2025-2026

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

PERCEPTIONS DES FEMMES SUR LES AUTO-SOINS EN GYNECOLOGIE EN FRANCE : ETUDE QUALITATIVE

« Si j'avais le choix… »

MADELEINE COADOU

Née le 23 avril 2000

Sous la direction de Aurore KOECHLIN

Jury

Emilie HERVE-ANDRE : présidente

Catherine GAUDIN : membre

Eliane RODIER : membre

Véronique BEAUDOUX : membre

Soutenu publiquement le 8 juin 2026

université angers

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Madeleine COADOU,

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiante le 20/04/2026

REMERCIEMENTS

La réalisation de mon parcours et la rédaction de ce mémoire n'auraient pas été possibles sans le soutien et l'accompagnement de nombreuses personnes. Ces quelques lignes leur sont dédiées.

Je tiens avant tout à remercier les seize femmes qui m'ont accordé leur temps et leur confiance, et sans qui cette étude n'aurait jamais vu le jour : Rose, Juliette, Justine, Céleste, Adeline, Suzanne, Lisa, Anaïs, Marie, Romy, Corinne, Sandra, Mimi, Lili, Alice et Nolwenn. Chaque entretien fut d'une grande richesse, et j'ai œuvré au mieux pour que ce travail leur rende honneur et mette en valeur chacun de leurs avis et partages d'expérience. Je remercie également toutes les femmes que j'ai eu la chance d'accompagner au cours de ma formation : ce sont elles qui nourrissent chaque jour l'amour que j'ai pour ce métier.

Merci à Aurore KOECHLIN, qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils précieux. Merci à l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme, et particulièrement à Laurence SADI, Aude CADORET, Isaline SIMMET-PROST et Béatrice PIERROT, pour leur présence à des moments clés de mon parcours. Merci à l'ensemble des sages-femmes rencontrées en stage, pour leur partage de connaissances et leur confiance, ainsi qu'au reste des équipes qui m'ont accueillie à Saumur, La Possonnière, Laval et Angers. Merci à Eliette BRUNEAU qui m'a prise sous son aile et n'a cessé de m'encourager. Merci à Valérie GUILLAUME qui a nourri ma motivation en me soutenant dans mon projet de devenir sage-femme.

Merci à mes camarades étudiantes pour leur accueil chaleureux, les petits débriefs dans les vestiaires, la solidarité et l'entraide. Pensée spéciale pour Laurie, ma copine de Passerelle. Merci aux femmes qui, parce qu'elles ont cru en moi, m'ont donné du courage : Marie, Stéphanie, Sarah et Catherine. À Roselyne, Christophe et Etienne, pour leur hospitalité chaleureuse, leur bienveillance et leurs relectures patientes. À mes rayons de soleil : Louise, qui a toujours été là pour moi ; Juliette et ses éclats de rire.

Il me reste à remercier ma famille. Chouchou, pour les innombrables séances de ronronthérapie aux moments où j'en avais le plus besoin. Mon Papy et ma Mémé, qui m'ont toujours encouragée. Ma sœur Jeanne et mon frère Etienne. Ma grande sœur Morgane, qui veille sur moi malgré la distance. Mes parents, pour leur soutien et leur amour indéfectible. Mon papa, pour son optimisme et sa dévotion sans faille. Ma maman, pour ses petits plats qui font des jalouses en salle de pause, et surtout pour sa force, dont je tente de m'inspirer au quotidien.

LISTE DES ABREVIATIONS

AIS : Auto-insertion du spéculum
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
DOCCU : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : Education thérapeutique du patient
HAS : Haute Autorité de Santé
HCE : Haut Conseil à l'Égalité
HPV : Human papillomavirus
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IST : Infections sexuellement transmissibles
IVG : Interruption volontaire de grossesse
OMS : Organisation mondiale de la Santé
PM : Prescription médicale
PV : Prélèvement vaginal
RH : Ressources humaines
TV : Toucher vaginal

SOMMAIRE

Avertissement 2
Engagement de NON-PLAGIAT 3
Remerciements 4
Liste des abréviations 5
Sommaire 6
Introduction 8
Avant-propos 8
Auto-soin et concepts associés 8
Contexte historique 9
Etat des lieux du suivi gynécologique 10
Les auto-soins en gynécologie 11
Problématique et objectifs de l'étude 12
Méthodes 13
Schéma de l'étude 13
Population et recrutement 13
Recueil des données 13
Analyse des données 14
Considérations réglementaires et éthiques 14
Résultats 15
Population 15
Tableau 1 15
Graphique 1 : 18
Auto-soins – Représentations et Pratiques 27
Graphique 2 : 31
Tableau 2 37
Graphique 3 : 38
Auto-soins – Perceptions 38
Tableau 3 47
Discussion 48
Résultats principaux 48
Analyse des forces et faiblesses 49
Mise en lien avec les connaissances du moment 50
Explication possible des résultats 53
Perspectives 54
Conclusion 57
Annexes 58
Annexe 1 : Recrutement 58
Annexe 2 : Guide d'entretien 60

Annexe 3 : Verbatim de l'entretien d'Adeline 63
Bibliographie 74
Table des illustrations 78
Table des tableaux 79
Table des graphiques 80
Table des matières 81
Abstract 84
Résumé 84

INTRODUCTION

AVANT-PROPOS

C'est lors de son premier stage auprès d'une sage-femme libérale que l'investigatrice a développé un intérêt pour les auto-soins en santé gynécologique. Cette professionnelle proposait aux patientes d'insérer elles-mêmes leur spéculum et d'observer leur col utérin à l'aide d'un miroir.

Un jour, une patiente s'est présentée pour une consultation de suivi avec réalisation d'un test HPV (Human papillomavirus, prélèvement cervical réalisé dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU)). Informée des pratiques de la sage-femme, elle exprimait le souhait d'être pleinement actrice de ses soins.

L'investigatrice a pu l'accompagner dans l'auto-insertion du spéculum (AIS), l'observation de son col et la réalisation du prélèvement, sous supervision. Les gestes ont été effectués correctement et la consultation s'est déroulée sans difficulté particulière.

À l'issue de cette consultation, la patiente a exprimé sa satisfaction, elle semblait fière d'avoir pu s'impliquer ainsi dans son parcours de soin.

Cette situation a fait émerger plusieurs questionnements chez l'investigatrice : que sont réellement les auto-soins en santé gynécologique ? Quels bénéfices peuvent-ils présenter pour les patientes et pour les professionnels de santé ? Quels en sont les limites, les recommandations et les modalités de mise en œuvre ?...

Ces réflexions l'ont progressivement conduit au choix du thème de ce mémoire.

AUTO-SOIN ET CONCEPTS ASSOCIES

En sciences infirmières, la théoricienne Orem a défini le concept d'auto-soins comme « *la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être* »(1).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'auto-soin comme « *la capacité des personnes […] à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins.* ». Il le décline en trois points : l'auto-gestion (auto-examen, auto-injection…), l'auto-test (auto-prélèvement, auto-dépistage…) et la connaissance de soi (auto-éducation, auto-efficacité…)(2).

L'auto-soin est souvent utilisé dans un contexte de maladie chronique. Les bénéfices recherchés sont la gestion des symptômes, le maintien de la santé, de la vie et du bien-être, le développement de l'autonomie, l'*empowerment*(1,2). Cette dernière notion est définie comme « *associée à un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent, sur sa santé.* »(3).

Au regard de ces définitions, plusieurs pratiques peuvent être considérées comme relevant des auto-soins en gynécologie : les auto-prélèvements, l'AIS, l'auto-examen génital, les exercices de rééducation du périnée, l'autopalpation mammaire ou encore le choix de la position lors de l'examen. Cela ne se limite pas à la réalisation technique

d'un geste, mais engage également un processus d'acquisition et d'appropriation de connaissances théoriques ainsi que de compréhension de son propre corps.

CONTEXTE HISTORIQUE

Une asymétrie dans la relation de soin

Pendant longtemps, la médecine moderne s'est structurée autour d'une relation profondément asymétrique entre le soignant et le soigné. Un article datant de 2019 rappelle la théorie des années 1950 du sociologue Parsons, décrivant cette configuration comme une norme sociale à part entière : dans son modèle fonctionnaliste, le médecin est chargé de rétablir l'ordre social menacé par la maladie, tandis que le malade, en contrepartie de l'assistance reçue, a l'obligation de coopérer et de se soumettre à une aide compétente, le laissant ainsi dans une position essentiellement passive face à l'autorité médicale(4).

Ce modèle paternaliste découle du processus de la médicalisation progressive de la société. Dès 1975, Illich, très critique de la société contemporaine, théorisait comment la médecine moderne, en s'institutionnalisant, avait fini par déposséder les individus de leur capacité à comprendre et à prendre en charge leur propre corps ; remplaçant un savoir profane et autonome par une expertise médicale présentée comme seule référence légitime(5).

Ce phénomène est particulièrement marqué pour les femmes, comme cela est exposé en 1973 avec la publication d'*Our Bodies, Ourselves* par le Boston Women's Health Book Collective. L'ouvrage constitue une critique directe du modèle *« doctor knows best »* : il dénonce la passivité imposée aux femmes dans la relation de soin et appelle à une reprise en main collective de la santé féminine par les femmes elles-mêmes. Ce texte pose les bases d'une démarche de self-help gynécologique qui allait progressivement se structurer en véritable mouvement(6).

Origines et principes du *self-help*

Le mouvement du *self-help* émerge aux États-Unis au début des années 1970 dans les milieux féministes. Il s'inscrit dans une dynamique de « *prise de pouvoir de leur corps par les femmes* », en rupture avec une médecine perçue comme paternaliste et normative.

Cette démarche repose sur plusieurs principes : la production et la transmission collective de compétences (savoirs et savoir-faire), *« la lutte contre l'ignorance des femmes »* concernant leur propre corps, la contestation de l'autorité médicale et la réduction des inégalités d'accès aux soins. La pratique la plus emblématique est l'auto-examen gynécologique : équipées de spéculum et de miroirs, les femmes s'observent en groupe. Cet exercice vise autant la connaissance anatomique que la démystification du corps féminin, en mettant en évidence la diversité des morphologies et en levant les tabous.

Introduit en France à partir de 1973, le self-help s'inscrit dans le contexte des luttes pour l'avortement libre. Le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception organise des permanences, des ateliers collectifs et parfois des avortements publics, encourageant les femmes à mieux connaître leur corps et leur santé reproductive. Ces initiatives incluent par exemple des pratiques telles que l'autopalpation mammaire, le toucher vaginal (TV), la pose de stérilet ou l'observation des sécrétions. Elles reflètent l'objectif d'autonomisation des femmes et l'héritage d'un militantisme féministe critique envers l'institution médicale(7,8).

L’auto-gynécologie

Les pratiques contemporaines héritées de ce mouvement sont désignées par différents termes, celui d’« auto-gynécologie » est souvent privilégié car il met en évidence le fait que la personne est à la fois sujet et actrice du soin.

L'auto-gynécologie désigne un ensemble de pratiques par lesquelles les femmes prennent en charge elles-mêmes certains aspects de leur santé gynécologique, en dehors ou en complément du circuit médical classique. Son spectre est large : il va des méthodes de contraception naturelle et des outils comme la coupe menstruelle, à l'autopalpation mammaire, en passant par la fabrication de soins intimes ou l'organisation d'ateliers collectifs de réappropriation du corps et de la sexualité. En cela, elle recouvre des domaines aussi variés que ceux de la gynécologie médicale — contraception, suivi de pathologies, ménopause, sexualité — tout en y ajoutant une dimension symbolique forte : celle de la réappropriation du corps et des représentations qui lui sont associées. L’investissement dans ces pratiques est variable. Pour certaines, il s’agit d’un recours ponctuel ; pour d’autres, l’engagement est plus durable et peut s’accompagner d’une forme de spécialisation informelle (puisqu’il n’existe ni cadre institutionnel, ni corpus normatif en matière d’auto-gynécologie.)(9).

Aujourd’hui, ces initiatives restent relativement peu connues et peu institutionnalisées. Elles se développent principalement dans des réseaux militants, associatifs ou alternatifs, parfois sous forme d’ateliers. Ces démarches témoignent donc d’un héritage féministe visant à démocratiser l’accès aux savoirs corporels et à renforcer l’autonomie des femmes. Elles posent également la question de leur rôle potentiel comme outil complémentaire de santé publique, notamment pour l’éducation à la santé, l’observance et la relation soignant-soignée. Son développement soulève néanmoins des questions relatives à la sécurité des pratiques, à leur encadrement, et à leur articulation avec le système de soins(8).

ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

Le suivi gynécologique, assuré par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue, est recommandé annuellement dès le début de l’activité sexuelle. Il permet – entre autres - le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et des cancers du sein et du col de l’utérus, le suivi de la contraception, du désir de grossesse, de la ménopause, mais aussi la détection de violences intrafamiliales. Une consultation est normalement constituée d’un interrogatoire suivi d’un examen, puis si besoin d’une prescription médicale (PM). Ces étapes permettent d’assurer un suivi préventif et curatif(10,11). Au cours de sa vie, une femme réalise en moyenne une cinquantaine de consultations gynécologiques et obstétricales(12).

Cependant, l’accès et la continuité de ce suivi restent fragiles. D’après une étude Française de 2022, la gynécologie serait le domaine médical le plus exposé au renoncement. 60 % des femmes ont déjà reporté ou annulé des soins gynécologiques, et une femme sur dix ne consulte pas du tout. Les renoncements concernent principalement les visites de contrôle et les dépistages. Les principaux freins identifiés sont les délais d’attente, les contraintes professionnelles et familiales, l’éloignement géographique, mais aussi le malaise lié au caractère intime de l’examen. Par ailleurs, près d’un quart des femmes vivent dans un territoire qualifié de désert médical gynécologique(13).

La qualité des consultations constitue également un enjeu. Le Haut Conseil à l'Égalité a mis en évidence l'existence d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, allant du non-respect du consentement à des propos ou comportements à caractère discriminatoire, voire à des violences sexuelles(12).

Ainsi, malgré son importance en matière de prévention et de santé publique, le suivi gynécologique en France demeure marqué par des inégalités d'accès et des expériences parfois délétères, susceptibles d'alimenter le renoncement aux soins. L'état des lieux actuel souligne l'importance d'améliorer l'accès, la sécurité et le confort des consultations gynécologiques. Ces enjeux ouvrent également la discussion sur le rôle potentiel des pratiques d'auto-soins en gynécologie comme complément aux consultations traditionnelles.

LES AUTO-SOINS EN GYNECOLOGIE

Cadre légal et professionnel

Les pratiques d'auto-soins en gynécologie s'inscrivent dans un cadre juridique français centré sur l'autonomie de la personne. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme que *« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »*(14). Ce principe place la patiente au cœur des décisions concernant sa santé.

Par ailleurs, l'arrêté du 8 juillet 2024 autorise le dépistage de certaines IST à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale, incluant la possibilité d'auto-prélèvements urinaires ou vaginaux selon les indications. Ce texte constitue une reconnaissance institutionnelle explicite de certaines pratiques d'auto-soins, intégrées aux parcours de soins encadrés(15).

Ainsi, le droit français ne définit pas l'auto-gynécologie en tant que telle, mais il pose un socle favorable à l'autonomie décisionnelle et à la participation active des patientes.

Les pratiques d'auto-soins trouvent également un écho dans le référentiel professionnel des sages-femmes. Celui-ci insiste sur la protection de l'intimité et de la sécurité émotionnelle des femmes, l'utilisation de techniques de communication adaptées à la prévention et à l'éducation en santé, ainsi que l'encouragement des femmes à devenir responsables de leur propre santé(16).

L'intégration de certaines pratiques d'auto-soins dans l'exercice des sages-femmes apparaît donc cohérente avec leurs missions. Il ne s'agit pas de se substituer au suivi médical, mais de renforcer les compétences des patientes, dans une logique d'autonomisation et de partenariat de soin.

Recommandations

En France, il existe peu de recommandations de bonnes pratiques concernant les actes qui relèvent de l'auto-soin en gynécologie.

Deux auto-soins sont néanmoins recommandés (par le CNGOF ou la HAS) : l'auto-prélèvement vaginal (PV) pour le dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et pour le dépistage de certaines IST chez une femme asymptomatique non enceinte ; et le choix d'une position alternative pour l'examen gynécologique(15,17–19).

Il est conseillé d'encourager les femmes à pratiquer l'autopalpation mammaire, bien que celle-ci soit absente des recommandations(20,21).

Concernant l'AIS, les données de la littérature sont insuffisantes pour émettre une recommandation afin d'améliorer le vécu de l'examen pelvien(19).

Données scientifiques

Malgré l'ancrage des auto-soins en gynécologie dans les mouvements féministes des années 1970 et leur réapparition progressive dans certains contextes cliniques ou militants, ils restent tout de même un champ sous-investigué dans la littérature scientifique française, qui demeure encore peu développée sur ce sujet.

Les travaux existants sont majoritairement exploratoires et souvent issus de mémoires ou de thèses d'exercice, donc les données restent limitées par plusieurs éléments : effectifs restreints, contextes locaux spécifiques, absence d'essais comparatifs ou de données à grande échelle. Ils mettent en évidence des pistes prometteuses en termes d'*empowerment*, de rapport au corps et de qualité de la relation de soin, mais ne permettent pas de dégager une vision globale des représentations des femmes vis-à-vis des auto-soins en gynécologie. Les recherches se concentrent davantage sur la satisfaction ou le ressenti immédiat que sur les perceptions, les freins, les imaginaires associés à ces pratiques ou leur acceptabilité(22–24).

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ces lacunes interrogent : comment les femmes, au-delà des contextes militants ou hospitaliers spécifiques, perçoivent-elles réellement ces pratiques ? Quels facteurs influencent leur acceptation ou leur refus ? Dans quelle mesure ces pratiques sont-elles perçues comme émancipatrices, médicales, intimidantes ou sécurisantes ?

Problématique

Comment les femmes en France perçoivent-elles les pratiques d'auto-soins en gynécologie ?

Objectifs

Objectif principal et critère de jugement principal :

Décrire les représentations que les femmes se font des auto-soins en gynécologie.

Objectif secondaire et critère de jugement secondaire :

Identifier les facteurs qui agissent sur la perception des auto-soins en gynécologie.

METHODES

SCHEMA DE L'ETUDE

Cette étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès de femmes bénéficiant d'un suivi gynécologique en France.

Un guide d'entretien composé de questions ouvertes a été élaboré afin de recueillir des informations personnelles et d'explorer les perceptions et représentations des participantes concernant les auto-soins en gynécologie.

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention d'une saturation des données, définie par l'absence d'émergence de nouveaux thèmes lors des derniers entretiens.

Une analyse de contenu thématique a été réalisée.

POPULATION ET RECRUTEMENT

Population étudiée

La population étudiée était constituée de femmes majeures, francophones, bénéficiant d'un suivi gynécologique en France et volontaires pour participer à l'étude. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Modalités de recrutement

Le recrutement reposait sur un échantillonnage par volontariat avec recrutement de convenance.

Une affiche (Annexe 1, figure 1.1) reprenant le cadre de l'étude, la proposition d'entretien et les coordonnées de l'investigatrice (adresse mail universitaire) a été diffusée :

- Via l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, pour affichage en salles d'attente
- Via les réseaux sociaux

Les femmes volontaires ont reçu une lettre d'information (Annexe 1, figure 1.2) constituée d'une courte présentation reprenant le contexte de l'entretien et ses modalités. Le thème général communiqué était le « suivi gynécologique », afin de limiter un biais de sélection lié à une connaissance ou un intérêt préalable pour les auto-soins.

RECUEIL DES DONNEES

Chaque entretien débutait par une présentation et un rappel des modalités : durée approximative, caractère semi-directif de l'entretien, aspect confidentiel et anonyme. Les participantes pouvaient interrompre leur participation à tout moment, sans justification. Leur consentement oral pour participer et être enregistrées sur un support audio (détruit après retranscription) a été recueilli.

Cadre spatio-temporel

Les entretiens individuels ont été réalisés sur une période de deux mois. Ils se sont déroulés en présentiel ou en visio-conférence lorsque la distance géographique ne permettait pas une rencontre physique.

Outils

Un guide d'entretien (Annexe 2) a été utilisé comme support. Il comportait treize questions ouvertes, composées en trois parties :

La première permettait de récolter des informations socio-culturelles et sur le parcours de soin en gynécologie de la femme. La seconde concernait leur connaissance des auto-soins en gynécologie. La dernière questionnait les expériences personnelles et perceptions de ces pratiques.

Des relances et reformulations étaient prévues afin d'approfondir certains points en cas de besoin.

ANALYSE DES DONNEES

Les enregistrements ont été retranscrits mot-à-mot afin de préserver l'intégralité des verbatims et de garantir la fidélité des données recueillies.

Après la lecture des retranscriptions, un codage manuel des informations (via des tableaux Excel et du regroupement progressif) a été effectué, permettant l'émergence de thèmes principaux.

Les notions « rural » ou « urbain » ont été attribuées en fonction de la grille de densité 2025 de l'INSEE(25).

CONSIDERATIONS REGLEMENTAIRES ET ETHIQUES

Toutes les participantes ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude et pour l'enregistrement audio de l'entretien, nécessaire à sa retranscription.

Les données ont été anonymisées dès la retranscription, notamment par la modification des prénoms et suppression des éléments identifiants.

Ce projet a été soumis au Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, qui a rendu un avis favorable le 8 octobre 2025.

Conformément à la réglementation en vigueur, ce travail ne nécessitait pas de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Selon les situations rencontrées, l'investigatrice a délivré des informations à visée éducative et préventive aux patientes en ayant besoin.

Aucune rémunération n'a été proposée.

RESULTATS

POPULATION

Descriptif des entretiens

Un total de seize entretiens a été réalisé entre le 28 octobre et le 29 décembre 2025. Les critères d'inclusion et de non-inclusion ont été respectés.

Le recrutement s'est fait comme prévu via l'affichage dans les salles d'attente de sages-femmes et les réseaux sociaux. En complément, des modalités non initialement prévues ont été mobilisées : l'affichage dans les salles d'attente d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues), dans une salle de pause sur un lieu de travail, ainsi que le recours au bouche-à-oreille.

Les entretiens ont duré en moyenne 57 minutes. Les deux tiers d'entre eux ont été réalisés en présentiel, à domicile ou dans un lieu public calme et propice au bon déroulement de l'échange (convenu au préalable).

TABLEAU 1

Ordre	Prénom anonymisé	Durée	Mode d'entretien
1	Suzanne	1h30	Présentiel
2	Rose	45mn	Présentiel
3	Adeline	40mn	Visio
4	Anaïs	40mn	Visio
5	Mimi	40mn	Visio
6	Céleste	38mn	Présentiel
7	Lisa	43mn	Présentiel
8	Marie	48mn	Présentiel
9	Alice	2h20	Présentiel
10	Romy	1h09	Présentiel
11	Justine	49mn	Visio
12	Juliette	45mn	Présentiel
13	Corinne	1h10	Présentiel
14	Lili	58mn	Présentiel
15	Sandra	40mn	Visio
16	Nolwenn	54mn	Visio

Tableau 1 : Descriptif des entretiens

Caractéristiques générales de la population

Les participantes étaient toutes des femmes perçues comme blanches, cisgenres et hétérosexuelles, appartenant aux classes moyenne et supérieure. Elles savaient

toutes lire et écrire, avaient bénéficié d'une scolarisation (allant du brevet aux études universitaires), et disposaient d'un logement. Il n'y avait pas de prédominance concernant le milieu d'habitation (rural ou urbain). Elles avaient entre 22 et 69 ans, avec un âge médian de 40 ans. La majorité d'entre elles était en couple, avait au moins un enfant, des frères et sœurs et leurs parents encore en vie.

Des points communs se dégageaient des parcours professionnels des participantes. Les professions exercées relevaient majoritairement de domaines orientés vers l'aide et l'accompagnement. Près de la moitié des participantes avait exercé auprès d'enfants, que ce soit dans l'enseignement ou dans le secteur sanitaire et social. Par ailleurs, un tiers disposait d'une formation en psychologie, et une proportion comparable exerçait dans le milieu médical ou paramédical. Quelques parcours plus atypiques se distinguaient toutefois, notamment dans des domaines plus éloignés de l'accompagnement (par exemple, des fonctions à responsabilité dans d'autres secteurs tels que les forces de l'ordre, la gestion, le secteur économique). Quelques participantes étaient en reconversion professionnelle, le plus souvent en lien avec une forme d'usure liée à l'accompagnement de publics en difficulté et à la confrontation répétée à des situations complexes. Certaines exprimaient ainsi un besoin de prise de distance vis-à-vis de ces contextes professionnels.

> *« Je travaillais au département dans un service qui accompagnait les familles d'accueil. […] j'avais quitté le foyer en me disant que j'avais besoin de prendre un peu de distance avec le quotidien des enfants, leur histoire et cetera […] mais je pense que d'être confronté aux limites du système est d'autant plus violent […] on est plus démunis finalement. […] j'ai eu le sentiment de servir à rien […] c'est vraiment horrible je trouve. »*
>
> *Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)*

Les centres d'intérêts des participantes apparaissaient comme variés, tout en laissant émerger certaines tendances communes. Une majorité d'entre elles pratiquaient des activités artistiques ou créatives (lecture, chant, danse, activités manuelles), ainsi que des activités sportives. Par ailleurs, plusieurs participantes étaient engagées dans la vie associative ou le bénévolat (association des parents d'élèves, maison de quartier, écocyclerie), témoignant d'un intérêt pour l'engagement et l'aide à autrui. Les relations interpersonnelles étaient également mises en valeur puisque les échanges sociaux (amis, groupe de discussion) occupaient une place importante pour une partie de l'échantillon. Plus marginalement, certaines évoquaient des pratiques de bien-être telles que la méditation ou la sophrologie, ou encore des activités en lien avec la nature, la sphère familiale ou la religion.

Parcours et expériences gynécologiques

<u>Les connaissances en gynécologie</u>

La transmission de connaissances

L'entrée dans le parcours gynécologique repose en grande partie sur les premières connaissances acquises concernant le corps et la sexualité. Toutefois, les expériences rapportées soulignaient une transmission familiale inégale de ces savoirs, pouvant influencer le rapport ultérieur aux soins. Les différences observées ne semblaient pas liées à des facteurs générationnels (Graphique 1), suggérant que la transmission de ces connaissances relevait davantage de dynamiques familiales propres à chaque

contexte. Si certaines participantes ont bénéficié d'informations portant sur la contraception, les menstruations, la grossesse ou encore les relations affectives de la part de leurs parents ou fratrie…

> *« Y'a quasiment pas eu de non-dits chez moi […] On parlait de sexe, de sexualité […] sans aucune difficulté. […] et moi j'ai fait la même chose avec mon fils très tôt. Je lui ai parlé […] des préservatifs, […] qu'il est pas anormal de se toucher… […] Donc c'est assez libre, pas dans le mauvais sens du terme, […] c'est simplement informatif […] J'ai eu la chance d'avoir une famille qui était très ouverte là-dessus […]. On a pu aborder tous les sujets. J'ai toujours eu réponse à mes questions. »*
>
> *Corinne, 54 ans, responsable administrative*

D'autres – environ un tiers d'entre elles - ont grandi dans un environnement familial où ces sujets étaient tabous :

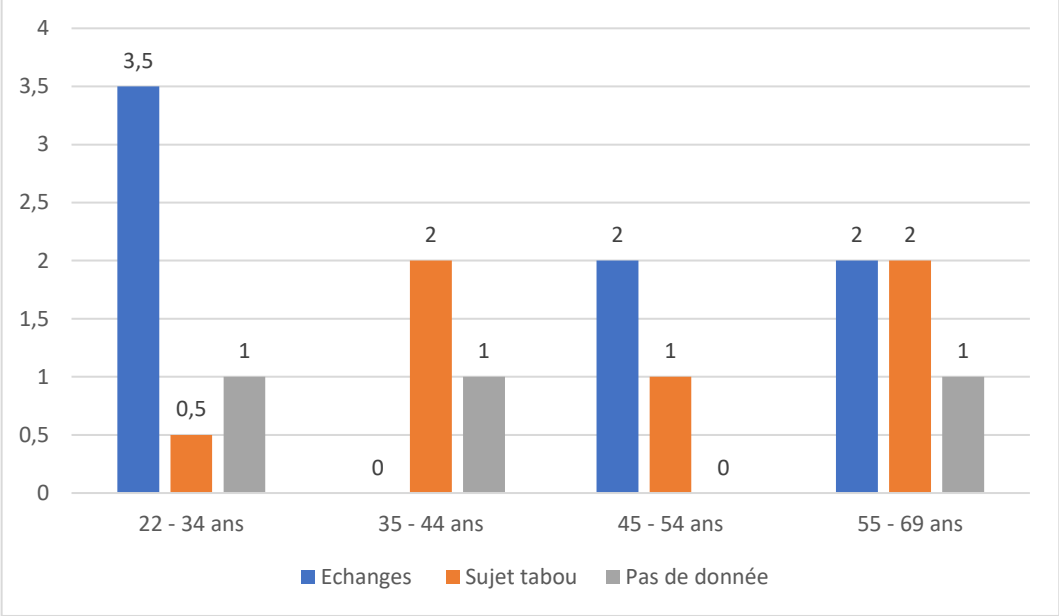
> *« Je suis issue d'une famille un peu traditionnelle et du coup […] on en parle pas. Ma mère, […] pour me parler de sexualité, elle m'a acheté un livre […] J'avais tellement […] absorbé le fait que c'était tabou que je me cachais toute seule dans ma chambre pour le lire. »*
>
> *Justine, 29 ans, psychologue*

Ces lacunes dans la communication limitaient leur apprentissage informel et pouvait mener à des situations mal vécues :

> *« C'était sujet tabou. […] quand j'ai eu […] mes premières règles, j'avais 11 ans et j'ai cru que je mourrais […] parce que j'étais pas du tout au courant que… Ils m'avaient… même maman ne m'en avait jamais parlé... »*
>
> *Nolwenn, 69 ans, secrétaire médicale (retraitée)*

> *« Non, moi, mes parents ne m'en ont jamais parlé. Et je m'étais toujours dit quand j'étais jeune que je ferais pas pareil. J'ai pas réussi avec les 2 grands, mais avec ***** j'aborde le sujet. […] J'ai travaillé là-dessus […], enfin sur moi, et je lui en parle. […] J'ai pu aborder le sujet avec lui. Avec mes parents, non. Non, non. Et puis mes sœurs, non plus. […] Moi ça me dégoûtait. […] Et puis quand les gens parlaient, j'étais pas à l'aise. […] je suis tombée enceinte et l'avortement, et puis […] ma mère a envoyé ma tante me parler de ça et de savoir si je voulais une protection, ou ma belle mère […] nous demandait si on voulait des préservatifs alors que c'était trop tard, j'étais très en colère […]. »*
>
> *Romy, 54 ans, médecin radiologue*

GRAPHIQUE 1 :



Graphique 1 : Education informelle à la vie gynécologique et sexuelle par l'entourage familial

Les ressources

La grande majorité des femmes s'informait via des supports d'information variés. Les sources les plus citées étaient les livres, ainsi que les contenus audiovisuels (vidéos YouTube, émissions, réseaux sociaux…) : *« Je me suis toujours beaucoup intéressée à la sexualité, au corps de la femme… […] et donc je me suis toujours renseignée un peu sur des vidéos Youtube de gynéco. »* (Rose, 22 ans, étudiante en psychologie). Internet apparait comme une source importante de connaissances sur ces sujets. Toutefois, plusieurs femmes ont souligné la nécessité de rester prudentes face aux informations disponibles en ligne, évoquant notamment un manque de fiabilité et un caractère parfois anxiogène. Ces limites conduisent certaines participantes à ne pas utiliser ces ressources.

Par ailleurs, une femme sur deux a cité les professionnels de santé comme ressource, en particulier les sages-femmes et les médecins. Des structures spécialisées ou associatives (centres de planification ou d'orthogénie, planning familial) ont également été mentionnés, tout comme certains supports institutionnels (affichages en salle d'attente, campagnes telles qu'Octobre Rose). Ces sources sont perçues comme fiables et légitimes, et interviennent parfois pour valider ou compléter des informations recueillies ailleurs.

> *« Pendant mes grossesses, j'avais lu des livres et après aussi sur les réseaux sociaux. Je suis notamment une sage-femme. […] Mais après si ça me concerne réellement, […] là je me tournerai vers ma sage-femme à moi, parce que c'est certes très bien expliqué, mais […] elle est pas là pour faire une consultation, elle donne des conseils d'ordre général. Après s'il y a quoi que ce soit, faut consulter. »*
>
> *Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)*

L'entourage constituait également une source importante, principalement les amis et la famille : *« Les femmes de mon âge vivent en communiquant autour d'un thé, un café. […] On aime bien sortir avec nos copines […] on se partage ce qu'elles ont eu […] »* (Mimi, 56 ans, pharmacienne). Ces échanges interpersonnels permettent un partage d'expériences, souvent complémentaires aux savoirs médicaux.

Enfin, les formations et le cadre professionnel ont été cités par quelques participantes exerçant dans le domaine médical. En revanche, le milieu scolaire est très peu identifié par les participantes comme un lieu de transmission des connaissances sur ces sujets.

Ainsi, leurs connaissances en gynécologie reposaient sur un croisement de ressources : expériences personnelles, recherche autonome d'informations, échanges avec l'entourage, et validation par les professionnels de santé pour certaines. *« C'est en parlant […] avec les copines, les femmes de la famille. […] Après ça va être les émissions, les livres, les magazines spécialisés pour les mamans. »* (Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue)

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux

Les grossesses

Concernant les antécédents obstétricaux, quatre participantes étaient nullipares, dont une exprimait un projet de grossesse. Les autres avaient au moins un enfant, certaines ayant donné naissance par césarienne. Quelques-unes ont évoqué une grossesse arrêtée spontanément ; par ailleurs, quatre interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été évoquées au cours des entretiens. Les expériences rapportées étaient variées, tant dans leur contexte que dans leur vécu :

> *« J'avais mon petit ami à 16 ans […] Aucun conseil d'éducation sexuelle […] Du coup, on avait des rapports non protégés, […] et évidemment, je suis tombée enceinte. […] je me suis débrouillée toute seule pour une interruption de grossesse. Je ne voulais pas que mes parents le sachent. […] j'ai pris rendez-vous avec un gynécologue qui m'a confirmé la grossesse. Il m'a dit « Il faut faire une aspiration, vous allez voir un psychologue. », mais bon, […] je me suis pas sentie soutenue. »*
>
> *Romy, 54 ans, médecin radiologue*

> *« J'étais enceinte, […] j'ai dû sans m'en rendre compte expulser le stérilet. […] J'ai eu recours à un avortement médicamenteux parce que j'étais à… 6 semaines je crois. Donc un tout petit machin […] Je l'ai fait chez moi. […] J'ai pas eu hyper mal, j'ai pas eu de saignements énormes. Mon conjoint était vraiment présent, enfin physiquement et même moralement, […] on en […] parlait beaucoup, […] c'était très sain, enfin ou… serein? […] c'était une décision commune. […] J'ai jamais douté de ma décision […] limite ça m'a […] rassuré en me disant : " Bon bah je suis pas stérile, ça peut fonctionner quoi ". »*
>
> *Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)*

Les maux/pathologies

Concernant les antécédents gynécologiques, certaines participantes ont rapporté des pathologies ou des symptômes ayant influencé leur rapport au suivi. L'une d'elles, atteinte de la maladie de Verneuil, décrivait un retard diagnostique de près de dix ans, avant la mise en place d'un traitement et d'un suivi spécialisé ayant permis une amélioration récente de ses symptômes. Cette pathologie, à l'origine d'abcès localisés notamment au niveau de la poitrine, du pubis et de la vulve, a contribué à un sentiment de honte et à une réticence à aller consulter un professionnel de santé gynécologique : *« Alors c'est peut-être lié à ça, […] je veux pas aller au gynéco parce que c'est une honte quand même d'avoir des trucs comme ça, des abcès, c'est dégueulasse quoi... »* (Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire). D'autres problématiques étaient également évoquées, telles que de l'adénomyose, des dysménorrhées (douleurs menstruelles) ou l'ostéoporose.

Le suivi gynécologique

La première consultation

L'âge moyen de la première consultation gynécologique était de 17,7 ans. Dans la majorité des cas, c'était pour avoir un moyen de contraception. Deux femmes ont débuté leur parcours gynécologique par une IVG. Certaines participantes précisent qu'elles ont débuté un « réel suivi » (dans le sens « régulier », annuel, avec un examen gynécologique) entre 20 et 25 ans, et le différencie des consultations de contraception. Il s'agissait souvent d'un motif de désir de grossesse ou de DOCCU.

> *« C'est quand même hyper important et […] j'ai jamais vu de gynéco ou de sage-femme avant […] 21 ans […] et que je trouve que ça fait tard. […] Je pense que je n'étais pas prête […] j'avais peur qu'on m'ausculte. »*
>
> *Rose, 22 ans, étudiante en psychologie*

> *« J'ai fait ma première consultation gynéco assez tard par rapport à mes autres copines. […] c'était mon médecin traitant qui me suivait, qui m'a prescrit la pilule et qui faisait mon contrôle annuel. […] J'ai réellement consulté un gynéco […] avant de vouloir avoir des enfants, pour faire un petit check-up. »*
>
> *Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)*

Sept participantes ont mentionné avoir été encouragées à consulter un professionnel de santé gynécologique par une personne de leur entourage, qu'il s'agisse de leur mère, d'amies ou encore de leur grand-mère. Le plus souvent, elles se sont tournées vers des gynécologues, bien que certaines aient consulté leur médecin traitant. Par ailleurs, deux participantes ont indiqué avoir débuté leur suivi avec une sage-femme, et deux autres ont eu recours au Planning familial.

> *« Ma mère […] j'avais dû lui dire que j'avais un copain et […] elle m'avait dit " Oh bah, faut juste aller voir la gynéco " […] Elle avait dû me faire un examen gynéco, […] une palpation des seins. […] elle m'avait demandé de me mettre complètement nue […] j'étais pas hyper à l'aise. Je me suis dit : " c'est un peu bizarre " et en fait, c'était passé très vite et voilà. [...] Ma mère m'avait prévenue que c'était pas hyper agréable. »*

Justine, 29 ans, psychologue

Parcours gynécologique

La moitié des participantes étaient suivies par des sages-femmes libérales ; toutes ayant déjà été en contact avec ces professionnelles dans un contexte de soin, le plus souvent lors d'une grossesse. Par ailleurs, quatorze femmes ont bénéficié d'un suivi par un gynécologue. Les trajectoires de suivi révèlent également des changements de praticien : dix participantes sont passées d'un gynécologue à une sage-femme libérale, tandis que trois ont effectué le parcours inverse, généralement en raison d'une pathologie. Les trois participantes les plus âgées consultaient initialement un gynécologue puis s'étaient orientées vers leur médecin traitant pour leur suivi.

Concernant la régularité du suivi, plus de la moitié des femmes n'avaient pas connu d'interruption dans leur suivi, tandis que six ont rapporté des périodes de suivi irrégulier ou interrompu, celui-ci étant alors limité à des consultations ponctuelles, notamment pour la contraception ou le DOCCU. A titre d'exemple, Lisa avait interrompu son suivi gynécologique pendant dix ans à la suite du post-partum de sa deuxième grossesse. Durant cette période, elle consultait tous les trois ans pour le renouvellement de sa contraception :

> *« Bah parce que pas envie quoi. On va pas me forcer, c'est un choix. C'est pas un bon choix j'imagine, mais bon, […] j'ai pas eu de problème donc voilà. […] S'il y a rien, je vais pas […] en prévention […] Non, j'ai pas envie. C'est hyper gênant, très gênant pour moi, c'est très gênant quoi. »*
>
> *Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire*

Les interruptions de suivi s'expliquaient par plusieurs facteurs. Certaines relevaient de contraintes organisationnelles, tandis que d'autres s'inscrivaient dans des parcours de nomadisme médical, sans que les causes ne soient toujours clairement identifiées. L'arrêt de la contraception constituait également un motif fréquent, entrainant une absence de suivi pendant plusieurs années.

> *« J'avais dû arrêter de prendre la pilule et on prenait des préservatifs. […] ça m'agaçait de prendre un truc […] et que ça m'incombe. Que ce ne soit pas partagé. On avait déjà ces questionnements là il y a 40 ans […] »*
>
> *Alice, 60 ans, professeure documentaliste*

Par ailleurs, une hystérectomie pouvait également conduire à un arrêt du suivi gynécologique. C'était le cas pour Nolwenn (69 ans, secrétaire médicale retraitée), qui a vécu cette intervention plus de 15 ans auparavant. Au moment de l'étude, elle réalisait uniquement des mammographies : *« J'ai eu mon hystérectomie […] et depuis je n'ai pas vu de gynécologue. […] parce qu'il m'a dit : " Bah maintenant j'ai plus besoin de vous voir " donc... »*.

Lorsqu'elles ont été questionnées, douze participantes bénéficiaient d'un suivi régulier : *« J'y vais tous les ans, une fois par an pour faire le contrôle annuel, si y'avait besoin pour la contraception de renouveler, et puis […] les frottis. »* (Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)). A l'inverse, quatre femmes déclaraient consulter uniquement en cas de symptômes ou dans le cadre des dépistages organisés. Certaines décrivaient ainsi une relation au suivi basée sur le recours aux soins en fonction des besoins perçus plutôt que dans une logique préventive systématique.

> *« Sur la question du suivi, […] je pense que […] l'enjeu, je l'ai peut-être même pas encore […] intégré parce que un suivi il y en a pas trop eu […] J'y vais quand j'ai besoin, un peu comme mon médecin traitant en fait, j'y vais quand je suis malade quoi. Et là, j'ai un peu cette même relation là, je dirais, avec ma sage-femme. [...] J'ai aussi conscience que cette ressource existe et que si j'ai besoin, je peux faire appel à cette ressource-là. »*
>
> *Juliette, 25 ans, psychologue du travail*

Le vécu du suivi

La majorité des participantes rapportaient des expériences négatives ou difficiles au cours de leur suivi gynécologique, en particulier lors des premières consultations. Ces vécus étaient souvent marqués par un manque d'écoute, des pratiques jugées inadaptées ou encore des expériences perçues comme brutales. Anaïs décrivait par exemple une expérience précoce marquée par la réalisation d'examens gynécologiques répétés, sans indication médicale, à chaque renouvellement de contraception :

> *« Ce qui m'a gênée, c'est de me retrouver jeune fille, chez le médecin de famille […] avec palpation et toucher vaginal. […] il fallait revenir 3 mois après pour avoir la pilule pareil et déjà la première fois, je crois que c'était un mois après... […] si j'avais su à l'époque, déjà je m'en serais davantage protégée. Je n'aurais pas pensé que c'est moi qui avait un problème et qui était trop pudique. […] ce n'est pas des pratiques que les généralistes ont, avec des jeunes filles de 17 ans. Ce n'était pas médicalement justifié. […] [Il] a débordé je pense sur sa fonction […] n'a pas été très respectueux […] Ce qui fait que j'ai eu beaucoup de mal après, c'était compliqué pour moi […] de retourner voir une gynéco[…] »*
>
> *Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue*

L'examen gynécologique sous spéculum était particulièrement cité par les patientes les moins à l'aise avec leur suivi gynécologique, comme facteur limitant : *« Et puis oui, l'inconfort que ça procure quoi. […] Ce machin là, ce spéculum qu'on m'enfonce là, j'aime pas, mais bon, je sais bien que c'est nécessaire. Donc j'ai du mal à être un peu zen à ce… à cet examen, c'est sûr. »* (Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)).

D'autres participantes ont été marquées par un sentiment de ne pas être crues ou entendues. Céleste (32 ans, travailleuse sociale en protection de l'enfance) rapportait ainsi un retard de prise en charge de son adénomyose, initialement minimisée : *« on m'a dit que c'était dans ma tête »*. Pour certaines, le mauvais vécu s'inscrivait dans des parcours marqués par un manque d'informations, des erreurs médicales ou des expériences de soins vécues comme peu soutenantes.

Ces expériences contribuaient à un rapport au suivi marqué par la contrainte ou l'appréhension. *« Pour moi en tout cas c'est vraiment une contrainte, j'aime pas ça. »* (Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire).

Toutefois, plusieurs participantes soulignaient une amélioration de leur vécu au fil du temps, notamment grâce à un changement de professionnel ou à une évolution des pratiques. Marie (50 ans, pharmacienne d'officine), mettait ainsi en perspective ses premières expériences, vécues comme *« brutales »* et *« traumatisantes »* à l'adolescence, avec un suivi actuel jugé comme plus adapté.

Ainsi, bien que le suivi gynécologique actuel de ses femmes soit globalement bien mieux vécu par une partie des participantes, il demeurait pour certaines une épreuve, en particulier en raison de l'inconfort des examens ou d'expériences antérieures négatives.

Perceptions du suivi gynécologique

Les participantes identifiaient de nombreux bénéfices au suivi gynécologique, bien que celui-ci soit également associé à des limites importantes.

Bénéfices

Sur les seize femmes interrogées, une large majorité soulignait l'intérêt du suivi en termes de contrôle de la santé, de prévention et de dépistage. Le suivi était ainsi perçu comme rassurant, permettant de détecter précocement d'éventuelles pathologies et d'assurer une surveillance régulière :

- *« Et puis bah parce qu'il faut le faire tous les ans pour vérifier qu'il y a pas de soucis et oui ça me rassure et... Si j'ai des doutes, je préfère y aller pour rien que de passer à côté de quelque chose. »* Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)
- *« C'est rassurant de savoir qu'on est suivi à ce niveau-là […] d'avoir quelqu'un de confiance qui peut aussi envoyer vers quelqu'un d'autre […] »* Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue
- *« Détection rapide de manifestations cancérigènes qui peuvent intervenir soit au niveau de sein, soit au niveau de l'utérus, le vagin ou même les ovaires. »* Mimi, 56 ans, pharmacienne

Plus marginalement, le suivi pouvait également constituer un espace de dépistage des violences, comme le soulignait Justine (29 ans, psychologue), qui valorisait la démarche proactive de sa sage-femme dans ce domaine : *« La première fois que je l'ai rencontrée, elle m'a demandé si j'avais vécu des violences ou des agressions sexuelles et j'avais trouvé ça vachement bien qu'elle le demande. »*.

Par ailleurs, le suivi gynécologique était perçu comme une opportunité d'apprentissage et d'accès à l'information sur la santé des femmes. Il permettait de poser des questions, de mieux comprendre son corps et de limiter le recours à des sources d'information jugées comme peu fiables :

- *« C'est […] important de se renseigner sur sa santé féminine […] c'est quand même quelqu'un de spécialisé. »* Rose, 22 ans, étudiante en psychologie
- *« Je suis genre à poser mille questions quand j'y vais. En fait je pars du principe que c'est quand même mon corps, que ils regardent à l'intérieur, donc moi j'ai le droit […] de savoir ce qu'ils font, ce qu'il se passe. »* Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)
- *« Si tu vois ta enfin ton/ta sage-femme assez souvent, bah du coup tu peux lui poser tes questions en direct, donc ça évite de choper des infos qui peuvent être fausses ailleurs. »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail

Le suivi gynécologique était également valorisé pour la relation de confiance qu'il pouvait instaurer avec un professionnel de santé, permettant d'aborder des sujets intimes. D'autres bénéfices plus ponctuels étaient évoqués, tels que la prise en charge des pathologies, l'accès à la contraception ou encore certains aspects d'accessibilité (remboursement, facilité de prise de rendez-vous, informations délivrées par les campagnes de santé publique).

Limites

Toutefois, le suivi gynécologique présentait également de nombreuses limites. L'inconfort constituait la principale difficulté rapportée, évoquée par la majorité des participantes. Celui-ci était lié à la douleur de certains actes, à leur caractère intrusif, à la nudité ou encore à la position d'examen :

- *« Spéculum tout ça, tout ce qui est frottis… ça me fait terriblement mal […] donc c'est ça que j'appréhende plus que le reste. »* Romy, 54 ans, médecin radiologue
- *« C'est d'être sur la table, là [l'examen gynécologique]. Ouais, oui, c'est vraiment ça. En parler, ça va, mais l'examen en lui-même... »* Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire
- *« On n'est pas à l'aise. Se mettre nue devant quelqu'un que tu connais pas forcément, avoir un examen gynécologique, […] c'est pas agréable. […] tu sais qu'il faut le faire, il faut y aller, mais tu sais que tu vas pas passer un bon moment. »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail

Pour certaines, cet inconfort pouvait être majoré par des expériences antérieures négatives, voire traumatiques, entraînant une appréhension durable du suivi.

Des difficultés d'accès étaient également mentionnées, notamment en lien avec les contraintes organisationnelles (prise de rendez-vous, disponibilité), les déserts médicaux ou encore le manque de matériel dans certains cabinets libéraux.

Le suivi gynécologique réalisé en milieu hospitalier a été globalement décrit comme satisfaisant sur le plan médical, mais présentant certaines limites sur le plan relationnel. La principale difficulté évoquée concernait le manque de continuité du suivi, avec des changements fréquents de professionnels. Cette discontinuité était perçue comme un frein à l'établissement d'une relation de confiance : *« Bah la période où j'étais suivie à l'hôpital […] c'était pas toujours la même personne qui me suivait... […] c'est moins personnel. »* (Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle). Dans la même idée, Mimi (56 ans, pharmacienne) évoquait son inconfort face à la multiplication des intervenants, y compris en cabinet de ville : *« Il a beaucoup de remplaçants et moi j'ai horreur de ça »*. Ainsi, le manque de stabilité du suivi apparaissait comme une limite importante.

Certaines évoquaient également des difficultés à exprimer leur refus : *« J'aurais pas forcément osé dire : " bah non j'ai pas très envie d'être auscultée " »* (Rose, 22 ans, étudiante en psychologie).

Professionnel consulté

Certains éléments recueillis en questionnant les bénéfices et limites du suivi gynécologique peuvent en partie expliquer les modifications de trajectoires des femmes en termes de changements de professionnels. En effet, les participantes répondaient spontanément en mobilisant une comparaison entre les différents professionnels consultés, en particulier entre sages-femmes et gynécologues. Cinq femmes ont mis en avant des éléments positifs du suivi par une maïeuticienne. Celui-ci était notamment décrit comme plus accessible et personnalisé : *« Je trouve que c'est plus personnalisé. La sage-femme, […] j'ai l'impression qu'elle me connaît mieux. J'avais plus l'impression d'être anonyme avec un gynéco. »* (Sandra, 55 ans, infirmière).

> *« Depuis que je suis suivie par la sage-femme, c'est complètement différent parce que c'est beaucoup plus […] accessible. […] c'est rassurant […] elle est facilement contactable. […] Elle avait pris une photo […] du col parce qu'elle avait des doutes […] elle a gardé un lien avec les médecins*

> *hospitaliers avec lesquels elle travaillait et elle a pu envoyer la photo, avoir la réponse. […] moi je recommande ce genre de suivi. […] Pour moi, une sage-femme, c'était que la préparation à l'accouchement et autour du bébé, alors qu'en fait non. Elles peuvent faire le suivi gynécologique de l'adolescence jusqu'à la ménopause, voire plus. »*
>
> *Marie, 50 ans, pharmacienne d'officine*

La durée des consultations constituait également un élément différenciant :

- *« Elle prend du temps, […] ça dure pas 5 min. Elle pose des questions autant sur […] les os par exemple, la vessie, […] les relations sexuelles […] »* Alice, 60 ans, professeure documentaliste
- *« Accessible, à l'écoute, pas de dépassement. On n'a pas l'impression d'être le numéro 3 ou 4 de la liste de consultation, les rendez-vous durent plus longtemps. »* Marie, 50 ans, pharmacienne d'officine

Juliette identifiait certaines représentations sociales pour expliquer sa préférence en matière de suivi :

> *« On est vraiment sur de la représentation sociale donc forcément c'est du cliché […] j'ai beaucoup plus entendu aussi de faits divers ou de copines […] qui ont eu des mauvaises expériences avec des gynécologues, de non-respect de consentement, de " c'était un peu brusque ", […] ils étaient un peu froids, de travailler un peu à la chaîne […] Alors que j'ai cette image de la sage-femme qui va être... Beaucoup plus douce, beaucoup plus dans l'écoute, beaucoup plus dans l'accompagnement, aussi dans le comprendre, […] qui va s'intéresser aussi à ce qui se passe dans ta tête pour comprendre ce qui se passe dans ton vagin […] »*
>
> *Juliette, 25 ans, psychologue du travail*

Toutefois, une limite du suivi par les sages-femmes était également évoquée, en lien avec un accès restreint à certains examens complémentaires : *« Moi ma sage-femme […] elle a pas le matériel. Donc si y a besoin de faire des examens plus poussés, tu dois reprendre un rendez-vous ailleurs. »* (Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle).

Perceptions des professionnels selon leur genre

La question du genre des professionnels de santé gynécologique n'a pas été centrale pour la majorité des participantes, mais certaines ont néanmoins exprimé des préférences ou des expériences marquantes à ce sujet.

Pour quelques-unes, le fait d'être suivies par un homme constituait une limite, principalement en lien avec un sentiment de gêne : *« Je me sens plus à l'aise avec une femme »* (Juliette, 25 ans, psychologue du travail). Cette préférence semblait davantage liée à une intimité de l'examen qu'à une critique des compétences professionnelles.

A l'inverse, d'autres participantes ont rapporté des expériences positives avec des praticiens hommes, perçus comme plus attentifs, plus doux ou plus délicats que leurs consœurs :

> *« Il y en a qui sont vraiment […] désagréables quoi… et à chaque fois c'est des nanas où je me dis : " Mais c'est dingue quoi ! Les filles, enfin, on*

> *est un peu dans le même bateau ! " […] Pas du tout dans l'explication, pas du tout dans le prendre soin, dans la délicatesse, dans le la patience… […] des nanas pas très agréables des fois. Mais par contre à l'inverse, […] le médecin du coup qui m'a posé le dernier […] stérilet, là il était super […] Parce que c'est un homme et du coup il redoublait d'efforts ? Je ne sais pas. Mais vraiment dans l'explication, […] patient […] il a pris le temps de répondre à toutes mes questions. […] j'ai trouvé ça vraiment presque agréable […] je suis pas juste une patiente " allez à la suivante ", […] il y avait un vrai moment pour moi quoi, ça c'était cool. »*
>
> *Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)*

Par ailleurs, d'autres femmes ont décrit des expériences négatives avec des praticiennes. Ces critiques portaient principalement sur le manque d'empathie, de douceur ou d'explications :

- *« C'était une femme. Très directif, très froid, très : « bon allez, bon bah c'est bon, allez, laissez-vous faire, détendez-vous ». »* Marie, 50 ans, pharmacienne d'officine
- *« J'avais une gynéco qui était pas très agréable, qui était plutôt froide, […] déjà d'aller voir une gynéco, c'est pas forcément facile. […] C'est des choses intimes dont on parle, donc je trouve que ça mériterait quand même un peu […] d'empathie. […] Je me contentais vraiment du minimum et puis je ressortais du cabinet, mais jamais contente en fait. »* Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)

Ainsi, au-delà du genre, les participantes ont surtout mis en avant des qualités relationnelles comme déterminantes dans leur expérience du suivi gynécologique. Le genre du professionnel apparaissait comme un facteur secondaire, dont l'influence variait selon les expériences individuelles.

Enjeux d'éducation à la santé

Un manque d'informations sur la santé gynécologique et le suivi associé a été largement évoqué par les participantes. Certaines ont souligné la difficulté d'accéder à des connaissances claires sans démarche active de leur part. Ce déficit informationnel semblait contribuer à une certaine appréhension des consultations.

- *« Apprendre des choses […] sur l'aspect gynéco et comment ça fonctionne […] je trouve que c'est limite, […] que c'est un truc un peu sociétal […] il faut vachement poser de questions […] pour avoir les réponses […] on est quand même la moitié de l'humanité […] et ça reste toujours un peu énigmatique de comment ça marche […] je trouve ça fou quoi. »* Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)
- *« J'avais un peu peur d'avoir mal mais parce que j'étais pas […] assez informée sur le sujet. Donc c'est pour ça que c'est important d'en parler dès le plus jeune âge. Pour expliquer et qu'on peut faire une consultation sans examen. »* Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)

Certaines mettaient l'accent sur un manque d'anticipation et de préparation par rapport à la ménopause :

> *« Le grand public n'est pas assez prévenu de ce qui peut se passer. C'est […] un gros choc quand même. Et moralement, c'est difficile parce que ça peut être des périodes un peu compliquées […] et puis en même temps tu te prends […] tes chutes d'hormones, […] tout ce que ça a comme conséquences. Ça peut être parfois difficile aussi avec le conjoint, la sexualité, tout ça et je trouve que c'est pas assez abordé […] »*

Marie, 50 ans, pharmacienne d'officine

AUTO-SOINS – REPRESENTATIONS ET PRATIQUES

Une définition

Seules deux participantes, Anaïs (42 ans, conseillère d'orientation psychologue) et Lisa (41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire), ont déclaré avoir déjà entendu, de manière lointaine, le terme « auto-soin ». Lisa établissait un lien avec la campagne Octobre Rose et l'auto-palpation mammaire. Les définitions proposées par les participantes étaient centrées sur l'idée de se soigner toute seule, *« prendre soin de soi ou faire ses propres soins. »* (Céleste, 32 ans, travailleuse sociale en protection de l'enfance). Parfois avec la notion d'apprentissage en amont :

> *« Faire des soins par soi-même, peut-être quelqu'un qui te donne une petite formation, qui te coache et qu'après tu peux répercuter ces petites formations que tu as chez toi. »*
>
> *Corinne, 54 ans, responsable administrative*

D'après Rose (22 ans, étudiante en psychologie), il s'agissait de quelque chose d' *« autocentré »*, qui concerne la personne elle-même, qui souhaite *« se soigner toute seule »*.

> *« Ça me fait penser à " automédication ", mais je pense que c'est un peu différent quand même. " Auto-soin " dans le sens où on se soigne soi-même ou alors on fait certains… Justement, c'est peut-être quand elle me proposait de mettre moi-même le spéculum. »*
>
> *Justine, 29 ans, psychologue*

Lili (59 ans, sans emploi, anciennement secteur du handicap) a précisé qu'il peut également s'agir du fait de penser à son suivi : *« C'est plus me dire par exemple : " Ah là, ça fait un moment que j'ai pas eu de frottis, donc peut-être qu'il faut que je prenne rendez-vous " […] »*.

<u>En préambule du soin</u>

Deux participantes ont soulevé le fait que certains actes n'étaient pas un soin en eux-mêmes : *« Je sais qu'il y a des sages-femmes ou des gynécos qui proposent par exemple de mettre le spéculum soi-même etc... Bon c'est le début du soin quoi, c'est pas un soin en lui-même »* (Céleste, 32 ans, travailleuse sociale en protection de l'enfance).

<u>Lien avec le suivi médical</u>

Les participantes se distinguaient par leur manière d'articuler les auto-soins avec le suivi médical. Certaines les concevaient comme indépendants de toute intervention médicale : *« Prodiguer des traitements soi-même, sans passer par la case médecin »* (Romy, 54 ans, médecin radiologue). Selon Alice (60 ans, professeure documentaliste), un auto-PV ne pouvait être considéré comme un auto-soin que s'il

était réalisé à l'initiative de la personne. Elle excluait ainsi des auto-soins tout acte réalisé sur prescription ou recommandation médicale. D'autres étaient du même avis :

- *« Alors moi j'entends plus dans auto-soins... automédication par exemple. Décider que ce médicament est bon pour soi sans aller voir un médecin. Donc non, parce que le diabète, là, c'était un médecin qui m'a dit de faire comme ça. Donc un auto-soin, c'est se mettre un pansement parce qu'on s'est coupé pour moi. En autonomie, un soin en autonomie. »* Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire
- *« Se rendre compte qu'il y a quelque chose d'anormal puis avertir le médecin. L'auto-soin, c'est vraiment quelque chose que tu fais du début à la fin sans intervention du médecin. »* Nolwenn, 69 ans, secrétaire médicale (retraitée)

En revanche, certaines femmes envisageaient les auto-soins comme pouvant s'inscrire dans un cadre accompagné, sur conseil d'un professionnel de santé ou au cours d'une consultation, comme Anaïs (42 ans, conseillère d'orientation psychologue) : *« C'est laisser plus la main à la personne, au patient quoi… dans les soins. »*.

Représentation du soin

Le soin curatif

Certaines participantes concevaient le soin comme intervenant uniquement en réponse à une pathologie déjà présente :

- *« Pour moi le soin il vient une fois qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Je vois ça après. »* Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)
- *« Alors " auto-soin ", ça veut dire soin, se soigner. Donc c'est qu'il y a déjà un problème pour moi, auto-soin, alors qu'autodiagnostic, auto-palpation, c'est pour voir si quelque chose ne va pas. »* Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire

Le soin préventif

A l'inverse, d'autres participantes intégraient, de manière plus ou moins explicite, une dimension préventive à leur définition du soin et donc de l'auto-soin. Celle-ci apparaissait parfois de façon implicite à travers les exemples évoqués, comme l'auto-palpation mammaire ; tandis que d'autres formulaient plus clairement cette association. *« Prévenir, c'est le début de se soigner. »* (Juliette, 25 ans, psychologue du travail).

> *« Ben par exemple, je sais que ma fille, avant […] d'accoucher, elle se massait le périnée avec une huile, donc elle avait dû voir ça sur… lire ça quelque part. Donc je pense qu'on peut considérer ça comme un auto-soin parce que c'est pour après quoi. »*
>
> *Alice, 60 ans, professeure documentaliste*

Au cours des entretiens, la définition de certaines participantes a évolué, intégrant progressivement cette notion de prévention en complément de la prise en charge d'un problème déjà existant :

- *« Je pense que oui c'est un auto-soin, mais du coup ça me fait revenir sur ma définition de départ. […] tu te soignes pas mais […] c'est prêter attention […] au cas où il y ait un dérèglement […] »* Rose, 22 ans, étudiante en psychologie
- *« Maintenant que vous le dites, c'est une évidence. […] le mot soin il est peut être impropre dans la vision des gens parce que le soin c'est […] : j'ai un souci et je me soigne. […] dans la terminologie. »* Corinne, 54 ans, responsable administrative

La diversité des représentations des auto-soins se reflétait dans la variété des pratiques décrites par les participantes concernant leur santé gynécologique.

Auto-soins en santé gynécologique rapportés par les participantes

Auto-surveillance et auto-observation du corps

Environs 85% des participantes ont cité ce type d'actes, avec une forte dimension préventive plus ou moins conscientisée. L'auto-palpation mammaire a été particulièrement citée. D'autres pratiques ont été évoquées : observation des pertes vaginales, auto-observation vulvaire, repérage de signes anormaux… :

- *« Se palper la poitrine pour voir si […] on peut pas sentir des petits nodules, […] des choses comme ça. […] Quand tu fais ta toilette, je suppose que si […] j'avais une […] infection, je pense que je m'en rendrai compte. »* Nolwenn, 69 ans, secrétaire médicale (retraitée)
- *« Se regarder soi-même, regarder son sexe, […] s'asseoir, regarder avec un miroir, regarder si […] les lèvres sont rouges, si ça pique, […] l'anus, est ce qu'il y a des hémorroïdes… […] c'est déjà […] une observation »* Corinne, 54 ans, responsable administrative

Bien que certains actes n'aient été mentionnés qu'une seule fois, ils apparaissent néanmoins intéressants car ils reflètent une représentation particulière de l'auto-soin :

- Les ateliers collectifs d'auto-gynécologie :

> *« Ce que ça m'évoque c'est, j'ai entendu parler d'associations qui proposent à des femmes d'apprendre à mieux connaître leur corps. Alors est-ce que ça veut dire s'ausculter soi-même ou pas ? En tout cas des cercles de femmes qui existent. Et vers lesquels on peut se tourner pour en savoir un peu plus sur son corps mais sans que ce soit une autre personne qui intervienne sur soi quoi. »*
>
> *Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)*

- L'auto-connaissance de soi :

> *« Auto-connaissance de soi […] Bah connaître son corps, […] aller parcourir les parois, […] connaître son anatomie. […] Une année, j'ai eu à me laver à l'intérieur avec un produit […] gynécologique […] C'est ce qui m'a permis de me connaître. […] savoir comment […] c'était fait à l'intérieur. »*

Corinne, 54 ans, responsable administrative

Actes curatifs

Environ la moitié des participantes ont évoqué ce type d'actes, principalement dans une logique de réponse à des symptômes perçus. Ces pratiques regroupaient l'automédication (prise de traitements oraux ou application de traitements locaux sans avis médical), ainsi que la réalisation de soins locaux avec ou sans recommandation préalable d'un professionnel (application de crème, d'huile, etc.) :

- *« Peut-être si par exemple […] on a des symptômes quelconques et qu'on […] se dit « bah si je prends ça, va passer ». Prendre un médicament peut-être ? Ou appliquer une crème ? »* Rose, 22 ans, étudiante en psychologie
- *« Si par exemple demain ça me gratte […] l'auto-soin ça pourrait être d'aller voir ce que c'est et après, par exemple, de prendre l'initiative de mettre de la crème. »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail
- *« Alors, est-ce que quand on dit auto-soin, […] c'est des produits dont on a l'idée nous-même ? […] étant ménopausée, […] j'ai une sécheresse vaginale […] donc ça m'arrive de mettre de l'huile de jojoba par exemple. […] Donc ça on peut considérer que ça peut être de l'auto-soin par exemple. »* Alice, 60 ans, professeure documentaliste

L'utilisation de médecines alternatives ou complémentaires, telles que les huiles essentielles, l'homéopathie ou les compléments alimentaires, a également été mentionnée : « *un peu comme de l'automédication mais avec des produits naturels »* (Sandra, 55 ans, infirmière).

Gestes techniques réalisés soi-même

Environ 40 % des participantes ont évoqué ce type d'actes. Les exemples les plus fréquemment cités étaient l'AIS et l'auto-PV. Plus rarement, certaines participantes ont mentionné l'auto-réalisation d'un frottis ou encore l'auto-insertion d'une sonde d'échographie :

- *« J'avais dû faire des prélèvements vaginaux […] et j'étais tombée sur un vieux monsieur de laboratoire, et je me suis dit : " En vrai, c'est un coton-tige. Est-ce que je ne peux pas le faire moi-même ? " […] Ou bah le frottis, je pense que c'est peut-être plus compliqué, mais ouais, des actes comme ça, je pense que on pourrait très bien le faire nous-mêmes… »* Justine, 29 ans, psychologue
- *« Quand je fais ma consultation, elle me propose [...] que je mette moi-même [...] le spéculum […] Si on devait mettre une… enfin pour l'échographie… […] insérer la sonde, oui pourquoi pas ? »* Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)

Soins corporels et hygiène

Certaines participantes ont évoqué des pratiques relevant des soins corporels et de l'hygiène. Celles-ci incluaient notamment les soins de la peau (prévention des vergetures, cicatrisation) ainsi que le choix des produits en contact avec la vulve (sous-vêtements, lessives, protections menstruelles, produits d'hygiène) :

> *« Quand j'étais enceinte, je devais me masser le ventre, […] mettre de l'huile pour pas avoir de vergetures […] C'est un peu indirect, mais le fait de choisir des lessives ou des produits, des adoucissants et des serviettes […] hygiéniques parfumées ou des savons vaginaux intimes très parfumés […] je trouve que réfléchir aussi à ça c'est aussi de l'auto-soin quoi. Se*

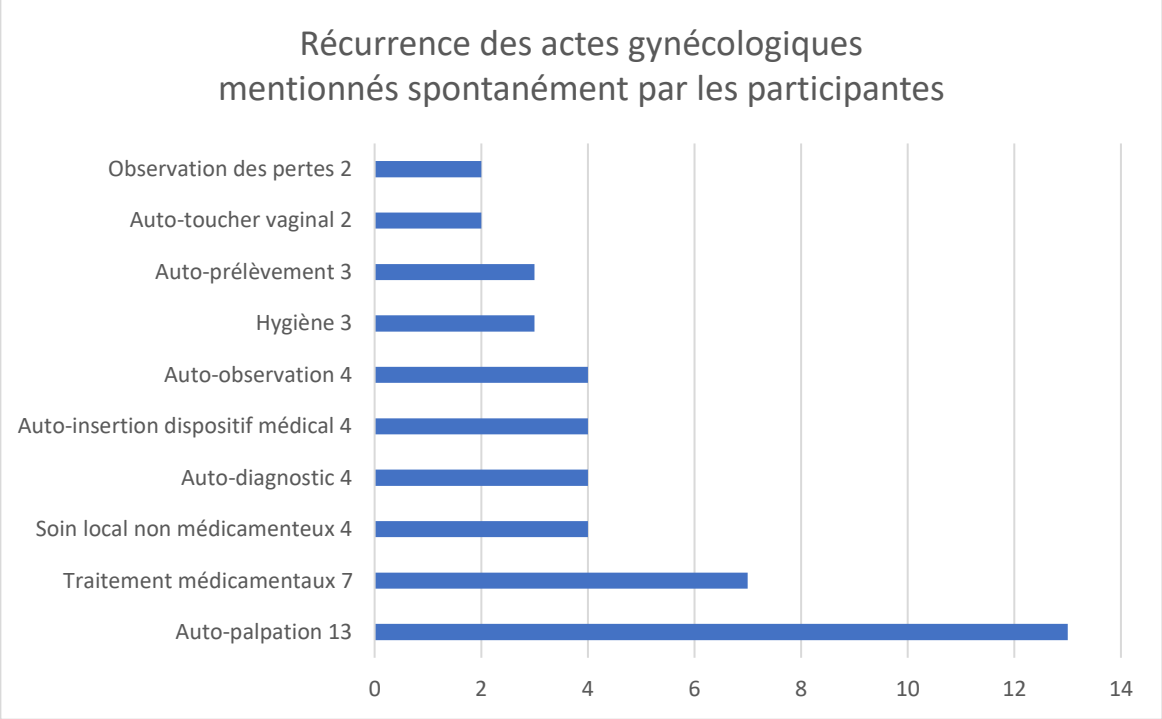
dire : " Avec quoi ma vulve va être en contact ? " […] Indirectement ça peut aussi avoir un impact. »

Alice, 60 ans, professeure documentaliste

Auto-diagnostic

Peu identifié comme tel, l'auto-diagnostic a néanmoins été évoqué par quelques participantes. Il reposait principalement sur l'identification de symptômes et l'interprétation de signes corporels, souvent en lien avec des pratiques d'auto-observation : *« Ça me fait penser un peu à l'auto-diagnostic quoi »* (Rose, 22 ans, étudiante en psychologie).

GRAPHIQUE 2 :



Graphique 2 : Récurrence des actes d'auto-soins en gynécologie mentionnés spontanément par les participantes

Pratiques en lien avec la grille d'entretien

Auto-observation

Aucune n'avait eu l'occasion d'observer son col lors d'un examen sous spéculum en consultation (ou dans d'autres circonstances). L'observation de parties du corps a été réalisée en cas de symptôme, ou à visée préventive, afin d'apprendre à se connaitre.

« Le fait de se regarder soi-même… Moi vis-à-vis de moi-même je trouve ça compliqué. […] j'ai pas forcément confiance en mes capacités d'observation […] ça se trouve il y a un truc et je le vois pas […] on est quand même dans des positions super vulnérables […] les quatre fers en

> *l'air, à se regarder dans un petit miroir grossissant fois quatre *rire* […] je me vois du dessus, je me dis « mais la touche que j'ai quoi »… mais d'un autre côté enfin… on est toutes dans le même bateau quoi. »*
>
> *Rose, 22 ans, étudiante en psychologie*

La plupart d'entre elles l'avait fait spontanément. Toutefois, certaines déclaraient avoir observé leur poitrine et/ou leur vulve suite au conseil d'un tiers (professionnel de santé, mère).

> *« C'est ma maman qui m'en avait parlé. […] elle avait dû me dire " le meilleur moyen de connaître son corps, c'est de le voir et c'est un endroit que tu vois pas très bien. Il y a un miroir dans la salle de bain, […] tu t'assois par terre, tu regardes et voilà " »*
>
> *Juliette, 25 ans, psychologue du travail*

La poitrine

Toutes ont déjà observé leur poitrine, mais certaines déclarent le faire dans un but esthétique (*« pas dans une démarche de soin »* Suzanne, 40 ans, ludothécaire en reconversion). Rose (22 ans, étudiante en psychologie) a évoqué un visuel utilisé lors de la campagne d'Octobre Rose présenté par sa sage-femme pour la guider dans l'observation de sa poitrine : *« T'as plusieurs citrons et elle m'a dit " Si jamais […] t'as l'impression que ta poitrine ressemble à un de ces citrons, […] faudrait peut-être venir consulter et puis faire une autopalpation. " »*(26).

La vulve

Trois participantes n'avaient jamais observé leur vulve. Il s'agissait de femmes âgées de 55 ans et plus, ayant travaillé ou exerçant encore dans le domaine médical. Les autres participantes avaient toutes réalisé cette observation au moins une fois, dans des contextes variés, allant de la prévention et de la connaissance de soi à une démarche d'exploration en réponse à des symptômes.

- *« Je me regarde […] par exemple là les démangeaisons que j'avais, […] je me suis dit " Bah il doit y avoir une dinguerie à l'intérieur de mon Mimi " quoi… *rire* Et donc j'observe, enfin j'essaie de regarder […] si tout va bien quand j'ai […] quelque chose qui change de d'habitude. »* Rose, 22 ans, étudiante en psychologie
- *« Oui, je l'ai déjà fait […] à l'adolescence parce que je voulais voir à quoi ça ressemblait et je l'ai déjà fait aussi plus tard justement, […] parce que […] il y avait un truc qui me grattait ou… […] je saurais même plus dire pourquoi. »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail
- *« Pour voir s'il n'y a pas un problème quoi. Mais parfois aussi c'est parce que je sens qu'il y a quelque chose… […] depuis toute petite comme j'ai mal et que ça me démange beaucoup […] parfois je me gratte jusqu'au sang, après je vais voir, je regarde. »* Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)
- *« Ah si, une fois ou deux peut-être. J'ai dû faire quand je mettais des tampons par exemple, et quelquefois j'avais un doute si je l'avais toujours ou pas et j'arrivais plus à me souvenir. […] Donc avec le miroir, j'allais voir si je trouvais le petit fil. »* Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)

➔ Les avis des participantes concernant l'observation en tant qu'auto-soin apparaissaient partagés, bien qu'une majorité se soit positionnée en faveur de cette idée. En effet, douze femmes considéraient qu'il s'agissait d'un auto-soin : *« Oui parce que c'est de la prévention »* (Sandra, 55 ans, infirmière), *« Vaut mieux connaître quelque chose de normal pour après voir s'il y a un problème qui se rajoute »* (Justine, 29 ans, psychologue). Celles qui n'étaient pas du même avis le justifiaient en le décrivant davantage comme un acte de connaissance de soi que comme une démarche de soin à proprement parler : *« C'est juste de l'observation »* (Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle en secteur bancaire).

Auto-palpation mammaire

Toutes les participantes avaient déjà été exposées à la pratique de l'auto-palpation mammaire, mais avec des niveaux d'appropriation et de réalisation variables. Une seule participante, la plus jeune du corpus, ne la réalisait pas, bien qu'elle ait connaissance de son existence et qu'elle effectue une surveillance visuelle de sa poitrine.

La majorité des femmes (11 participantes) déclaraient l'avoir mise en place de manière spontanée, souvent en lien avec des campagnes de prévention, des supports d'information (vidéos, affiches), l'apparition de symptômes ou encore des sensibilisations dans le cadre professionnel. Pour certaines, l'apprentissage de ce geste avait été directement accompagné par un professionnel de santé, qui leur avait montré la technique et/ou réalisé une première démonstration.

> *« Je savais que ça existait […] on en entend beaucoup plus parler ces derniers temps […] il y a beaucoup de com sur le sujet […] Par contre, je l'ai fait parce que la première fois que je suis allée voir ma sage-femme […] elle m'a montré comment faire et elle me l'a fait […] la première fois. »*
>
> *Juliette, 25 ans, psychologue du travail*

Le vécu de cette pratique apparaissait contrasté. Certaines participantes la décrivaient de manière neutre ou rassurante, tandis que d'autres exprimaient un manque de confiance dans leur capacité à bien effectuer le geste ainsi qu'un côté anxiogène. Plusieurs participantes insistaient sur l'importance de l'apprentissage et du suivi pour améliorer sa fiabilité.

- *« C'est important que chaque femme puisse savoir […] comment bien le faire. Mais je pense que ça vaut pas […] l'expertise […] d'un professionnel. [...] Enfin, je sais pas, parce que d'un côté on connaît mieux notre corps que lui […] je pense que certaines peuvent être très angoissées […] elles peuvent un peu psychoter […] alors qu'un professionnel, il sait que c'est pas grave. »* Justine, 29 ans, psychologue
- *« Après, ça interroge un peu parce que tu te dis : « mais est-ce que je le fais bien ? » […] c'est de la pratique, […] apprendre à bien le faire, prendre confiance aussi dans le geste qu'on s'auto fait pour […] plus avoir de doutes quand tu sens une boule de graisse […] : " celle-ci elle est normale " »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail
- *« Je suis pas extrêmement impliquée pour faire ça. Mais je fais régulièrement mammographie, échographie et visite de médecin. Donc je pense que tout*

cumuler va me permettre de voir des modifications. » Mimi, 56 ans, pharmacienne

➔ Concernant sa qualification en tant qu'auto-soin, la majorité des participantes (14 d'entre elles) considérait qu'il s'agissait d'un auto-soin, reconnaissant que cette pratique pouvait relever d'une démarche de prévention.

Rééducation/éducation périnéale

Treize participantes avaient été concernées par la rééducation périnéale, principalement dans un contexte post-partum. Une minorité en avait eu une découverte plus spontanée, notamment à travers des échanges ou des contenus diffusés sur les réseaux sociaux, favorisant une prise de conscience du périnée et de son fonctionnement : *« J'ai des collègues qui […] ont accouché […] et on était là dans notre bureau à essayer de contracter, décontracter. »* (Juliette, 25 ans, psychologue du travail).

Dans la plupart des cas, la rééducation avait été encadrée par une sage-femme ou un kinésithérapeute. Le vécu était globalement décrit comme simple, intégré aux pratiques du quotidien.

> *« C'était après l'accouchement, […] ma sage-femme qui me faisait faire des exercices dans son cabinet et puis ensuite je les refaisais chez moi toute seule ou ailleurs […] on l'évoque aussi quand je fais du Pilates. [...] j'ai pas de difficultés particulières. »*
>
> *Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)*

Certaines, en revanche, exprimaient des doutes sur la bonne exécution des gestes ou sur l'efficacité ressentie :

- *« Ça n'a servi à rien. Et j'en ai fait des séances. […] Et je faisais bien mes exercices à la maison. »* Marie, 50 ans, pharmacienne d'officine
- *« Est-ce que je vais faire réellement bien ? J'étais pas toujours sûre. Mais je me disais, mieux vaut quand même essayer de faire ce que tu peux, plutôt que de ne rien faire et qu'après, il y ait des petits soucis. »* Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)

➔ Concernant la qualification en auto-soin, la majorité des participantes y voyait un auto-soin en raison de la dimension active et préventive des exercices. D'autres justifiaient que ce n'en était pas un si c'était recommandé par le médecin, ou s'il n'y avait pas de problématique initiale à l'origine de ces exercices :

> *« Je pense pas que […] dans mon cas ce soit de l'auto-soin. Mais par exemple après une grossesse […] je pense que oui […] parce que […] il y a […] très souvent des séances de rééducation qui sont proposées […] Et moi […] je pense que j'ai pas besoin de rééduquer mon périnée. »*
>
> *Rose, 22 ans, étudiante en psychologie*

Auto-prélèvement vaginal

Cinq participantes avaient déjà réalisé un auto-PV, soit dans le cadre d'un dépistage d'IST de manière spontanée, soit sur PM.

Cette pratique était bien vécue, décrite comme simple, moins invasive et plus confortable que le prélèvement réalisé par un professionnel :

- *« C'est pas quelque chose de […] compliqué à faire […] je préfère le faire moi. »* Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)
- *« Je suis bien contente que ce soit moi qui le fasse parce que je me suis déjà retrouvée jeune fille […] au laboratoire à devoir faire un prélèvement gynéco […] c'était un horrible moment pour moi. »* Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue
- *« Si le frottis je pouvais le faire moi-même, ça serait moins un cinéma pour moi [...] de pouvoir le faire chez soi et tranquille, t'emmènes au labo… »* Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire
- *« C'était un peu bizarre parce que […] on était en laboratoire, ils m'ont demandé d'aller dans les toilettes […] c'était pas du tout un lieu adapté pour se mettre un coton-tige dans le vagin. […] ça s'est bien passé quand même […] J'étais plus contente de pouvoir le faire toute seule parce que du coup tu maîtrises plus. […] je me sens plus à l'aise de le faire moi-même »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail

Certaines participantes insistaient aussi sur la distinction entre les types de prélèvements, estimant que leur faisabilité en auto-prélèvement dépendait du degré de technicité du geste.

➔ Une majorité le considérait comme un auto-soin, en raison de la réalisation du geste par la personne elle-même. D'autres nuançaient cette classification, en soulignant le rôle central de la prescription ou de la recommandation médicale dans sa mise en œuvre.

Auto-insertion du spéculum

Deux participantes avaient déjà réalisé une AIS : l'une à sa demande, l'autre sur proposition de sa sage-femme :

- *« J'ai aidé une gynéco […] qui s'y prenait pas très bien, enfin qui me faisait mal. Donc je lui dis : « bah je vais le faire ». »* Corinne, 54 ans, responsable administrative
- *« Je le fais à chaque fois maintenant. [...] Elle m'explique parce que je sais jamais le sens, […] et après c'est moi qui l'insère. »* Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)

Le vécu apparaissait globalement positif, notamment en termes de contrôle et de gestion de l'inconfort. Les participantes soulignaient le fait de mieux ressentir leur corps et d'adapter le geste en conséquence : *« on gère nous-mêmes la douleur »* (Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle en secteur bancaire), *« c'est mon corps et je vais ressentir exactement comment je vais le placer »* (Corinne, 54 ans, responsable administrative). Cette possibilité contribuait à rendre l'examen plus confortable : *« Il y a certains actes comme ça qu'on peut faire nous, et ça rend la consultation plus agréable »* (Adeline). La présence du professionnel restait néanmoins perçue comme sécurisante, garantissant le bon déroulement du geste :

« Tant que c'est supervisé […] si vraiment […] je l'ai mal fait, il y a un incident, le professionnel est là » (Corinne).

➔ Concernant la qualification en auto-soin, les avis étaient équitablement partagés. Certaines participantes ne l'associaient pas à cette notion, soulignaient qu'il s'agissait avant tout d'un acte médical réalisé sur indication et sous supervision : *« c'est pas un soin en soi, [...] c'est mettre un instrument qui va amener un soin »* (Lisa, 41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire), *« c'est de la délégation »* (Sandra, 55 ans, infirmière).

Choix de la position

Une seule participante indiquait avoir eu la possibilité de choisir la position qu'elle souhaitait prendre, dans le contexte spécifique de l'accouchement (*« Sur le côté ou sur le dos »* Suzanne, 40 ans, ludothécaire en reconversion).

Une participante acceptait cette absence de choix, considérant que la priorité était l'efficacité de l'examen et le confort du professionnel :

> *« Je suis pas dans un acte sexuel dans lequel je peux choisir la […] position […] Je suis là pour que le médecin ait la meilleure méthode pour arriver à réaliser son acte dans la meilleure position pour lui. »*
>
> *Mimi, 56 ans, pharmacienne*

D'autres exprimaient un inconfort face à cette standardisation, tout en reconnaissant ne pas toujours oser ou penser à demander une alternative :

> *« On nous dit toujours : " installez-vous là, mettez vos pieds dans les étriers ". J'aime pas. […] J'aimerais mieux, […] si j'avais le choix […] ça me ferait plaisir. Mais on ne nous le dit jamais. Mais c'est vrai que je ne le demande pas non plus, […] j'y pense tout simplement pas. »*
>
> *Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)*

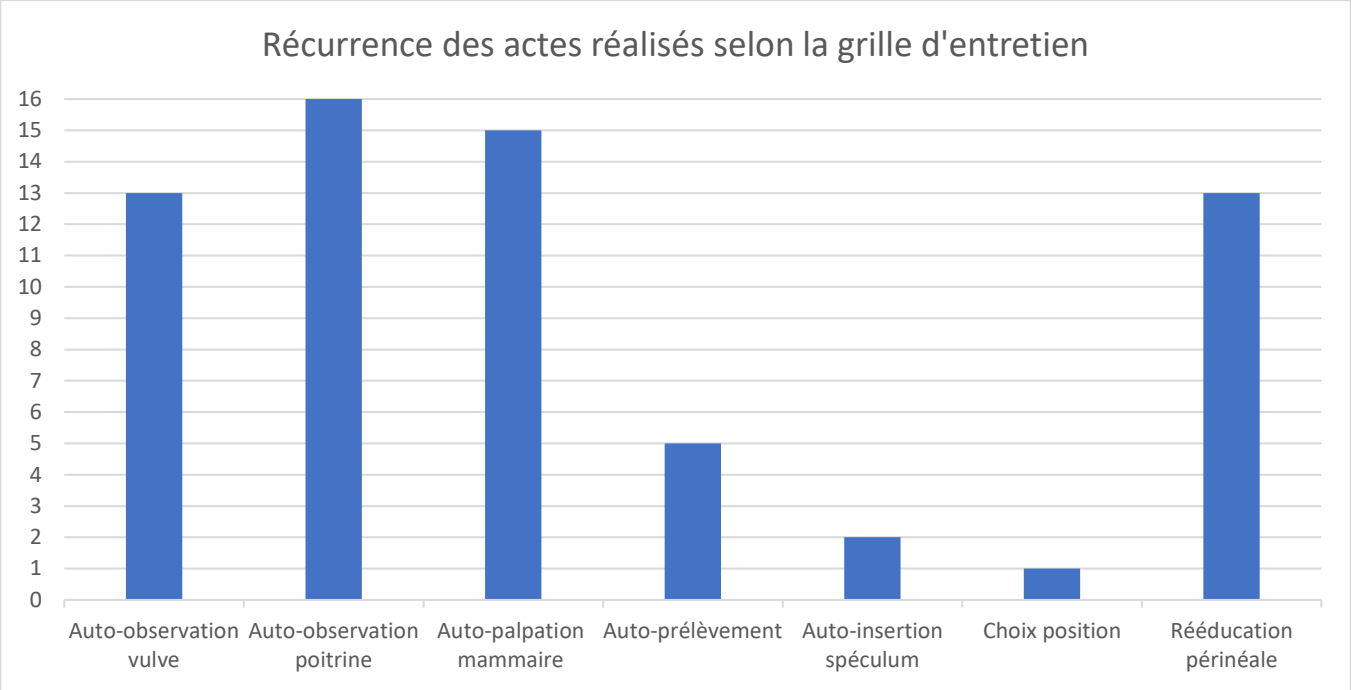
➔ Dix des participantes ne considéraient pas le choix de la position comme un auto-soin. Elles le percevaient davantage comme un élément participant au confort ou à la qualité du soin, sans constituer un acte de soin en lui-même. Quelques participantes y voyaient néanmoins une forme d'auto-soin, dans la mesure où cela pouvait améliorer le ressenti et le bien-être durant l'examen : *« Oui quand même parce que ça peut améliorer la façon dont on se sent »* (Alice, 60 ans, professeure documentaliste). D'autres adoptaient une position intermédiaire : *« Je sais pas si c'est un auto-soin, mais en tout cas ça participe, je pense, au confort et au fait d'être un peu acteur de tout ça. »* (Justine, 29 ans, psychologue).

TABLEAU 2

Prénom	Obs. vulve	Obs. poitrine	Auto-palpation	Auto-PV	AIS	Choix position	Périnée	Autres*
Rose	V	V	X	X	X	X	V	Soins médicamenteux locaux (PM)
Juliette	V	V	V	V	X	X	V	Observation des leucorrhées, soins médicamenteux locaux, auto-médication
Justine	V	V	V	X	X	X	V	-
Céleste	V	V	V	V	X	X	V	-
Adeline	V	V	V	V	V	X	V	-
Suzanne	V	V	V	X	X	V	V	-
Lisa	V	V	V	X	X	X	V	Soins locaux, auto-injections
Anaïs	V	V	V	V	X	X	V	Auto-TV
Marie	V	V	V	X	X	X	V	Soins locaux médicamenteux (PM) ou non
Romy	V	V	V	X	X	X	V	Attention portée à l'hygiène
Corinne	V	V	V	X	V	X	V	Auto-TV, soins locaux médicamenteux (PM) ou non, auto-connaissance de soi
Sandra	X	V	V	V	X	X	V	Naturopathie contre ménopause
Mimi	X	V	V	X	X	X	V	Auto-diagnostic, auto-médication
Lili	V	V	V	X	X	X	V	Implication dans le suivi
Alice	V	V	V	X	X	X	V	Soins locaux
Nolwenn	X	V	V	X	X	X	V	Observation des leucorrhées

*Tableau 2 : Pratique des auto-soins par les participantes (Observation de la vulve ; observation de la poitrine ; auto-palpation mammaire ; auto-PV ; AIS ; choix de la position pour l'examen gynécologique ; éducation/rééducation du périnée ; *Autres : actes décrits spontanément par certaines participantes)*

GRAPHIQUE 3 :



Graphique 3 : Récurrence des actes réalisés par les participantes en lien avec leur santé gynécologique, selon la grille d'entretien

AUTO-SOINS – PERCEPTIONS

Les participantes ont exprimé des perceptions nuancées des auto-soins en gynécologie. Elles ont souligné à la fois leurs apports potentiels et leurs limites.

Bénéfices des auto-soins en gynécologie

Les auto-soins étaient d'abord perçus comme un levier de prévention et de sensibilisation à la santé gynécologique. Ils pouvaient favoriser une meilleure connaissance des gestes utiles et encourager le dépistage précoce :

- *« De nous permettre de nous éduquer sur la façon dont fonctionne notre corps et de ce qu'il faut faire, et de l'importance de ces gestes-là »* Justine, 29 ans, psychologue
- *« Le fait de pouvoir […] repérer plus tôt, […]et donc d'aller voir la personne compétente le plus rapidement possible »* Juliette, 25 ans, psychologue du travail

Selon les participantes, les auto-soins permettaient aussi de modifier le rapport au suivi gynécologique :

- *« Je trouve ça chouette moi. […] ça dédramatise […] démocratise […] le rapport à la gynéco quoi. »* Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)
- *« De dire […] c'est pas si catastrophique que ça en fait, de dédramatiser un peu ces actes-là. »* Justine, 29 ans, psychologue
- *« Je trouve ça quand même très bien […] pour lever les tabous »* Rose, 22 ans, étudiante en psychologie

Un autre bénéfice majeur résidait dans l'appropriation du corps et le développement des connaissances :

> *« Un cadre […] de connaissances aussi […] On parle quand même de notre corps […] c'est […] important de savoir… […] rien que là l'histoire du spéculum, moi je savais pas parce qu'on m'en a jamais posé et qu'on en a jamais parlé, mais je trouve ça aberrant à mon âge de pas savoir ce que c'est tu vois ? »*
>
> *Rose, 22 ans, étudiante en psychologie*

Le fait de réaliser soi-même certains gestes permettait de se réapproprier son corps et était associé à un sentiment de contrôle et d'autonomie :

- *« Se créer une sorte de bulle où il n'y a personne qui rentre en moi quoi… […] Même si c'est l'objet qui rentre… mais c'est moi qui contrôle, c'est différent. »* Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)
- *« Ne pas être tributaire de quelqu'un et essayer de prendre possession de son propre corps, de se l'approprier, de bien le connaître. »* Alice, 60 ans, professeure documentaliste

Cette posture des femmes était perçue comme un moyen de ne plus subir les soins, d'être actrices, de *« se sentir capables »* (Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue) : *« Nous rendre […] acteurs […] avec moins de potentiel traumatique […] moins intrusif. »* (Justine, 29 ans, psychologue).

Ils pouvaient aussi réduire l'inconfort ou la douleur liée à certains gestes :

> *« J'ai trouvé ça vraiment sympa parce que c'est pas quelque chose de très agréable et du coup de le faire soi-même […] c'est plus simple et on gère nous-mêmes la douleur […] je trouve ça bien parce qu'il y a certains actes comme ça qu'on peut faire nous, et ça rend la consultation plus agréable. »*
>
> *Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)*

Dans ce sens, ils apparaissaient comme particulièrement adaptés aux personnes peu à l'aise avec les examens gynécologiques ou ayant des sensibilités spécifiques.

> *« Je pense même à ***** [sa fille atteinte de TSA], qui n'aime pas qu'on la touche et tout, qui n'a jamais eu de suivi gynéco à cause de ça […]. Et ben je pense que ouais, si elle tombe sur quelqu'un qui lui propose de faire elle-même, bah ce serait bien, ce serait vraiment chouette. »*
>
> *Sandra, 55 ans, infirmière*

Enfin, les auto-soins étaient perçus comme pouvant rassurer *(« Je le fais moi-même et c'est plus rassurant »* Sandra) et améliorer la relation avec le professionnel de santé, dans une logique complémentaire.

Limites des auto-soins en gynécologie

Malgré ces bénéfices, les participantes ont identifié certaines limites et risques associés aux auto-soins.

Le principal point de vigilance concernait le manque de compétences médicales, exposant à des erreurs diagnostiques ou à une automédication inadaptée :

- *« Si comme moi on n'a pas confiance en ses capacités, que on est mal formé, qu'on est mal renseigné […] ça peut vite partir en cacahuète […] les auto-diagnostics peuvent être trop vite posés, […] ça peut inquiéter […] »* Rose, 22 ans, étudiante en psychologie
- *« Le danger c'est peut-être justement d'en faire trop, alors que […] pas nécessaire. »* Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)

Certaines, notamment Mimi, exprimaient une opposition plus marquée à ces pratiques, soulignant le risque de dérives ou d'excès :

> *« Bah ça évoque automédication et ça me… ça m'évoque tout ce qui n'est pas bien quoi. *rire* Donc je pense pas que ce sont des thérapies qui peuvent être promulguées même si on est pharmacien et on connaît… Parce qu'on […] détecte mal les symptômes […] on n'est pas assez neutre. Et je suis contre auto-soin, automédication […] tout ce qui est " auto " c'est pas bon ! »*
>
> *Mimi, 56 ans, pharmacienne*

Cette dernière évoquait également la problématique de l'asepsie : *« Il y a problème de stérilité dedans »* (Mimi).

Les participantes insistaient sur le caractère indispensable du recours à un professionnel de santé, les auto-soins ne pouvant se substituer au suivi médical :

- *« J'aurais toujours besoin […] d'une confirmation d'un professionnel de santé. […] d'une vérification. »* Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)
- *« Je ne le ferais pas toute seule […] j'aurais quand même besoin d'avoir […] quelqu'un pour me guider […] Avoir le regard de la professionnelle »* Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)
- *« Pour moi c'est vraiment en complément de la consultation. »* Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)

Par ailleurs, de nombreuses participantes exprimaient des craintes liées à la réalisation des gestes, notamment la peur de se faire mal ou de mal faire. Ces inquiétudes limitaient l'adhésion à certaines pratiques :

- *« Je me suis vraiment demandée : " est-ce que je le mets ou pas ? ", et en fait, j'avais peur de […] me faire mal, du coup bah je l'ai laissé faire, je me suis dit que l'angle était mieux… enfin je sais pas… »* Justine, 29 ans, psychologue
- *« Si c'est mal fait, […] il va l'enlever, le remettre comme il le faut […] du coup ça n'a pas d'intérêt. »* Céleste, 32 ans, travailleuse sociale (protection de l'enfance)

Tandis que certaines participantes attribuaient un coté rassurant à la pratique d'auto-soins, d'autres indiquaient que cela pouvait générer du stress : *« Et je pense que certaines peuvent être très angoissées […] elles peuvent un peu psychoter »* (Justine, 29 ans, psychologue).

Certaines pratiques apparaissaient par ailleurs techniquement impossibles : *« Il y a des choses […] qui ne pourront pas être réalisées […] pas de limite, à part celles qui vont être fixées par le patient lui-même et la technicité de l'acte. »* (Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue).

La dernière limite citée était l'impact sur la qualité des soins : perte de temps, gêne des professionnels de santé :

> *« Je trouve que c'est la perte de temps pour tout le monde quoi. […] Le temps qu'une femme trouve le plastique, […] qu'elle ouvre et tout… lui, il a déjà fait son acte. Parce que le but, c'est quoi ? Qu'il mette le coton-tige plus rapidement et qu'il envoie ça au laboratoire. […] Et on va prendre le temps, et on va faire quoi après ? On va choisir quelle musique va écouter l'anesthésiste au moment de l'opération ? […] Non, non. Moi je suis pour la rapidité. […] J'ai appris […] l'existence [du projet de naissance] du coup j'ai regardé sur Internet […] et là je suis tombée sur des délires de gamins qui peuvent demander… Je trouve que ça reste acte médical et que c'est médecin qui va choisir et pas une nana qui va accoucher quoi. Je suis contre toute cette bêtise-là. Je trouve que […] on peut pas imposer une musique, une position […] la présence du mari ou pas […] l'acte médical doit […] dominer le moment. […] ce qui est le plus important c'est où il y a la meilleure visibilité pour le gynéco ou la sage-femme […], et pas le confort. »*
>
> *Mimi, 56 ans, pharmacienne*

Perspectives et questionnements

Intérêt pour les auto-soins

L'exploration des auto-soins en gynécologie a suscité globalement un intérêt marqué parmi les participantes, bien que celui-ci ait été nuancé selon les types de gestes envisagés et le niveau de technicité perçu. Sur les seize femmes interrogées, dix se sont déclarées favorables à l'ensemble des auto-soins proposés, tandis que cinq exprimaient des réserves ciblées sur certains actes, et une seule participante s'est montrée réticente.

Un intérêt large, centré sur la connaissance de soi et la prévention

La majorité des participantes se montraient ouvertes à l'expérimentation de l'ensemble des auto-soins, notamment dans une perspective de prévention, de compréhension du corps et d'autonomisation : *« Dans la découverte, dans le comprendre, […] voir finalement à l'intérieur de moi comment c'est fait. »* (Céleste, 32 ans, travailleuse sociale en protection de l'enfance). Ils étaient perçus comme des moyens d'*« avoir plus de billes en main »* pour repérer des anomalies et consulter de manière plus pertinente (Juliette, 25 ans, psychologue du travail).

> *« Ah bah oui, […] j'aimerais voir à quoi ressemble mon col de l'utérus. […] même ma vulve […] Je pense que la prochaine fois que j'irai la voir, la sage-femme, je lui demanderai pour le col […] de pour le voir en vrai, […] parce que […] c'est une partie de moi. […] pouvoir voir à quoi ça ressemble, […] ça m'intéresse. »*
>
> *Sandra, 55 ans, infirmière*

Certaines participantes mettaient également en avant un bénéfice en termes de confort et de contrôle.

Enfin, plusieurs participantes soulignaient que ces pratiques pouvaient favoriser un suivi gynécologique plus régulier, en levant certaines appréhensions ou en rendant les consultations plus acceptables.

> *« Ce serait un soulagement de pouvoir apprendre à faire des choses toute seule […] tout en étant accompagnée quand même […] ça m'aidera à avoir un suivi gynéco plus régulier. […] Je suis curieuse d'essayer de voir si… je le vis mieux… Donc je suis vraiment curieuse d'essayer, c'est une très bonne idée. Et je ne savais pas que ça existait. »*
>
> *Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)*

Des réserves concernant les gestes perçus comme techniques ou invasifs

Malgré cet intérêt global, certaines participantes exprimaient des réticences concernant des auto-soins jugés plus techniques, invasifs ou anxiogènes. L'AIS apparaissait comme le geste éveillant le plus d'appréhensions.

> *« Tout sauf le spéculum, ça me fait peur. […] Je sais même pas à quoi ça sert honnêtement. […] J'aurais tellement peur de me blesser ou […] de mal le faire […] enfin franchement j'ai pas du tout confiance en mes capacités de ce côté-là, je préfère que ce soit un professionnel qui le fasse. »*
>
> *Rose, 22 ans, étudiante en psychologie*

Les refus ou hésitations étaient principalement liés à un manque de confiance en ses capacités et à une méconnaissance de l'acte. D'autres auto-soins suscitant des réserves ont été évoqués : le retrait de dispositif intra-utérin par exemple. Adeline et Anaïs (42 ans, conseillère d'orientation psychologue) évoquaient son caractère impressionnant et technique, nécessitant des explications préalables ou un entraînement, notamment sur mannequin.

> *« Enlever un stérilet, je sais pas... Après oui, […] on me donne la pince à tirer […] Mais je serais moins […] encline à le faire […] que de faire un frottis. […] Faudrait faire ça avec de l'explication ou peut-être […] des mannequins […] En m'entraînant […] avant de le faire sur moi […] »*
>
> *Adeline, 34 ans, gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)*

L'auto-palpation mammaire, bien que globalement acceptée, soulevait aussi des doutes quant à sa fiabilité : *« Autopalpation, […] j'ai pas trop confiance en ce que je peux faire ou sentir. Donc oui je pourrais le faire. Après est-ce que ce serait très fructueux ? Je suis pas sûre… »* (Rose, 22 ans, étudiante en psychologie).

Une acceptation conditionnée par l'accompagnement

Plusieurs participantes adoptaient une position nuancée, conditionnant leur intérêt à la présence ou au soutien d'un professionnel de santé. C'était le cas de Suzanne (40 ans, ludothécaire en reconversion), qui insistait sur la nécessité d'un accompagnement pour se sentir en sécurité et légitime dans le geste. D'autres participantes, comme Lili ou Anaïs (42 ans, conseillère d'orientation psychologue) entre autres, envisageaient également l'AIS si elles étaient guidées et/ou formées.

> *« Je pense que même si j'aime pas trop, je préfèrerais laisser le professionnel de santé faire. Parce que […] je crois que je ne saurais pas bien m'y prendre et j'aurais peur de me faire mal... Mais en même temps,*

> *c'est moi qui le ferais, donc, oui… en fait, pourquoi je n'essaierais pas de le faire ? […] qu'elle me guide et que je pose moi-même le spéculum. »*
>
> *Lili, 59 ans, sans emploi (secteur du handicap)*

Lisa (41 ans, gestionnaire de stocks en laboratoire), quant à elle, exprimait un intérêt pour certains auto-soins, mais dans une logique d'autonomie complète, sans présence du professionnel, ce qui soulignait une autre manière d'envisager ces pratiques. Elle était particulièrement intéressée pour réaliser l'auto-prélèvement dans le cadre du DOCCU.

Une minorité peu intéressée

Enfin, deux participantes, Nolwenn (69 ans, secrétaire médicale retraitée) et Mimi (56 ans, pharmacienne), se distinguaient par un faible intérêt pour la majorité des auto-soins. Nolwenn ne trouvait pas attrayants notamment ceux impliquant l'observation ou l'exploration du corps, *« Ça me tente même pas, même par curiosité »*. Elle restait toutefois ouverte à l'auto-PV, à condition qu'il soit réalisé avec un professionnel, illustrant une acceptation partielle et contextualisée.

Mimi était la seule participante à ne pas du tout adhérer aux auto-soins :

> *« J'ai pas besoin de ces nouvelles méthodes. […] Pourquoi je vais me mêler de faire ça si j'ai le médecin qui le fait. Quel intérêt ? […] On n'est pas dans le salon de massage, […] on est chez le corps médical qui doit exercer un soin et que c'est pas toujours le meilleur et confortable, mais c'est pas sa priorité. Priorité, c'est de consacrer le temps aux patients qui ont besoin. […] Je me préoccupe plus de thérapie et de corps médical que le confort. Ça c'est secondaire pour moi […] acte médical en soi, c'est acte barbare, il va toujours rester une partie de barbarie dedans. […] C'est quoi la prochaine étape, on va se filer toute seule la perfusion ? […] On va se raser nous-mêmes avant l'opération ? »*
>
> *Mimi, 56 ans, pharmacienne*

<u>Attentes des patientes vis-à-vis des professionnels de santé</u>

Les participantes ont exprimé des attentes précises vis-à-vis des professionnels de santé dans le cadre de l'accompagnement aux démarches d'auto-soins en gynécologie. Ces attentes reposaient à la fois sur des qualités relationnelles, des compétences pédagogiques et techniques, ainsi que sur une posture professionnelle favorisant l'autonomie tout en maintenant un cadre sécurisant.

Des qualités humaines au cœur de la relation de soin

Les qualités humaines ont été largement mises en avant et apparaissaient comme un préalable indispensable à l'acceptation et à la mise en œuvre des auto-soins.

La bienveillance, entendue comme une attitude respectueuse et soutenante, a été fréquemment citée. L'écoute, identifiée comme la capacité à prêter attention aux besoins, aux questions et aux ressentis de la patiente, constituait également une attente forte. Elle participait à instaurer un climat de confiance et à adapter l'accompagnement. L'empathie était jugée essentielle : *« Il faut aussi essayer […] de se mettre à la place des autres tout le temps. […] si on partait de ce principe-là dans la vie, […] les choses seraient plus simples. »* (Alice, 60 ans, professeure

documentaliste). D'autres qualités, telles que la patience, le non-jugement et l'ouverture d'esprit ont également été citées.

> *« Ce que j'attends de mon professionnel de santé c'est qu'il soit accessible, abordable, empathique. Mais on voit bien qu'en 20 ans, ça a vraiment évolué. Et que vous tendez tous à être plus comme ça. »*
>
> *Marie, 50 ans, pharmacienne d'officine*

Prendre le temps et instaurer une relation de confiance

La notion de temps a été centrale dans les discours de certaines participantes. Elles attendaient des professionnels qu'ils prennent le temps d'expliquer, de montrer et d'accompagner. Ce temps apparaissait comme une condition nécessaire à la compréhension, à l'appropriation des gestes et à la diminution de l'anxiété.

Par ailleurs, la relation de confiance a été identifiée comme essentielle par quelques participantes. Cette confiance reposait notamment sur la perception d'un professionnel compétent, disposant de connaissances solides et d'une expérience suffisante. L'accompagnement aux auto-soins ne devait donc pas se faire au détriment de la légitimité médicale du professionnel.

> *« J'ai besoin d'avoir quelqu'un en face de moi [...] qui sait ce qu'il fait, qui connaît [...] la gynéco, [...] le corps des femmes, [...] les pathologies, qui est capable de répondre à mes questions [...]. Il y a quand même la professionnelle et la patiente. [...] j'ai besoin [...] de sentir que la personne que je vais voir [...] je peux avoir confiance en elle. »*
>
> *Suzanne, 40 ans, ludothécaire (en reconversion)*

Un langage adapté

Les participantes ont insisté sur l'importance d'un vocabulaire adapté. L'utilisation de termes simples permettait de favoriser la compréhension et d'éviter les rapports de domination liés à un langage trop technique. Le choix des mots devait également être rassurant et nuancé. Juliette (25 ans, psychologue du travail) soulignait le risque de formulations alarmantes, préférant des explications contextualisées et rassurantes. De même, Justine (29 ans, psychologue) et Lili (59 ans, sans emploi, anciennement secteur du handicap), insistaient sur l'importance d'un discours valorisant et encourageant, reconnaissant les efforts de la patiente même en cas de geste imparfait.

> *« Des termes simples et puis suffisamment de confiance pour que le patient se sente à l'aise pour poser une question s'il n'a pas compris. Autrefois, il y avait […] des professionnels de santé, souvent des médecins, qui se gargarisaient de termes médicaux incompréhensibles et qui savaient bien montrer que eux maîtrisaient ces termes […] moi je me sens suffisamment solide et à l'aise pour rétorquer, poser des questions. Mais il y a plein de gens […] qui se sentent moins à l'aise. »*
>
> *Alice, 60 ans, professeure documentaliste*

Un rôle d'éducation et d'accompagnement actif

Les participantes attendaient des professionnels qu'ils puissent leur transmettre des connaissances et compétences leur permettant de devenir actrices de leur santé. Cela passait par des explications claires sur les gestes, leurs intérêts et bénéfices, mais aussi par des démonstrations et un accompagnement pratique :

- *« Qu'ils expliquent quel est l'intérêt, comment bien faire et d'expliquer quel serait le bénéfice pour moi de le faire moi-même […] et puis de nous rendre […] actrices […]. Je pense que c'est important. »* Justine, 29 ans, psychologue
- *« Me coacher, me guider, m'apprendre des choses, que je puisse les relayer dans le côté préventif. »* Corinne, 54 ans, responsable administrative

L'accompagnement impliquait également de vérifier la compréhension et la capacité de la patiente à reproduire les gestes (*« être certaine que […] la patiente va savoir refaire chez elle les gestes et qu'elle est à l'aise avec ça »* Alice, 60 ans, professeure documentaliste), ainsi que de proposer des supports pédagogiques, comme des documents explicatifs.

Marie (50 ans, pharmacienne d'officine) insistait sur l'importance d'expliquer systématiquement les actes, tout en laissant le choix à la patiente de recevoir ou non ces informations : *« Dans tous les soins, expliquer ce qu'on fait. […] Si la personne n'a pas envie de savoir, ok, mais proposer. […] Laisser le choix à chaque fois. »*.

Personnalisation de l'accompagnement

Les participantes ont également souligné l'importance d'une personnalisation des soins, c'est-à-dire une adaptation aux besoins, aux connaissances et aux expériences de chaque femme : *« […] comprenne que on part pas tous du même niveau, qu'il y a des personnes qui ont déjà […] pratiqué plus ou moins, qu'il y en a d'autres qui savent pas du tout. »* (Rose, 22 ans, étudiante en psychologie). Corinne (54 ans, responsable administrative) évoquait un besoin d'attention individualisée, en opposition à une prise en charge perçue comme standardisée ou *« à la chaîne »*.

Proposer sans imposer

Une attente forte concernait le fait de proposer les auto-soins de manière systématique, sans les imposer (6 femmes). Plusieurs participantes soulignaient que ces pratiques leur étaient inconnues : le fait de proposer permettait donc d'ouvrir des possibilités et de susciter la curiosité. Cette proposition devait s'inscrire dans une logique de respect du choix de la patiente : il était essentiel de pouvoir refuser sans pression (Justine, 29 ans, psychologue). Lili (59 ans, sans emploi, anciennement secteur du handicap) insistait sur le fait que les professionnels ne devaient pas *« tout faire »* par défaut, mais laisser une place à l'initiative de la patiente.

La notion d'anticipation a également été évoquée : introduire l'idée des auto-soins en amont permettait à la patiente de réfléchir, de se préparer et éventuellement d'y adhérer lors d'une consultation ultérieure.

> *« Que ça soit plus une proposition de leur part et qu'ils prennent le temps de me montrer. […] Peut-être que ça peut être fait par anticipation, c'est à dire : " […] La prochaine fois si vous voulez, on peut […] faire comme ça " et d'avoir un petit document, […] un petit truc pédagogique quoi, didactique et de revenir ensuite et de savoir. »*
>
> *Anaïs, 42 ans, conseillère d'orientation psychologue*

Suivi et disponibilité

Enfin, les participantes attendaient que les auto-soins ne se substituent pas à la relation de soin, mais s'inscrivent dans un accompagnement continu : *« [Ne pas] laisser la personne complètement toute seule […] : " Vous allez toucher un peu votre nichon et puis voilà " […] Non, vraiment accompagner après. »* (Juliette, 25 ans, psychologue du travail). La disponibilité du professionnel, notamment pour répondre aux questions ou en cas de doute, apparaissait également essentielle. Cette continuité du lien garantissait la sécurité des pratiques et renforçait la confiance.

TABLEAU 3

Caractéristiques des participantes			Parcours gynécologique et auto-soins			
Prénom	**Age**	**Parcours professionnel**	**Education[1]**	**Vécu[2]**	**Actes non réalisés[3]**	**Intérêt[4]**
Rose	22	Etudiante en psychologie	V	~	Ø	~
Juliette	25	Assistante de gestion polyvalente (psychologie du travail, salaires et RH)	V	V	AIS	V
Justine	29	Psychologue (secteurs hospitalier et libéral)	X		AIS	~
Céleste	32	Educatrice spécialisée, puis travailleuse sociale (protection de l'enfance)	?	~	AIS	V
Adeline	34	Gestionnaire de clientèle (secteur bancaire)	?	V	Ø	V
Suzanne	40	Enseignante spécialisée, en reconversion vers le métier de ludothécaire	~	X	Observation du col	V
Lisa	41	Formée en psychologie, gestionnaire de stock en laboratoire	X	X	AIS	~
Anaïs	42	Conseillère d'orientation psychologue (Education nationale)	~	~	Ø	V
Marie	50	Pharmacienne d'officine	V	~	Ø	~
Romy	54	Médecin radiologue	X	X	Ø	~
Corinne	54	Formée en droit, ancienne commissaire de police, enseignante remplaçante, puis responsable administrative	V	V	Ø	V
Sandra	55	Infirmière (maternité puis EHPAD)	V	?	Ø	V
Mimi	56	Pharmacienne	?	~	Ø	X
Lili	59	Professionnelle du secteur du handicap (sans emploi)	X	~	Ø	V
Alice	60	Professeure documentaliste (collège)	V	?	Ø	~
Nolwenn	69	Secrétaire médicale (retraitée)	X	?	Ø	~

Tableau 3 : Caractéristiques des participantes et lien avec le parcours gynécologique et les auto-soins. ? = pas de réponse

*[1] Education informelle à la vie gynécologique et sexuelle par l'entourage familial : **V** échanges libres, **~** peu d'échanges, **X** sujet tabou*

*[2] Vécu du suivi gynécologique (synthèse des expériences passées et du vécu au moment de l'étude) : **V** globalement bon, **~** moyennement bon, **X** mauvais*

[3] Auto-soins proposé par une professionnelle de santé mais non réalisés (Ø = aucun refus)

*[4] Intérêt porté à la pratique des auto-soins en gynécologie : **V** ensemble des auto-soins, **~** certains auto-soins, **X** désintérêt*

DISCUSSION

RESULTATS PRINCIPAUX

Cette étude a exploré les représentations, pratiques et perceptions des auto-soins en santé gynécologique auprès de femmes françaises d'âge et de profils variés.

Les résultats mettent en évidence une faible connaissance du terme « auto-soin ». Bien que toutes les participantes en aient identifié des exemples concrets, ils n'étaient pas systématiquement considérés comme tels. Les définitions proposées étaient hétérogènes, entre une représentation de l'auto-soin centré sur l'autonomie complète, et une vision intégrant un accompagnement par les professionnels de santé et/ou un apprentissage préalable. Le concept d' « auto-soin » était directement impacté par la représentation du soin des participantes. En effet, il ressortait des entretiens que certaines le définissait comme exclusivement curatif, en réponse à une pathologie ; tandis que d'autres y incluaient une dimension préventive, cette prise de conscience arrivant parfois au fil de l'échange.

Les pratiques rapportées couvraient un large spectre d'auto-soins en santé gynécologique. Les plus fréquents relevaient de l'auto-surveillance et de l'auto-observation du corps, souvent intégrés dans une démarche préventive, même si cela n'était pas toujours conscientisé. Les actes à visée curative tels que l'automédication ou les soins locaux étaient également fréquents. Par ailleurs, quelques participantes évoquaient des gestes perçus comme plus techniques qu'elles avaient réalisés. Certaines femmes associaient également les auto-soins à la connaissance de soi ; ainsi qu'aux soins apportés à leur corps concernant le choix des produits d'hygiène ou l'utilisation de compléments alimentaires.

L'analyse des pratiques citées dans la grille d'entretien a montré que certaines étaient largement répandues (auto-palpation mammaire par exemple), bien que leur réalisation soit marquée par des variations de fréquence et de perception de maîtrise du geste. D'autres, comme l'AIS ou l'auto-PV, étaient perçues comme moins accessibles. Suscitant à la fois intérêt et appréhension, ces techniques restaient encore peu répandues. Contrairement aux actes plus couramment réalisés, il ressortait que les actes perçus comme plus techniques étaient bien vécus après les avoir réalisés une première fois.

Les participantes exprimaient une vision globalement positive des auto-soins, perçus comme favorisant la prévention, la connaissance de soi et l'autonomisation, tout en contribuant à « dédramatiser » le suivi gynécologique. Ils étaient également associés à un sentiment de contrôle, une diminution de l'inconfort et une amélioration du vécu des soins. Cependant, plusieurs limites étaient identifiées. La principale concernait le manque de compétences médicales, exposant à des erreurs diagnostiques ou à une automédication inappropriée.

L'intérêt pour les auto-soins était majoritairement favorable, bien que modulé par le type de pratique et le niveau de technicité perçu. Le recours aux professionnels de santé apparaissait ainsi comme indispensable pour garantir la sécurité et la compréhension des actes ; les auto-soins étant majoritairement perçus comme complémentaires et non substitutifs au suivi médical. Les participantes exprimaient des attentes fortes envers les professionnels de santé, notamment en termes de qualités relationnelles, d'éducation, de pédagogie et de personnalisation de l'accompagnement, dans une logique de proposition systématique des auto-soins sans les imposer.

ANALYSE DES FORCES ET FAIBLESSES

Forces de l'étude

La richesse des données qualitatives recueillies grâce aux entretiens semi-directifs a permis d'explorer en profondeur les représentations et expériences des participantes favorisant l'émergence de discours riches et nuancés. L'utilisation de citations a renforcé la validité des résultats en les illustrant. Cette approche qualitative était particulièrement adaptée à un sujet encore peu exploré comme celui des auto-soins en santé gynécologique, permettant de saisir la complexité des perceptions individuelles.

La diversité des profils des participantes constitue également un point fort. Bien que limitée (*cf « Caractéristiques générales de la population »*), elle a permis de recueillir des points de vue variés, notamment en termes d'âge, d'histoire de vie et de parcours de soin gynécologique. Cela a contribué à apporter plus de solidité à cette étude. Cette hétérogénéité a également permis de mettre en évidence la pluralité des définitions et des pratiques, et ainsi de formuler de nouvelles interrogations et hypothèses.

Par ailleurs, le fait que certaines participantes aient fait évoluer leur définition de l'auto-soin peut être considéré comme un élément intéressant, témoignant ainsi de l'utilité réflexive de l'entretien. Ce dernier a été vécu pour certaines comme une opportunité de faire un bilan de leur parcours gynécologique.

Limites de l'étude

La première concerne la taille restreinte de l'échantillon et ses caractéristiques relativement homogènes, ce qui demeure insuffisant pour permettre une généralisation des résultats à l'ensemble de la population. L'élargissement de cet échantillon, ainsi qu'une plus grande diversité de profils, seraient pertinents afin de confirmer ou d'infirmer les tendances observées. Les modalités variables des entretiens, en termes de lieu et de durée notamment, constituent un autre biais méthodologique.

De plus, une part non négligeable des participantes avait une formation et/ou travaillait dans le domaine du soin ou de la psychologie, cela induit un biais de sélection.

On retrouve également, comme dans toute enquête qualitative, des biais en lien avec la fiabilité des informations recueillies. En effet un biais de désirabilité sociale peut également être envisagé : certaines participantes ont pu exprimer des opinions perçues comme socialement valorisées, sans que celles-ci ne reflètent nécessairement leurs pratiques réelles (actes préventifs par exemple). Il en est de même pour les informations socio-professionnelles et personnelles recueillies qui ont pu être impactées par des biais déclaratifs. De plus, les faits évoqués pouvaient être sujets à un biais de mémoire, certaines participantes ayant un long parcours gynécologique.

La compréhension du terme « auto-soin », initialement floue pour la majorité des participantes, a également pu entraîner des variations d'interprétation, affectant la comparabilité des réponses. Certaines participantes ont ainsi inclus des pratiques très larges, tandis que d'autres adoptaient une définition plus restrictive des actes relevant des auto-soins. Par exemple, l'attention portée aux choix des produits d'hygiène en contact avec la vulve n'était pas toujours considérée comme tels.

Par ailleurs, le caractère parfois évolutif des réponses au cours des entretiens, notamment en intégrant la notion de prévention ou en développant un intérêt, une

acceptabilité pour certaines pratiques, constitue une limite méthodologique. En effet, les échanges ont pu orienter les participantes.

Ainsi, bien que cette étude permette d'apporter un éclairage sur les représentations et les perceptions des auto-soins en gynécologie, ses résultats doivent être interprétés avec prudence et nécessitent d'être comparés aux données de la littérature.

MISE EN LIEN AVEC LES CONNAISSANCES DU MOMENT

Une méconnaissance du terme mais des pratiques déjà présentes

Les résultats de cette étude ont mis en évidence une faible connaissance du terme « auto-soin », contrastant avec la fréquence et la diversité des pratiques rapportées par les participantes. Ce décalage entre terminologie et pratiques rejoint les travaux de Kickbusch, qui montrent que les comportements de santé préventifs sont souvent intégrés dans le quotidien sans être formellement identifiés comme relevant des auto-soins. Ici, dans cette étude, les participantes décrivaient en effet de nombreux gestes (auto-palpation mammaire, observation vulvaire, attention aux symptômes), sans toujours les associer à une démarche de soin(27).

Par ailleurs, une confusion fréquente entre auto-soins et automédication a été observée, plusieurs participantes assimilant spontanément l'auto-soin à la prise de médicaments sans avis médical. Cette confusion est également décrite dans la littérature : Martinez et al. soulignent que le phénomène des auto-soins est rendu insaisissable par la confusion persistante entre plusieurs termes proches (gestion des symptômes, auto-efficacité, auto-management, auto-surveillance) rendant le concept difficile à cerner aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé(28).

Enfin, les définitions proposées par les participantes étaient hétérogènes, oscillant entre une représentation centrée sur l'autonomie complète et une vision intégrant un accompagnement professionnel préalable. Cette ambivalence témoigne de la pluralité des représentations du soin et de la place accordée au professionnel de santé dans la démarche thérapeutique, une question qui traverse l'ensemble des résultats de ce travail.

Un vécu souvent négatif de l'examen gynécologique

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière du vécu souvent négatif de l'examen gynécologique, largement documenté dans la littérature. Une étude transversale publiée en 2022 portant sur 6 508 femmes rapportait que 47 % considérait l'examen pelvien comme embarrassant, 35 % comme douloureux, et 19 % comme traumatisant. De plus, 43 % des patientes exprimait spontanément leur gêne ou leur douleur au professionnel de santé au cours de l'examen(29). Ces éléments font directement écho aux données recueillies dans ce mémoire, où certaines participantes évoquaient des difficultés à exprimer leur inconfort ou à s'opposer aux modalités de l'examen.

Une étude de 2021 souligne par ailleurs que l'examen pelvien constitue l'une des procédures médicales qui génère le plus fréquemment de l'anxiété, susceptible de provoquer des symptômes physiques et émotionnels négatifs (douleur, inconfort, peur, gêne). Il apparaît également, comme dans ce mémoire, qu'un vécu négatif de

l'examen peut conduire à un évitement ou un retard de recours aux soins gynécologiques, ce qui constitue un enjeu de santé publique majeur(30).

Des pratiques concordantes avec les données existantes

Plusieurs pratiques évoquées par les participantes, comme susceptibles d'améliorer le confort ou le vécu de l'examen gynécologique, sont également identifiées dans la littérature, notamment l'AIS et l'auto-PV(31,32).

Concernant l'AIS, bien qu'il n'existe pas à ce jour de recommandation officielle, une étude pilote australienne menée en 2005 auprès de patientes mettait en évidence que cette pratique réduit le sentiment intrusif occasionné par l'examen au spéculum, ainsi que, pour certaines femmes, la douleur associée(31).

Il existe peu de données françaises sur le sujet des auto-soins, la majorité des travaux de recherche récents sont des travaux de fin d'études.

Néanmoins, une étude française récente menée entre 2021 et 2022 explique que les femmes rapportent que l'AIS facilite l'examen au spéculum, les positionne comme expertes de leur propre corps et améliore la confiance ainsi que la communication avec les professionnels de santé. Les professionnels interrogés dans cette étude confirment par ailleurs que l'auto-insertion n'augmente pas la durée de l'examen et pourrait constituer une alternative proposée à toutes les femmes(33).

Ces résultats rejoignent ceux d'un mémoire de sage-femme de 2023, qui rapporte que parmi 77 patientes, 91 % se déclaraient satisfaites ou très satisfaites de la proposition d'AIS et que 84 % se sentaient maîtresses de la situation lors du choix de l'insertion(23). Une thèse d'exercice en médecine conduite la même année précise que la manière dont la proposition est formulée influence significativement l'acceptation du geste, et identifie parmi les facteurs favorables l'aisance corporelle, le niveau d'information des patientes ainsi que des antécédents de violences sexuelles et gynécologiques(24). Ces deux écrits et ce travail se rejoignent : ils soulignent l'importance d'informer la patiente sur l'intérêt et le déroulement de l'examen. De manière générale, les patientes ayant accepté de réaliser l'AIS sont désireuses de renouveler cette expérience. Un élément n'était toutefois pas bien ressorti dans les résultats, contrairement aux données de la littérature : la manière de formuler la proposition d'AIS influence beaucoup le choix de la patiente. Des facteurs comme la peur de mal faire, la méconnaissance de leur corps et la position d'examen expliquent pourquoi certaines patientes privilégient la réalisation de cet acte par le/la professionnel(le) de santé(23,24).

Concernant l'auto-PV, les résultats de cette étude sont concordants avec ceux d'une méta-analyse ayant observé un niveau élevé d'acceptabilité de l'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV. Les participantes de cette méta-analyse exprimaient une préférence pour l'auto-prélèvement en opposition à sa réalisation par un professionnel, en raison notamment de sa simplicité et du respect de l'intimité. Cette approche est également identifiée comme une alternative pertinente pour les femmes ne participant pas au dépistage cytologique traditionnel, contribuant ainsi à réduire les inégalités de santé et à prévenir les pathologies cervicales(32).

Des bénéfices en accord avec les approches actuelles en santé

Les bénéfices perçus par les participantes — autonomie, sentiment de contrôle, réappropriation du corps, diminution du caractère intrusif des soins — sont en accord avec le concept d'*empowerment* tel que défini par l'OMS. Les interventions d'auto-soins sont ainsi identifiées par l'OMS comme un levier permettant de renforcer cette capacité de décision des personnes tout en améliorant leur bien-être et leur participation aux soins(34).

Ces bénéfices s'inscrivent dans la continuité des travaux récents sur la littératie en santé reproductive. Cette dernière se définit comme : « *un concept récent qui repose sur la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer la santé de l'individu [...] »*(35). Une revue systématique conduite entre 2013 et 2023 établit que la connaissance de la santé menstruelle et reproductive augmente l'*empowerment* des femmes et leurs pratiques d'auto-soin, et que cette littératie constitue un facteur crucial leur permettant d'être actrices de leur propre autonomie corporelle(36). Ces résultats font également écho à une revue systématique qui souligne que l'autonomie des femmes dans la prise de décision médicale, bien qu'encore inégalement distribuée, est reconnue comme déterminante pour l'amélioration des résultats de santé(37).

Des limites reflétant des débats présents dans la littérature

Si les bénéfices perçus sont largement concordants avec les données existantes, plusieurs limites identifiées dans cette étude font écho à des débats bien documentés dans la littérature.

En premier lieu, la distinction opérée par les participantes, entre auto-soins réalisés de manière totalement autonome et pratiques nécessitant un encadrement professionnel, reflète une ambiguïté déjà décrite dans les travaux sur l'éducation thérapeutique du patient. Un guide de l'OMS rappelle à cet égard que l'accompagnement structuré est indispensable pour que l'autonomisation du patient soit effective et sécurisée(38). L'intérêt pour les auto-soins exprimé par les participantes était d'ailleurs fréquemment conditionné par la présence d'un tel accompagnement.

En second lieu, les craintes exprimées quant à la mauvaise réalisation de certains gestes techniques, à l'interprétation erronée des symptômes ou au risque d'anxiété générée, sont également rapportées dans d'autres études.

Une revue systématique sur l'automédication datant de 2023 rapporte d'ailleurs que la pratique de l'automédication sans supervision médicale expose à des risques significatifs : dosage incorrect, réactions indésirables, interactions médicamenteuses dangereuses, masquage de maladies graves, et résistances antimicrobiennes(39). Autant de conséquences qui soulignent la nécessité d'un encadrement adéquat.

Une revue systématique sur l'impact de la littératie en santé en gynécologie récente montre que les patientes présentant une faible littératie en santé rapportent des résultats moins favorables, notamment en termes de compréhension de leur condition et de qualité de vie. Ces résultats suggèrent que la capacité d'autogestion est étroitement liée au niveau de compréhension des informations médicales, ce qui souligne l'importance d'un accompagnement adapté(40).

Enfin, la réticence de certaines participantes à l'égard des auto-soins, formulée au nom de la technicité médicale et de la légitimité des professionnels de santé, peut illustrer la persistance d'un modèle biomédical traditionnel centré sur l'expertise du

soignant. Ce modèle, dans lequel la relation thérapeutique est fondamentalement asymétrique et le patient placé dans une position passive, a été largement documenté dans la littérature sociologique. En gynécologie-obstétrique plus spécifiquement, un dossier thématique coordonné par Rozée et Schantz dans la revue Santé Publique décrit également la persistance de pratiques de contrôle médical sur les corps des femmes en gynécologie, en lien direct avec la domination de ce modèle biomédical(41).

Ces tensions entre aspiration à l'autonomie et adhésion persistante au modèle médical traditionnel soulèvent la question des autres facteurs qui influencent les représentations et les pratiques individuelles.

EXPLICATION POSSIBLE DES RESULTATS

Les résultats de cette étude mettent en évidence une variabilité des représentations et des niveaux d'intérêt pour les auto-soins gynécologiques. Plusieurs facteurs ont pu influencer les positions exprimées par les participantes.

L’influence du professionnel de santé consulté

Un premier facteur déterminant réside dans la relation entretenue avec le professionnel de santé habituel. Les participantes évoquaient fréquemment l'importance de la posture du professionnel — sa pédagogie, sa disponibilité, la manière dont il aborde le corps et l'examen — comme condition de leur ouverture aux auto-soins. Ce constat est cohérent avec les données de la littérature : dans sa thèse, Dindelli souligne que les réponses des patientes concernant la proposition d'AIS varient très largement selon la sage-femme interrogée, allant de 10 à 90 % de refus, illustrant à quel point le positionnement professionnel conditionne la réception de ces pratiques(24).

L’expérience préalable des pratiques

L'intérêt exprimé était également modulé par le fait d'avoir déjà expérimenté ou non certains gestes. Les participantes ayant déjà réalisé des auto-soins — même sans les identifier comme tels — semblaient plus enclines à envisager d'élargir leur répertoire et exprimaient moins d'appréhensions. À l'inverse, l'absence d'expérience préalable était associée à des craintes plus marquées, notamment la peur de mal faire ou de se blesser.

Le profil des participantes

Au-delà de l'expérience directe, plusieurs facteurs individuels ont semblé jouer un rôle structurant.

Les participantes ayant pu en discuter avec leur entourage, ou bénéficiant d'une culture de base en santé gynécologique, semblaient plus enthousiastes à l’idée de pratiquer des auto-soins. Cela confirme l'importance d'une éducation à la santé pour favoriser l'adhésion à des pratiques préventives. C’est également corrélé à la demande des femmes, en faveur d’un plus large accès à l’information.

Le vécu des expériences gynécologiques antérieures constitue également un facteur structurant, comme en témoigne la partie précédente de cette discussion. De

même, les antécédents de violences sexuelles jouent un rôle important : certaines – comme une participante ayant vécu des violences (inceste) dans l'enfance – manifestaient un intérêt fort pour les auto-soins, perçus comme un moyen de reprendre le contrôle sur leur corps et de rendre certains gestes plus tolérables. Ce dernier point est cohérent avec certaines données de la littérature, qui identifient les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles et gynécologiques comme faisant partie des profils les plus susceptibles d'accepter l'AIS(24).

Une dimension culturelle a également pu intervenir : la participante exprimant les réticences les plus marquées est originaire de Croatie, ce qui invite à envisager l'influence de représentations culturelles du corps, de l'intimité et du soin sur l'acceptabilité de ces pratiques. Ce point, difficilement généralisable à partir d'un seul cas, mériterait d'être exploré dans des études ultérieures intégrant une dimension interculturelle.

Enfin, la profession des participantes mérite d'être interrogée. Parmi celles qui se sont montrées les moins intéressées figuraient des professionnelles de santé ou du soin. Ce constat, paradoxal en apparence, rejoint une réalité documentée à l'échelle nationale : un projet récent mené par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes souligne que les soignants négligent fréquemment leurs propres comportements préventifs, illustrant ce que les chercheurs désignent comme le paradoxe des « cordonniers les plus mal chaussés »(42).

L’ambivalence des représentations et la question de la norme

Les résultats témoignent également d'une ambivalence dans les représentations, qui dépasse la simple méconnaissance du terme. Certaines participantes semblaient s'engager dans des pratiques de soins davantage sous l'effet d'une norme sociale que par démarche véritablement autonome. Cette tension renvoie à ce que Koechlin nomme la « norme gynécologique », qui enjoint les femmes à consulter régulièrement un professionnel de santé pour le suivi gynécologique, centré sur la contraception (principalement) et le dépistage. Cette intériorisation de la norme peut expliquer que certaines participantes perçoivent le suivi gynécologique comme une obligation plutôt que comme un choix éclairé, ce qui influe en retour sur leur rapport aux auto-soins, perçus tantôt comme une émancipation, tantôt comme une charge supplémentaire(43).

PERSPECTIVES

Cette étude, bien qu'exploratoire, soulève plusieurs questions qui dépassent le cadre strict des auto-soins gynécologiques et ouvrent des pistes de réflexion pour la pratique clinique, la formation et la recherche.

Les auto-soins comme levier de retour dans le soin

Un premier questionnement porte sur la relation entre les auto-soins et l'adhésion au suivi gynécologique. Les résultats suggèrent que, pour certaines participantes, le suivi gynécologique est majoritairement associé à des moments spécifiques de la vie reproductive (contraception, grossesse) et peut être perçu comme moins nécessaire en dehors de ces contextes. Cette perception rejoint également les travaux de Koechlin, qui relie certaines interruptions de suivi avec l’arrêt de la contraception ou la ménopause(43).

Le non-recours aux soins gynécologiques peut être lié en partie à un mauvais vécu de l'examen ou à une représentation du suivi comme non indispensable. Dans ce contexte, il serait pertinent de se demander dans quelle mesure l'intérêt pour les auto-soins pourrait constituer un levier de réengagement dans un suivi régulier : en redonnant une place active aux patientes et en « dédramatisant » l'examen gynécologique, les auto-soins pourraient contribuer à lever certains freins au recours aux soins. Cette hypothèse mériterait d'être testée, notamment dans une étude longitudinale.

La question de l'accompagnement

Les résultats de cette étude confirment que l'intérêt pour les auto-soins ne s'oppose pas à la relation de soin, mais s'y inscrit. Les participantes ne souhaitent pas remplacer le professionnel de santé, mais bénéficier d'un espace d'apprentissage et de validation. Cela soulève la question des conditions optimales de mise en œuvre : quel type d'accompagnement proposer ? Sous quelle forme ? (Séances d'éducation individuelle ou en groupe ; support pédagogique ; démonstration pratique…).

Sur le plan organisationnel, l'intégration des auto-soins dans la pratique courante pourrait également contribuer à une meilleure utilisation du temps de consultation, en réservant l'expertise professionnelle aux situations qui la nécessitent, tout en valorisant la capacité des patientes à prendre soin d'elles-mêmes dans un cadre sécurisé.

Les résultats soulignent le rôle central des professionnels dans la diffusion et l'acceptabilité des auto-soins. Or, comme en témoigne le paradoxe des « cordonniers les plus mal chaussés » relevé dans cette étude — certaines des participantes les moins intéressées étant elles-mêmes professionnelles de santé — la connaissance et l'adhésion à ces pratiques ne sont pas automatiques, même chez les soignants. Cela invite à interroger la place accordée à l'éducation à la santé et à l'autonomisation des patientes dans la formation initiale et continue des professionnels de santé gynécologique.

Les personnes aux besoins spécifiques : un enjeu particulier

Cette étude invite également à approfondir la réflexion concernant les populations plus vulnérables. Les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles ou gynécologiques, celles en situation de handicap, éloignées du système de soins ainsi que les personnes trans entre autres, présentent des besoins spécifiques auxquels les auto-soins peuvent être un élément de réponse.

Concernant les femmes ayant vécu des violences sexuelles, la littérature confirme que ces dernières vivent l'examen gynécologique de manière particulièrement difficile, et que le non-recours aux soins est plus fréquent. En effet, plusieurs études font le lien avec des niveaux de stress ou d'inconfort plus élevés(44,45).

Les femmes présentant un trouble du spectre autistique constituent un autre exemple concret de population pour laquelle les auto-soins pourraient représenter une piste d'amélioration significative de l'accès aux soins gynécologiques, en réduisant les sources de stress sensoriel et relationnel liées à l'examen. En effet, les femmes autistes peuvent présenter une hypersensibilité sensorielle à l'éclairage, aux bruits et aux odeurs lors de l'examen gynécologique, rendant celui-ci difficile, voire traumatisant. En conséquence, nombreuses sont ces femmes qui retardent ou évitent les consultations gynécologiques(46,47).

Des recherches ciblées seraient nécessaires pour évaluer la faisabilité et la pertinence d'approches adaptées pour ces personnes aux besoins spécifiques.

Autres perspectives de recherche

Plus largement, cette étude soulève des questions qui restent encore peu explorées dans la littérature française :

Comment adapter l'accompagnement en fonction des profils, des attentes et des niveaux de compétence des femmes ? Quels sont les effets des auto-soins sur l'anxiété, le rapport au corps et l'expérience des soins gynécologiques à long terme ? Et jusqu'où peut aller l'autonomisation des patientes dans un domaine marqué par la technicité médicale et la délégation du savoir au professionnel ?

Des études quantitatives permettraient d'évaluer la fréquence réelle des pratiques d'auto-soins et leur acceptabilité dans la population générale. Des études interventionnelles pourraient quant à elles évaluer l'intérêt de programmes d'accompagnement structurés. Enfin, des recherches qualitatives approfondies pourraient explorer plus finement les freins psychologiques, les inégalités d'accès, et les représentations des principales concernées, mais aussi des professionnels de santé, acteurs clés de la diffusion et de la qualité d’accompagnement de ces pratiques.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude offrent avant tout une compréhension exploratoire, qui gagnerait à être complétée par des études complémentaires afin d'en évaluer la portée et la transférabilité ; certaines de ces questions constituent des axes de recherche prioritaires.

À terme, le développement des auto-soins en gynécologie pourrait s'inscrire dans une démarche plus large visant à renforcer les compétences des femmes et leur *empowerment*, tout en s'inscrivant dans un cadre médical sécurisant, afin de repenser la relation de soin comme un partenariat entre la femme et le ou la professionnelle de santé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : RECRUTEMENT



Figure 1.1 : Affiche de recrutement des participantes

Lettre d'information aux patientes

Madame,

Je m'appelle Madeleine Coadou. Je suis étudiante sage-femme en 5ème année à Angers.

Dans le cadre de mon mémoire, je travaille sur une étude sur le thème du suivi gynécologique. Je souhaite interroger des femmes majeures afin d'échanger à ce sujet.

Votre expérience personnelle serait d'une aide précieuse pour cette étude, qui vise à mieux comprendre les attentes et ressentis des femmes quant à leur suivi gynécologique, et *in fine* à améliorer certaines pratiques professionnelles.

Voici les informations à prendre en compte si vous souhaitez participer :

- L'entretien dure environ une heure, dans un lieu dont nous conviendrons ensemble ou en appel vidéo.
- Il consistera en une discussion guidée par quelques questions.
- Tout ce que vous me confierez sera anonyme, sous couvert du secret médical.
- Au début de l'entretien je vous proposerai de l'enregistrer, ce que vous pourrez refuser. Si vous acceptez, cet enregistrement sera ensuite détruit.
- Vous avez le droit de quitter l'étude à tout moment.

Si vous avez des questions concernant mon travail, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse mail : madeleine.coadou@etud.univ-angers.fr

Merci d'avance pour le temps que vous m'accorderez,

Madeleine COADOU

Directrice de mémoire : Madame Aurore KOECHLIN (Maîtresse de conférences en sociologie et autrice)

Figure 2.2 : Lettre d'information adressée aux femmes volontaires pour participer à l'étude

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Thème : Perceptions des femmes sur les auto-soins en gynécologie en France

Type d'entretien : Individuel semi-directif

Introduction

- Présentation, remerciements.
- Rappel des informations relatives au déroulé de l'entretien, des objectifs de mon étude, pas de « bonne ou mauvaise réponse », droit de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre fin à l'entretien à tout moment, insister sur la confidentialité et l'anonymat.
- Recueil du consentement pour être interrogée et enregistrée sur un support audio (qui sera détruit ensuite).

Données socio-culturelles et parcours de soin en gynécologie de la patiente

« Pouvez-vous vous présenter ? N'hésitez pas à développer. »

Eléments recherchés sur lesquels relancer : âge, origines, catégorie socio-professionnelle, activités, centre d'intérêts, lieu d'habitation (zone rurale ou urbaine), parité (nombre d'enfants, âge)

- *« Quel âge avez-vous ? »*
- *« D'où êtes-vous originaire ? »*
- *« Pouvez-vous me parler de votre famille : vos parents, frères et sœurs, conjoint(e)… »*
- *« Vivez-vous en ville, en campagne ? »*
- *« Quel est votre niveau d'étude ? Quelles activités professionnelles, bénévoles et/ou de loisir exercez-vous ? Quels sont vos centres d'intérêts ? »*
- *« Avez-vous des enfants ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ? »*

« Pouvez-vous me parler de votre parcours gynécologique ? N'hésitez pas à développer. »

Eléments recherchés sur lesquels relancer : âge de la première consultation, fréquence des consultations, existence ou non d'interruptions de suivi et leurs raisons, professionnel(s) consulté(s), vécu

- *« Qui vous a parlé pour la première fois de l'enjeu d'aller voir un gynécologue ? »*
- *« Vers quel âge avez-vous consulté pour la première fois ? Pour quel motif ? »*
- *« Par rapport à votre parcours gynécologique : à quelle fréquence consultez-vous ? Existe-t-il des interruptions de suivi et si oui, pourquoi ? »*
- *Quels professionnels avez-vous consultés pour réaliser votre suivi gynécologique ? »*

« Quels sont les bénéfices / inconvénients de votre suivi gynécologique selon vous ? »

Connaissances des auto-soins en gynécologie par la patiente

« Quelles sont les sources de vos connaissances en gynécologie ? »

Exemples à donner si besoin : ressources en termes de personnes, livres, brochures, podcasts, professionnels de santé…

« Avez-vous déjà entendu parler du terme « auto-soins » ? Si oui, dans quel contexte ? Qu'est-ce que ce terme vous évoque ? »

« Selon vous, quels sont les actes que l'on pourrait qualifier d'« auto-soins en gynécologie » ? »

Expériences personnelles, pratiques et perceptions des auto-soins en gynécologie par la patiente

« Quels gestes ou observations en lien avec votre santé gynécologique avez-vous déjà pratiqués sur vous-même ? »

Donner des exemples si besoin : (Pour chaque exemple : *« Considérez-vous cela comme un auto-soin ?)*

- *Avez-vous déjà observé votre vulve, col de l'utérus et/ou poitrine ?*
- *Avez-vous déjà réalisé une auto-palpation mammaire ?*
- *Avez-vous déjà réalisé un auto-test en gynécologie ?*
- *Vous êtes-vous déjà posé un spéculum ?*
- *Avez-vous déjà choisi la position que vous souhaitiez pour un examen gynécologique ?*
- *Avez-vous déjà réalisé des exercices de rééducation du périnée en autonomie ?*

« Était-ce de votre propre initiative ou après la proposition d'un(e) professionnel(le) de santé ?»

« Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ? Comment avez-vous vécu cette/ces expérience(s) ? »

« Y a-t-il des actes que vous n'ayez pas réalisés alors qu'un professionnel de santé vous l'avait proposé ou recommandé ? Si oui, pourquoi ? »

« Êtes-vous intéressée pour réaliser des auto-soins en gynécologie ? Lesquels ? Pourquoi ? »

Si réponse positive : *« Quelles attentes avez-vous vis-à-vis des professionnels de santé pour vous accompagner dans ces démarches ? »*

Eléments recherchés sur lesquels relancer : *« Quelles sont les choses à dire ou ne pas dire ? A faire ou ne pas faire ? Les postures à adopter ? »*

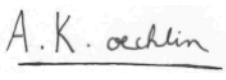
« Quels sont selon vous les avantages et les limites des auto-soins en gynécologie ? »

« Avez-vous souvenir d'une expérience marquante, bonne ou mauvaise, dans votre suivi gynécologique ? »

Conclusion

- Demander si la participante souhaite ajouter quelque chose, ou évoquer un aspect qui n'a pas été abordé.
- Remerciements

Grille d'entretien validée par Aurore Koechlin



ANNEXE 3 : VERBATIM DE L'ENTRETIEN D'ADELINE

Entretien N°3 : Adeline, 40mn

Investigatrice : *« Pouvez-vous vous présenter ? N'hésitez pas à développer. »*

Adeline : Faut que je dise quoi, mon prénom ? Donc je m'appelle Adeline, j'ai 34 ans, et j'ai 2 enfants. Enfin si ça peut resituer dans le contexte de l'étape de vie, voilà.

Investigatrice : *« D'où êtes-vous originaire ? »*

Adeline : De ********. J'habite à ****, c'est une petite ville donc y a la campagne pas loin.

Investigatrice : *« Pouvez-vous me parler un peu plus précisément de votre famille ? Quel âge ont vos enfants ? Avez-vous un conjoint ? Des parents, des frères et sœurs ? »*

Adeline : Donc je suis mariée depuis peu avec mon conjoint. On est ensemble depuis 9 ans et on a 2 enfants de 5 ans et 4 ans. J'ai mes parents et j'ai un petit frère, on a 3 ans d'écart et voilà. Et mes parents habitent pas très loin de chez moi, mais pas… enfin à une heure de chez moi. Et mon frère il habite en Belgique maintenant donc c'est pas la porte à côté.

Investigatrice : *« Quel est votre niveau d'études ? Quelle activité professionnelle exercez-vous ? Est-ce que vous exercez des activités bénévoles ou de loisirs à côté ? Est-ce que vous avez des centres d'intérêts particuliers ? »*

Adeline : Alors, j'ai un bac +5 et je travaille dans le domaine bancaire, donc je suis gestionnaire de clientèle entreprise et je fais… enfin... En fait, j'ai fait mon stage de fin d'études là-bas et il m'a embauchée. Donc je fais le même métier depuis la fin de mes études. Donc j'étais diplômée en 2015. Et à côté de ça, je fais un peu de sport 2 fois par semaine en salle et de la danse aussi 2 fois par semaine.

Investigatrice : *« D'accord. Pouvez-vous me parler de votre parcours gynécologique ? »*

Adeline : Ouais, alors moi j'ai fait ma première consultation gynéco assez tard par rapport à mes autres copines. En fait, c'était mon médecin traitant qui me suivait, qui m'a prescrit la pilule et qui faisait mon contrôle annuel. Et en fait, j'ai réellement consulté un gynéco au moment d'avoir… du coup, avant de vouloir avoir des enfants, pour faire un petit check-up. Et donc je me suis rendue à l'hôpital en consultation classique et après comme je n'avais pas de pathologie particulière, ils m'ont dit que je pouvais faire un suivi auprès d'une sage-femme, toujours à l'hôpital. J'ai été suivie

à l'hôpital pour mes 2 grossesses et en parallèle, j'ai pris une sage-femme libérale qui m'a suivie pour la partie préparation à l'accouchement. J'avais fait de l'acupuncture et après finalement j'ai continué à rester avec elle pour mon suivi annuel, et que je revois tous les ans, même depuis plus… Enfin en dehors des grossesses quoi. Donc j'ai continué à faire mon suivi avec elle, son cabinet.

Investigatrice : « Donc initialement c'était votre médecin traitant qui faisait vos frottis par exemple ? »

Adeline : Non non, les frottis je l'ai fait après avec les suivis gynéco mais… Mais je l'ai fait assez tard, j'ai plus… j'ai plus en tête l'âge… j'ai dû le faire… À 25 ans, je dirais… un truc comme ça, ouais.

Investigatrice : « Ce n'est pas trop tard, c'est l'âge auquel il est recommandé de faire son premier frottis. »

Adeline : Ah bah non… Ah bah c'est ça ouais bah si parce que c'était juste avant… j'avais dû le faire à l'hôpital.

Investigatrice : « Donc vous avez commencé à avoir un suivi avec un spécialiste du suivi gynécologique à 25 ans en fait ? »

Adeline : Ouais voilà, enfin j'essaye de me rappeler parce que... C'est vrai que c'est des trucs… Ouais mais si ça doit être pas cet âge-là donc. Et en plus voilà, comme j'avais déménagé après… donc du coup j'étais à *** donc le suivi s'est fait sur *** et en parallèle comme moi j'étais… j'habitais plus à l'endroit où était mon médecin traitant, c'était galère de faire les allers-retours. Donc après j'ai changé de médecin et du coup bah j'en ai profité pour faire le suivi ici à l'hôpital.

Investigatrice : *« Et aujourd'hui, à quelle fréquence consultez-vous ? »*

Adeline : J'y vais tous les ans, une fois par an pour faire le contrôle annuel, si y'avait besoin pour la contraception de renouveler, et puis… et puis après bah elle a noté les… comment… les périodes des frottis donc, comme ça… enfin, en fonction et comme… en fonction des résultats. Après elle te dit, c'est tous les… alors je sais plus…

Investigatrice : « C'est tous les 5 ans normalement. »

Adeline : Ouais c'est ça. Donc là, comme y en a… le dernier je l'avais fait... Ben pour, juste avant la naissance… enfin pendant la grossesse d'****. Donc du coup là, le prochain je crois que c'est l'année prochaine un truc comme ça... Voilà, mais j'avoue je compte sur elle pour me rappeler à la fréquence que j'ai mal à m'en... à m'en souvenir. *rire*

Investigatrice : *« Y a-t-il eu des interruptions de suivi dans votre parcours gynéco ? »*

Adeline : Non, non non.

Investigatrice : « Donc si je résume, vous avez consulté un médecin traitant au début pour la contraception, ensuite gynéco et ensuite sage-femme ? »

Adeline : C'est ça.

Investigatrice : *« Quels sont selon vous les bénéfices et/ou inconvénients de votre suivi gynécologique ? »*

Adeline : Bah la période où j'étais suivie à l'hôpital ça s'est toujours très bien passé, mais c'était pas toujours la même personne qui me suivait... Donc c'est vrai que c'est pas…même si les personnes que j'ai rencontrées ça s'est… j'ai jamais eu aucun souci. Bon enfin… une bonne entente et puis enfin... Tout s'est bien passé… Mais c'est moins personnel. Et du coup quand tu as la même, enfin moi ce que j'apprécie avec la sage-femme qui me suit actuellement, c'est que je la connais bien maintenant, elle me connaît aussi et du coup t'instaures une relation de confiance et je trouve, enfin surtout pour ce genre de consultation, c'est important de sortir en confiance et d'avoir un bon contact avec la personne. Et du coup donc les inconvénients de l'hôpital c'était ça, c'est qu'il y avait moins de… le suivi était bon mais il y avait moins de… comment dire... De relationnel sur le long terme on va dire.

Investigatrice : « Et les bénéfices ? »

Adeline : Et les bénéfices ? Bah l'hôpital c'est qu'après s'il y avait besoin de d'avoir un… une consultation gynéco, s'il y avait quoi que ce soit, tu pouvais être orientée plus rapidement parce que ça restait dans le même service ou… C'est une échographie, il pouvait te la faire sur place alors que là moi ma sage-femme elle est pas… elle a pas le matériel. Donc si y a besoin de faire des examens plus poussés, tu dois reprendre un rendez-vous ailleurs.

Investigatrice : *« Et voyez-vous des bénéfices au fait d'avoir un suivi gynécologique ? Je veux dire globalement. »*

Adeline : Eh bah c'est un moment déjà oui, si j'ai des questions je sais que de toute façon je suis pas obligée d'attendre peut-être la consultation annuelle. Enfin on m'a toujours dit « s'il y a le moindre doute pour quoi que ce soit, vous pouvez consulter ». Voilà, et après oui bah déjà bah moi je, enfin moi j'aime bien poser des questions sur ce qu'elle fait, et cetera pour apprendre parce que c'est des choses qui m'intéressent aussi. Donc de la curiosité sur le métier, ce qu'elle fait et les examens pratiqués. Et après comment dire ? Ouais c'est intéressant et parce que c'est un sujet qui m'intéresse. Après il y a peut-être des personnes qui font ça parce que faut le faire et qu'il y a pas le choix… Moi ça… je m'y intéresse aussi. Et puis bah parce qu'il faut le faire tous les ans pour vérifier qu'il y a pas de soucis et oui ça me rassure et... Si j'ai des doutes, je préfère y aller pour rien que de passer à côté de quelque chose.

Investigatrice : *« Et au niveau des inconvénients, de manière un peu plus globale, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous freine à aller consulter ? »*

Adeline : Faut trouver le temps de caler le rendez-vous, c'est plutôt ça. Caler le rendez-vous dans l'agenda. Mais après non, non parce que moi elle est sur doctolib donc c'est vrai que c'est assez pratique pour prendre rendez-vous ça j'avoue. Le fait que les praticiens soient sur doctolib c'est pratique parce que, d'appeler le standard et d'attendre un moment c'est pas toujours évident... Puis si, vous voyez, j'ai un… je peux le faire quand je suis au boulot. Enfin je suis pas obligée d'avoir… de trouver un créneau dédié juste pour la prise de rendez-vous.

Investigatrice : « Est-ce que vous souhaitiez préciser certaines choses sur vous, votre suivi, vos grossesses ? »

Adeline : Ben je peux parler des grossesses parce que c'est un peu la période la plus… où il s'est passé le plus de choses on va dire. Parce que sur le suivi classique habituel j'ai jamais eu de souci particulier, donc pas de problème de frottis qui est revenu avec des… examens qui étaient pas bons. Enfin j'ai pas d'exemple particulier à donner… Mais en tout cas sur le suivi de grossesse, c'est une partie de ma vie qui a été importante et où j'ai pu toujours à chaque fois poser des questions, être rassurée en cas de besoin, pouvoir parler en post-partum quand… c'est des périodes où t'es pas toujours en grande forme et moralement, où il y a eu des petites baisses de moral… et elle avait su... Me guider et m'orienter vers d'autres professionnels de santé donc c'est intéressant. Et oui tu crées quand même une relation de confiance avec ta sage-femme et moi c'est ce que j'apprécie chez elle. Et du coup moi c'est ce que j'ai dit à mes copines, parce que moi j'ai plein de copines qui me disent « ah ouais mon gynéco il part à la retraite, c'est galère, je sais pas comment je vais faire », je dis « mais enfin ! mais vous savez les filles, vous pouvez aller voir une sage-femme, c'est pour un suivi classique ». Enfin je fais de la pub vous voyez *rire*, mais je le dis parce qu'il y a plein de gens en fait qui le savent pas parce que c'est vrai que tu… des générations de nos mères t'allais que chez le gynécologue. Parce que ma mère la première fois que je lui ai dit « je vais aller chez la sage-femme », elle m'a dit « ah mais non, mais faut pas parce que elle va pas tout voir ». Je dis « mais tu sais maman, entre ton époque et maintenant elles ont été... enfin y a d'autres formations, y a eu des évolutions, le métier change et tu vois », après je lui ai expliqué, elle a compris et elle dit « ah mais je savais pas » et tout… je dis « bah ouais ». Mais du coup, enfin faut en parler parce que y a plein de gens qui le savent pas. Alors je pense que maintenant les jeunes filles, alors sont peut-être plus au fait que l'évolution du métier… parce qu'on en parle un peu plus et... Les réseaux sociaux c'est aussi bien parce que ça démocratise un peu la chose. Mais comme m'a dit ma sage-femme, oui oui mais faut prendre des pincettes parce que il y a un peu de tout et il peut y avoir des informations sur certaines choses mais du coup ouais… moi c'est un… enfin moi j'aime bien, c'est un métier qui m'intéresse donc du coup je suis curieuse et j'aime bien poser des questions, mais pour… de manière générale quand je vais chez un médecin ou autre. Enfin je veux comprendre ce qu'on… ce que c'est. Ouais c'est… je pense que de comprendre… après les termes techniques, des fois c'est toujours un peu compliqué mais voilà. Mais du coup oui, pendant mes grossesses ça a été un peu un… j'ai vu le métier d'une… d'une… enfin différent, et j'ai compris son importance pour bah des étapes clés de notre vie. Puis la femme, enfin pour l'adolescence, les grossesses il y en a, puis après la ménopause, il y a plein de choses à prendre en compte donc... C'est important d'être bien informée, bien conseillée et voilà.

Investigatrice : *« Quelles sont les sources de vos connaissances en gynécologie ?* Vous avez déjà répondu un petit peu vu que vous m'avez dit que vous posiez des questions aux professionnels, mais est-ce que vous vous informez autrement ? »

Adeline : Oui après j'avais lu bah… pendant mes grossesses, j'avais lu des livres et après aussi sur les réseaux sociaux. Je suis notamment une sage-femme. Elle s'appelle Charline et du coup elle est sage-femme et elle fait un… un peu des petites vidéos d'explications, et cetera. Donc voilà. Mais après si ça me concerne réellement, que j'ai un une vraie question, enfin si c'est pas juste de l'information, là je me tournerai vers ma sage-femme à moi, parce que c'est certes très bien expliqué, mais… et elle le rappelle en plus à chaque fois que elle est pas là pour faire une consultation, elle donne des conseils d'ordre général. Après s'il y a quoi que ce soit, faut qu'on consulte. Donc c'était à la consultation qu'on peut se rendre compte de ce qui se passe réellement. Donc voilà. Mais un peu des réseaux sociaux et puis des livres que j'ai pu lire, donc je suis assez informée. Mais je dirais que je suis loin d'être une experte, mais je pense que j'ai quand même déjà une bonne connaissance.

Investigatrice : *« Très bien. Avez-vous déjà entendu parler du terme auto-soin ? Si oui, dans quel contexte et qu'est-ce que ça vous évoque ? »*

Adeline : Automédication, oui. Auto-soin, non. Et du coup… alors je sais pas trop… du coup c'est se soigner tout seul, mais sans l'usage de médicaments ? Je sais pas… sur des… peut-être des massages ou… Ah non je sais pas, je sais pas, ça m'évoque ça, mais…

Investigatrice : *« Selon vous, quels sont les actes qu'on pourrait qualifier d'auto-soins dans le domaine de la gynécologie ? »*

Adeline : Ah dans le domaine de la gynécologie ? Ah bah si j'ai un exemple. Par exemple, enfin je sais pas, si c'est pendant la consultation, en tout cas moi c'est ce qui se passe quand je fais ma consultation, elle me propose que je… comment… que je mette moi-même le… j'ai mangé le terme… c'est… oui le spéculum, voilà. Donc je le fais moi-même. Alors est-ce que ça peut rentrer dans l'auto-soin ? Je sais pas…

Investigatrice : « Oui ça peut ! Est-ce que vous voyez autre chose ? »

Adeline : Des auto-soins ? Si on devait mettre une… enfin pour l'échographie… mais enfin c'est que le début. Après c'est pas nous qui allons utiliser la sonde, mais insérer la sonde, oui pourquoi pas ? Pourrait y avoir d'autres… l'autopalpation au niveau de la poitrine, mais après en comment dire en check-up ? Oui ouais c'est ça, y'a quoi d'autre ? Je sais pas…

Investigatrice : « C'est déjà bien ! *Je vais vous donner d'autres exemples de différentes choses que vous pouvez faire, et vous allez me dire si selon vous c'est un auto-soin ou pas, et si vous l'avez déjà fait ou pas. Donc l'auto-insertion du spéculum si j'ai bien compris vous l'avez déjà fait ? »*

Adeline : Oui. Ben en fait là moi je le fais à chaque fois maintenant. Voilà donc. Elle m'explique parce que je sais jamais le sens, donc elle explique et après c'est moi qui l'insère.

Investigatrice : *« Est-ce que vous pratiquez l'autopalpation mammaire ? »*

Adeline : Pas régulièrement, mais de temps en temps.

Investigatrice : « C'est-à-dire ? »

Adeline : Bah je le fais tous les 6 mois. Parce que je sais qu'après j'ai mon contrôle. Enfin contrôle annuel. Après si je sens que j'ai quelque chose, je vais peut-être vérifier, et une fois j'avais eu un doute et du coup j'étais allée consulter, elle m'avait juste dit qu'en fait c'était de la glande mammaire qui avait dû peut-être un peu se coller, enfin je sais plus le terme… du coup elle avait vérifié et il n'y avait rien quoi, donc ça va.

Investigatrice : « *Avez-vous déjà observé votre vulve, col de l'utérus et/ou poitrine ? »*

Adeline : La poitrine, oui, la vulve, oui, le col de l'utérus, non. Je vois pas comment…

Investigatrice : « Ça peut se faire lorsque vous avez le spéculum en fait. Avec une lampe et un petit miroir, vous pouvez observer votre col. »

Adeline : Ah OK d'accord ! Bah écoutez je demanderai pour la prochaine fois parce que… Bah oui, ça pourrait être intéressant.

Investigatrice : *« Est-ce que vous considérez le fait de s'observer comme un auto-soin ? »*

Adeline : Bah c'est juste de l'observation. Alors je dirais que non.

Investigatrice : *« Avez-vous déjà réalisé un auto-test ou auto-prélèvement en gynécologie ? »*

Adeline : Oui, le petit enfin… comme le petit coton tige. Enfin ouais.

Investigatrice : *« Et considérez-vous ça comme un auto-soin ou pas ? »*

Adeline : Ouais, on va dire que oui.

Investigatrice : « *Avez-vous déjà choisi la position que vous souhaitiez pour un examen gynécologique ? »*

Adeline : Je réfléchis… à l'hôpital... non, parce que j'avais forcément… on se mettait sur la table. Et la sage-femme ? Non, je crois pas... enfin je sais plus. Attendez, je réfléchis… parce que quand il y a le spéculum, après faut être plutôt sur le dos... donc non. Non, je dirais pas OK.

Investigatrice : *« Considérez-vous le fait de pouvoir choisir sa position comme un auto-soin ? »*

Adeline : Non, c'est plutôt un choix. Je dis que non.

Investigatrice : *« Avez-vous déjà réalisé des exercices de rééducation du périnée en autonomie ? »*

Adeline : Oui, après avoir fait du coup… enfin, je le faisais en cabinet. Et après je… j'avais des petits exercices à faire à la maison donc oui. Et pour moi c'est de l'auto-soin du coup.

Investigatrice : *« Pour les items sur lesquels vous avez répondu « Oui », était-ce de votre propre initiative ou après la recommandation ou la proposition d'un professionnel de santé ?* Vous m'avez déjà dit que pour la rééducation, l'auto-prélèvement, l'auto-insertion du spéculum, c'était la sage-femme qui vous l'avait proposé… Et pour l'auto-palpation mammaire et l'auto-observation ? »

Adeline : Ouais bah c'était… en fait. Après pour le prélèvement, le tout premier que j'avais fait c'était je crois la médecine du travail il me semble. Et du coup elle m'a expliqué comment faire et voilà. Et après, c'est arrivé que j'en ai fait pendant les consultations gynéco. Donc là, c'est la sage-femme ou le gynéco qui les avait faits, mais en m'expliquant du coup pourquoi. Et donc les 2, les 2 cas. Et pour le fait de m'observer, j'avais dû en entendre parler. Et puis je sais plus… enfin je me rappelle même plus le pourquoi j'ai regardé… s'il y avait une raison particulière ou pas. Mais ouais j'ai dû… Enfin peut-être que si, j'y avais déjà pensé. J'ai dû l'entendre et du coup là je me souviens plus réellement le contexte.

Investigatrice : *« Et pour l'autopalpation mammaire ? »*

Adeline : Et bah parce que je savais qu'il fallait se palper pour vérifier donc. Oui, on me l'a dit, enfin, c'est de l'information qu'on m'a donnée.

Investigatrice : *« Pouvez-vous me raconter comment vous vivez le fait de pouvoir faire ces différentes choses par vous-même ? Comment ça se passe ? »*

Adeline : Eh ben moi, c'est pour le spéculum, parce que quand je suis allée chez ma sage-femme, enfin… je l'avais, on me l'avait enfin… on me prévenait toujours, «

attention, je peux y aller ? », on me demandait si c'était OK à chaque fois, enfin voilà… et là elle m'a… la première fois elle m'a dit « bah vous allez le mettre si vous voulez », et là je la regardais en mode les grands yeux genre « ah OK d'accord », elle me dit « non mais vous inquiétez pas, je vais vous expliquer ». Elle me dit « après si vous voulez pas y a pas de souci ». Enfin elle m'a vraiment laissé le choix et j'ai trouvé... j'ai trouvé ça vraiment sympa parce que c'est pas quelque chose de très agréable et du coup de le faire soi-même et ben... c'est plus simple et on gère nous-mêmes la douleur, même si c'est pas douloureux… c'est pas agréable, mais c'est pas douloureux. Et du coup, le fait de le faire soi-même, je trouve ça bien parce qu'il y a certains actes comme ça qu'on peut faire nous, et ça rend la consultation plus agréable.

Investigatrice : « Vous trouvez ça plus confortable ? »

Adeline : Oui, ouais.

Investigatrice : *« Et pour le reste ? Qu'est-ce que vous pensez du fait de faire des prélèvements seule, l'auto-palpation, la rééducation du périnée ? Est-ce que ça éveille des sentiments particuliers ? »*

Adeline : Bah l'auto-prélèvement c'est pas quelque chose de… enfin… compliqué à faire. Donc je suis en mesure de le faire moi-même, donc à la limite je préfère le faire moi. L'auto-palpation, bah pour vérifier je le fais. Mais je préfère aussi avoir mon… lors de mon suivi annuel, que quelqu'un qui est plus expérimenté que moi sur la matière le fasse. Et aussi bah je regarde comment elle fait pour aussi reproduire les gestes. Et la rééducation du périnée, bah c'était en complément de ce que je faisais pendant mes séances. Donc c'était important d'avoir mes séances avec ma sage-femme pour qu'elle m'explique comment respirer et cetera, comment faire les mouvements... Et par contre j'ai jamais fait, parce que je sais que ça existe ça, les petites sondes en auto. Enfin tu fais toi là. Mais ça moi c'est un truc, ça m'a jamais trop branchée et du coup moi j'ai fait que avec les exercices de respiration et de contraction.

Investigatrice : *« Est-ce qu'il y a des actes que vous n'avez pas réalisés alors qu'un professionnel de santé vous l'avait proposé ou recommandé ? Et si oui, pourquoi ? »*

Adeline : Non, je réfléchis. Non, non, il y a pas eu de… ouais. Enfin après on m'a toujours laissé le choix de si j'avais envie de le faire ou pas, et en général je disais oui donc voilà.

Investigatrice : *« Est-ce qu' il y a certaines choses, certains auto-soins en gynécologie que vous seriez intéressée de faire ? Si oui lesquels ? Et pourquoi ?...* Par exemple pouvoir choisir votre position pour l'examen… »

Adeline : Bah là non parce qu'on… enfin après c'est pas… j'ai pas de… ça me gêne pas particulièrement donc… puis ça dure pas longtemps, je veux dire après c'est pas… ouais.

Investigatrice : « Un autre exemple : tout à l'heure vous sembliez intéressée pour pouvoir observer votre col de l'utérus ? »

Adeline : Ouais bah ça je pourrais demander pour la prochaine consultation, lui demander pour regarder, parce que c'est vrai… mais c'est vrai que c'est pas le… j'ai… j'aurais pas pensé à le faire ça, mais ça peut être juste voir à quoi ça ressemble. Ça peut être intéressant. Vous m'avez donné une idée.

Investigatrice : « Avez-vous un moyen de contraception ? »

Adeline : J'ai eu la pilule pendant longtemps. Après je l'ai arrêtée, bah… pour tomber enceinte. Après la naissance d'*****, j'ai mis un… enfin je vous fait tout l'historique comme ça ! Après la naissance d'*****, donc le premier, on… j'ai mis un stérilet au cuivre qui s'est déplacé, et donc c'est comme ça que je suis tombée enceinte d'****. En fait j'ai allaité pendant 6 mois, et du coup j'ai eu mon retour de couche peu de temps après la fin de l'allaitement, l'arrêt de l'allaitement… et c'est vrai que j'ai eu des règles assez abondantes les premiers cycles et en fait elle m'a… enfin on ne saura jamais mais ma sage femme m'a dit qu'à l'époque elle a supposé que bah c'était le… les contractions et l'afflux de sang qui a déplacé le stérilet, parce qu'il est descendu du coup dans le col. Donc je suis tombée enceinte d'**** comme ça. Donc après la naissance. J'ai dit « bah je ne reveux plus de stérilet au cuivre ». Enfin je dis, il y aurait très peu de chances que ça arrive une deuxième fois, mais j'étais pas rassurée. Donc du coup j'ai pris la pilule quelques mois pendant l'allaitement, puis après j'ai pu poser un stérilet hormonal que je n'ai pas supporté. Donc au final je l'ai retiré au bout de 6 mois, et maintenant je suis… alors bah si c'est une contraception : préservatif. J'ai plus de contraception physique on va dire sur moi et là ça fait ouais… un peu plus d'un an, et je suis très bien comme ça. Et même les effets secondaires que je pouvais avoir avant, bah je les ai plus et je suis plus à l'écoute aussi de mon cycle, de mes sensations naturelles on va dire.

Donc là du coup je reste comme ça pour l'instant parce que ça me convient, enfin surtout à moi. ***** [son conjoint] il a pas trop le choix, mais voilà. J'ai imposé aussi ça pour avoir… à mon ressenti.

Investigatrice : « Ce sont souvent les femmes qui endossent le rôle de la contraception, donc vous inversez un petit peu la tendance… »

Adeline : Voilà, oui. Et après des explications et j'ai dit « bah non voilà c'est bon ». Puis de toute façon il y avait rien qui me… qui me convenait, parce que même reprendre une pilule après, par rapport à mon âge, elle m'a dit « bah là on doit vous mettre une pilule qui vous fera les mêmes effets ». Donc au final, que j'en avais testé une ça n'allait pas, donc j'ai dit, bah elle m'a dit « bah vous faites le test, vous voyez » et puis bah… et puis quand on s'est revues un an après j'ai dit « bah non on continue comme ça » et là vous voyez j'en reparle parce que j'y vais vers le mois de février, donc on refait le point à chaque fois et elle me demande si c'est toujours OK et voilà.

Investigatrice : « Ça marche. Et donc pour revenir sur les auto-soins que vous aimeriez faire ou pas, est-ce que si on vous proposait par exemple de faire votre frottis vous-même ou d'enlever vous-même votre stérilet en vous expliquant et en vous guidant, vous seriez intéressée pour le faire ? »

Adeline : Un frottis ? Oui parce que… enfin, j'estime que c'est pas un acte compliqué on va dire. Par contre, enlever un stérilet, je sais pas. Après oui, après on me donne la pince à tirer… mais en étant accompagnée, oui, l'idée… mais je serais moins… moins encline à le faire sur enlever un stérilet que de faire un frottis où là, en m'expliquant, oui, je me sentirais capable de le faire.

Investigatrice : « Qu'est-ce qui vous bloquerait pour le stérilet ? C'est le fait que ça vous semble plus technique ? »

Adeline : Ouais c'est ça ouais, enfin je sais pas… le… alors après de le perdre on va dire… si après, tu peux toujours aller le récupérer… mais faudrait faire ça avec de l'explication ou peut-être… je sais qu'il existe des… comme des mannequins, un peu enfin des… pour montrer peut-être que... en m'entraînant sur, avant de le faire sur moi, peut être que ça me rassure un peu plus.

Investigatrice : *« Quelles sont vos attentes vis-à-vis des professionnels de santé pour vous accompagner dans les démarches d'auto-soin ? »*

Adeline : Et ben de l'explication, de répondre à mes questions. Et ouais, d'être à l'écoute de la patiente.

Investigatrice : *« Est-ce qu'il y aurait des choses à ne pas faire, à ne pas dire ? »*

Adeline : Eh ben toujours proposer, parce qu'après en fonction de la personne, je pense qu'il y a des gens qui veulent et d'autres non. Donc proposer, et puis après c'est la patiente qui décide si elle veut ou pas et… mais de proposer des fois c'est bien parce que, ben moi, si ma sage-femme ne m'avait jamais proposé de le faire moi-même, ça me serait même pas venu à l'esprit. Oui en fait parce que je… enfin je savais pas qu'il était possible qu'on puisse le faire nous-mêmes… donc ouais proposer pour du coup peut-être du coup éveiller la curiosité et le… et on n'est pas obligé d'accepter de suite, peut-être le temps de faire, de réfléchir à ça. Mais voilà.

Investigatrice : *« Selon vous, quels sont les avantages et les limites de réaliser des auto-soins ? »*

Adeline : Bah les avantages c'est qu'on peut faire un… peut-être un diagnostic rapide et par contre bah on n'est pas forcément formé à pratiquer les gestes donc on peut peut-être passer à côté d'autres choses. Enfin pour moi c'est complémentaire en fait à une consultation en cabinet. Ça peut donner des alertes parce que forcément si t'as ton suivi annuel, tu te fais une palpation que une fois par an tu peux passer à côté de quelque chose. Donc pour moi c'est vraiment en complément de la consultation.

Investigatrice : *« Avez-vous souvenir d'une expérience marquante, bonne ou mauvaise, dans votre suivi gynécologique ? »*

Adeline : Et ben j'ai jamais eu de, d'expérience négative. Pour ça, j'ai eu de la chance… parce que on entend beaucoup de choses maintenant… voilà. Et après positive, ben vraiment moi c'est la rencontre de cette sage-femme par hasard, puisque c'était au départ juste pour de l'acupuncture et avec qui j'ai vraiment eu un bon contact. Elle est très douce. Elle pratique… enfin des choses toutes bêtes, mais par exemple, elle te met une petite serviette sur les cuisses. Quand elle fait la consultation, elle fait la consultation en deux temps, donc elle fait d'abord la poitrine, ensuite elle examine le col. Donc des petites choses comme ça qui paraissent toutes bêtes, mais qui te mettent en confiance. Parce que c'est vrai que moi je me souviens à l'époque, enfin... je suis de nature assez pudique et je voulais pas aller chez le gynéco parce que voilà... Alors après, une fois que t'as eu des enfants, t'es un peu vacciné du truc *rire* et après je me suis intéressée au métier donc je voyais les choses différemment. Mais des fois ouais… j'avais un peu peur d'avoir mal mais parce que j'étais pas en fait assez informée sur le sujet. Donc c'est pour ça que c'est important d'en parler dès le plus jeune âge. Pour expliquer et qu'on peut faire une consultation sans examen. Donc plein de… enfin en fait c'est juste de l'information à avoir que je n'avais pas à l'époque et après… bah une fois que j'ai eu les informations ça s'est très bien passé donc voilà.

Investigatrice : « Est-ce que vous souhaitiez rajouter des choses par rapport à ce qu'on a abordé au cours de l'entretien ? »

Adeline : Non.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mailhot T, Cossette S, Alderson M. Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins. Rech Soins Infirm. 2013;112:94-106.

2. World Health Organization. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. 180 p. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/325480

3. Gagnon J. Empowerment. Dans: Formarier M, Jovic L, éditeurs. Les concepts en sciences infirmières. France: Mallet Conseil; 2012. p. 172-175.

4. Vassy C, Derbez B. Introduction à la sociologie de la santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2019. Disponible sur: https://stm.cairn.info/introduction-a-la-sociologie-de-la-sante--9782200621094. doi:10.3917/arco.vassy.2019.01

5. Illich I. Némesis médicale: l'expropriation de la santé. Paris: Seuil; 1975.

6. Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies, Ourselves. États-Unis: Simon & Schuster; 1973.

7. Ruault L. La circulation transnationale du self-help féministe: acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? Crit Int. 2016;70(1):37-54. doi:10.3917/crii.070.0037

8. Gratien A. L'autogynécologie: réappropriation de son corps ou paramédecine à risque ? Le Monde [Internet]. 2 nov 2024. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2024/11/02/l-autogynecologie-reappropriation-de-son-corps-ou-paramedecine-a-risque_6372890_4497916.html

9. Koechlin A. L'auto-gynécologie: écoféminisme et intersectionnalité. Trav Genre Sociétés. 2019;42(2):109-26. doi:10.3917/tgs.042.0109

10. Agence Régionale de Santé Bretagne. Le suivi gynécologique et de prévention [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-suivi-gynecologique-et-de-prevention

11. Réseau de Périnatalité de Normandie. Le suivi gynécologique [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.perinatbn.org/accueil-gynecologie/suivi-gynecologique/le-suivi-gynecologique/

12. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [Internet]. Paris: HCE; 2018. 164 p. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

13. Ifop, Qare. Qare s'engage contre le renoncement aux soins gynécologiques [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.qare.fr/blog/qare-sacrifice-gyneco/

14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n°54 du 5 mars 2002.

15. Arrêté du 8 juillet 2024 fixant la liste des infections sexuellement transmissibles dépistées à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale et les modalités de ces dépistages. JORF du 10 juillet 2024.

16. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Sages-femmes maïeutique: référentiel professionnel, situations cliniques et compétences [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Referentiel.pdf

17. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf

18. Institut national du cancer. Référentiel national - Dépistage du cancer du col de l'utérus: cadre et modalités de recours aux autoprélèvements vaginaux [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-national-Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre-et-modalites-de-recours-aux-autoprelevements-vaginaux

19. Deffieux X, Rousset-Jablonski C, Gantois A, Brillac T, Maruani J, Maitrot-Mantelet L, et al. Examen pelvien en gynécologie et obstétrique: recommandations pour la pratique clinique. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2023;51(6):297-330. doi:10.1016/j.gofs.2023.04.001

20. Mon Cancer. L'autopalpation des seins, parlons-en ! [Internet]. 2024. Disponible sur: https://mon-cancer.com/articles/lautopalpation-des-seins-parlons-en/

21. Collège National des Sages-Femmes de France. Suivi gynéco, prévention & dépistage: votre sage-femme vous propose un dépistage du cancer du sein [Internet]. 2019. Disponible sur: https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/01/cnsf-depistage-cancer-sein-VF.pdf

22. Samson C. Du mouvement politique à l'autonomisation des femmes par leur corps: l'autogynécologie [Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme]. Rouen, France: CHU, département des études de sage-femme; 2022.

23. Gallo E. Proposition systématique de l'auto-insertion du spéculum: la satisfaction des patientes du centre hospitalier de Thonon-les-Bains [Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme]. Grenoble, France: UFR de médecine, département de maïeutique; 2023.

24. Dindelli S. Ressentis des professionnels en santé de la femme concernant l'auto-insertion du spéculum au cours de l'examen pelvien: étude qualitative réalisée auprès de sages-femmes ayant recours à cette pratique [Thèse d'exercice en médecine]. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2023.

25. Institut national de la statistique et des études économiques. La grille de densité 2025 [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/8571524

26. Know Your Lemons Foundation. Know Your Lemons® pour le dépistage précoce du cancer du sein [Internet]. Disponible sur: https://fr.knowyourlemons.org

27. Kickbusch I. Self-care in health promotion. Soc Sci Med. 1989;29(2):125-30. doi:10.1016/0277-9536(89)90160-3

28. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P. Self-care: a concept analysis. Int J Nurs Sci. 2021;8(4):418-25. doi:10.1016/j.ijnss.2021.08.007

29. Tancman S, HaCohen N, Lazarus G, Solt I, Sagi-Dain L. Silent voices that must be heard: women's perceptions of gynecologic examinations. J Psychosom Obstet Gynecol. 2022;43(2):190-7. doi:10.1080/0167482X.2020.1864727

30. O'Laughlin D, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, et al. Addressing anxiety and fear during the female pelvic examination. J Prim Care Community Health. 2021;12:21501327219921950. doi:10.1177/2150132721992195

31. Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L. Speculum 'self-insertion': a pilot study. J Clin Nurs. 2005;14(9):1098-111. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01205.x

32. Nelson EJ, Maynard BR, Loux T, Fatla J, Gordon R, Arnold LD. The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect. 2017;93(1):56-61. doi:10.1136/sextrans-2016-052609. PubMed PMID: 28100761.

33. Veto MM, Chazalon J, Atallah-Seive C, Charles R, Savall A. Speculum self-insertion: an alternative method for gynaecological examination? Fam Pract. 2024;41(2):147-54. doi:10.1093/fampra/cmae016

34. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponible sur: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349

35. Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes de Pinho Q, Benyamine A, Granel B. La littératie en santé: définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. Rev Med Interne. 2025;46(1):32-9. doi:10.1016/j.revmed.2024.06.014

36. Hansen A, Bayes J, Schloss J. Empowering women through knowledge: a systematic review of literature on menstrual and reproductive health literacy. Health Equity. 2025;9(1):24731242251363080. doi:10.1177/24731242251363080

37. Idris IB, Hamis AA, Bukhori ABM, Hoong DCC, Yusop H, Shaharuddin MAA, et al. Women's autonomy in healthcare decision making: a systematic review. BMC Womens Health. 2023;23(1):643. doi:10.1186/s12905-023-02792-4

38. World Health Organization. Éducation thérapeutique du patient: guide introductif [Internet]. Copenhague: OMS Bureau régional de l'Europe. Disponible sur: https://www.who.int/europe/fr/publications/i/item/9789289060219

39. Bouqoufi A, Lahlou L, Ait El Hadj F, Boujraf S, Razine R, Abouqal R, et al. Automédication par les médicaments modernes chez les femmes enceintes de l'Afrique: revue systématique et méta-analyse. J Epidemiol Popul Health. 2024;72:202512. doi:10.1016/j.jeph.2024.202512

40. Singh A, Skolnik E, Miazga E, Nensi A. Impact of health literacy on patient-reported outcomes in benign gynecology: a systematic review. Cureus. 2024;16(4):e58661. doi:10.7759/cureus.58661

41. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales: construction d'une question politique et de santé publique. Santé Publique. 2021;33(5):629-34. doi:10.3917/spub.215.0629

42. Fondation MNH. SANSAS: enquête sur les perceptions, attitudes et pratiques des soignants vis-à-vis de leur santé [Internet]. 2024. Disponible sur: https://fondation-mnh.fr/projet/sansas-enquete-sur-les-perceptions-attitudes-et-pratiques-des-soignants-vis-a-vis-de-leur-sante/

43. Koechlin A. La norme gynécologique: ce que la médecine fait au corps des femmes [Internet]. Paris: Éditions Amsterdam; 2022. Disponible sur: https://shs.cairn.info/la-norme-gynecologique--9782354802530

44. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Rath W. Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. Psychosomatics. 2007;48(5):385-93. doi:10.1176/appi.psy.48.5.385

45. Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thrailkill A, Jones S, et al. Distress and pain during pelvic examinations: effect of sexual violence. Obstet Gynecol. 2008;112(6):1343-50. doi:10.1097/aog.0b013e31818e4678. PubMed PMID: 19037045.

46. Maison de l'autisme. Suivi gynécologique d'une femme autiste [Internet]. Disponible sur: https://maisondelautisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/suivi-gynecologique-femme-autiste/

47. Agence Régionale de Santé Île-de-France. Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap: un programme d'actions déployé en Île-de-France [Internet]. 2025. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1.1 : Affiche de recrutement des participantes 58
Figure 1.2 : Lettre d'information adressée aux femmes volontaires pour participer à l'étude 59

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Descriptif des entretiens 15
Tableau 2 : Pratique des auto-soins par les participantes 37
Tableau 3 : Caractéristiques des participantes et lien avec le parcours gynécologique et les auto-soins 47

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Education informelle à la vie gynécologique et sexuelle par l'entourage familial 18
Graphique 2 : Récurrence des actes d'auto-soins en gynécologie mentionnés spontanément par les participantes..... 31
Graphique 3 : Récurrence des actes réalisés par les participantes en lien avec leur santé gynécologique, selon la grille d'entretien 38

TABLE DES MATIERES

Avertissement 2
Engagement de NON-PLAGIAT 3
Remerciements 4
Liste des abréviations 5
Sommaire 6
Introduction 8
Avant-propos 8
Auto-soin et concepts associés 8
Contexte historique 9
Une asymétrie dans la relation de soin 9
Origines et principes du *self-help* 9
L'auto-gynécologie 10
Etat des lieux du suivi gynécologique 10
Les auto-soins en gynécologie 11
Cadre légal et professionnel 11
Recommandations 11
Données scientifiques 12
Problématique et objectifs de l'étude 12
Problématique 12
Objectifs 12
Méthodes 13
Schéma de l'étude 13
Population et recrutement 13
Population étudiée 13
Modalités de recrutement 13
Recueil des données 13
Cadre spatio-temporel 14
Outils 14
Analyse des données 14
Considérations réglementaires et éthiques 14
Résultats 15
Population 15
Descriptif des entretiens 15
Tableau 1 15
Caractéristiques générales de la population 15
Parcours et expériences gynécologiques 16
Les connaissances en gynécologie 16
Graphique 1 : 18

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux 19
Le suivi gynécologique 20
Perceptions du suivi gynécologique 23
Auto-soins – Représentations et Pratiques 27
Une définition 27
En préambule du soin 27
Lien avec le suivi médical 27
Représentation du soin 28
Auto-soins en santé gynécologique rapportés par les participantes 29
Auto-surveillance et auto-observation du corps 29
Actes curatifs 30
Gestes techniques réalisés soi-même 30
Soins corporels et hygiène 30
Auto-diagnostic 31
Graphique 2 : 31
Pratiques en lien avec la grille d'entretien 31
Auto-observation 31
Auto-palpation mammaire 33
Rééducation/éducation périnéale 34
Auto-prélèvement vaginal 35
Auto-insertion du spéculum 35
Choix de la position 36
Tableau 2 37
Graphique 3 : 38
Auto-soins – Perceptions 38
Bénéfices des auto-soins en gynécologie 38
Limites des auto-soins en gynécologie 39
Perspectives et questionnements 41
Intérêt pour les auto-soins 41
Attentes des patientes vis-à-vis des professionnels de santé 43
Tableau 3 47
Discussion 48
Résultats principaux 48
Analyse des forces et faiblesses 49
Forces de l'étude 49
Limites de l'étude 49
Mise en lien avec les connaissances du moment 50
Une méconnaissance du terme mais des pratiques déjà présentes 50
Un vécu souvent négatif de l'examen gynécologique 50
Des pratiques concordantes avec les données existantes 51

Des bénéfices en accord avec les approches actuelles en santé 52
Des limites reflétant des débats présents dans la littérature.....52
Explication possible des résultats.....53
L'influence du professionnel de santé consulté.....53
L'expérience préalable des pratiques.....53
Le profil des participantes.....53
L'ambivalence des représentations et la question de la norme.....54
Perspectives.....54
Les auto-soins comme levier de retour dans le soin 54
La question de l'accompagnement 55
Les personnes aux besoins spécifiques : un enjeu particulier.....55
Autres perspectives de recherche 56
Conclusion 57
Annexes 58
Annexe 1 : Recrutement.....58
Annexe 2 : Guide d'entretien 60
Annexe 3 : Verbatim de l'entretien d'Adeline.....63
Bibliographie.....74
Table des illustrations.....78
Table des tableaux.....79
Table des graphiques 80
Table des matières.....81
Abstract 84
Résumé.....84

RESUME

Perceptions des femmes sur les auto-soins en gynécologie en France : étude qualitative

Introduction Le suivi gynécologique en France est marqué par des inégalités d'accès et des expériences parfois négatives, pouvant conduire au renoncement aux soins. Les pratiques d'auto-soins en gynécologie, héritées des mouvements féministes des années 1970, suscitent un intérêt croissant, bien que la littérature scientifique française reste limitée sur ce sujet.

Objectif L'objectif de l'étude était de décrire les représentations que les femmes se font des auto-soins en gynécologie et d'identifier les facteurs influençant leur perception. **Matériel et Méthode** Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès de 16 femmes bénéficiant d'un suivi gynécologique. Les données ont été recueillies jusqu'à saturation et analysées en fonction du contenu thématique. **Résultats** Le terme « auto-soin » était peu connu des participantes, alors que de nombreuses pratiques étaient déjà présentes dans leur quotidien. Les bénéfices perçus incluaient *l'empowerment* du corps et la réduction du caractère intrusif et désagréable des soins. Les principales limites exprimées concernaient la crainte de mal faire et la nécessité d'un encadrement professionnel. L'intérêt pour les auto-soins, développé chez la majorité des participantes, variait toutefois selon leur profil et leurs expériences gynécologiques antérieures. **Discussion** Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des données existantes et soulignent le rôle central des professionnels de santé dans la diffusion et l'accompagnement de ces pratiques. **Conclusion** Cette étude exploratoire ouvre des perspectives pour repenser la relation de soin comme un partenariat favorisant *l'empowerment* des femmes dans leur santé gynécologique.

Mots-clefs : auto-soin, gynécologie, santé des femmes, perceptions, représentations, *empowerment*, étude qualitative, maïeutique.

ABSTRACT

Women's perceptions of self-care in gynaecology in France : a qualitative study

Introduction Gynaecological follow-up in France is characterised by persistent inequalities in access to care and recurrent negative experiences during examinations, which can lead to avoidance of gynaecological consultations. Self-care practices in gynaecology, rooted in the feminist movements of the 1970s, are attracting renewed interest in both clinical and public health settings. However, French scientific literature on this subject remains scarce, with most existing work limited to exploratory student theses. **Objective** The objective of this study was to describe women's representations of self-care in gynaecology and to identify the factors influencing their perceptions. **Material and Methods** A qualitative study was conducted using individual semi-structured interviews with 16 women receiving gynaecological follow-up in France. Data were collected until thematic saturation was reached and were analysed using thematic content analysis. **Results** The term "self-care" was largely unfamiliar to participants ; however, numerous related practices were already integrated into their daily lives, including breast self-examination, genital self-observation, and pelvic floor exercises. Perceived benefits included enhanced empowerment, body reappropriation, and a reduction in the intrusiveness and discomfort associated with gynaecological care. The main limitations expressed by participants concerned fear of performing gestures incorrectly, the perceived technical complexity of certain procedures, and the need for prior professional guidance. Interest in self-care practices varied considerably according to participants' socio-professional profiles, previous gynaecological experiences, the quality of their relationship with their healthcare provider, and their broader representations of the body and medical care. **Discussion** These findings are consistent with existing data in the literature and highlight the central role of healthcare professionals in the promotion and support of self-care practices. They also reflect ongoing debates regarding the boundaries between patient autonomy and professional expertise, and the importance of health literacy in enabling women to engage in self-care. **Conclusion** This exploratory study underlines the diversity of women's representations of self-care in gynaecology and opens perspectives for reimagining the therapeutic relationship as a genuine partnership. Integrating self-care into gynaecological practice could constitute a meaningful lever for strengthening women's empowerment and improving access to care.

Key words : self-care, gynaecology, women's health, perceptions, representations, empowerment, qualitative study, midwifery.