sur les générations de plus de soixante ans, bon je dis ça un peu arbitrairement, mais c'est un peu culturel. C'est qu'on n'a pas l'habitude de voir le médecin. Et elles n'ont pas vu de gynéco durant leur vie, leur vie plus jeune. Par contre ça s'est accentué depuis l'histoire des traitements hormonaux qui ont été très attaqués par des études américaines, il y a cinq ou six ans je crois, en les rendant responsables des cancers du sein, du coup, tout le monde a eu peur ! Du coup les gynécos en ont donné parfois trop alors qu'il y avait des femmes qui n'avaient pas besoin et on leur en donnait systématiquement, belle erreur ! Les généralistes surtout maintenant qui ont bloqué, et qui sont toujours dans l'idée que c'est dangereux alors qu'il y a des études européennes qui ont démenti les études américaines. Si bien qu'aujourd'hui si vraiment la femme commence par des symptômes gênants et non pas de manière systématique, on

commence par la dose la plus faible, avec un suivi régulier et à partir de ce moment-là, il y a un suivi qui est fait. Donc maintenant, le problème c'est que les gens sont très réticents et les femmes elles n'ont pas idée de venir juste pour un suivi, si bien que ma crainte, c'est qu'on arrivera à l'effet inverse, c'est-à-dire que finalement l'effet du traitement, c'est qu'on voyait les femmes régulièrement et qu'on ne les voit plus, elles peuvent avoir un cancer du sein parce qu'on les a pas vu. Non là, je pense qu'il y a une mission, enfin une campagne de prévention à faire au ministère de la santé auprès des médecins généralistes. Mais même pour eux, s'ils veulent faire des examens de seins régulièrement chez les femmes ménopausées ! Il faut que ces dames soient suivies et elles ne le sont pas. Les généralistes ont du mal à faire des examens gynécologiques peut être aussi par manque de formation mais aussi à cause d'un rapport à l'intimité, ils ont du mal à faire des examens des seins et les femmes sont mal suivies. […]

Par rapport à la contraception, comment se passe une consultation ?

Soit une femme a déjà une contraception, donc c'est un suivi régulier pour prise de tension des choses comme ça, savoir si la pilule est bien tolérée avec pas de saignements, pas de douleur. Des choses comme ça. Savoir aussi, si elle ne l'oublie pas. J'essaie de voir si elles ont moyen de ne plus l'oublier ou alors de passer à autre chose, soit une pilule prise sous une autre forme l'implant, l'anneau ou le stérilet. Si c'est un stérilet, savoir si elle le tolère bien etc. par rapport aux douleurs en insistant bien sur la visite annuelle et puis voilà. C'est quelque chose de simple la contraception.

Vous avez une préférence parmi tous les moyens de contraceptions ?

Oui, plutôt le stérilet d'abord quand il y a un problème avec la pilule. Je trouve que c'est très simple le stérilet. D'abord parce que il y a deux types hormonal et pas hormonal, c'est déjà un choix et parce que c'est d'une facilité extrême sur la mise en place et c'est aussi facile de l'enlever. C'est pratique. Les femmes le disent souvent. Bon il y a celles qui disent au départ non j'ai pas envie c'est un corps étranger et 90% d'entre elles quand elles l'ont, elles disent : « j'aurai du y penser avant ! ». Je le donne très facilement chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfant en adaptant la taille bien qu'avant on disait qu'il ne fallait pas. A partir…dès qu'elles ont des rapports elles peuvent en mettre un. Mais pour les jeunes filles qui ont un enfant je ne donne pas de prime abord, c'est que si elles ont un problème avec la pilule que je le propose. […]

Vous faites beaucoup de prévention ?

Déjà l'examen mensuel, c'est déjà faire la meilleure des préventions. Prévention dans le sens si c'est pour donner des vitamines, je ne suis pas pour ça systématiquement. Si je vois qu'elle est fatiguée je regarde si elle manque de fer par exemple, si elles ont des crampes c'est surement un manque de magnésium. D'emblée, beaucoup de gynécos donnent des vitamines ce que je ne fais pas. Mais ce que je devrais faire par contre, du moins plus ou moins systématiquement, c'est faire une prise de sang à six mois pour voir justement s'il manque certaines choses et par exemple le fer. Ça, ça peut être intéressant ne serait-ce que pour l'enfant.

Extrait d'entretien avec une femme qui travaille occasionnellement à la vigne, 39 ans, 4 enfants (dont deux présentes). Durée de l'entretien : 40 min

Pouvez-vous vous nous expliquez vos problèmes de santé ?

En fait j'avais mal à l'estomac donc je suis allé voir mon médecin traitant, et il m'a fait passer 1 échographie. Nous avons découvert que j'avais 1 hernie. Plus ça allait, et plus ça grossissait. 1 jour j'ai eu vraiment encore plus mal que la normale et il m'a dit d'aller voir un médecin sur Lesparre, et il m'a dit nous ne pouvons pas vous opérer vous êtes trop forte, il faut perdre du poids. J'ai perdu du poids sauf que j'ai fini cloîtrer au lit à souffrir le martyre, je ne pouvais même plus me lever, je suis allé voir mon médecin et je l'ai presque supplié pour faire 1 échographie, pour voir ce qui me faisait aussi mal. Et nous avons découvert que j'étais enceinte. Le bébé était caché derrière la hernie, la hernie était aussi grosse qu'un ballon de rugby. Quand elle m'a annoncé sa, j'ai fondu en larmes, j'ai pété 1 câble, j'ai demandé si on pouvait se faire avorter parce que je souffrais trop et elle me dit non, vous êtes enceinte de 6 mois. Parce que je n'étais pas au courant, parce que j'avais quand même eu mes règles tous les mois, donc je ne m'attendais pas à être enceinte. Donc j'ai accouché. Et puis je souffrais toujours, j'ai passé 1 an, la 1e année de ma fille c'est mon autre fille qui l'a a élevée, qui s'en est occupé car je passais la plupart du temps allongée.

donc c'est vous « Jennyfer »?

Oui c'est elle qui s'en est occupé pendant 1 an puisqu'elle avait arrêté l'école. J'ai demandé au médecin de m'envoyer maintenant sur Bordeaux parce qu'à Lesparre, ils ne veulent rien faire et ce n'est pas possible. Donc je suis allée à XXX pour voir le docteur D. pour maigrir et je vous dis pas la crise pendant la semaine que j'ai passée à l'hôpital, en fait la crise, c'est quand la hernie ressort et cela me provoque des douleurs atroces donc je suis obligé de me mettre à plat ventre et d'attendre que cela passe, mais parfois il faut 3 ou 4h alors je pleure toutes les larmes de mon corps et on attend. Et quand le docteur m'a découvert comme ça sur mon lit, il m'a fait repasser 1 échographie. Il m'a dit : Madame il faut vous opérer parce que la hernie est déchirée et il reste 3 ou 4 cm avant qu'elle ne se déchire entièrement. Donc je suis rentrée en urgence à la maison de XXX, et le chirurgien m'a opéré dans l'urgence et m'a dit que si il ne m'avait pas opéré j'aurais fait une embolie pulmonaire. Comme j'ai 5 enfants, il m'a dit qu'il fallait faire ça de suite… Je suis jeune quoi. Je parais vieille mais je suis jeune (rires).

Ah ? et…pourquoi ?

Parce que pendant les vendanges, plein de gens m'ont donné 50 ans. J'avais un peu les boules. J'en ai que 39 !
Donc cela s'est passé il y a 3 ans, puisque ma petite a maintenant 3 ans.
Je me suis fait opérer en juin, l'année dernière, en urgence. Et on m'a ré opéré en décembre parce qu'endormant j'en ai refait une autre, une éventration. Je me suis mal positionnée j'ai fait 1 éventration, dont ils m'ont opéré. Moi je suis solide, j'ai commencé les vendanges, j'ai fait la matinée de vendanges avec mon éventration, pliée en 2 mais j'ai fait les vendanges donc je suis restée chez moi dans mon lit à pleurer, l'après-midi je ne pouvais plus, à 5h j'ai appelé le médecin, j'ai dit cela ne va pas j'ai mal… Et j'ai fait 1

éventration et j'ai fini à l'hôpital YYY de Bordeaux le soir, en septembre de l'année dernière. Je suis partie en urgence par ambulance. Les ambulances WWW. La copine est venue me chercher chez moi car je ne pouvais pas conduire, elle m'emmenait chez mon médecin traitant et le médecin traitant a appelé une ambulance pour partir en urgence. Et toi quand tu es arrivé des vendanges à la débauche, tu es partie prévenir ton père.

Et votre médecin traitant est ici? (réponse : non) En cabinet libéral?

Oui, c'est 1 médecin généraliste qui soigne toute la famille, ça fait 10 ans que nous le connaissons. 10 ou 12 ans. C'est lui qui a appelé l'ambulance pour m'amener d'urgence, et là-bas ils m'ont dit que j'avais fait 1 éventration donc le chirurgien est venu me voir et m'a dit qu'on allait faire un essai. Il m'a dit qu'après il était sûr que j'allais me sentir bien : « ou vous allez être évanouie, ou vous allez vous sentir bien ». Du coup j'ai vu 36 chandelles. Il m'a allongé, il a vu la bosse, il a dit « vous êtes prête ? Prenez 1 respiration», j'ai pris 1 respiration et il a tout enfoncé. Il a appuyé très fort, et j'ai senti rentrer et j'ai vu plein de petites étoiles, je me suis senti mal sur le coup. Il m'a dit que si cela n'avait pas marché il aurait fallu aller au bloc. 2 ou 3 jours après, j'ai pris rendez-vous avec le chirurgien et il m'a pris en décembre car il n'y avait pas de place avant. En décembre on m'a ré-opérée une 2e fois donc ça va faire 1 an en décembre. Et je touche du bois pour ne plus rien avoir, mais enfin bon, rien qu'avec les nerfs, le stress je me provoque des crises. C'est pas évident tous les jours.

Avec 5 enfants vous arrivez à travailler ?

Oui, je travaillais. J'avais 3 boulots : je faisais les ménages à la maison du vin à St Placide, et je faisais 3 particuliers. Ça faisait 4 boulots en fait. Et je me suis fait mal en lavant les murs à la main. Des fois on se fait mal et on se dit que ça va passer… Et depuis, à Lesparre on m'a dit, on ne vous opère pas parce que vous êtes trop grosse, je ne vais plus là-bas. Je vais sur Bordeaux. Je n'ai plus confiance maintenant, c'est un peu normal. De toute façon avec la hernie que j'avais quand j'ai accouché, je leur disais ce n'est pas normal il y a 1 problème. Elle n'arrivait pas à descendre, et après 4 accouchements on sait comment ça se passe. Je leur ai dit ça ne va pas, j'ai vu mon mari je me suis retourné et je lui ai dit ça ne va pas, il y a un problème. Et la femme elle disait « mais non, mais non, il n'y a rien ». Et puis je fais 1 malaise, je me suis réveillée j'avais les jambes en l'air. Je lui dis tu vois je te l'ai dit qu'il y avait 1 problème. En fait j'ai fait un malaise car j'étais monté à 21 de tension, parce que le bébé était pendu en fait, le cordon ombilical était autour du cou. Donc je leur avais dit qu'il y avait quelque chose, mais elle me disait « non ça se passe bien ». On le sait quand même c'est notre corps on sait si ça se passe bien ou pas. Et elle, elle était dans la chambre à côté en train de paniquer avec mon mari quand j'ai fait le malaise, mais je les avais prévenus. Quand le gynécologue, car ils ont appelé le gynécologue et l'anesthésiste. Déjà l'anesthésiste est arrivé, il vous met sur le côté, ne bougez pas, et vous entendez derrière, non ce n'est pas évident parce qu'elle est grosse ça va pas être facile... Quand il a dit ça j'ai pété 1 câble, l'attention à les monter, je lui dis c'est pas la peine de vous dégager. Je me suis allongé et la tête a commencé à sortir alors j'ai poussé, elle me dit ne pousser pas elle épandue car il y a le cordon autour du cou alors j'arrête de pousser et ils se sont tous et ils se sont tous fait engueuler par le gynécologue. Il leur a dit « si elle vous dit qu'il y a 1 problème, c'est qu'il y a 1 problème ». Mais non, pour le tout allait bien, cela s'ouvrait tout seul,… Cela n'allait pas, moi je le voyais, je le sentais. Suite à tout cela, Lesparre c'est fini.

Et c'était votre gynécologue habituel ?

Non ce n'était pas le gynécologue qui me suivait c'était celui qui était de garde. Pour l'accouchement c'était aussi celui qui était de garde.

C'était donc les sages-femmes qui étaient là pour l'accouchement ?

Oui, c'était les sages-femmes qui me disaient non non ça se passe bien ! Non, ça ne s'est pas passé bien. Il a fallu que je fasse un malaise pour dire que… Enfin mon mari et puis ma fille, n'étaient pas fiers. Ils ont flippé et ils ont pleuré parce que s'il arrive quelque chose… C'est comme ça.

Et vous aviez toujours accouché là-bas ?

Non, pour les 3 derniers. Pour les 2 premiers j'étais à Bordeaux. Parce qu'on nous disait que c'était mieux que s'il y avait quoi que ce soit il y avait l'hôpital des enfants à côté, mais en fait je n'ai pas du tout aimé, c'est l'usine… Et les 3 derniers, j'ai accouché à la clinique. Mais je n'avais jamais eu de problème jusque-là, pas de problèmes de santé ni rien ça allait. Mais compte les problèmes de santé sont arrivés…

Vous avez toujours été suivis plutôt par le même gynécologue ?

Oui, il m'a suivi les 3 dernières grossesses et celui qui m'a couché pour les 2 premiers et le 3e c'est l'autre qui était de garde donc voilà. Mais ça c'est très bien passé pour les 4 premiers, c'est juste la dernière… Maintenant c'est terminé, pour les gynécos je n'y vais pas du tout. Pas à Bordeaux non plus. C'est terminé ! Vous savez, quand mon médecin m'a suivi après mes éventrations, parce qu'ils m'ont quand même ouvert une bonne partie de l'estomac, que vous arrivez au cabinet du médecin et ça fait plus d'un an qu'il vous suit, « vous êtes qui, il vous arrive quoi, vous venez pourquoi ? ». Alors que ça fait plus d'un an qui vous suit… Non je suis désolée. A XXX, et pourtant il est très connu ce docteur voilà mais quand le médecin arrive et il vous dit mais vous êtes qui, vous êtes quoi… Non c'est bon ! Il ne se rappelle pas de vous, il ne sait pas pourquoi vous venez… Il est pas consciencieux dans son travail, je suis désolé quoi ! Donc j'ai arrêté même d'aller chez lui maintenant.

ANNEXE N° 5 : Exemples d'observations systématisées

Tableaux des DONNEES sur 11 mois, sur l'accès aux soins au CPEF Alpha [AGENDA INTERNE]

1/ Détail des données comptabilisées au CPEF Alpha /11 mois

Mois	**Jour**	**RDV pris**	**Annulations**	**Désistements**	**Patients ajoutés**	**« Infos » (vs.tel)**	**Total**
JANV.	J1	8	0	1	6	0	13
	J2	10	1	1	3	0	11
	J3	14	1	0	3	0	16
	J4	Pas de consultations (i .e. pas de gynécologue)			4	0	4
Total		**32**	**2**	**2**	**16**	**0**	**44**
FEV.	J1	10	0	2	6	0	14
	J2	12	2	2	0	3	11
	J3	8	0	0	2	0	10
	J4	Pas de consultations, pas de permanences					
Total		**30**	**2**	**4**	**8**	**3**	**35**
MARS	J1	10	1	1	6	0	14
	J2	11	3	1	3	0	10
	J3	11	0	1	14	0	24
	J4	Pas de consultations (i .e. pas de gynécologue)			9	4	13
Total		**32**	**4**	**3**	**32**	**4**	**61**
AVRIL	J1	11	0	3	9	2	19
	J2	8	0	1	7	1	15
	J3	9	0	0	0	0	9
	J4	Pas de consultations, pas de permanences					
	J5	11	0	2	8	0	17
Total		**39**	**0**	**6**	**24**	**3**	**60**
MAI	J1	9	1	1	17	0	24
	J2	10	3	3	9	0	13
	J3	11	0	2	0	0	9
	J4	8	0	2	0	0	6
Total		**38**	**4**	**8**	**26**	**0**	**52**
JUIN	J1	FERIE					
	J2	Pas de consultations, pas de permanences					
	J3	10	0	1	3	0	12
	J4	Pas de consultations (i .e. pas de gynécologue)			5	2 (prise de RDV)	5
Total		**10**	**0**	**1**	**8**	**2**	**17**
JUIL.	J1	10	1	3	3	0	9
	J2	8	0	3	2	0	7
	J3	FERIE					
	J4	7	0	3	0	0	4
	J5	5	1	1	2	0	5

Total		**30**	**2**	**10**	**7**	**0**	**25**
AOUT	J1	Pas de consultations, pas de permanences					
	J2	4	0	0	0	0	4
	J3	Pas de consultations, pas de permanences					
	J4	8	0	3	0	0	5
Total		**12**	**0**	**3**	**0**	**0**	**9**
SEPT.	J1	5	0	0	0	0	5
	J2	8	0	2	3	0	9
	J3	6	1	0	6	0	11
	J4	Pas de consultations (i .e. pas de gynécologue)			2	0	2
	J5	8	1	2	2	0	7
Total		**35**	**2**	**4**	**13**	**0**	**37**
OCT.	J1	9	0	1	3	0	11
	J2	10	1	4 (dont 1 report de RDV)	1	0	6
	J3	9	1	1	3	0	10
	J4	8	0	0	3	1	12
Total		**36**	**3**	**6**	**10**	**1**	**39**
NOV.	J1	10	1	0	7	0	16
	J2	FERIE					
	J3	11	0	0	7	0	18
Total		**10**	**1**	**0**	**14**	**0**	**34**

2/ Données comptabilisées au CPEF Alpha /11 mois

Mois	**Accessibilité**	**RDV pris**	**Annulations**	**Désistements**	**Patients ajoutés**	**Infos (vs.tel)**	**Total patients**
JANV.	**½ journée sans consult.**	**32**	**2**	**2**	**16**	**0**	**44**
FEV.	**1 journée fermée**	**30**	**2**	**4**	**8**	**3**	**35**
MARS	**½ journée sans consult.**	**32**	**4**	**3**	**32**	**4**	**61**
AVRIL	**1 journée fermée**	**39**	**0**	**6**	**24**	**3**	**60**
MAI		**38**	**4**	**8**	**26**	**0**	**52**
JUIN	**1 journée fériée, 1 journée fermée, ½ sans permanence**	**10**	**0**	**1**	**8**	**2**	**17**
JUIL.	**1 journée fériée**	**30**	**2**	**10**	**7**	**0**	**25**
AOUT	**2 journées fermées**	**12**	**0**	**3**	**0**	**0**	**9**
SEPT.	**½ journée sans consult.**	**35**	**2**	**4**	**13**	**0**	**37**
OCT.		**36**	**3**	**6**	**10**	**1**	**39**
NOV.	**1 journée fériée**	**10**	**1**	**0**	**14**	**0**	**34**

Tableau activité d'une sage-femme sur l'année 2012, à la PMI Bêta

1/ Déclarations de grossesse reçues en 2012 par la sage-femme de PMI Bêta

	Nombre de déclarations	Femme seule	3 enfants et plus	Sans emploi	Femme mineure (née avant 1994)	Déclaration faite par un médecin généraliste
JANVIER	**36**		**3**	**8**		**3**
FEVRIER	**41**		**2**	**4**		**3**
MARS	**26**	**1**	**6**	**6**		
AVRIL	**25**		**4**	**1**		**1**
MAI	**33**		**3**	**3**		**5**
JUIN	**34**		**3**	**3**	**1**	**1**
JUILLET	**31**	**1**	**3**	**5**		**3**
AOUT	**40**	**1**	**2**	**5**		**2**
SEPTEMBRE	**24**	**1**	**3**	**4**		
OCTOBRE	**47**	**2**	**6**	**10**		**6**
NOVEMBRE	**20**		**1**			**6**
DECEMBRE	**27**	**1**	**1**	**3**		**2**
TOTAL	**384**	**7**	**37**	**52**	**1**	**32**

+ 5 déclarations par faites par des sages-femmes

2/Dossiers suivis par la sage-femme de PMI Bêta, année 2012 : 46 dossiers (soit 12% des déclarations de grossesse reçues)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dossier 1 (femme déjà suivie)	6 (1ère grossesse) 1 (2ème grossesse)		2 pour RDV écho (1ère grossesse)	CHU de Bordeaux (1ère grossesse)/Clinique privée de Bx (2ème grossesse)	3		Par l'assistante sociale AS (1ère grossesse)/ par la puéricultrice (2ème grossesse)			22 ans	2
Dossier 2	3			Clinique privée de Bordeaux						36 ans	5
Dossier 3	12		4 (1 échographie /3 consultations au CHU)	CHU			Gynécologue de la PMI			41 ans	5
Dossier 4	1			Clinique du Médoc			Sur proposition de la sage-femme				1
Dossier 5	8		1 (pose implant post couche)	CHU			Sur proposition de la sage-femme			26 ans	6 (2 IVG)
Dossier 6	1						Demande de la femme	Institutrice		31 ans	1
Dossier 7	1			Clinique de Bx						31 ans	
Dossier 8	10	oui	1 échographie /1 consultation	CHU						17 ans	1
Dossier 9	1 (annulé)									1981	1
Dossier 10	1			Clinique privée de Bx			Demande de la femme	Monitrice éducatrice			2 (1 fausse couche)
Dossier 11	2	Vit chez ses parents		CHU				Collégienne		15 ans	1
Dossier 12	1			Clinique privée de Bx			Demande de la femme	Commerciale		35 ans	1
Dossier 13	3			CHU						28 ans	2
Dossier 14	3			Clinique privée de Bx				Aide à la perso		42 ans	6 (4 fausses

								nne			couches)
Dossier 15 (femme déjà suivie)	1			Clinique privée de Bx			RDV suite au courrier de la sage-femme			29 ans	6 (4 fausses-couches)
Dossier 16	3									24 ans	1
Dossier 17	11		1 échographie + 2 consultations	Clinique privée de Bx						26 ans	2
Dossier 18	1					Pas de sécurité sociale	Le couple s'est présenté à la MDSI			24 ans	1
Dossier 19	1						Consultation à la MDSI			26 ans	1
Dossier 20	2	oui		Clinique privée de Bx			Proposition du RDV par la sage-femme			20 ans	
Dossier 21	1	divorcée				Pas de sécurité sociale				31 ans	8 (2IVG/1 fausse-couche)
Dossier 22	1									1980	1
Dossier 23	1			CHU			Proposition d'un RDV par la sage-femme	Auxiliaire de de puériculture		29 ans	3
Dossier 24	10	pacsée	4 consultations/1 échographie	Clinique privée de Bx			Proposition d'une RDV par la sage-femme			34 ans	3
Dossier 25	1						Demande de la femme	Commerciale		26 ans	1
Dossier 26 (femme déjà suivie)	8									25 ans	1
Dossier 27	6	oui		Clinique privée de Bx	1	CMU	Liaison par une assistante-sociale			20 ans	1
Dossier 28	1			Clinique privée de Bx			Demande de la femme	Kinésithérapeute		26ans	1
Dossier 29	1										

Dossier 30	1			Clinique privée de Bx			Demande de la femme	Professeur de mathématique			2
Dossier 31	6			Clinique privée de Bx						37 ans	3
Dossier 32	1			Clinique privée de Bx						34 ans	1
Dossier 33	3			CHU			Demande de la femme			22 ans	
Dossier 34	3			CHU			Demande de la femme			28 ans	
Dossier 35 (femme suivie aussi par une assistante sociale)	1			Clinique privée de Bx						31 ans	4 (2 fausse-couches)
Dossier 36	4		2 échographies	CHU		CMU	Liaison AS			1986 26 ans	2 + 1IVG
Dossier 37	1						Liaison AS	Dir. financier		40 ans	1
Dossier 38	4			CHU			Demande de la femme	Assistante maternelle		30 ans	1
Dossier 39	3			Clinique privée de Bx						25 ans	1
Dossier 40	1			Clinique privée de Bx			Demande de la femme			35 ans	3
Dossier 41	4			Clinique privée de Bx				Auxiliaire de puériculture		38 ans	1
Dossier 42	1	Vit chez ses parents		Clinique privée de Bx	1		Liaison AS			20 ans	1
Dossier 43	1			Clinique privée de Bx							
Dossier 44	2			Clinique privée de Bx			Courrier de la sage-femme	Employée hôtellerie		25 ans	1 +1IVG
Dossier 45	5			CHU			Appel de sa gynécologue à la sage-femme			1980	4
Dossier	1			CHU			Demande de			25	1

46							la femme			ans	
TOTAL	144 consultations[146].	4 femmes sont déclarées vivant seules[147]	19 accompagnements[148]	Cliniques privées de Bx = 22, CHU = 13, Clinique du Médoc =1, Non renseignés = 10	5 RDV annulés sur 144 visites à domicile	Pas de sécurité sociale =2 Cmu = 2 Assurées = 42[149]	A la demande de la femme = 12 Courrier sage-femme = 7 Liaison d'une assistante sociale = 5 Liaison par un autre professionnel = 3	33 femmes sont sans emploi 13 femmes sont actives (dont une collégienne) 71 % des femmes suivies sont sans emploi 29 % sont en activité.	2 mineures	Moyenne d'âge : 26.70 ans. (15-41 ans)	Nombre moyen de grossesses : 2.1 Min : 1 Max : 8 1.65 enfant en moyenne

1/ Nombre consultations sage-femme à domicile, 2/ Femme seule, 3/ Accompagnement sage-femme, 4/ Lieu de l'accouchement, 5/Absence de la femme au RDV, 6/ Sécurité sociale/CMU, 7/ Entrée dans la PMI, 8/ PCS, 9/ Femme mineure (née avant 1994), 10/ Née en, 11/ nombre de grossesse

[146] **En moyenne la sage-femme de PMI propose 3,16 RDV/femme (entre 1 et 12 VAD)**
[147] **2 femmes vivent chez leurs parents (1 mineure et une jeune majeure de 20 ans)**
[148] **8 pour des échographies, 10 pour des consultations, 1 pour la pose d'un implant**
[149] **91 % des femmes sont assurées (ou ont au moins des droits ouverts à la sécurité sociale)**

Statistiques CPAM du territoire médocai Soins des femmes âgées de 15 à 45 ans

Année 2010

Classe d'âge	Nombre de femmes	Nombre de bénéficiaires de la CMU	Nombre de bénéficiaires de la CMUC	Nombre de bénéficiaires de l'ACS	Nombre de bénéficiaires de l'AME	Nombre de grossesses	Nombre de déclarations de grossesse	Nombre de consultations de sages femmes	Nombre d'actes cotés SF12, SF15 et SF11,6
15 à 19 ans	2 194	104	198	17	1	32	27	0	10
20 à 29 ans	6 115	190	534	16	4	691	657	1	154
30 à 39 ans	7 636	184	517	42	2	587	609	1	157
40 à 45 ans	4 380	107	258	31	1	27	32	2	8
Ensemble	**20 325**	**585**	**1 507**	**106**	**8**	**1 337**	**1 325**	**4**	**329**

Année 2011

Classe d'âge	Nombre de femmes	Nombre de bénéficiaires de la CMU	Nombre de bénéficiaires de la CMUC	Nombre de bénéficiaires de l'ACS	Nombre de bénéficiaires de l'AME	Nombre de grossesses	Nombre de déclarations de grossesse	Nombre de consultations de sages femmes	Nombre d'actes cotés SF12, SF15 et SF11,6
15 à 19 ans	2 315	115	246	22	1	25	28	0	3
20 à 29 ans	5 759	236	594	42	4	534	591	2	240
30 à 39 ans	7 575	202	573	75	4	505	589	8	150
40 à 45 ans	4 493	111	286	45	1	22	32	1	0
Ensemble	**20 142**	**664**	**1 699**	**184**	**10**	**1 086**	**1 240**	**11**	**393**

STATISTIQUES CAF 2011	MDSI Gamma	MDSI Alpha	MDSI Béta		DPT*	CUB**	hors CUB***
Nombre total d'allocataires (dossiers)	**3926**	**2816**	**5043**		**274710**	**164542**	**109542**
Nb de femmes de 15 à 44 ans révolus (responsable du dossier ou conjoint)	2067	1774	3622		159972	91311	68268
dont nb femmes de 15-24 ans révolus	214	158	210		32968	27479	5396
dont nb femmes de 25-34 ans révolus	782	658	1442		54952	29682	25113
dont nb femmes de 35-44 ans révolus	1071	958	1970		72052	34150	37759
Situation Familiale							
(un enfant est ici considéré à charge uniquement s'il est mineur)							
Nb de femmes de 15 à 44 ans révolus	2067	1774	3622		159972	91311	68268
dont personnes isolées	9%	9%	5%		22%	34%	8%
dont parents isolés	25%	21%	13%		16%	15%	18%
dont couples avec enfant	62%	68%	79%		55%	43%	71%
dont couples sans enfant	3%	2%	3%		6%	8%	3%
Nb femmes de 15-24 ans révolus	214	158	210		32968	27479	5396
dont personnes isolées	21%	27%	26%		68%	76%	30%
dont parents isolés	22%	24%	16%		5%	3%	15%
dont couples avec enfant	40%	39%	40%		11%	6%	35%
dont couples sans enfant	17%	10%	18%		15%	15%	19%
Nb femmes de 25-34 ans révolus	782	658	1442		54952	29682	25113
dont personnes isolées	9%	9%	4%		16%	24%	8%
dont parents isolés	20%	17%	11%		16%	16%	16%
dont couples avec enfant	68%	72%	83%		62%	53%	74%
dont couples sans enfant	3%	2%	2%		5%	7%	3%
Nb femmes de 35-44 ans révolus	1071	958	1970		72052	34150	37759
dont personnes isolées	7%	6%	3%		6%	8%	4%
dont parents isolés	29%	23%	14%		22%	24%	20%
dont couples avec enfant	63%	70%	81%		70%	65%	75%
dont couples sans enfant	1%	1%	1%		2%	2%	1%
Nombre et age des enfants mineurs à charge							
Nb de femmes de 15-44 ans révolus avec enfant mineur	1805	1578	3346		114898	53743	60894
dt femmes de 15-44 ans révolus avec 1 enfant	33%	33%	30%		34%	37%	31%
dt femmes de 15-44 ans révolus avec 2 enfants	48%	47%	56%		49%	46%	52%
dt femmes de 15-44 ans révolus avec 3 enfants	13%	15%	12%		14%	14%	14%
dt femmes de 15-44 ans révolus avec 4 enfants et plus	5%	5%	2%		3%	3%	3%
dt avec au moins 1 enfant de 0-5 ans révolus	59%	60%	63%		61%	63%	58%
dt avec au moins 1 enfant de 6-11 ans révolus	54%	55%	54%		52%	49%	54%
dt avec au moins 1 enfant de 12-17 ans révolus	35%	34%	29%		32%	29%	34%
Nb de femmes de 15-44 ans révolus parents isolés	516	369	473		26370	14047	12256
dt femmes de 15-44 ans révolus seules avec 1 enfant	49%	52%	51%		53%	56%	50%
dt femmes de 15-44 ans révolus seules avec 2 enfants	37%	34%	38%		35%	33%	37%
dt femmes de 15-44 ans révolus seules avec 3 enfants	10%	9%	9%		9%	8%	10%
dt femmes de 15-44 ans révolus seules avec 4 enfants et plus	5%	5%	2%		3%	2%	3%
dt avec au moins 1 enfant de 0-5 ans révolus	45%	45%	45%		43%	45%	41%
dt avec au moins 1 enfant de 6-11 ans révolus	52%	53%	57%		51%	50%	53%
dt avec au moins 1 enfant de 12-17 ans révolus	42%	40%	33%		38%	36%	41%

Nb de femmes de 15-44 ans révolus en couple avec enfant	1289	1209	2873		88528	39696	48638
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec 1 enfant	27%	27%	27%		28%	30%	26%
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec 2 enfants	53%	52%	59%		53%	51%	55%
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec 3 enfants	15%	17%	12%		15%	15%	15%
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec 4 enfants et plus	5%	4%	2%		4%	4%	3%
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec au moins 1 enfant de 0-5 ans révolu	65%	64%	66%		66%	69%	63%
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec au moins 1 enfant de 6-11 ans révolu	56%	56%	53%		52%	49%	54%
dont nb femmes de 15-44 ans révolus en couple avec au moins 1 enfant de 12-17 ans révolu	33%	32%	29%		30%	27%	32%
Nb femmes de 15-44 ans bénéficiaires de l'Allocation Familiale (universelle, à partir de 2 enfants)	1258	1107	2420		78829	35085	43579
Nb femmes de 15-44 ans bénéficiaires du Complément Familial (sous cond de ressources, à partir de 3 enfants)	210	220	294		10886	4654	6215

Pauvreté monétaire

Nb femmes de 15-44 ans révolus à bas revenus	878	537	697		44119	26062	17938
% des femmes de 15-44 ans à bas revenus	42,5%	30,4%	19,3%		31,5%	36,2%	26,5%
% des femmes isolées de 15-44 ans à bas revenus	66,7%	57,1%	59,3%		59,4%	59,0%	60,4%
% des femmes parents isolés de 15-44 ans à bas revenus	76,6%	69,4%	60,3%		59,0%	57,1%	61,2%
% des femmes en couple sans enfant de 15-44 ans à bas revenus	57,1%	38,9%	33,3%		58,9%	61,5%	51,7%
% des femmes en couple avec enfant de 15-44 ans à bas revenus	24,6%	14,8%	9,6%		15,4%	17,9%	13,3%

Revenu de Solidarité Active (RSA)

Nb femmes de 15-44 ans révolus bénéficiaires du RSA	452	286	298		21650	12809	8772
dont isolées sans enfant	15,5%	19,6%	17,8%		22,6%	26,0%	17,6%
dont parents isolés	51,5%	53,8%	51,0%		44,5%	41,0%	49,6%
dont couples sans enfant mineur	3,5%	2,1%	3,4%		6,5%	7,7%	4,8%
dont couples avec enfant mineur	29,4%	24,5%	27,9%		26,3%	25,3%	28,0%
Nb femmes de 15-44 ans révolus bénéficiaires du RSA - socle (minimum social)	323	205	184		15117	9008	6051
dont isolées sans enfant	15%	19%	21%		23%	26%	18%
dont parents isolés	56%	58%	52%		46%	43%	51%
dont couples sans enfant mineur	4%	<5	3%		6%	7%	4%
dont couples avec enfant mineur	25%	22%	24%		25%	24%	26%
Dont femmes de 15-44 ans bénéficiaires du RSA socle et Majoration pour Isolement (ex-API)	100	59	58		3695	2029	1651
Dont femmes de 15-44 ans bénéficiaires du RSA et de la Majoration pour Isolement	115	72	79		4556	2457	2082

Situation par rapport à l'emploi

Femmes de 15-44 ans révolus se déclarant actives (emploi ou chômage)	1370	1264	2888		103859	52237	51394
% de femmes de 15-44 ans se déclarant actives	66%	71%	80%		65%	57%	75%
par situation familiale							
% de femmes de 15-44 ans isolées se déclarant actives	60%	61%	64%		36%	31%	64%
% de femmes de 15-44 ans parents isolés se déclarant actives	65%	64%	79%		75%	75%	75%
% de femmes de 15-44 ans révolus en couple avec enfant se déclarant actives	68%	75%	81%		76%	74%	77%
% de femmes de 15-44 ans révolus en couple sans enfant se déclarant actives	61%	71%	73%		46%	42%	61%

Prestations Logement

Femmes de 15-44 ans révolus bénéficiaires d'une prestation logement	996	724	1008		79160	54901	24138
dont locataires dans le parc privé	69%	59%	58%		63%	65%	59%
dont locataires dans le parc public	10%	16%	10%		24%	27%	18%
dont locataires autre (foyers, etc.)	1%	1%	nc		4%	5%	1%
dont en accession aidée	20%	24%	32%		9%	3%	22%
Prestations logement des familles monoparentales							
Femmes de 15-44 ans parents isolés bénéficiaires d'une prestation logement	368	272	310		18324	10062	8249
dont parents isolés locataires dans le parc privé	72%	68%	66%		48%	37%	61%
dont parents isolés locataires dans le parc public	15%	21%	18%		44%	57%	27%
dont parents isolés en accession aidée	13%	11%	16%		8%	5%	12%

Nationalité

Femmes de 15-44 ans nationalité étrangère du responsable	2,2%	3,4%	2,3%		6,7%	9,7%	2,7%
Femmes de 15-44 ans nationalité étrangère hors CEE du responsable	0,9%	2,1%	0,6%		4,5%	6,9%	1,4%

Aides aux vacances (AAV)

Femmes de 15-44 ans ayant bénéficié d'une aide aux vacances en 2011							
dont Vacaf (avec accompagnement)	<5	<5	9		218	142	76
dont pass famille	33	24	62		2595	1468	1125
dont pass enfant	23	12	18		955	546	408

Aides Financières Individuelles (AFI)

Femmes de 15-44 ans ayant bénéficié d'une AFI en 2011	57	52	48		3741	2178	1559
dont prêt AFI	52	44	35		3265	1926	1335
dont subvention AFI	5	8	14		518	277	241

Enfants placés à l'ASE

Femmes de 15-44 ans avec enfant placé à l'ASE et maintien des AF	14 sur les 3 MDSI				346	191	155

Grossesses/Naissances

Estimation de l'âge à la première grossesse (sur grossesses 2011)	25,9	26,1	27,5		27,5	27,9	27,0
Nombre de grossesses déclarées chez des mineures (âge au début de la grossesse)	11 sur les 3 MDSI						
Grossesses déclarées en 2011 (date de la déclaration)	213	167	367		13499	7242	6255
Nombre de naissances déclarées en 2011	223	198	474		15398	7995	7400
Nombre de dossiers ayant déclaré une naissance en 2011	218	195	464		15138	7864	7271
Femmes dont le conjoint est absent pour cause d'incarcération	5 sur les 3 MDSI						

*: Département
**: Communauté Urbaine de Bordeaux.
***: Hors Communauté Urbaine de Bordeaux.

ANNEXE N° 7 Bis

Nombre total d'allocataires (dossiers)	**3926**	**2816**	**5043**	**274710**	**164542**	**109542**
Situation par rapport à l'emploi						
Femmes de 15-44 ans révolus se déclarant actives (emploi ou chômage)	1370	1264	2888	103859	52237	51394
% de femmes de 15-44 ans se déclarant actives	66%	71%	80%	65%	57%	75%
par situation familiale						
% de femmes de 15-44 ans isolées se déclarant actives	60%	61%	64%	36%	31%	64%
% de femmes de 15-44 ans parents isolés se déclarant actives	65%	64%	79%	75%	75%	75%
% de femmes de 15-44 ans révolus en couple avec enfant se déclarant actives	68%	75%	81%	76%	74%	77%
% de femmes de 15-44 ans révolus en couple sans enfant se déclarant actives	61%	71%	73%	46%	42%	61%
Situation de chômage connue par la Caf						
Femmes de 15-44 ans révolus se déclarant actives au chômage	270	201	289	14262	7924	6292
% de **femmes actives** de 15-44 ans **se déclarant au chômage**	20%	16%	10%	14%	15%	12%
par situation familiale						
% de **femmes actives** de 15-44 ans isolées, **se déclarant au chômage**	20%	22%	17%	10%	9%	19%
% de femmes actives de 15-44 ans parents isolés, se déclarant au chômage	19%	16%	15%	15%	15%	15%
% de femmes actives de 15-44 ans révolus en couple avec enfant, se déclarant au chômage	9%	8%	6%	6%	6%	6%
% de femmes actives de 15-44 ans révolus en couple sans enfant, se déclarant au chômage	21%	18%	17%	11%	10%	17%

* : Département

** : Communauté Urbaine de Bordeaux

*** : hors Communauté Urbaine de Bordeaux

ANNEXE N° 8

STATISTIQUES CLINIQUE MUTUALISTE DE LESPARRE MEDOC

Consultations Gynéco Obs

Nb de consultations		Mois												
année	Spécialité	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
2010	Obstétrique	632	577	629	538	563	588	557	507	702	568	632	599	7092
	Pédiatrie	89	86	114	95	99	102	70	149	138	124	160	158	1384
	Sages femmes	41	38	45	23	33	40	36	42	41	51	47	32	469
Somme 2010		762	701	788	656	695	730	663	698	881	743	839	789	8945
2011	Obstétrique	615	583	725	545	520	606	489	567	622	674	584	490	7020
	Pédiatrie	199	197	169	167	178	106	144	142	193	175	106	101	1877
	Sages femmes	35	31	47	40	65	53	60	58	58	54	41	32	574
Somme 2011		849	811	941	752	763	765	693	767	873	903	731	623	9471
2012	Obstétrique	625	529	561	569	545	634	509	554	456	492	556	430	6460
	Pédiatrie	117	90	133	75	100	119	93	92	124	114	122	103	1282
	Sages femmes	46	38	41	42	47	20	63	53	65	51	51	72	589
Somme 2012		788	657	735	686	692	773	665	699	645	657	729	605	8331
2013	Obstétrique	459	404	318	412	404	400	519	549	545	729	597	NC	5446
	Pédiatrie	132	109	120	142	111	138	128	75	129	122	124	NC	1352
	Sages femmes	63	37	45	37	52	58	60	51	56	42	32	NC	533
Somme 2013		654	550	483	591	567	596	707	675	730	893	753	NC	7331
Total		3053	2719	2947	2685	2717	2864	2728	2839	3129	3196	3052	2017	34078

Activité chir gynéco obs

NB n° séjour		*Mois*												
année	Spécialité	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
2010	Gynécologie	7	4	10	6	7	5	6	13	18	6	4	5	86
	IVG	9	6	10	14	7	8	10	10	10	10	8	13	102
	Obstétrique	38	34	42	45	33	34	41	44	36	37	43	49	427
Somme 2010		***54***	***44***	***62***	***65***	***47***	***47***	***57***	***67***	***64***	***53***	***55***	***67***	***615***
2011	Gynécologie	8	4	6	7	2	5	7	3	9	9	6	6	66
	IVG	14	13	12	10	6	14	6	15	7	12	11	10	120
	Obstétrique	35	29	47	40	44	33	46	48	43	30	41	32	436
Somme 2011		***57***	***46***	***65***	***57***	***52***	***52***	***59***	***66***	***59***	***51***	***58***	***48***	***622***
2012	Gynécologie	4	5	3	7	4	7	12	31	25	37	30	14	165
	IVG	4	13	8	10	15	12	16	8	15	14	12	14	127
	Obstétrique	44	39	32	42	38	26	38	43	33	42	36	30	413
Somme 2012		***52***	***57***	***43***	***59***	***57***	***45***	***66***	***82***	***73***	***93***	***78***	***58***	***705***
2013	Gynécologie	24	10	9	5	6	3	12	16	13	12	15	NC	125
	IVG	9	8	9	12	9	15	16	18	9	13	8	NC	126
	Obstétrique	43	32	24	28	20	30	35	35	43	32	39	NC	361
Somme 2013		***76***	***50***	***42***	***45***	***35***	***48***	***63***	***69***	***65***	***57***	***62***	***NC***	***612***
Total		**239**	**197**	**212**	**226**	**191**	**192**	**245**	**284**	**261**	**254**	**253**	**173**	**2554**

ANNEXE N° 9

Statistiques de l'activité des CPEF du CG 33- 2009-2011

Consultants

ensemble CPEF Médoc

	2009	*2010*	*2011*
moins de 25 ans	190	216	308
	42,5%	48,9%	**58,7%**
25 ans et plus	257	226	217
	57,5%	51,1%	41,3%
total	**447**	**442**	**525**

augmentation notable de la fréquentation des jeunes de moins de 25 ans des CPEF

Autres CPEF Gironde

	2009	*2010*	*2011*
moins de 25 ans	1456	1384	1343
	53,8%	53,7%	54,6%
25 ans et plus	1252	1191	1115
	46,2%	46,3%	45,4%
total	**2708**	**2575**	**2458**

Motif Contraception

	2009	*2010*	*2011*	
moins de 25 ans				
Médoc	66,3	63,4	**65,3**	*lecture :* 65,3% des consultants de moins de 25 ans ont eu comme
Autres CPEF Gironde	67,9	64,0	55,1	motif la contraception au moins une fois dans l'année
Médoc	126	137	201	
Autres CPEF Gironde	988	886	910	
25 ans et plus				
	2009	*2010*	*2011*	
Médoc	45,9	41,2	52,5	
Autres CPEF Gironde	51,4	46,6	41,9	
Médoc	118	93	114	
Autres CPEF Gironde	644	555	558	

utilisation des CPEF pour une contraception plus importante chez les jeunes

Motif Grossesse (diagnostic ou suivi)

	2009	*2010*	*2011*
moins de 25 ans			
Médoc	13,2	11,1	11,0
Autres CPEF Gironde	13,3	16,9	13,5
Médoc	25	24	34
Autres CPEF Gironde	194	234	223
25 ans et plus			
Médoc	7,4	5,8	3,2
Autres CPEF Gironde	11,7	14,3	9,3
Médoc	19	13	7
Autres CPEF Gironde	147	170	124

Motif IVG

	2009	*2010*	*2011*	
tous CPEF Gironde	1,7	1,4	1,4	tous les chiffres IVG des CPEF du Médoc sont inférieurs à 5 sauf pour une année
	54	41	41	secret statistique - données non transmises

Motif Contraception d'urgence

	2009	*2010*	*2011*	
tous CPEF Gironde	1,3	2,0	2,0	tous les chiffres contraception d'urgence des CPEF du Médoc sont inférieurs à 5
	40	61	61	secret statistique - données non transmises

Motif IST Sida

	2009	*2010*	*2011*	
moins de 25 ans				
Médoc	5,8	10,2	19,2	
Autres CPEF Gironde	5,6	6,7	8,7	
Médoc	11	22	59	
Autres CPEF Gironde	81	93	144	
25 ans et plus				
Médoc				
Autres CPEF Gironde	1,5	2,1	3,8	les chiffres IST Sida chez les 25 ans et plus du Médoc sont inférieurs à 5
Médoc				secret statistique - données non transmises
Autres CPEF Gironde	19	25	51	

augmentation de l'utilisation des CPEF pour les IST et le VIH/sida chez les moins de 25 ans, particulièrement du Médoc

Annexe n°10 : LISTE DES INDICATEURS utilisés dans le cadre du Diagnostic socio-sanitaire 2013

Source : Barul C., Fadiga F. et Picot C., (2013), *Diagnostic socio sanitaire des femmes de 15 à 65 ans, « précaires et/ou migrantes du Médoc », en matière de santé génésique et reproductive*, Bordeaux, Projet tutoré, Master 1 de santé publique, Isped, Université Bordeaux Segalen. Dir : L. Kotobi et M-A Jutand.

DEMOGRAPHIE

- Densité de population (habitants/km²) en 2009
- Taux annuel moyen de variation de la population (%) entre 1999 et 2009
  dont variation due au solde naturel (%) en 2009
  dont variation due au solde apparent des entrées sorties(%) en 2009
- Nombre de naissances domiciliées pour chaque communauté de commune du Médoc en 2011
- Nombre décès domiciliés pour chaque communauté de commune du Médoc en 2011
- Répartition de la population par tranche d'âge (années), par sexe, et par communautés de communes du Médoc en 2009

OFFRE DE SOINS

- Nombre de médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2009, dans le Médoc et en Aquitaine
- Nombre, densité et pourcentage de médecins généralistes et infirmiers libéraux de plus 55 ans en 2009; comparaison Médoc/Gironde, Aquitaine.
- Nombre et densité de spécialistes libéraux au 1er janvier 2009, dans le Médoc et en Aquitaine
- Principales spécialités médicales de proximité au 1er janvier 2009 dans le Médoc
- Effectif des professionnels de santé intervenant en santé reproductive dans le Médoc en 2012
-Taux de mortalité générale par cancers et par cancers du sein chez les femmes du Médoc comparativement à celles de la Gironde et de l'Aquitaine, au cours des années 2007- 2009

REPRODUCTION

- Répartition des femmes de quinze à quarante-cinq ans par tranches d'âge, du nombre de grossesse et de consultations sages-femmes en 2010, dans le Médoc.
- Répartition des femmes de quinze à quarante-cinq ans par tranches d'âge, du nombre de grossesses et de consultations sages-femmes en 2011, dans le Médoc
- Âge moyen à la première grossesse, nombre de grossesses et de naissances déclarées chez les femmes des 3 MDSI du Médoc en 2011
- Nombre d'accouchements selon le mode entre 2009 et 2011, clinique mutualiste du Médoc
- Nombre d'avortements en Aquitaine, suivant le département ou a été pratiqué l'intervention et le groupe d'âge de la femme en 2008
- Nombre d'interruptions volontaires de grossesses pratiquées entre 2008 et 2011, selon la méthode utilisée, clinique mutualiste du Médoc.

PRECARITE

- Répartition (pour 1000) des femmes bénéficiaires des minimas sociaux, vivant dans le Pays Médoc, selon leurs classes d'âge, en 2010

- Répartition (pour 1000) des femmes bénéficiaires des minimas sociaux, vivant dans le Pays Médoc, en fonction de leurs classes d'âge, en 2011

- Répartition (%) des femmes allocataires de la Caisse d'allocation familiale de 15 à 44 ans au niveau des 3 MDSI du Pays Médoc 2011

- Répartition (%) des femmes allocataires de 15 à 44 ans ayant des bas revenus au niveau des 3 MDSI du Pays Médoc, 2011, en fonction de leur situation familiale

- Répartition (%) des femmes allocataires bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA), de 15 à 44 ans par MDSI du Pays Médoc en 2011, et en fonction de la situation familiale

- Répartition (%) des femmes allocataires se déclarant actives*, de 15 à 44 ans par MDSI du Pays Médoc en 2011, en fonction de la situation familiale

- Répartition (%) des femmes allocataires bénéficiaires d'une prestation logement de 15 à 44 ans, au niveau des 3 MDSI du Pays Médoc 2011

- Répartition (%) des femmes allocataires se déclarant actives au chômage, de 15 à 44 ans par MDSI du Pays Médoc en 2011, en fonction de leur situation familiale

- Répartition (pour 1000) des femmes allocataires bénéficiaires d'une Aide Aux Vacances (AAV), de 15 à 44 ans par MDSI du Pays Médoc en 2011.

- Répartition (pour 1000) des femmes allocataires bénéficiaires de l'Aide Financière Individuelle (AFI), de 15 à 44 ans par MDSI du Pays Médoc en 2011

ANNEXE N°11 : Projet de Santé du territoire du Médoc: maintenir et améliorer l'accès à la prévention et aux soins

Le projet de santé du Médoc s'appuie sur un double constat partagé par les élus, les professionnels de santé et les pouvoirs publics:
• l'existence des problématiques de santé spécifiques au Médoc (accès aux soins de personnes en situation de précarité, problèmes de santé liés aux conduites addictives, éloignement géographique, attractivité faible pour les professionnels de santé),
• la nécessité de mieux articuler l'intervention des professionnels de santé entre eux (opéra -teurs de prévention, établissements et services sanitaires et médico-sociaux).
Un comité de pilotage (sous-préfecture de Lesparre, délégation ARS de la Gironde, élus, professionnels de santé et d'établissements) a défini quatre priorités pour ce projet de santé:
• la coordination de la prise en charge des personnes âgées,
• la santé mentale,
• la prévention et la promotion de la santé autour notamment du public en situation de précarité et de la problématique des conduites addictives,
• l'articulation entre cliniques, médecine de ville et établissements et services médico-sociaux.
Décliné en actions opérationnelles, ce projet sera piloté par une structure fédérative sous la forme d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) en cours de constitution. D'ores et déjà, l'ARS a renforcé sur ce territoire la présence en professionnels de santé (équipe mobile de géronto-psychiatrie, équipe spécialisée pour la prise en charge des maladies d'Alzheimer, projet de maison de santé pluridisciplinaire d'Hourtin)

Source : Rapport d'activité 2011, ARS Aquitaine. p.64

ANNEXE N° 12

Contrat Local de Santé du Médoc

Préambule : Contexte du CLS du Médoc

1. Présentation des éléments de diagnostic partagés entre les cosignataires

Le Pays Médoc, composé de 54 communes regroupées en 6 Communautés de Communes, compte à ce jour 98000 habitants.

Délimitée par l'océan Atlantique à l'ouest et par l'estuaire de la Gironde à l'est, c'est une presqu'île qui s'étend de la pointe du Verdon au Porge et remonte jusqu'à Blanquefort, offrant ainsi une grande diversité de paysages mais aussi humaine avec :

- une zone nord qui concentre une précarité structurelle, historique, à laquelle s'ajoute désormais une précarité conjoncturelle et migratoire, à une population vieillissante ;

- une zone centre, attractive, alimentant des dynamiques internes avec des fragilités sociales récurrentes et des populations aux profils contrastés ;

- et une zone sud, très attractive, avec une population plutôt jeune ayant un emploi majoritairement à l'extérieur du territoire.

L'extension urbaine, annexant les parties sud du territoire, et une pression démographique soutenue depuis dix ans, amènent le Médoc à penser son avenir sous la double bannière d'une ruralité pleinement assumée et d'une demande d'aménités urbaines de plus en plus forte.

Ce grand bassin de vie, dont la population évolue aux rythmes des soldes migratoires positifs, appelle le développement d'une offre de services de qualité, à la fois pour conforter son attractivité et renforcer sa cohésion sociale.

Cette aspiration apparaît dans toute son acuité dans le domaine de la santé, où les besoins des habitants et les attentes des acteurs locaux convergent vers l'organisation de l'offre de soins de proximité et une amélioration de la structuration du parcours de santé de la population.

Compte tenu :

- d'un risque de désertification médicale ;
- de l'accroissement de la demande de soins liée à la venue de nouveaux habitants et au vieillissement de la population ;
- de l'existence de fortes inégalités sociales et de situations d'exclusion ;
- de la prégnance des problèmes de santé liés aux addictions ;
- de l'épuisement de certains acteurs locaux lié à des conditions d'exercice difficiles mais aussi à l'étendue du territoire qui accentue le sentiment d'isolement ;
- d'une problématique de transports ;
- d'un déficit de communication entre professionnels (institutions sanitaires et médico-sociales – professionnels libéraux et travailleurs sociaux).

Le Pays Médoc a initié une démarche participative innovante via :

- des expériences dans la construction d'actions partagées autour de la lutte contre les exclusions et des actions de prévention, éducation et promotion à la santé pilotées, accompagnées ou soutenues par la Plateforme de développement sanitaire et social du Pays Médoc ;
- l'existence de démarches en réseaux pour une meilleure prise en charge des patients et pour un accompagnement adapté des publics fragilisés vers la prévention et les soins ;
- un rapprochement des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social et progressivement une meilleure connaissance des ressources locales ;
- des réflexions menées pour rechercher des réponses collectives à la baisse de la démographie médicale *(ex : projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire sur Hourtin) ;*
- la volonté des élus de développer une véritable politique de santé sur le Médoc, conduisant l'ARS à accompagner cette démarche en vue de territorialiser sa politique publique de santé.

2. Modalités d'articulation avec les orientations stratégiques du PRS aquitain

Cette démarche doit aussi permettre à l'ARS de décliner sur le territoire médocain les priorités du Plan Régional de Santé (PRS) au travers de ses programmes transversaux concernant : la prise en charge des personnes âgées et en perte d'autonomie, les maladies chroniques et la santé mentale. Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) sera également concerné, par la sensibilité de ce projet autour de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Enfin le développement de la télémédecine est à privilégier sur ce territoire enclavé.
Plus globalement, l'ambition des signataires est de jeter les bases d'un véritable projet local de santé partagé et fédérateur.

Le contrat Local de Santé du Médoc

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L. 1434-2, L. 1434-17, L.1435-1,

Il est convenu ce qui suit :

Titre 1 : Champs du contrat

Article 1 : « Périmètre géographique du contrat »

Le périmètre géographique du contrat correspond à celui du Pays Médoc.

Article 2 : « Signataires »

Le présent contrat est conclu entre :

- l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine
- le Syndicat Mixte du Pays Médoc
- la Préfecture de la Gironde
- le Conseil Général (CG) de la Gironde
- l'Association pour Aider, Prévenir, Accompagner en Médoc (AAPAM)
- l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (ADAPEI) de la Gironde
- l'Association Rénovation
- la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) en Aquitaine
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Gironde
- le Centre Hospitalier Charles Perrens
- l'Hôpital suburbain du Bouscat
- la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de la Gironde
- le Pavillon de la Mutualité – Clinique mutualiste du Médoc
- l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Infirmiers Libéraux Aquitaine
- l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux Aquitaine

Les parties signataires sont garants de la cohérence globale de la démarche et y apportent des moyens (humains, matériels et/ou financiers).

Article 3 : « Partenaires »

Les partenaires s'engagent dans la démarche par la signature de la Charte Santé du Médoc. Ils partagent les axes stratégiques du CLS et sont associés à sa mise en œuvre.

Article 4 : « Objet du contrat »

Le Contrat Local de Santé du Médoc est un outil de coordination des acteurs locaux, de planification et de valorisation des initiatives locales. C'est le cadre juridique et partenarial du Projet Local de Santé du Médoc.

Ce Projet, partagé par les signataires et les partenaires, vise à réduire les inégalités sociales et spatiales de santé par des actions cohérentes et articulées. Ces actions se veulent complémentaires aux moyens engagés par ailleurs par les signataires dans une logique de subsidiarité.

Titre 2 : Engagements et axes stratégiques

Article 5 : « Engagement des signataires »

L'ARS Aquitaine s'engage à :

- nommer un référent au sein de l'ARS
- participer aux différentes instances dédiées au Projet local de santé
- mettre à disposition exclusive des signataires des CLS, des services d'appui (internes à l'ARS ou via des opérateurs financés à cet effet) tels que l'ORSA et l'IREPS en matière d'observation, de conduite de projet et de formation,
- inviter l'élu référent et le technicien chargé du dossier de la collectivité signataire du CLS à la conférence de territoire de Gironde,
- veiller à la bonne articulation entre le CLS et les projets des différents acteurs qu'elle soutient sur le Médoc

Le Syndicat Mixte du Pays Médoc s'engage à :

- nommer un élu référent chargé du suivi du CLS
- intégrer durablement l'animation et la coordination du Projet local de santé au sein de sa Plateforme de développement sanitaire et social et communiquer à ce titre auprès des partenaires,
- créer des espaces d'échange et de concertation (cf. suivi du CLS) avec les acteurs locaux recensés, en s'assurant de la participation des habitants,
- poursuivre ses chantiers de recherche de cohésion sociale et de prévention, éducation et promotion de la santé,
- articuler le CLS et son Projet avec les démarches locales de santé engagées sur le territoire et les partenariats établis (Convention Territoriale Globale avec la CAF, convention de partenariat Pays-MSA, Contrat de Pays…)

La Préfecture de la Gironde s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

Le Conseil Général de la Gironde s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

L'AAPAM s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

L'ADAPEI de la Gironde s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

L'Association Rénovation s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

La CARSAT Aquitaine s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

La CPAM de la Gironde s'engage à :

- nommer un référent au sein de la CPAM
- participer aux différentes instances dédiées au Projet local de santé
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés par la CPAM de la Gironde à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

Le Centre Hospitalier Charles Perrens s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

L'Hôpital suburbain du Bouscat s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

La MSA de la Gironde s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

Le Pavillon de la Mutualité – Clinique mutualiste du Médoc s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

L'URPS Infirmiers Libéraux Aquitaine s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

L'URPS Médecins Libéraux Aquitaine s'engage à :

- nommer un référent
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation
- articuler le CLS et son Projet avec les actions et les moyens engagés à l'échelle du Médoc
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale

Article 6 : « Axes stratégiques, objectifs opérationnels »

Axe stratégique 1 : « Développement de la filière gérontologique pour une meilleure prise en charge du parcours de vieillissement »

Objectif 1.1 : Développer une coordination du travail autour de l'aide aux aidants et des actions spécifiques permettant de les accompagner

Objectif 1.2 : Structurer / étoffer le réseau de coordination autour de patients souffrant de pathologies graves et nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels et structures

Objectif 1.3 : Développer les accueils de jour et organiser le transport des personnes éloignées de ces structures

Objectif 1.4 : Développer des actions spécifiques sur la santé bucco-dentaire et les soins ophtalmologiques en EHPAD et à domicile

Objectif 1.5 : Développer et promouvoir les hébergements temporaires (dans une optique de préparation à un retour à domicile ou de familiarisation avec une maison de retraite)

Objectif 1.6 : Renforcer la structuration de la coordination gérontologique territoriale et le développement des collaborations

Objectif 1.7 : Apporter une information complète, actualisée et centralisée auprès des personnes âgées et de leur entourage sur leurs droits et démarches

Objectif 1.8 : Développer et/ou soutenir des structures et dispositifs en lien avec les troubles de la mémoire et/ou cognitifs

Axe stratégique 2 : « Développement de la politique de santé mentale et des prises en charge psychiatriques »

Objectif 2.1 : Faciliter l'accès à une prise en charge psychiatrique et pédopsychiatrique

Objectif 2.2 : Développer / renforcer l'accompagnement et l'accès aux soins des jeunes en souffrance psychique et le soutien à leur famille

Objectif 2.3 : Développer des services occupationnels de jour médicalisés dans une optique de lutte contre l'isolement

Objectif 2.4 : Optimiser le traitement des urgences, que ce soit à titre préventif pour éviter d'arriver à la gestion de crise, ou curatif, pour gérer l'urgence elle-même

Objectif 2.5 : Mieux accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques à domicile

Axe stratégique 3 : « Développement des politiques de prévention, d'éducation et de promotion de la santé »

Objectif 3.1 : Aller au-devant des publics les plus démunis et créer des dispositifs adaptés

Objectif 3.2 : Favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics vulnérables et leur accompagnement

Objectif 3.3 : Développer des actions spécifiques sur la santé bucco-dentaire à tous les âges de la vie

Objectif 3.4 : Renforcer les actions santé de proximité auprès des publics fragilisés

Objectif 3.5 : Retisser du lien social entre des populations de tous âges autour de problématiques partagées telles que l'alimentation

Objectif 3.6 : Développer / soutenir des dispositifs de médiation dans le cadre de la prévention des addictions et de la réduction des risques

Objectif 3.7 : Faciliter l'accès à l'hygiène et aux produits d'hygiène

Objectif 3.8 : Améliorer la santé des médocains en agissant sur la qualité de l'environnement (cadre de vie, santé au travail…)

Objectif 3.9 : Développer une prévention du risque suicidaire sur le territoire

Axe stratégique 4 : « Amélioration de la coordination des acteurs afin de faciliter l'accès aux soins »

Objectif 4.1 **:** *Assurer / maintenir une offre de soins de proximité et diversifiée*

Objectif 4.2 **:** *Développer, structurer et/ou renforcer des logiques de réseaux coordonnés et pluridisciplinaires*

Objectif 4.3 **:** *Identifier et communiquer sur les ressources locales dans une optique de parcours santé coordonnés*

Objectif 4.4 : Développer un système d'information performant entre les acteurs de santé (télémédecine)

Axe stratégique 5 : « Renforcement de l'attractivité professionnelle et des compétences des acteurs du territoire »

Objectif 5.1 : Promouvoir des outils de communication adaptés

Objectif 5.2 : Développer une bourse à l'emploi

Objectif 5.3 : Favoriser la mutualisation des professionnels entre les opérateurs

Objectif 5.4 : Nouer des partenariats privilégiés avec les structures de formation initiale et continue des professionnels de santé concourant à la santé des médocains

Objectif 5.5 : Développer des formations adaptées aux besoins du territoire

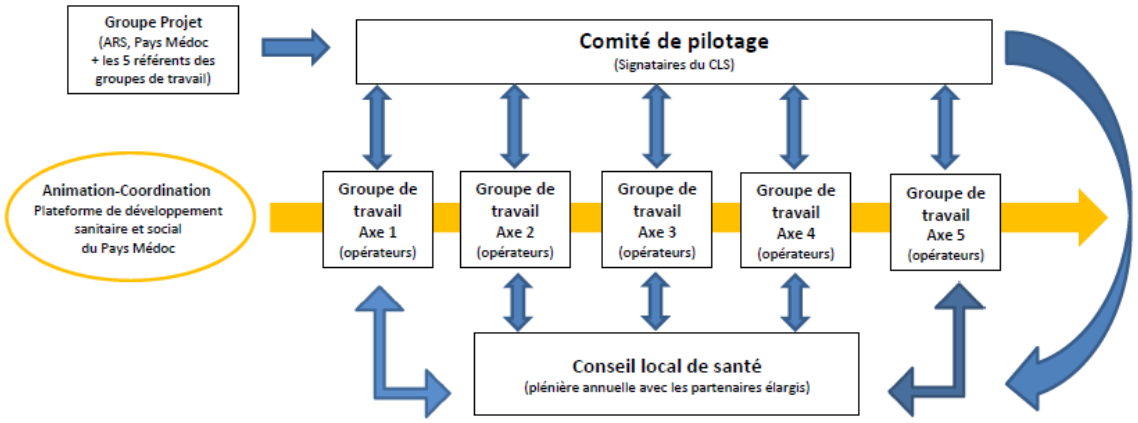
Objectif 5.6 : Développer et soutenir les compétences des acteurs locaux (par des sessions de formation, des rencontres thématiques, des réunions d'informations et/ou des groupes d'échanges de pratiques sur des problématiques partagées)

Le travail des ateliers thématiques (1 par axe) permettra de produire le Projet local de santé qui comportera le plan d'actions décliné en fiches, assorti d'un calendrier prévisionnel et stipulant précisément l'engagement des porteurs d'actions. Il sera ajouté au CLS en tant qu'avenant.

Un travail d'expertise sera mené en continu par les différents groupes de travail pour actualiser l'état des lieux santé sur le Pays Médoc.

Titre 3 : Modalités de participation et de coordination

Article 8 : « Gouvernance »



Le **groupe projet** s'assure du bon fonctionnement du partenariat contractuel et prépare notamment les réunions et les travaux du comité de pilotage.

Le **comité de pilotage**, instance de décision composée des signataires, suit et donne les grandes orientations du Projet partagé issu du CLS. Il se réunit au minimum deux fois par an.

Les **groupes de travail** ou **ateliers thématiques** sont constitués de divers opérateurs partenaires. Par axe stratégique, ils ont en charge de décliner concrètement les priorités du CLS en programme d'actions et d'en assurer le suivi. Ces groupes se réunissent autant que de besoin.

L'**assemblée plénière** ou « **Conseil local de santé** », composée des signataires et des partenaires du CLS, de l'ensemble des acteurs relais et des représentants des habitants, est un large espace de concertation et de débat sur l'état d'avancement du Projet Local de Santé. Elle se réunit au moins une fois par an.

L'**animation** du Projet local de santé et la **coordination** des instances du CLS sont assurées par le Pays Médoc.

Titre 4 : Durée, suivi, évaluation et révision du contrat

Article 9 : « Durée du contrat »

Le présent contrat est valable pour une durée de trois ans, à compter de sa signature.

Article 10 : « Suivi et évaluation du contrat »

Les modalités de suivi et d'évaluation des actions du Projet local de santé seront définies a priori et devront bénéficier d'une méthodologie pertinente et reconnue par l'ARS afin de contribuer au PRS.

Elles concerneront :

- Le suivi de la mise en œuvre des actions (suivi du respect des engagements des responsables d'actions, du respect des échéances, etc.) ;
- L'évaluation des résultats des actions (formalisation d'indicateurs).

Article 11 : « Révision du contrat »

Le présent contrat pourra toutefois être révisé et complété par les parties au cours de ces trois années, par voie d'avenant.

A Castelnau de Médoc, le 4 novembre 2013

En présence de Madame Michèle DELAUNAY,
Ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie

L'ARS Aquitaine
Le Directeur Général, M. Michel LAFORCADE

La Préfecture de la Gironde
Le Préfet, M. Michel DELPUECH

Le Syndicat Mixte du Pays Médoc
Le Président, M. Jean-Jacques CORSAN

Le Conseil Général de la Gironde
Le Président, M. Philippe MADRELLE

L'AAPAM
Le Président, M. Dominique SAINT MARTIN PIALOUX

L'ADAPEI de la Gironde
Le Président, M. Jean-Claude

L'Association Rénovation
Le Président, M. Moufid HAJJAR DOUMEINGTS

La CARSAT Aquitaine
Le Directeur, Mme Maria

La CPAM de la Gironde
Le Directeur Général, M. Gérard GAILLARD

Le Centre Hospitalier Charles Perrens
Le Directeur, M. Antoine DE RICCARDIS

L'Hôpital suburbain du Bouscat
Le Directeur, M. Daniel CAILLAUD BOUTEILLER

La MSA de la Gironde
Le Président, M. Bertrand

Le Pavillon de la Mutualité-Clinique du Médoc Aquitaine
Le Président, M. René MARTIN

L'URPS Infirmiers Libéraux
Le Président, M. Patrick EXPERTON

L'URPS Médecins Libéraux Aquitaine
La Présidente, Mme Dany GUERIN

ANNEXE N° 13 : Les communautés de communes du Médoc

Source : Pays Médoc et Insee

Les Communautés des Communes	Nombre de communes	Siège	Communes
Centre Médoc	8	Saint-Laurent Médoc	Cissac-Médoc Pauillac Saint-Estèphe Saint-Laurent Médoc Saint-Sauveur St-Julien Beychevelle St-Seurin-de-Cadourne Vertheuil
Cœur du Médoc	11	Saint-Germain-D'Esteuil	Bégadan Blaignan Civrac-en-Médoc Couquèques Gaillan-en-Médoc Lesparre-Médoc Ordonnac Prignac-en-Médoc Saint-Christoly-de-Médoc Saint-Germain-D'Esteuil Saint-Yzans-de-Médoc
La Médulienne	10	Castelnau-Médoc	Avensan Brach Castelnau-Médoc Le Porge Le Temple Listrac-Médoc Moulis-en-Médoc Sainte-Hélène Salaunes Saumos
Les Lacs Médocains	3	Carcans-Maubuisson	Carcans-Maubuisson Hourtin Lacanau
Médoc Estuaire	11	Margaux	Arcins Arsac Cantenac Cussac-Fort-Médoc Labarde Lamarque Le Pian-Médoc Ludon-Médoc Macau Margaux Soussans
Pointe du Médoc	11	Soulac-sur-Mer	Grayan-et-l'Hôpital Jau-Dignac-et-Loirac Naujac-sur-Mer Queyrac Saint-Vivien-de-Médoc Soulac-sur-Mer Talais Valeyrac Vendays-Montalivet Vensac Verdon-sur-Mer

Les 5 communes du Médoc rattachées à la Communauté Urbaine de Bordeaux : Blanquefort, Eysines, Le Taillan-Médoc, Parempuyre, Saint-Aubin-de-Médoc

Les cantons de l'arrondissement de Lesparre-Médoc

Source : Insee

Canton	Nombre de communes	Chef lieu	Communes
Castelnau-de-Médoc	19	Castelnau-de-Médoc	Arcins Arsac Avensan Brach Cantenac Castelnau-de-Médoc Cussac-Fort-Médoc Labarde Lacanau Lamarque Listrac-Médoc Margaux Moulis-en-Médoc Le Porge Sainte-Hélène Salaunes Saumos Soussans Le Temple
Lesparre-Médoc	15	Lesparre-Médoc	Bégadan Blaignan Civrac-en-Médoc Couquèques Gaillan-en-Médoc Lesparre-Médoc Naujac-sur-Mer Ordonnac Prignac-en-Médoc Queyrac Saint-Christoly-Médoc Saint-Germain-d'Esteuil Saint-Yzans-de-Médoc Valeyrac Vendays-Montalivet
Pauillac	7	Pauillac	Cissac-Médoc Pauillac Saint-Estèphe Saint-Julien-Beychevelle Saint-Sauveur Saint-Seurin-de-Cadourne Vertheuil
Saint-Laurent-Médoc	3	Saint-Laurent-Médoc	Carcans Hourtin Saint-Laurent-Médoc
Saint-Vivien-de-Médoc	7	Saint-Vivien-de-Médoc	Grayan-et-l'Hôpital Jau-Dignac-et-Loirac Saint-Vivien-de-Médoc Soulac-sur-Mer Talais Vensac Le Verdon-sur-Mer

Annexe 14 : Exemple d'affiches

1/Affiche d'information relative à l'enquête

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Département d'Anthropologie
Département de Sociologie
3 ter Place de la Victoire
33 076 Bordeaux cedex

PROJET INSERM / IRESP
2010-2013

RECHERCHE SUR L'ACCES AUX SOINS
(GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES)
DES FEMMES RESIDANT DANS LE MEDOC

Chercheuses en sciences sociales à l'Université de Bordeaux, nous souhaitons vous proposer de nous aider à réaliser une étude sur l'accès aux soins des femmes résidant dans le Médoc.

Nous pourrons être présentes lors de consultations ou de rendez-vous avec les professionnels de santé.

Nous pourrons aussi discuter directement avec vous.

L'étude est entièrement confidentielle. En tant que chercheuses nous sommes soumises aux mêmes règles de secret professionnel que le personnel médical.

Nous vous communiquerons les résultants de cette étude au fur et à mesure, pendant son développement.

Nous vous remercions
de votre participation !

CONTACT:
laurence.kotobi@u-bordeaux2.fr

2/ Affiche Gardasil
Photo : L. Kotobi (salle d'attente, cabinet libéral d'un généraliste, nord Médoc, 2012)

ANNEXE n° 15 : Statistiques IVG

Nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesses déclarées par département (1997-2010)

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
1997	886	4 710	597	911	1 577	8 681
1998	984	4 729	652	960	1 612	8 937
1999	975	4 793	628	943	1 701	9 040
2000	993	4 883	606	931	1 705	9 118
2001	997	5 203	571	971	1 769	9 511
2002	921	5 450	598	961	1 852	9 782
2003	1 087	5 288	550	937	1 813	9 675
2004	1 114	5 550	572	1 026	1 936	10 198
2005	1 030	4 696	595	904	1 970	9 195
2006	1 070	4 558	610	844	2 095	9 177
2007	1 100	4 374	623	757	1 884	8 738
2008	nd	nd	nd	nd	nd	nd
2009	1 108	3 957	555	553	1 879	8 052
2010	1 172	3 823	603	807	1 832	8 237

Source : Drees - Enquête SAE
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=4&ref_id=sanop024
Champ : Interruptions volontaires de grossesse y compris les interruptions médicales de grossesse
nd : non disponible

Nombre d'IVG réalisés à la Clinique Mutualiste du Médoc, Lesparre pendant notre enquête (années disponibles : 2010 & 2011)

Source **:** http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

SAE 2010 - Production
Q04 - Interruption volontaire de grossesse
Entité Finess sélectionnée : 330780495 - CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC
Type de calcul : Individuel

Activité		Nombre
IVG pratiquées avant la fin de la douzième semaine de grossesse	IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation inférieure à 12 heures (forfait 1)	76
	IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation supérieure à 12 heures (forfait 2)	2
	Dont : nombre de suppléments pour hospitalisations supérieures à 24 heures (forfait 3)	
	IVG par mode médicamenteux	38
Nombre total d'IVG **(calculé)**		116
Dont : nombre d'IVG avec recours à l'anesthésie		78
Dont : nombre d'IVG pratiquées les 11ième et 12 ième semaines de grossesse		10
Nombre de demandes d'IVG non prises en charge		
Nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement		
Interruptions médicales de grossesse (ITG)		1
Total IVG et ITG		117

SAE 2011 – Production
Q04 - Interruption volontaire de grossesse
Entité Finess sélectionnée : 330780495 - CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC
Type de calcul : Individuel

Activité		Nombre
IVG pratiquées avant 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (14SA)	IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation inférieure à 12 heures (forfait 1)	87
	IVG instrumentales correspondant à une hospitalisation supérieure à 12 heures (forfait 2)	3
	Dont : nombre de suppléments pour hospitalisations supérieures à 24 heures (forfait 3)	1
	IVG par mode médicamenteux	41
Nombre total d'IVG **(calculé)**		131
Dont : nombre d'IVG avec recours à l'anesthésie		91
Dont : Nombre d'IVG pratiquées les onzième (13A) et douzième semaines de grossesse (14SA)		7
Nombre de demandes d'IVG non prises en charge		
Nombre d'IVG réalisées par les médecins de ville conventionnés avec l'établissement		
Interruptions médicales de grossesse (ITG)		3
Total IVG et ITG		134

Ces statistiques sont à croiser avec celles obtenues auprès de la Clinique, en ANNEXE 8

ANNEXE N°16 : Données de valorisation de la recherche

Communications dans colloques nationaux et internationaux: 19

8 dont 1 en anglais/1 en italien pour l'équipe Sociologie (ES)

-B. Jacques et S. Purgues, «L'enfant à venir en situation de précarité : suivi institutionnel et stratégies des familles », Colloque international: Autour de l'enfant : Parents, intervenants, institutions, 13-14 Novembre 2013, Haute Ecole de travail social et de la santé, Lausanne

-B. Jacques et S. Purgues, « Le recours au care pour « prendre soin » de populations dites vulnérables », 5 septembre 2013, 5ème congrès de l'AFS, Nantes

-B. Jacques et S. Purgues, « La PMI ou la gestion des incertitudes sociales » CR13, 19 ème congrès international des sociologues de langue française, « Penser l'incertain », 6 Juillet 2013, AISLF Rabat, Maroc

-B. Jacques et S. Purgues, « Prise en charge des populations « précaires » et construction de la catégorie « enfance à risque » » 4 Juillet 2013, CR 08, 19ème congrès international des sociologues de langue française, « Penser l'incertain », AISLF, Rabat, Maroc

-B. Jacques et S. Purgues, « Etre enceinte et vulnérable : définitions des états de vulnérabilité par les professionnels socio-sanitaires dans un territoire dit défavorisé », 16ème colloque national de démographie, « Les populations vulnérables », CUDEP, 28 Mai 2013, Aix en Provence

-B. Jacques et S. Purgues, « Etre enceinte en situation de précarité : approche sociologique des dispositifs de suivi de grossesse pour les populations « en difficultés » », 26 Mars 2013, Colloque international, Les territoires vécus de l'intervention sociale, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

-B. Jacques, « Présentation des travaux de recherche autour de la naissance », Conférence, 28 Février 2013, Université Polytechnique d'Acône, Italie

-B. Jacques, « La femme enceinte : une pré-mère responsable », 9èmes Journées européennes de Galatasaray : « Questions de Genre en Europe et en Turquie, 20-21 Octobre 2011, Istanbul, Turquie

11 dont 4 en anglais pour l'équipe Anthropologie (EA):

-C. Lemonnier «Regards sur les émotions comme voie d'accès au terrain et support de la restitution ethnologique : expériences de recherche dans le domaine des soins aux « maux de femmes » en Médoc (France) », Conférence IACCHOS (Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines) : Going to and Coming from the Field : Ethical, Emotional and practical challenge, 24-25 octobre 2013, Université Catholique de Louvain, Belgique

-C. Lemonnier, « Curing», « healing», «relieving » and « releasing » women's aches: discourses of 'unconventional medicines' practitioners in Médoc (France), 32ème Conférence de la Société Internationale de Sociologie des Religions, 27-30 juin 2013, Turku, Finlande

-C. Lemonnier, "Ne pas « prendre la pilule », une négociation des risques ? Cas de femmes refusant la contraception médicalisée en Médoc (France)", Bordeaux, 23-25 mai 2013, Séminaire doctoral européen en Anthropologie, Réseau APAD, Univ. Louvain la neuve, Université libre de Bruxelles et Université Bordeaux Segalen.

-L. Kotobi, « Le poids des découpages administratifs et des frontières symboliques sur la prise en charge de la santé reproductive en milieu rural», Colloque international « Santé, politiques sociales et formes contemporaines de vulnérabilité », Lasdes-Université de Fès/Centre Jacques Berque, Fès 17-18 avril 2013.

-L. Anton, 'Ça prend du temps…' : Anxiety and Reproductive Health Practices in the Context of Moroccan Migration in South-West France, 10-13 Juillet 2012, 12th EASA Biennial Conference "Uncertainty and disquiet", Nanterre, France.

-C. Lemonnier, "Holistic therapies: a way to re-define gender norms?", 11 Juillet 2012, 12th EASA Biennial Conference "Uncertainty and disquiet", Nanterre, France.

-L. Kotobi, « Des femmes et des professionnels en zone rurale face à l'incertain : le cas de la santé reproductive dans le Médoc (France) », AISLF, Rabat, 2-6 juillet 2012.

-L. Kotobi, « Inégalité, vulnérabilité, discrimination – Enjeux de définition et de mesure ». Colloque « La sociologie à ses frontières. Enjeux et impasses du dialogue interdisciplinaire ? Revue sociologie et Centre Emile Durkheim, Université Bordeaux Segalen, 25 Mai 2012.

-L. Kotobi, « Managing » immigrants in the Medical and Humanitarian Sectors in France. 19e International Conference of Europeanists, "A Europe of diversities", CES, Boston (USA), 22-24 march 2012

-L. Kotobi, L. Anton, « Santé reproductive et migration en Aquitaine : l'exemple du Médoc » 6e Université européenne et internationale d'été *Pierre Bidart* en Anthropologie : Anthropologie, mondialisation, culture. Irissarry (Pays Basque), Université Bordeaux Segalen/Adess/ Conseil Régional d'Aquitaine/ CG64/MSHA, 4-9 juillet 2011.

-L. Kotobi, C. Lemonnier, « Inégalités dans l'accès aux soins des femmes migrantes/précaires en santé génésique et reproductive dans la région du Médoc (France) », SIEF 2011 « People make places », Lisbon (Portugal),17-24 avril 2011

+7 Conférences invitées pour l'équipe Anthropologie : dont 2 en anglais

-L. Kotobi, «Precarious and/or migrant women in Médoc (France) and reproductive health: local and global stakes", Conférence invitée, Washington University of Saint-Louis (Missouri), USA, 16 november 2013

-L. Kotobi et C. Lemonnier, « Enquêter dans le champ de la santé reproductive : aspects méthodologiques, éthiques et réflexifs d'une recherche en Médoc (33), France », Conférence

invitée au Séminaire « Anthropologies et santé 2013-2014), Université de Bordeaux, 14 octobre 2013.

-L. Kotobi, « L'accès aux soins des populations chez les personnes en difficulté, Conférence de recherche, 24 Janvier 2013, IRTS, Talence.

-L. Kotobi, C. Lemonnier, « Les ethnologues sur le terrain: une enquête en Médoc », La Science en Fête, CNRS, Université Bordeaux Segalen, Musée d'ethnographie de Bordeaux, 12 oct 2012.

-C. Lemonnier, "Maux de femmes, recours profanes. Une ethnographie du pluralisme thérapeutique en Médoc", 14 juin 2012, Journées de l'Ecole Doctorale SP2, Université Bordeaux Segalen

-C. Lemonnier, "Logiques contraceptives. Etudes de cas en Médoc (France)", 15 fév. 13, Oareil, Université du temps libre, Bordeaux

-C. Lemonnier, "Maux de femmes, recours profanes. Enquêter sur la pluralité des médecines en Médoc", 10 fév 2012, Oareil, Université du temps libre, Bordeaux

+ Organisation par l'équipe Anthropologie : 3 journées

- d'un panel en anglais :

Worshop, PANEL 112, The reproductive body in (un)familiar places: health inequalities in European spaces, 17-21 avril 2011,
Congrès international SIEF, Société Internationale d'Ethnologie et Folklore,
Lisbonne, Portugal
http://www.nomadit.co.uk/sief/sief2011/panels.php5?PanelID=777
(par Laurence Kotobi et Lorena Anton)

Intervenant(e) et communication
Matin :
Chiara Quagliariello (Italie): *Changing reproductive health behaviour. "Between Senegal and Italy": a case study of giving birth among migrant women*
Rodica Zane (Roumanie / France): *Reproductive body, migration projects and European circulations: a case study from a Romanian village*
Arnaud Alessandrin (France) : *L'Européanisation des parcours Trans*
Laurence Kotobi, Clara Lemonnier (France): *Inégalités dans l'accès aux soins des femmes migrantes/précaires en santé génésique et reproductive dans la région du Médoc (France)*
Après midi:
Lorena Anton (France/Roumanie): *Old Practices, New Places: Romanian Women Migrants to France and their Reproductive Health*
Jenny Gunnarsson Payne (Suede): *The (m)othering problem: donor discourses in an ethnography of cross-border reproductive travelling*
Catarina Delaunay (Portugal) : *Cross border reproductive care and 'procreative tourism' related to new trends of people circulation*

- *d'une journée de restitution des premiers résultats de l'enquête*
(par Laurence Kotobi et Clara Lemonnier, avec participation de Lorena Anton)

le 7 novembre 2013, en Médoc:
matin : présentation et échanges destinés aux professionnels et officiels, Centre culturel Les tourelles, Pauillac (20 présents, 16 excusés)
Après-midi : rencontre-débat-goûter, destinés aux femmes enquêtées (par l'EA) (15 présentes, 5 excusées)

- *d'une journée d'étude : discussion de nos premiers résultats d'enquête*
(par Laurence Kotobi et Clara Lemonnier, avec participation de Charles Cheung), UMR 5185 Adess

Le 15 novembre 2013, à Bordeaux (Université Bordeaux Segalen) :
Matin : présentation de la recherche et de ses principaux résultats anthropologiques
Après-midi : discussion sur les analyses des différents types de recours, non recours et renoncement. (16 chercheurs présents et 8 excusés). Ont participé notamment à cette réflexion commune : Hélène Bretin, Corinne Fortier, Clémentine Raineau, Betty Dodet, Aïcha l Khadir et Rémi Bordes. Parmi les excusés : Pierre Aïach, Faïza guélaminie, Corinne Lanzarini, Marie-Laure Pouchadon, Claudine Philippe.

Publications :

2 articles+ 1 chapitre parus

-B. Jacques et S. Purgues, « L'entrée des hommes dans le métier de sages-femmes : faire sa place dans un monde professionnel « ultra-féminisé » », *Revue Française des Affaires Sociales,* (2-3, 2012)

-L. Kotobi, « Grossesses non souhaitées : un programme de sensibilisation des jeunes dans le Médoc», *La santé en action*, Inpes, n°423, mars 2013. Dossier : « Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ? ».

-L. Kotobi, « Réflexions sur l'altérité migrante comme support de traitements différentiels à l'hôpital et sur la production des données par l'ethnologue. », in C. Crenn et L. Kotobi, *Du point de vue de l'ethnicité : pratiques françaises.* Paris, Armand Colin, 2012, pp.179-229.

1 article accepté, à paraître:

B. Jacques, «Comprendre les inégalités sociales de santé : le cas des femmes enceintes en situation de précarité », CAMBIO Rivista sulle trasformazioni sociali, n°6, Décembre 2013, accepté, A paraître

5 chapitres d'ouvrages, acceptés, à paraître: dont 1 en anglais

-L. Kotobi, L. Anton «Santé reproductive et migrations en Aquitaine : l'exemple du Médoc », in R. Zané, L. Kotobi et A. Kouvouama, *Anthropologie, mondialisation, culture.* Paris, Karthala, à paraître en 2014.

-L. Kotobi « Le poids des découpages administratifs et des frontières symboliques sur la prise en charge de la santé reproductive en milieu rural, précaire et migrant », in S. Radi et M. Ababou, *Santé, politiques sociales et vulnérabilités,* Fès, CJB, début 2014, à paraître en 2014.

-C. Lemonnier C. "Holistic therapies: a way to re-define gender norms?", in: Ferkov Katerina, Roussou Jenny (dir), *Challenging religiosity in an uncertain Europe: the role of 'New Spirituality'*, Berghan books, à paraître début 2014.

-B. Jacques et S. Purgues, « Etre parent et précaire : Une parentalité sous surveillance » in Camus J., Geay B., « Devenir parents. Entre normes familiales et normes institutionnelles », PUR, accepté, A paraître 2014

-B. Jacques et S. Purgues, « *Les politiques du suivi materno-infantile : des pratiques de genre contre les femmes* », soumission à Enfances Familles Générations

1 numéro de revue:

-L. Kotobi, Direction du N°2 de la revue *Sociologie santé***,** en ligne, septembre 2014

Programme du séminaire Genre, Santé, Migrations (GSM)

(2010-2013)

Organisé par

KOTOBI, Laurence, JACQUES, Béatrice et ANTON, Lorena

Université Bordeaux Segalen (UMR 5185 ADESS et UMR 5116 CED, ED2S)

Intervenant(e) et communication	**Date**	**Nb de participants***
Stéphanie Larchanché, chercheuse associée à l'IRIS - EHESS et Coordinatrice de l'enseignement et de la recherche au Centre Françoise Minkowska (Paris) *Santé mentale et migration : Genre et agentivité dans la clinique « interculturelle »*	7 octobre 2010	15
Lorena Anton, Post-doctorante en anthropologie sociale, ATOTEM /ADESS, UMR 5185 CNRS & Université « Victor Segalen » Bordeaux 2 *Pronatalisme communiste et ses effets : Pratiques de santé reproductive des immigrantes roumaines en France*	2 décembre 2010	18
Nicky Lefeuvre, Professeure de sociologie, Labso - ISS, Université de Lausanne, Suisse et **Milka Metso**, Chargée de recherche, SAGESSE-CERTOP-CNRS, Université de Toulouse II - Le Mirail, France *La (mé)connaissance des enjeux de santé chez les salariées intervenant auprès de personnes âgées dépendantes: Une mise en perspective comparative France - Pologne – Norvège*	3 février 2011	23
Paul Cesbron, médecin gynécologue et **Hélène Cesbron**, médecin généraliste *L'avortement en France : Approche historique et pratiques d'aujourd'hui*	3 mars 2011	25
Corinne Fortier, anthropologue, CR1 CNRS, LAS *Les couples d'origine maghrébine face au don de gamètes en France*	31 mars 2011	30
Véronique Moulinié, ethnologue, CR1, Institut Interdisciplinaire d'Anthropologie du Contemporain, CNRS *Chirurgie, sang, fécondité : itinéraire d'une recherche*	6 octobre 2011	30
Sandrine Musso, anthropologue, MCF en en anthropologie de la santé, Université Paul Cézanne/MMSH *Penser les « femmes migrantes » comme cibles de politiques publiques de santé : Eléments d'histoire sociale et réflexions à propos de programmes menés en France*	3 novembre 2011	42
Laurence Guyard, sociologue et anthropologue, membre de l'IRIS/EHESS, chargée de mission scientifique SHS à l'ANR *Consulter en gynécologie : Modalités d'interaction et représentations professionnelles*	1 décembre 2011	29
Cyril Farnarier, Post Doctorant AP-HM, Centre Norbert Elias	2 février 2012	23

UMR 8562 –EHESS/CNRS *La PMI au quotidien : discuter les frontières, négocier les pratiques*	(reporté le 19 avril)	
Pierre Liénel, Sociologue, LISE-CNRS, Paris *Quelle pertinence de l'intersectionnalité pour une théorie contemporaine de la domination ?*	8 mars 2012	16
Séverine Gojard, sociologue, INRA-ALISS, Paris, Sociologue, directrice de recherches à l'INRA-ALISS, Paris *L'apprentissage du « métier de mère » : transmission familiale, imposition de normes et contraintes quotidiennes*	5 avril 2012	30
Antoine Rode, sociologue, Chercheur associé au laboratoire PACTE – Sciences Po, Grenoble, Responsable de l'observation sociale et territoriale au CCAS et à la Ville de Grenoble *L'éloignement du système de soins : entre mise à l'écart et recherche d'autonomie*	24 avril 2012	32
Séminaire fermé autour du projet IReSP/INSERM	04 octobre 2012	5
Pierre Aïach, sociologue, Directeur de recherche honoraire à INSERM, Paris *Retour sur les inégalités sociales de santé*	08 novembre 2012	40
Pascale Hancart Petitet, anthropologue, chargée de recherche IRD – UMI 233 TransVIHMI, Montpellier *Migration forcée et gestion des corps reproductifs. Interprétations locales des politiques de la reproduction au Cambodge*	04 décembre 2012	20
Sandrine Garcia, sociologue, maître de conférences à Paris IX – Dauphine . *L'influence de la psychanalyse sur la condition maternelle: sécularisation de la morale médicale*	07 février 2013	24
Bernadette Tillard, sociologue, professeure à l'Université de Lille 1, Laboratoire CLERSÉ - UMR 8019 CNRS *Santé, précarité et interventions sociales. Observance et résistance au suivi médical et social à l'occasion de la naissance*	07 mars 2013	32
Caroline Berchet, économiste, ATER à l'Université Paris Dauphine (LEDa-LEGOS) et chargée de recherche post-doc INED, Paris *Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français*	04 avril 2013 (reporté le 24 avril)	24

* Dont chercheurs, étudiants de Master-Doctorants, post-doctorants et Professionnels de santé et du social

Au total : 18 invités

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **3**

SOMMAIRE **4**

INTRODUCTION **6**

PARTIE I-OBJET D'ETUDE ET DEFINITION **10**

A. ETAT DES LIEUX : UN INTERET CROISSANT POUR LA QUESTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET DE L'ACCES AUX SOINS 10

A.1. Des politiques publiques pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins en SRG dans le monde et en Europe *12*

A.1.1. Politiques témoignant de l'émergence d'un discours politique global sur les inégalités de santé 12

A.1.2. Les politiques de Santé Reproductive et Génésique (SRG) 12

a. La 'santé sexuelle' selon l'OMS : une première définition sur la scène internationale 13

b. La conférence du Caire, une référence pour la 'santé de la reproduction' 14

A.2. Au niveau national, améliorer l'accès aux soins de santé comme priorité politique *15*

A.2.1. Les réformes du système de santé 15

a. Un nouveau découpage d'organisation des soins, plus décentralisé 15

b. Des dispositifs de lutte contre la pauvreté, les exclusions et les inégalités 16

A.2.2. Le cadre législatif français en matière de SRG: quelques dates-clés 17

a. Les politiques de soutien aux familles en France 17

b. La SRG sous contrôle des politiques publiques 18

A.3. Au niveau local, des dispositifs spécifiques relayent les politiques de lutte contre les inégalités *20*

A.3.1. L'échelon régional s'est mobilisé 20

a. L' ARS, comme nouvelle instance de coordination sur le territoire 20

b. L'Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine rend visible les inégalités de santé 21

c. Le Conseil Régional d'Aquitaine 22

A.3.2. Des exemples d'initiatives locales de lutte contre les inégalités de santé 25

a. Le Conseil Général 33 (CG) 25

b. La mission santé-solidarité du Pays Médoc 26

A.4. Des articulations floues et une concertation encore relative *27*

B. LE MEDOC, UN TERRITOIRE AUX DIMENSIONS VARIABLES 30

B. 1. Le Médoc et ses spécificités sociologiques *30*

B.1.1. Un territoire rural relativement enclavé, aux découpages administratifs et institutionnels multiples 30

a. Des disparités nord-sud et est-ouest 30

b. Les découpages administratifs et institutionnels de l'entité Médoc 34

B.1.2. Caractéristiques sociologiques générales de la population médocaine 36

B.1.3. Les femmes « précaires » et/ou « migrantes » du Médoc : une faible visibilité statistique 38

B.2. Diagnostic socio-sanitaire et brève présentation des structures existantes en Médoc *43*

B.2.1. Eléments de diagnostic socio-sanitaire 43

a . Offre de soins et structures existantes 43

b. Indicateurs de l'état de santé 48

c. Indicateurs de reproduction 48

C. PRECARITE, MIGRATIONS, NON RECOURS ET RENONCEMENT AUX SOINS : DISCUSSION DES TERMES CHOISIS POUR L'ETUDE 53

C.1. De multiples définitions de la précarité *53*

C.2. Distinguer les migrations et les mobilités *54*

C.2.1. Des définitions qui évoluent 54

C.2.2. Une migration féminine restée invisible 55

C.3. Discussion sur les nouvelles notions pour mesurer l'accès aux soins *56*

PARTIE II – METHODOLOGIE **59**

A. JUSTIFICATION DU CHOIX DE L'APPROCHE QUALITATIVE ET ETHIQUE DE LA RECHERCHE 59

A.1. La santé reproductive et génésique, de l'intimité des femmes aux enjeux de santé publique *59*

A.1.1. Entrer dans la vie privée des femmes 59

A.1.2. La santé publique en SRG « vue d'en bas » 60

A.2. Enquêter sur la précarité et migration *60*

A.3. Ethique de la recherche *60*

A.3.1. Définitions choisies 60

A.3.2. L'élaboration d'une charte éthique spécifique à notre recherche 61
A.3.3. Fiche de présentation de la recherche et de consentement préalable 61
A.3.4. Obtenir des données fiables et garantir l'anonymat 64
B. APPROCHES DISCIPLINAIRES COMPLEMENTAIRES ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT 65
B.1. Deux équipes de chercheures en sciences humaines aux objets et terrains de recherche complémentaires 65
B.2. Des outils mis en place pour favoriser l'interdisciplinarité 66
B.2.1. Le séminaire de recherche « Genre, Santé, Migrations » (GSM) 66
B.2.2. Organiser le travail interdisciplinaire 66
B.2.3. La journée d'étude pluridisciplinaire 67
C. TECHNIQUES ET TERRAINS D'ENQUETE 68
C.1. Des lieux privilégiés pour l'observation 68
C.1.1. Une équipe de recherche régulièrement présente dans le Médoc 68
C.1.2. Des modalités d'observation ajustées aux objectifs de recherche et aux terrains étudiés 69
a. Terrains institutionnels spécialisés en SRG 69
- La clinique du Médoc 70
- Les MDSI 70
- L'offre libérale 71
b. Terrains du sanitaire et social non spécialisés en SRG et terrains « hors-champ » 72
C.2 Populations rencontrées et pratiques d'entretiens 73
C.2.1. Différents types d'entretiens 73
C.2.2. Les acteurs du soin en SRG : une approche élargie 74
a. Les professionnels de la santé et du social 74
b. Les bénévoles des associations de solidarité 74
c. Les « personnes ressources » 75
d. Praticiens en médecines non conventionnelles et représentants religieux 75
C.2.3. Les femmes de l'enquête 75
D. DIFFICULTES ET BIAIS DE NOTRE ENQUETE 78
D.1. Enquêter dans les institutions et auprès de professionnels 78
D.2. Enquêter sur un public « fragile » 78
D.3. Difficultés d'enquêter sur un sujet intime 80

PARTIE III – RESULTATS ET ANALYSE 81

A. L'OFFRE DE SOINS EN SRG DEMEURE INEGALEMENT REPARTIE ET/OU ACCESSIBLE DANS LE MEDOC 81
Introduction 81
A.1. La clinique, un acteur central semi-public et pas toujours attractif 82
A.1.1. Le service de maternité: une orientation vers le cure 82
a. Une histoire difficile 82
b. Une organisation du travail souple 84
- Un effet « petite structure » 84
- Des liens faibles avec les autres services de la clinique et les professionnels extérieurs 85
- Des professionnels difficiles à fidéliser 86
c. La domination du cure 86
A.1.2. Les consultations gynécologiques 88
a. Des consultations rapides qui évacuent la prise en charge du social 88
b. La contraception peu discutée 89
c. L'intimité dans la consultation de gynécologie-obstétrique 90
A.1.3. La prise en charge des IVG et des ITG 91
A.1.4. Les urgences : une voie d'entrée aux soins en SRG 94
A.1.5. La prise en charge sociale et psychologique 95
a. La PASS 95
b. D'autres consultations 96
A.2. L'offre départementale au sein des MDSI : une disponibilité contingente 96
A.2.1. La PMI : une orientation vers le care 97
a. la PMI comme « médecine des pauvres » 97
b. Entrer dans des familles : le travail invisible d'empathie et de care 97
c. Une organisation souple mais génératrice de stress 98
- Des tâches définies par l'institution mais qui s'adaptent au contexte d'intervention 98
-Un travail autonome 99
- Echanger des informations avec les autres professionnels (non médicaux) de la MDSI 99
- Réseaux et orientation des femmes 99
- Un sentiment d'épuisement 99
A.2.2. Les CPEF: une offre de soins et de suivi souple et pas toujours stable 100
a. Un service centralisé qui essaie de s'adapter professionnels et aux besoins du territoire 100
- Un public majoritairement composé de jeunes et de femmes en difficulté économique 101

- Une forte dimension d'accueil et de fidélisation 101
- Variations saisonnières et publics non-francophones 102
b. Des partenariats importants reposant sur les professionnels et sur leur implication 105
- Les liens avec la PMI 105
- Des partenariats avec la médecine scolaire : le cas des infirmières scolaires 106
c. Des difficultés liées au turn-over des professionnels et à la rareté de l'offre en gynécologie 107
A.2.3. Autres services : le service social et les consultations santé conseil 110
a. Le service social 110
b. Les consultations santé-conseil : un dispositif récent, peu connu et sous-utilisé 111
c. Quelques psychologues : une présence en pointillé 111
A. 3. L'offre de soins libérale : entre autonomie et jeux de concurrence 112
A.3.1. Les sages-femmes libérales : une séparation des rôles entre leur intervention et celle des sages-femmes de PMI 112
A.3.2. Les médecins libéraux 113
a. Les généralistes suivent les femmes 113
b. Des partenariats concernant l'IVG 114
A.3.3. D'autres professionnels mobilisés en SRG 115
A.4. L'offre de soins non conventionnelle, non prise en compte dans l'offre de soin officielle 116
A.4.1. Une offre de soins très diversifiée 116
a. Des praticiens aux statuts différents 116
b. Des pratiques de soins pour le corps et l'esprit 117
A.4.2. Un accès dépendant des réseaux de sociabilité et des tarifs variables 117
a. Du bouche-à-oreille à Internet 117
b. Le prix du contre-don 117
A.4.3. Des pratiques de soins peu spécialisées qui s'adaptent à la SRG 117
a. Des savoirs « empiriques » et « profanes » en SRG 118
b. Des savoirs « experts » en SRG issus de « traditions savantes » 118
A.5. Des actions transversales menées dans le cadre d'une meilleure coordination des professionnels et d'orientation des publics en SRG 118
A.5.1. Le groupe « Planification familiale – Grossesses non souhaitées » de Pays Médoc: initier à la « culture de réseau local» autour de la SRG 118
A.5.2 Des personnes-ressources pour les jeunes : le cas des acteurs d'un « Espace Jeunesse » 120
A.5.3. La proximité des associations d'aide aux populations 121
a. Au-delà de la solidarité alimentaire 121
b. Rendre autonome par la maîtrise de la langue 122
c. Associations de protection des personnes vulnérables 123
- L'association Fémina 123
- L'association Aide-toi 123
A.6. Eléments de conclusion 123
A.7. Représentations et catégories opératoires de classement : les femmes « précaires » et/ou « migrantes » et la SRG 124
A.7.1. Un point de vue émique : « lexique » et définitions constitués à partir des discours de professionnels 125
a. Désigner les femmes « précaires » 126
- Le registre compassionnel de la « vulnérabilité » 126
- Le registre désapprobateur du « cas social » 127
- Le registre de la « déficience mentale » 127
b. Désigner les femmes « migrantes » 128
- Les « marocaines » : des femmes souvent peu autonomes 128
- Les « gens du voyage » : des femmes très fertiles et maternantes 129
- Les « déplacés » ou les « nouveaux arrivants » 130
-Les « saisonniers » vs. « les touristes » 131
A.7.2. Des représentations aux pratiques de prise en charge 132
a. Des représentations de la SRG des femmes « précaires » et/ou « migrantes » dominées par les normes professionnelles et les expériences des acteurs du soin 132
- Un discours sur la famille comme lieu idéal de subjectivation 132
- Conception de la contraception pour éviter les risques de grossesse 133
b. Les effets directs sur les pratiques de prise en charge : 134
B. L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES « PRECAIRES » ET/OU « MIGRANTES » DU MEDOC : DES RECOURS DIFFERENCIES 136
B.1. Le non-recours et le renoncement aux soins en SRG : des phénomènes rares et complexes 136
B.1.1. Discussion autour des notions de non-recours et de renoncement aux soins 136
B.1.2. Un recours efficient des femmes par rapport à l'offre existante en Médoc 140
B.2. Un travail de catégorisation en miroir: lexique et définitions émiques des femmes 141
B.2.1. Dire la « précarité » 141
B.2.2. Dire les difficultés liées à la migration 143
B.2.3. Représentations de soi et du « prendre-soin » 143

B.2.4. Représentations basées sur les expériences et pratiques du système de soin 144
a. Des professionnels....144
b. Des institutions....147
B.2.5. Les effets sur les recours de ces représentations sur leurs pratiques....150
B.3. D' autres facteurs influencent les recours *152*
B.3.1 .Une question d'opportunités et de faisabilité 152
a. « Avoir des droits ouverts » 152
b. Débrouille et organisation....153
c. L'influence des réseaux de sociabilité....156
d. Temporalités et opportunités 157
B.3.2. Une question d'arbitrage 158
a. Besoin de soin ressenti et santé perçue....158
b. Quand la SRG passe « avant » ou « après » : questions de priorité 160
c. Une négociation des « risques » : l'exemple du refus de la contraception....163
B.3.3. Des choix plus affirmés face à des contraintes perçues 165
a. Une méfiance envers l'univers médical et médico-social....165
b. Une exigence envers les professionnels de santé....167
B.3.4. Le recours contraint : vécu de l'injonction ou de l'obligation de suivi ou de soins....169
B.3.5. L'influence des hommes : les maris, les pères et les professionnels masculins 170

CONCLUSION GENERALE.... 172

GLOBALEMENT, LES FEMMES RECOURENT AUX SOINS, EN ETANT SOUVENT OBLIGEES DE METTRE EN PLACE DES STRATEGIES OU DES TACTIQUES.... 172
DES PRATIQUES FORTEMENT NORMEES ET NORMALISANTES 173
REVENIR SUR LES NOTIONS DE CAPABILITE, DE RESILIENCE SOCIALE, D'EMPOWERMENT ET D'AGENCY CHEZ LES PUBLICS « PRECAIRES » ET/OU « MIGRANTS ».... 174
SE RACONTER : LA METHODE BIOGRAPHIQUE POUR COMPRENDRE LE SOCIAL 175
DES HISTOIRES DE VIE FAITES DE RUPTURES OU DE DISTENSION DES LIENS 176
DES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE, DE MIGRATION OU DE MOBILITE : INTERROGER LES INEGALITES DU POINT DU VUE DU GENRE ET DU TRAVAIL DE CARE 177
DES DYNAMIQUES ET DES LEVIERS PRESENTS SUR LE TERRITOIRE 178

BIBLIOGRAPHIE.... 180

ANNEXES.... 196

TABLE DES MATIERES 267